

Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

Étude de l'impact
de l'investissement
sur les conditions
de prise en charge
des patients

Collection
Evaluation

Août 2011

Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

**Étude de l'impact des investissements
sur les conditions de prise en charge des patients**

Lucie REDONNET, Brigitte HAURY, Élise CROVELLA

Août 2011

Sommaire

I. Introduction	4
II. Le volet « renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie »	4
Rappel des objectifs et mesures mentionnés dans le plan	4
Contexte et situation de l'offre lors de l'élaboration du Plan	5
Les modalités de choix des projets	7
III. Étude d'impact sur les conditions de prise en charge des patients	11
Objectifs de l'étude.....	11
Méthode	11
L'insertion de ces projets dans les contextes régionaux.....	13
IV. Présentation et analyse des études de cas réalisées	14
Présentation des cinq sites étudiés.....	14
Analyse de l'impact des investissements dans les cinq sites.....	17
V. Conclusion	21
Annexes	22
Table des matières	26

I. Introduction

Le Plan Psychiatrie et Santé mentale (PPSM) 2005-2008 comporte un volet « Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie ». 750 millions d'euros, dans l'objectif d'engendrer 1.5 milliards d'euros d'investissement, devaient y être consacrés. Une série d'améliorations visées par ces investissements y étaient énoncées.

Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans le cadre de son évaluation du PPSM, a procédé à l'étude et à l'évaluation de ce volet pour ce qui concerne son impact sur la prise en charge des patients, la Cour des comptes se chargeant de l'aspect financier des investissements. Le HCSP se consacre pour sa part à l'étude des objectifs annoncés par le plan, à leur cohérence avec les projets réalisés et en étudie les effets sur les conditions de prise en charge.

Le présent rapport présente le résultat des analyses du HCSP, ainsi que la méthode ayant permis de procéder à cette évaluation.

Rappel de la question évaluative

Quels sont les effets des efforts d'investissement sur la qualité de l'accueil et sur la prise en charge des patients dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie ?

II. Le volet « renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie »

Le volet « renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie », s'inscrit dans l'axe 2 « Des patients, des familles et des professionnels » du PPSM.

Il a pour objectif de remédier à la dégradation de l'offre de soin en psychiatrie afin que celle-ci soit mieux adaptée aux besoins des patients, mais également aux impératifs de dignité et de sécurité exigés lors d'une hospitalisation ou d'une prise en charge dans une structure de soins.

Le Plan prévoit 750 millions d'euros pour sécuriser, humaniser et augmenter l'offre de soins psychiatrique.

Rappel des objectifs et mesures mentionnés dans le plan

Objectifs

Ce volet du PPSM porte sur l'effort à fournir en matière d'amélioration de la politique d'investissement dans le domaine de l'offre de soins en psychiatrie. Trois axes ont été privilégiés :

- Renforcer la qualité de l'offre de soins et des équipements ;
- Améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement ;
- Favoriser l'adéquation entre qualité et sécurité des conditions d'exercice des professionnels.

Ces objectifs devaient être atteints dans le respect :

- Des objectifs d'évolution assignés à l'organisation des soins en psychiatrie, notamment au plan de l'accessibilité des soins ;
- Des droits et de la dignité des patients ;
- Des objectifs de santé publique assignés en ce domaine.

Mesures prévues

750 millions d'euros de soutien à l'investissement (dans l'objectif de générer 1,5 milliard d'investissements supplémentaires), à destination des établissements ayant une activité de psychiatrie ont été prévus. Ils devaient être répartis sur la base de :

- En 2005
 - La réalisation d'un état des lieux des besoins d'investissement ;
 - L'élaboration d'un cahier des charges national, portant sur la définition :
 - Des objectifs prioritaires en matière d'organisation et d'implantation géographique de l'offre de soins et portant, à la fois, sur les alternatives à l'hospitalisation et sur l'hospitalisation complète, en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;
 - Des clauses architecturales adaptées sur le plan des conditions d'accueil et d'hébergement et des conditions d'exercice des professionnels, notamment sur le plan de la sécurisation des équipements.
 - Un appel à projets national
- Sur la période 2006-2010
 - L'allocation d'aides en soutien à l'effort d'investissement des établissements dans le cadre de la mise en œuvre des Schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III), au travers des contrats d'objectifs et de moyens (ou d'avenants) entre les établissements de santé et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ;
 - Un renforcement de la sécurité des établissements psychiatriques en y intégrant la prévention des violences.

Contexte et situation de l'offre lors de l'élaboration du Plan

Les mesures visant à renforcer l'investissement ont été justifiées par le constat d'une importante dégradation de l'offre de soin psychiatrique.

Éléments de contexte justifiant ces propositions

Un rapport d'enquête du ministère de la santé datant de septembre 2000 et portant sur une évaluation du patrimoine immobilier des établissements publics et privés participant au service public hospitalier à vocation principalement psychiatrique faisait le constat de la dégradation importante de l'offre de soin en psychiatrie et concluait que cette situation ne permettait pas aux patients d'être accueillis dans des conditions confortables et dignes. La

qualité de certains équipements ne permettait pas à tous les établissements de remplir les objectifs de soins qui leur étaient assignés.

Afin de permettre un ciblage précis de l'attribution des investissements, la Mission d'aide à l'investissement hospitalier (MAINH) a commandé en 2005 un nouvel état des lieux de la situation des établissements autorisés à exercer l'activité de soins en psychiatrie de chaque région au Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH). Une analyse comparative des régions était souhaitée. Le CNEH a donc mené une enquête auprès des établissements et des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) visant à :

- Evaluer la situation de l'établissement au regard de l'offre de soins
- Evaluer la dynamique de l'établissement en matière d'investissement
- Evaluer l'état du patrimoine immobilier de l'établissement

Situation de l'offre de soins en psychiatrie en 2006

426 établissements, répartis sur 24 des 26 régions françaises, ont participé à cette enquête. Les questionnaires retournés dénotent pour une partie des établissements une nécessité d'amélioration du confort, de modernisation des sites, de réduction du nombre de lits par chambre et d'optimisation des installations sanitaires et des conditions de sécurité. De plus, les structures de prise en charge de courte durée et d'urgence et celles de pédopsychiatrie semblent quantitativement insuffisantes. Enfin, une majorité d'établissements déclarait ne pas avoir de fonds disponibles pour investir et la plupart n'avait pas la capacité de recourir à l'emprunt pour investir.

La capacité en nombre de lits rapporté à la population varie beaucoup d'une région à l'autre. 13 régions sur 24 se situent au moins 20% au dessus ou en dessous de la moyenne nationale. Le nombre de lits pour 10 000 habitants varie de 5 à 20 entre la Guyane et le Limousin. 80% de la capacité de soin en psychiatrie est concentrée dans les établissements publics de santé (EPS).

Plus des deux tiers des établissements déclarent ne pas posséder de structure de prise en charge de courte durée pour les urgences.

70% des établissements ne sont pas équipés de structure d'hospitalisation complète en pédopsychiatrie. Cependant, 80% d'entre eux n'ont pas le projet d'en mettre une en place.

53% des établissements ayant répondu à l'enquête déclarent ne pas avoir de fonds disponibles pour investir. 59% déclarent ne pas avoir la capacité de recourir à l'emprunt pour investir.

Les établissements participant à l'étude ont déclaré que 67% des sites étudiés ont besoin d'être modernisés. Certaines régions, comme la Haute-Normandie avec 83% de ses sites à moderniser, semblent être dans une situation particulièrement difficile. 27% des sites déclarent posséder de chambres à trois lits et plus. Dans certaines régions on peut toutefois atteindre une proportion plus importante comme en Champagne-Ardenne avec 33% des lits concernés.

52% des établissements participant se déclarent non satisfaits des installations sanitaires. Le taux le plus bas de satisfaction est de 20%, en Haute-Normandie. Les établissements publics témoignent d'encore moins de satisfaction que les établissements privés lucratifs.

Sur 623 sites des établissements ayant participé à l'enquête « état des lieux », la date de la dernière commission de sécurité n'a été indiquée que pour 231 sites. Dans 65% des cas, celle-ci n'a pas émis de réserves. Toutefois, ce taux n'est qu'à 40% dans la région la moins bien notée, la Haute-Normandie. Les EPS et PSPH obtiennent là encore de moins bons scores que

les établissements privés à but lucratif. Près d'un tiers des sites estiment que la sécurité des personnes, des patients et de leur personnel n'est pas assurée.

Enfin, seuls 69% des sites sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Les constats effectués indiquaient donc une dégradation globale de nombreux équipements en psychiatrie.

Le Plan Hôpital 2007 mis en place en 2003 qui prévoyait une aide financière afin d'accélérer l'investissement des hôpitaux n'avait pu améliorer considérablement la situation en raison, notamment, du faible budget (1,2 milliard d'euros), réparti de surcroît sur l'ensemble des hôpitaux du pays. En effet, il n'était pas spécifique aux établissements autorisés en psychiatrie, même si certains avaient pu en bénéficier.

Les modalités de choix des projets

Afin de procéder à la sélection des projets pouvant prétendre bénéficier d'un investissement du PPSM, un cahier des charges a été élaboré. Il récapitule les conditions d'éligibilité et spécifie la procédure à suivre pour les établissements prétendants. Des conditions très précises ont été imposées à l'ensemble des établissements de santé souhaitant soumettre leurs projets pour une demande d'aide à l'investissement dans le cadre du Plan.

Les conditions d'éligibilité des projets

La première condition d'éligibilité des projets est leur cohésion avec les objectifs développés dans le volet « Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie » et les Schémas régionaux d'organisation sanitaires de troisième génération (SROS III). Ils devaient être la traduction d'un projet médical conforme à la politique générale de santé mentale développée dans le PPSM et dans la circulaire n°507/DHOS/O2 du 25 octobre 2004¹ relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III.

Cette circulaire visait à rappeler les orientations prioritaires au niveau national en matière de psychiatrie et de santé mentale et exposait les principes d'élaboration des volets Psychiatrie et Santé mentale des SROS III.

Des objectifs à appliquer au niveau national y sont annoncés. Ils concernent les garanties d'accessibilité aux soins, de qualité de l'offre de soins, de la continuité et de la cohérence de la prise en charge, ainsi que le soutien et l'implication des patients et de leurs familles. Des mesures sont prévues pour la réalisation de ces objectifs. Elles concernent le développement de structures de soins à proximité des lieux de vie des patients, la diversification et le développement des secteurs sanitaires comme médico-sociaux et l'aménagement des parcours de soins des patients.

Des axes de prise en charges sont repérés comme prioritaires. Ils ciblent des populations particulières du fait de leurs caractéristiques d'âge ou sociales. Ce sont les enfants et les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées en raison de troubles

¹ Cette circulaire vise à rappeler les orientations prioritaires au niveau national en matière de psychiatrie et de santé mentale et expose les principes d'élaboration des volets Psychiatrie et Santé mentale des SROS III.

psychiques, les personnes atteintes d'un syndrome autistique ou de troubles envahissants du développement, les personnes en situation de précarité et d'exclusion, les personnes détenues et sous main de justice et les personnes ayant des pratiques addictives. La prise en charge spécifique de ces groupes, leur insertion sociale et la collaboration avec les acteurs des champs social, médicosocial et éducatif sont indiquées comme étant de toute première importance.

Ces objectifs doivent être appliqués et adaptés au niveau régional en recentrant l'offre disponible sur les besoins constatés au niveau des territoires de santé. Pour cela, chaque région doit redéfinir les territoires de santé par une approche centrée sur les besoins des populations et selon trois critères qui sont la proximité, la cohérence avec l'offre de soins somatiques et la réponse spécialisée et mettre en place des territoires de concertation sur trois niveaux, local, régional et celui des conférences sanitaires.

Le champ du plan d'investissement

Tous les établissements de santé autorisés en psychiatrie sont visés par ce volet investissements quel que soit leur statut public ou privé. Toutefois, les opérations présentées doivent être distinctes de celles concernées par l'accompagnement lié au Plan Hôpital 2007.

Les projets médicaux prioritaires sont ceux qui ont pour objectifs l'adaptation de l'hospitalisation complète, la création et le renforcement de dispositifs ambulatoires et d'alternatives à l'hospitalisation ou l'amélioration de la réponse psychiatrique à la crise et à l'urgence.

En outre, les projets doivent permettre de renforcer l'accessibilité du site, d'améliorer la qualité des conditions d'accueil et/ ou de prendre en compte l'impératif de sécurité. Enfin, l'éligibilité des projets se fera en respectant des critères de faisabilité, de lisibilité et d'équité.

Modalités de mise en œuvre et suivi du Plan

Le processus d'attribution des aides et leur suivi ont répondu à un processus complexe faisant intervenir différents acteurs. L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) qui a pris la suite de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh) a publié deux bilans provisoires des opérations afin que celles-ci puissent être comptabilisées et analysées. Toutefois la publication des bilans des opérations s'est interrompue depuis 2010.

Les modalités de mises en œuvre

L'objectif financier s'élevait à 750 millions d'euros de soutien à l'investissement sur la période 2006-2010 dans la perspective de générer 1,5 milliard d'investissements supplémentaires. 70% des fonds devaient être distribués aux régions en fonction du ratio de la population. Les 30 % restant étaient attribués en tenant des besoins plus spécifiques des régions, découlant d'une analyse de l'état des lieux réalisés par chaque ARH, conformément à la lettre de la DHOS du 25 août 2005 et des réponses des établissements à l'appel à projets

Les ARH étaient chargées de définir les priorités en fonction des besoins exprimés dans l'état des lieux régional, les orientations du SROS III et de la compatibilité des projets avec le cahier des charges du PPSM. Un projet de plan régional est ainsi défini, en concertation avec les représentants des établissements, des professionnels et des usagers, le cas échéant dans le cadre des activités de la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM). Une liste comporte, par ordre d'importance, les projets susceptibles de bénéficier de la première partie de l'enveloppe régionale (70% de l'enveloppe globale) et est présentée à un comité national de validation composé de représentants de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM). Celui-ci se prononce sur la conformité des projets avec le cahier des charges et dispose de l'allocation de la réserve des 30% de moyens prévus.

Un calendrier définissant le processus d'élaboration des plans régionaux d'investissement en santé mentale a été défini. Il prévoyait que l'ensemble du processus d'adoption des PRISM et de validation des projets des établissements candidats se déroule entre août 2005 et avril 2006.

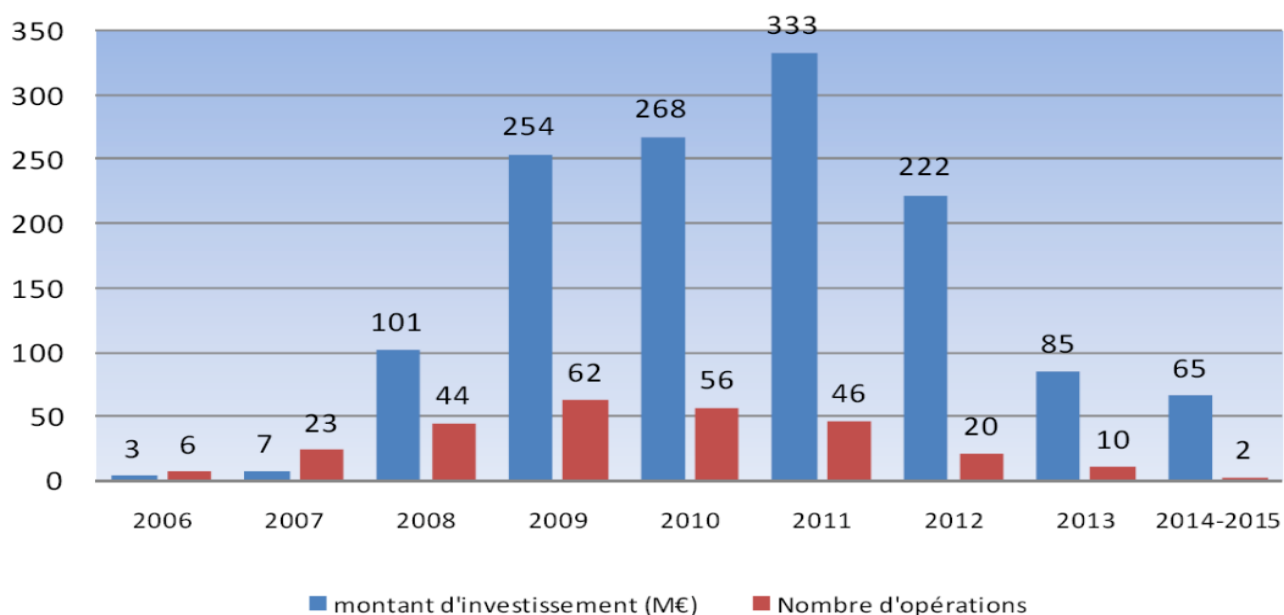
Enfin, il avait été prévu que ce volet investissement du PPSM fasse l'objet d'un suivi dans le système d'information SIDONIH et soit inscrit dans un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARH et l'établissement. Une rencontre annuelle entre l'ARH et le niveau national avait été prévue au cours de laquelle le degré de réalisation du PRISM devait être mesuré et, si nécessaire, son avancement rectifié.

Éléments de suivi du plan

La revue 2009 Plan santé mentale de l'ANAP permet de faire le point concernant l'état d'avancement du plan, tenant compte de l'ensemble des données disponibles au 31 décembre 2008. Aucun bilan ultérieur n'est disponible.

Le démarrage tardif, dû aux nombreuses opérations à réaliser avant le lancement des travaux a étalé ces investissements de 2006 à 2010 et, dans les faits, l'ensemble des opérations ne sera achevé qu'en 2017. Le taux de réalisation fin 2009 restait faible puisque 22% des opérations avaient été livrées. Les autres opérations devraient être livrées sur la période 2009-2017, soit plus de dix ans après le lancement du plan pour certaines.

Répartition des opérations selon l'année de réception/livraison de l'opération (en M€ et nombre d'opérations)



Source : Sidonih, 2009.

Le montant initial prévu sera sans doute dépassé et pourrait atteindre 1,7 milliard d'euros. D'après les données de la DGOS, les établissements auront autofinancé plus de la moitié de cette somme. 351 opérations étaient prévues dans le programme dont 6 opérations antérieures au PPSM. : 270 (77%) concernaient des établissements publics de santé, spécialisés ou non en psychiatrie. Les établissements publics spécialisés en santé mentale (EPSM) ont été les grands bénéficiaires des investissements avec 50 % du montant total des opérations.

Répartition prévisionnelle par établissements au 31 décembre 2008

Catégories	Nombre d'opérations	Montant total (M€)	Part montant total	Taux de subvention	Investissement moyen (M€)
EPSM	111	897	51%	44%	8,1
CH - CHR	137	536	30%	48%	3,9
CHU	22	79	4%	40%	3,6
Sous-total	270	1512	86%	45%	5,6
ESPIC	36	159	9%	41%	4,4
Établissements privés	40	76	4%	19%	1,9
SIH, maison santé	4	13	1%	42%	3,2
Total	350	1760	100%	44%	5M€

Source : Anap 2011 – Cour des comptes

Les investissements ont surtout bénéficié à l'hospitalisation complète qui représente 75% du montant des opérations. Les structures ambulatoires qui représentaient plus du quart des projets ont été destinataires de 12 % des financements.

Répartition prévisionnelle par types de dispositifs au 31 décembre 2008

Type de dispositifs	Nombre d'opérations	Montant total (M€)	Part montant total	Investissement moyen (M€)
Hospitalisation complète	171	1314	75%	7,6
Dispositifs ambulatoires ou alternatifs à l'hospitalisation	96	206	12%	2,1
Pédopsychiatrie	43	90	5%	2,1
Opérations mixtes	20	81	5%	4
Réponse aux crises et urgences	20	69	4%	3,4
Total	350	1760	100%	5M€

Source : Anap 2011 – Cour des comptes

III. Étude d'impact sur les conditions de prise en charge des patients

Dans le cadre de l'évaluation du PPSM, le HCSP s'est donc chargé d'analyser l'impact du volet investissement sur les établissements en termes de conditions de prise en charge des patients.

Objectifs de l'étude

Afin d'analyser l'impact de ces investissements sur les objectifs annoncés comme devant être prioritairement réalisés dans le cadre du Plan, cinq projets ont été sélectionnés pour être étudiés.

Il s'agit de savoir quel a été l'impact des projets réalisés grâce à l'investissement sur les conditions de prise en charge des patients et les conditions de travail des professionnels des services concernés. Il ne s'agit pas d'analyser l'atteinte des objectifs du volet investissement mais d'estimer si la réalisation des projets des établissements a fait évoluer la qualité de l'accueil et des conditions de prise en charge des personnes ayant recours aux soins psychiatriques. Les services ayant reçu ces aides financières doivent donc avoir axé leur construction ou restructuration sur :

- la qualité de l'offre de soins et des équipements
- l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement
- l'adéquation entre qualité et sécurité des conditions d'exercice des professionnels

Méthode

Le choix s'est porté sur des études de cas qui permettent une analyse fine de l'historique des projets étudiés, de leur fonctionnement et de leurs résultats. Cette méthode d'investigations conjugue plusieurs outils de collecte de l'information :

- Observation directe du projet
- Analyse documentaire des différentes sources d'informations sur le projet
- Entretiens semi-directifs avec les acteurs clés du projet

La comparaison entre études de cas réalisées dans des contextes très divers permet d'isoler le ou les facteurs explicatifs déterminants. Ainsi, les études de cas permettent une analyse à deux niveaux :

- L'évaluation de chacun des projets et de ses caractéristiques propres ;
- La mise en lumière d'enseignements transversaux.

La comparaison des résultats des différentes études de cas permet de mettre en évidence les points de similitude et de différenciation, en fonction des contextes locaux ou d'autres facteurs. Elle permet également de mettre en évidence les facteurs de freins à la mise en œuvre efficace des projets ou, au contraire, les facteurs favorisant (les bonnes pratiques).

En raison des délais et des moyens impartis, il a été décidé de réaliser cinq études de cas. Les visites sur sites ont été programmées et réalisées par le comité d'évaluation avec l'aide d'une société prestataire, Itinere Conseil.

En amont des visites sur site, un protocole de visite a été élaboré. Celui-ci précise :

- Les éléments documentaires à collecter avant chaque visite
- Les modalités de prise de contact avec les responsables des établissements
- Le nombre d'entretiens à conduire ainsi que la qualité des interlocuteurs à rencontrer
- La forme des entretiens : individuels ou collectifs
- Le contenu des questionnements : définition des grilles d'entretiens et de la grille d'observation

Les projets choisis pour faire l'objet d'une étude de cas

Pour la sélection des cas d'étude, les régions Languedoc-Roussillon et Haute-Normandie ont été retenues. Elles comportent, en effet, la particularité de présenter une géographie et des secteurs psychiatriques particulièrement variés, qualitativement comme quantitativement. Elles avaient été retenues, à ce titre, dans une étude confiée par le HCSP au Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (Credoc) dans le cadre de l'évaluation du PPSM.

Les cinq cas ont été sélectionnés en fonction des documents fournis par l'ANAP. Pour être retenus pour cette étude, les projets devaient être terminés et mis en service depuis suffisamment longtemps pour que leur impact puisse être analysé. Enfin, les types de projets choisis devaient correspondre à différentes priorités du PPSM : humanisation de l'hospitalisation à temps complet, prise en charge pédopsychiatrique, accueil des urgences, développement des alternatives à l'hospitalisation, etc.

En fonction de ces différents éléments, les sites suivants ont été retenus :

- L'unité de psychiatrie temps plein du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier (34)
- Le centre médico-psychologique pour enfants et adolescents (CMP) de Lunel (34)

- Les services psychiatriques du Centre hospitalier (CH) de Dieppe (76)
- L'unité d'accueil et d'orientation du Centre hospitalier du Rouvray à Rouen (76)
- L'unité d'hospitalisation pour adolescents du Groupe Hospitalier du Havre (76)

Toutes les visites ont été préalablement préparées par l'étude des données que pouvait fournir l'ANAP. Des grilles d'entretien ont été envoyées avant les visites sur place. Des entretiens ont eu lieu avec les différents professionnels des établissements et services concernés : directeurs, psychiatres, cadres de santé, infirmiers, etc. Des exemples de grille d'entretien sont joints en annexe du présent rapport.

L'insertion de ces projets dans les contextes régionaux

L'analyse des SROS III a permis de connaître le contexte dans chacune des deux régions.

Le Languedoc-Roussillon

Le Languedoc-Roussillon répartit son offre de soins psychiatriques en 11 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et 21 secteurs de psychiatrie générale. Le SROS II régional avait souligné l'hétérogénéité des besoins et de l'offre de soins d'un secteur à l'autre. C'est notamment le cas pour les personnes en situation de grande précarité, le ratio de places par habitants ou la répartition des centres médico-psychologiques (CMP) sur le territoire régional, tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie. Plus généralement, l'offre de soins psychiatriques en Languedoc-Roussillon présentait principalement deux carences : le manque de personnel, de lits, de places ou d'optimisation de l'organisation restait un phénomène récurrent, même s'il est loin de concerner cette seule région et le manque d'unité d'hospitalisation spécialement aménagée.

Néanmoins, le SROS notait que le Languedoc-Roussillon pouvait tirer bénéfice d'un certain nombre d'efforts engagés lors des dernières années, en pédopsychiatrie ou concernant la prévention du suicide. L'étude réalisée en 2006 par le CNEH souligne d'ailleurs que la région appartenait au groupe des régions les mieux équipées en termes d'offre de soins.

Dans le cadre du SROS III, la région avait établi des priorités : renforcement de l'offre de soins spécialisés pour des populations spécifiques (enfants, adolescents, patients difficiles, personnes âgées, personnes en situation de précarité et détenus), prise en charge de l'addictologie à l'hôpital, amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques, humanisation de certains sites et prévention de la dépression et du suicide. Les études de cas réalisées en Languedoc-Roussillon permettent d'illustrer les réalisations effectuées dans le cadre de deux de ces priorités.

La Haute-Normandie

La Haute-Normandie répartit son offre de soin psychiatrique en 10 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et 23 secteurs de psychiatrie générale. C'est une région qui présente une surmortalité liée notamment liée au suicide.

La forte augmentation de la demande de soins psychiatriques entre 1998 et 2002 avait entraîné ou aggravé le sous-équipement de la région avec un manque de lits et de places de soins

psychiatriques, surtout en infanto-juvénile, un sous effectif médical et paramédical, des difficultés de réponse à la crise et à l'urgence, un manque de structures adaptées pour certaines populations ou certaines prises en charge particulières (périnatalité, adolescents, détenus, etc.), une insuffisance des structures d'aval dans les secteurs social et médico-social. Cette région apparaît souvent en dessous de la moyenne en termes d'offre de soins en santé mentale dans l'état des lieux de 2006 du CNEH

Dans le cadre du SROS III, la région avait établi un certain nombre de priorités, réunies autour de trois axes : l'adaptation de la sectorisation psychiatrique, la meilleure prise en charge des populations spécifiques et la réponse à l'urgence. Les études de cas sélectionnées pour la région peuvent permettre d'illustrer les réalisations effectuées pour répondre à chacune des ces trois grandes priorités.

IV. Présentation et analyse des études de cas réalisées

Les études de cas réalisées ont fait l'objet de compte-rendu dont l'analyse croisée permet de comparer les réalisations aux attentes exprimées dans le cadre du volet investissement du Plan. Les visites effectuées sur les sites retenus ont mis en lumière les spécificités de chaque lieu, dont les apports possibles à l'étude ici menée semblent déterminants.

Présentation des cinq sites étudiés

En Languedoc-Roussillon

- L'unité de psychiatrie à temps plein du CHU de Montpellier

Le CHU de Montpellier a élaboré en 2000 un projet médical à l'origine d'un vaste Plan de construction - reconstruction de ses services de psychiatrie, financé par un contrat d'objectifs et de moyens signé par l'établissement en 2001. Le projet consistait en la construction de nouveaux bâtiments pour accueillir le service de psychiatrie adulte qui était auparavant installé dans des bâtiments anciens et fortement dégradés (usure des peintures, barreaux aux fenêtres, mobilier usagé). La capacité est restée la même mais l'accueil a été fortement humanisé. Plusieurs bâtiments anciens ont ainsi été désamiantés et détruits et sept bâtiments d'hospitalisation ont été construits (reconstruction de 7 unités sectorisées) ainsi que deux terrains de sport et un bâtiment dédié aux activités sportives, à l'ergothérapie et aux techniques de médiation, dans le but d'adapter l'offre de soin aux normes sanitaires et sécuritaires et d'améliorer le confort d'hébergement et de traitement des patients, ainsi que de travail des professionnels.

Le dernier bâtiment construit a pu bénéficier des crédits du volet investissement du Plan PPSM à une hauteur d'environ 12 millions d'euros. Il accueille l'unité de psychiatrie adulte temps complet composée de deux services modulables de dix lits chacun (10 chambres individuelles), l'un fermé, l'autre ouvert, et de deux chambres d'isolement. Sa configuration est allongée, avec d'un côté l'aile fermée, de l'autre l'aile ouverte, séparée entre elles par le hall d'accueil et des portes verrouillées du côté du secteur fermé.

L'opération a été facilitée par le PPSM mais aurait sans doute pu être construite sans cet apport.

L'équipe est celle de l'ancienne unité de psychiatrie adulte. Aucun fonds particulier n'a été réservé à un éventuel ajustement.

- Le centre médico-psychologique (CMP) pour enfants et adolescents de Lunel

Le projet décrit dans l'appel à projets transmis à l'ANAP consiste en la création d'une structure pour un CMP de pédopsychiatrie à Lunel. Il s'agissait d'acquérir un bâtiment ou un terrain à bâtir pour accueillir les enfants consultant alors dans le CMP de Lunel situé dans une villa partagée avec le CMP pour adultes.

Les anciens locaux étaient dégradés, non climatisés et mal isolés. De plus, la coexistence des deux CMP, pour adultes, d'une part, enfants et adolescents d'autre part, pouvaient parfois présenter un risque pour la sécurité de la population infanto-juvénile. Afin de le limiter, les horaires de consultation étaient alternés, réduisant ainsi l'offre de soins.

Le nouveau CMP a été installé depuis 2008 dans un bâtiment de 240 m² en location qui accueille également un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et un centre d'accueil médicosocial précoce (CAMSP). Il est ouvert du lundi au vendredi et dispose dans son équipe d'un psychiatre et de deux psychologues.

Le projet du CMP de Lunel, dépendant du CHU de Montpellier, était inscrit dans le projet médical de l'établissement depuis 2000. Il s'agissait de l'achat d'un bâtiment ou d'un terrain à bâtir. Il n'avait jusque là pas pu être financé, faute de crédits. Le montant total du projet s'élevait à 485 000 euros dont 194 000 euros par emprunt, ce qui n'aurait pas permis sa création telle qu'elle était envisagée. Celle-ci a été rendue possible par l'association de trois organismes : la direction départementale des affaires sanitaires et sociales qui a accepté de financer le projet du CAMSP et du CMPP si le CMP était présent dans la même structure. Toutefois, le financement n'a pas permis l'acquisition des locaux, comme le projet en avait été formulé dans l'appel à projets d'investissement.

L'équipe du CMP a subi une diminution des moyens en personnel : un mi-temps de praticien hospitalier a été perdu et le temps de psychologue est passé de 1.7 à 1.4. Actuellement il y a un seul médecin titulaire.

En Haute-Normandie

- Les services psychiatriques du CH de Dieppe

Le projet était de construire un bâtiment neuf pour accueillir les deux unités de psychiatrie de 24 lits chacune, installées dans des locaux anciens et inadaptés, avec une extension de 24 lits dans une unité intersectorielle fermée et les consultations. Les unités de psychiatrie pour adultes du CH de Dieppe ont ainsi été installées depuis octobre 2010 dans un bâtiment neuf. Elles se composent de deux unités ouvertes et d'une unité fermée, chacune de 24 lits, ainsi que de quatre chambres d'isolement. Le bâtiment a bénéficié d'une sécurisation et d'une humanisation de ses locaux particulièrement moderne et réfléchie.

Avec 24 lits en plus, l'offre de soins a donc été augmentée, dans une région au taux de lits particulièrement faible.

Le projet de rénover les services de psychiatrie adulte, situés dans les mêmes locaux que les autres spécialités médicales existait depuis près de 20 ans. Les locaux étaient tout à fait

inadaptés à la psychiatrie mais l'absence de financements suffisants empêchait jusque là de réaliser ce projet, d'autant que l'ensemble de l'établissement nécessitait d'être rénové. Dans le cadre du Plan, le CH a bénéficié de 13,4 millions d'euros pour la construction auxquels se sont ajoutés des financements issus de fonds propres de l'établissement. Les investissements du PPSM ont ici été déterminants.

La nouvelle structure a bénéficié de la création de 21 postes alloués par l'agence régionale de santé pour un montant de 800 000 euros.

- L'unité d'accueil et d'orientation du Centre hospitalier du Rouvray (UNACOR) à Rouen

Le projet était de construire une unité intersectorielle de 12 lits dédiée à l'accueil, l'évaluation et l'orientation de tout patient se présentant au CH du Rouvray, spécialisé en psychiatrie. Sa réalisation s'est faite en deux étapes. L'unité a d'abord été créée dans un ancien bâtiment puis transférée dans le nouveau en novembre 2010. Elle est actuellement composée de 12 chambres individuelles et de trois chambres d'isolement. Les patients sont accueillis pour une durée maximale de 48 heures.

Le projet de l'UNACOR fait partie du projet médical adopté par le conseil d'administration en octobre 2003. Le coût total de la construction du nouveau bâtiment représente 4,1 millions d'euros. 2,4 millions ont été pris en charge dans le cadre du PPSM, le reste par l'établissement. Le PPSM a représenté une opportunité financière pour la réalisation du projet.

Le personnel a été redéployé, en particulier à partir du secteur 3, et quinze postes ont été créés pour un total de 609 000 euros par an.

- L'unité d'hospitalisation pour adolescents du Groupe Hospitalier du Havre

Pour faire face à l'absence de structure d'hospitalisation à temps plein adaptée à la prise en charge des adolescents, l'implantation d'une unité au Havre a été considérée comme une priorité. Le projet de construction d'une unité de 8 lits d'hospitalisation et de 4 places de CATTP a été acté.

L'unité Équinoxe accueille ainsi depuis 2007 des jeunes de 12 à 17 ans présentant des problèmes d'ordre psychiatrique. Elle possède une capacité d'accueil de huit lits en chambre individuelle ainsi qu'une chambre d'isolement. Elle abrite également le CATTP.

L'Unité Équinoxe a été créée pour répondre au besoin de la région Haute-Normandie face aux demandes d'hospitalisation en psychiatrie des adolescents. Avant la création de l'unité, les adolescents étaient hospitalisés à Rouen (une heure en train depuis Le Havre) dans l'unité interrégionale d'hospitalisation pour enfants et adolescents de 3 à 16 ans d'une capacité de dix lits pour les deux départements de Haute-Normandie. Les adolescents pouvaient également être hospitalisés dès 13 ans en psychiatrie adulte ou être maintenus en pédiatrie avec un service de psychiatrie de liaison. La construction de l'unité a donc accru l'offre de soins existante et l'a rapprochée de la population desservie.

Sur un montant total de 1,7 million d'euros, 80% ont été financés par l'emprunt. Si le Plan a contribué à financer le projet, le montant de la subvention accordée par le PRISM ne semble pas déterminant

Par ailleurs, une enveloppe de 1 090 000 euros a été allouée pour le personnel. Le montant de l'enveloppe budgétaire n'a pas permis de recruter d'emblée le personnel expérimenté souhaité. Du personnel débutant ou sans expérience des adolescents a dû être employé, ce qui a

contribué, assez rapidement, à des démissions de soignants déçus. L'équipe semble à présent stabilisée.

Analyse de l'impact des investissements dans les cinq sites

L'analyse s'articulera autour des thématiques définies comme prioritaires par le PPSM.

Sécurisation et humanisation des structures

La sécurisation et l'humanisation des structures d'hospitalisation étaient les priorités de ce volet investissement du Plan, avec l'adaptation de l'offre de soins.

Renforcer la sécurité

Au CHU de Montpellier, dans l'unité d'hospitalisation, la sécurité a été renforcée tout en améliorant la liberté d'aller et venir des patients. La nouvelle configuration des bâtiments permet, en effet, de séparer les secteurs fermés des secteurs ouverts alors que, dans les anciennes unités, les patients "libres" et "sous contraintes" se trouvaient dans des bâtiments communs sans séparation. Cela avait pour conséquence "l'enfermement" de tous les patients, y compris les patients "libres" qui jouissent désormais de leur liberté d'aller et venir.

Les chambres, les pièces communes ont bénéficié d'un matériel garantissant une certaine protection contre les risques de blessures accidentelles ou volontaires et d'un système de cloisonnement des différentes parties de la structure fermées à clé. Un système d'alarme a également été installé dans les chambres d'isolement. Ces éléments positifs sont tempérés par des défauts liés à l'architecture des lieux. En effet, l'organisation des locaux, isole le bureau infirmier et impose une répartition du personnel entre eux (structure en long avec le bureau infirmier à un bout et les chambres d'isolement à l'opposé) ce qui diminue la densité de personnel. Ainsi, si les normes de sécurité sont mieux respectées, les soignants sont plus dispersés.

A Lunel, le principal ajout en matière de sécurité a été la séparation des CMP adultes et enfants. Les enfants ne croisent ainsi plus les adultes venus consultés, dont certains pouvaient avoir été condamnés dans des affaires de mœurs. De plus, l'ouverture de la porte d'entrée du CMP est pourvue d'un système de sécurité qui empêche son ouverture par un enfant. Toutefois, il semble manquer une personne pour surveiller les enfants notamment lorsque leurs parents les laissent seuls en salle d'attente pour s'entretenir avec le personnel soignant dans les bureaux dédiés.

L'UNACOR et le service pour adolescents du Havre sont des créations, et non des reconstructions d'unités plus anciennes. Elles ont intégré les normes de sécurité actuelles. Le mobilier, la configuration et les systèmes de verrouillages des portes sont étudiés de manière à présenter un risque d'accident le plus limité possible. Les unités d'hospitalisation psychiatrique de Dieppe sont installées dans un bâtiment neuf et leurs capacités ont été augmentées. L'état de délabrement de l'ancienne unité ne permettait en aucun cas de garantir les règles de sécurité nécessaires à la protection du patient (mobilier inadapté, lieux vétustes) et des personnels. La nouvelle structure est, en revanche, particulièrement bien adaptée. Outre un mobilier et une architecture pensés pour garantir des normes optimales de sécurité, elle a intégré un système de fermeture par badges et non par clés manuelles, ce qui allie sécurité et facilité d'utilisation

des lieux. En outre, un système de vidéo-surveillance a été installé pour les chambres d'isolement.

La sécurité, tant concernant les risques de blessures que d'agressions, a été au cœur des préoccupations des architectes des projets. Par exemple, les chambres d'isolement ont été prioritairement placées de manière à être facilement contrôlées, de visu comme à Dieppe ou via vidéosurveillance comme au Havre. Cependant, la sécurité tient à la fois aux équipements et au personnel disponible. Certains équipements comme les ateliers thérapeutiques ne sont d'ailleurs pas utilisés dans l'attente de l'arrivée de personnel.

Humaniser les structures

L'humanisation des locaux est évidente dans les services du CHU de Montpellier. Les locaux étaient vétustes, les peintures défraîchies, les fenêtres en partie grillagées. En outre, les chambres accueillait jusqu'à quatre lits, les salles de bains étaient communes et l'intimité des patients n'était pas respectée. Le confort des patients a été amélioré grâce à la création de chambres individuelles avec salles de bain au lieu des anciens dortoirs. Cela a en outre permis de renforcer l'intimité des patients lors de l'administration des soins. Un grand effort a été consenti dans les nouveaux locaux. Les chambres individuelles avec salles de bain sont particulièrement appréciées des patients et leurs droits sont garantis par la séparation des services fermés et ouverts. Aussi, chaque partie du bâtiment comprend un salon et une salle à manger ainsi que des espaces extérieurs (de type patio pour le secteur fermé : jardin / terrasse). On peut néanmoins relever que la nouvelle configuration des lieux et ses contraintes (répartition de l'ancienne équipe entre les unités fermées et ouvertes alors qu'elle était réunie dans les anciens locaux) a tendance, selon l'équipe elle-même, à isoler les patients des soignants qui peuvent plus difficilement leur accorder du temps.

A Lunel, si le changement n'est pas aussi important, les nouveaux locaux sont toutefois appréciés de l'équipe soignante et des usagers du fait de leur caractère neuf. Là aussi, le contraste est important avec les anciens locaux aux peintures écaillées et à l'isolation thermique quasi inexistante. De plus, le CMP est désormais plus facilement accessible aux usagers (meilleure desserte des transports en commun et axe plus emprunté).

Une enquête auprès des familles réalisée par le CMP met ainsi en évidence que les familles se déclarent majoritairement satisfaites des conditions d'accueil et de confort des lieux et de la situation géographique du CMP. Ils dénoncent toutefois l'important délai d'attente. L'isolation phonique n'est pas optimale, ce qui ne garantit pas toujours la confidentialité des consultations.

L'humanisation des lieux est particulièrement marquée à Dieppe en raison de la médiocrité du confort de l'ancienne structure qui était tout à fait inadaptée à la prise en charge de malades présentant des troubles psychiatriques. L'unité pour adolescents du centre hospitalier du Havre et l'UNACOR du Rouvray ont également répondu aux normes les plus récentes de qualité d'hébergement et de respect de la dignité du patient. Elles sont équipées d'un mobilier agréable et sûr afin de permettre au patient de se sentir bien. Les chambres sont individuelles et dotées de salles de bain avec sanitaires. En outre, le service de Dieppe et celui du Havre proposent un certain nombre d'activités de loisirs et thérapeutiques (accès au jardin, bibliothèque, jeux, salle de sport, cuisine thérapeutique, etc.) participant à cette humanisation des lieux. Il est à noter que les jardins sont également accessibles aux patients en hospitalisation sous contrainte.

Deux des principaux objectifs du Plan sont ici illustrés. Les services anciens de psychiatrie, qui n'avaient parfois pas bénéficié d'investissements depuis plusieurs décennies se sont vus rénovés selon les normes actuelles dans le respect de la dignité et des droits du patient.

Impact sur les conditions de travail et sur les relations des équipes

Outre les impacts prévus par le Plan, les investissements ont considérablement influencé le travail des équipes et leurs relations avec leurs patients et les autres professionnels.

Impact sur les relations avec les autres acteurs à l'intérieur et à l'extérieur de la structure

La rénovation ou la création des unités visitées ont eu un impact direct plus ou moins fort sur les relations des équipes avec les différents acteurs du soin, les usagers et les partenaires institutionnels.

Au CHU de Montpellier, ce sont en particulier les relations avec les usagers et leur famille qui ont été modifiées. Selon les membres de l'équipe interrogés, ce rapport s'est distendu du fait de la mobilisation plus importante de l'équipe due à des questions d'organisation des locaux. De plus, les soignants interviennent tantôt dans l'unité fermée tantôt dans l'unité ouverte et ont l'impression de ne plus voir évoluer les patients de manière continue. De même, les relations avec les familles des patients en unité ouverte semblent moins fréquentes car les familles ne se signalent plus aux soignants lorsqu'elles arrivent.

Au CMP de Lunel, les liens de l'équipe avec leurs partenaires institutionnels ont été fortement modifiés par le déménagement. Les locaux partagés avaient permis la création de liens forts avec leurs collègues du CMP pour adultes. Désormais, ceux-ci se sont étioyés mais les relations avec les équipes du CAMSP et du CMPP se sont renforcées. Des rencontres, formelles ou non, ont ainsi lieu entre les trois équipes. Des réunions sont organisées régulièrement selon trois priorités : le fonctionnement et la gestion de la structure, la coordination médicale et des thématiques plus particulières. Des échanges sur les pratiques et des partenariats peuvent s'instaurer, notamment lorsque des membres d'une même fratrie sont vus par différentes équipes. Cette coopération reste toutefois limitée. Des aspects règlementaires, techniques et informatiques peuvent en effet freiner certains projets, comme celui de la mutualisation du secrétariat.

Au CH de Dieppe les nouveaux locaux ont, semble t-il, considérablement modifié les relations des services avec les médecins de ville. Les généralistes et les psychiatres libéraux adressent désormais facilement leur patient à l'hôpital lorsqu'un séjour s'y avère nécessaire, sachant qu'ils seront accueillis dans des conditions hôtelières confortables. Cela a d'ailleurs eu un impact sur les types de pathologies pris en charge : les dépressions graves y sont davantage traitées qu'auparavant. Au sein de l'hôpital, la coopération entre unités somatiques et psychiatriques est désormais satisfaisante. Les équipes psychiatriques sont présentes aux urgences et un psychiatre est en permanence à la disposition des cliniciens somaticiens.

Au Rouvray, le projet de l'UNACOR ne s'est pas construit sans tension. Les différents services de l'hôpital avaient peur d'être dessaisis des admissions qu'ils faisaient chacun pour leur territoire. Par ailleurs ils ont pu percevoir à un moment donné l'UNACOR comme les contraignant à hospitaliser des patients dans un contexte de suroccupation des lits. Cependant, ces tensions semblent s'être apaisées devant le constat de bonne gestion de la file active de la part de l'unité et l'aide apportée par l'observation préalable à l'admission dans le service.

La création de la structure a de plus clarifié le lieu d'accueil des urgences psychiatriques : les médecins, les services de pompiers, d'ambulanciers ou de policiers amènent directement les patients en crise ou ayant déjà été hospitalisés au CH du Rouvray. Il faut signaler qu'une unité de consultations non programmées a été ouverte à proximité du CHU et qu'elle permet à tout patient une consultation psychiatrique dans des délais inférieurs à une semaine. Elle a

également pour objectif de suivre des patients à risque suicidaire. Cette organisation, complétée par la psychiatrie de liaison aux urgences du CHU de Rouen, a amélioré les relations avec les partenaires hospitaliers et extra hospitaliers.

Au Havre, l'unité psychiatrique pour adolescents a su construire des liens solides avec différents partenaires. Son partenaire historique est en premier lieu la maison des adolescents en raison de liens anciens entre équipes et de leur habitude de travailler ensemble depuis quatre ans. De plus, des réunions de synthèse ont lieu régulièrement avec, suivant les cas, les professionnels de santé à l'origine de l'hospitalisation, l'aide sociale à l'enfance (ASE), la protection judiciaire de la jeunesse, l'éducation nationale, les instituts médico-éducatifs (IME) etc. L'éducation nationale a mis à la disposition de l'unité une enseignante qui y dispense des cours et une assistante sociale est chargée de prendre contact avec les professeurs de l'adolescent hospitalisé dès que celui-ci peut être scolarisé à l'extérieur. Les relations restent complexes avec l'ASE qui ne fait pas assez souvent appel avant les crises et peine à reprendre en charge rapidement les jeunes une fois leur hospitalisation achevée.

Améliorer les conditions de travail

Dans l'ensemble des structures observées, il est à noter que l'adaptation du personnel aux locaux tient une place primordiale dans la satisfaction de l'équipe et sans doute dans la qualité de la prise en charge.

La satisfaction exprimée par les équipes travaillant dans les nouvelles structures est souvent en rapport direct avec leur implication dans l'élaboration du projet. A Dieppe, l'équipe avait été étroitement liée à l'élaboration du projet et a pu contribuer à en faire un lieu bien adapté à son usage. Ainsi, le bureau infirmier se trouve au milieu de la structure, avec une bonne vision des chambres et une proximité appréciable avec les chambres d'isolement. A l'inverse, une concertation apparemment moindre entre l'architecte du projet et l'équipe soignante a abouti au CHU de Montpellier à des défauts de conception. La forme allongée du bâtiment et la disposition du bureau infirmier, très éloigné des chambres d'isolement, sont à l'origine de situations moins sécurisantes et d'une organisation complexifiée. La taille des établissements est sans doute un facteur limitant pour l'implication des équipes dans l'élaboration du projet.

En ce qui concerne le dimensionnement des équipes, plusieurs cas de figure se rencontrent. Parfois, comme dans les services de psychiatrie de Dieppe, les équipes pu bénéficier d'un financement supplémentaire qui leur a permis de s'adapter (taille, spécialité, expérience) à la nouvelle structure. Il en ressort une grande satisfaction des personnels qui peuvent s'occuper de manière optimale des patients et profiter de l'ensemble des services offert par la structure. Dans d'autres cas, une enveloppe limitée, selon l'équipe, a été réservée pour l'embauche de personnel. C'est le cas notamment au Rouvray où l'équipe rencontrée estime être en sous-effectif, notamment avec le départ d'un assistant spécialiste difficile à remplacer du fait de son statut et de l'accroissement de la file active. Au Havre, l'enveloppe budgétaire n'a pas permis l'embauche de personnel ayant l'expérience requise pour les postes proposés, provoquant plusieurs départs prématurés le temps d'ajuster l'équipe. Enfin, certaines structures peuvent fonctionner avec la même équipe, lorsque la capacité n'a pas varié. C'est le cas pour l'unité de psychiatrie adulte de Montpellier. Toutefois, l'équipe ne se juge plus adaptée aux nouveaux locaux, qui présentent une configuration nouvelle avec la séparation entre unités fermée et ouverte et une offre de soins plus diversifiée (terrain de sport, balnéothérapie) nécessitant un personnel encadrant spécifique. Ces possibilités de prise en charge ne sont donc pas utilisées et le personnel semble insatisfait de ses nouvelles conditions de travail.

V. Conclusion

Cette étude comporte un certain nombre de limites.

La première et principale d'entre elles réside dans le nombre limité d'études de cas réalisées. En outre, celles-ci se concentrent sur deux régions qui, bien que très différentes, ne sont pas forcément représentatives des autres. Toutefois, les cas choisis représentent un panel assez diversifié des types de projets présentés. Si les alternatives à l'hospitalisation pour adultes et les structures spécialisées ne sont pas représentées, les unités pour enfants, les urgences et les unités hospitalisations à temps complet, ouvertes comme fermées, sont, elles, illustrées. Par ailleurs, ces deux régions ont pour intérêt d'être particulièrement différentes. Outre les aspects géographiques, le rapport de 2006 de l'ANAP montrait que leurs état des lieux et leurs priorités étaient très diverses. Ces diversités n'ont pu qu'enrichir cette étude.

Par ailleurs, il faut noter que certains documents ont fait défaut : la présentation des projets haut-normands en réponse à l'appel d'offres n'a pu être obtenue, de même le détail des modalités de financement a souvent manqué. Il a rarement été possible de connaître avec précision les différentes sources de financement des projets (PPSM, emprunts, fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, autofinancement, etc.). Cependant, ces éléments n'étaient pas fondamentaux pour l'objet de notre étude.

En conclusion, cette étude tend à montrer que l'impact de la réalisation des projets sur la prise en charge, les droits et la dignité des patients et les conditions de travail des personnels est dans l'ensemble extrêmement positif. En outre, la modernisation des équipements semble avoir un effet sur l'évolution des pratiques des équipes tant en intra qu'en extra hospitalier ainsi que sur leurs relations avec les autres partenaires.

La poursuite de ces investissements et notamment de l'humanisation des établissements sur l'ensemble du territoire apparaît nécessaire et bénéfique.

Annexes

Membres du Codev et de la société Itinere conseil ayant participé aux visites

Magali Coldefy, géographe de la santé, chercheur Irdes

Elise Crovella, consultante Itinere conseil

Brigitte Haury, chargée de mission, secrétariat général du HCSP

Renée Pomarède, secrétaire générale du HCSP

Patrice Van Amerongen, psychiatre

Personnes rencontrées et auditionnées lors des visites sur site

CHU de Montpellier

Véronique Boissel, infirmière

Claude Eldin, directeur délégué

Catherine Seyler, cadre de santé,

M Strub, infirmier

CMP de Lunel

Michèle Maury, chef du service de pédopsychiatrie CHU Saint Eloi

Pierre Raysse, praticien hospitalier psychiatre

Catherine Gras, cadre puéricultrice

Fanny Toureille, psychologue

Diane Galvan, psychologue

Sandrine Sabatier, secrétaire

CH de Dieppe

Yves Bloch, directeur

Didier Feray, praticien hospitalier, psychiatre

Et l'équipe du secteur 11 présente ce jour-là

UNACOR du CH du Rouvray

Mathieu Follet, praticien hospitalier psychiatre

Véronique Hamon, directrice du centre hospitalier

Sadeq Haouzir, praticien hospitalier, psychiatre

Mathieu Morel, cadre supérieur de santé

Pauline Poulain, cadre de santé

Unité d'hospitalisation pour adolescents du CH du Havre

Béatrice Coron, praticien hospitalier, psychiatre, responsable de l'unité

Alain Fuseau, praticien hospitalier, psychiatre, responsable de la maison des adolescents et du pôle psychiatrie

William Durocher, directeur adjoint des affaires financières

Élise Leroux, cadre supérieure de santé

Christiane Jouanne, cadre de santé

Grilles d'entretien (exemples)

Groupe hospitalier du Havre - construction d'une unité d'hospitalisation pour adolescents

Historique et description du projet

- De quand date le projet de cette unité d'hospitalisation (inscription dans le projet médical d'établissement) ?
- Il constituait une priorité du SROS III : son financement a-t-il été réalisé grâce au PPSM ? A quelle hauteur ? Ce projet aurait-il pu être financé sans le PPSM ?
- A quels besoins prioritaires répondait ce projet, de votre point de vue ?
- La structure, telle que réalisée, correspond-elle au projet que vous aviez envisagé au départ ou a-t-il évolué ?

Les apports de la nouvelle structure

- A-t-elle permis de résoudre les difficultés d'accueil des adolescents que vous rencontriez ? en particulier, ce nouveau service a-t-il permis de répondre à la problématique du manque de lits en psychiatrie infanto-juvénile dans la région ?
- Permet-il de mieux répondre à la crise ou à l'urgence en infanto-psychiatrie ?
- L'unité vous paraît-elle adaptée aux besoins spécifiques des adolescents ?
- De votre point de vue, les conditions d'hébergement (confort, loisirs, accueil des familles, respect des droits, etc.) correspondent-elles à ce que vous attendiez ?
- A-t-elle amélioré la qualité et les conditions de travail des professionnels ?
- Comment s'articule la prise en charge avec les autres secteurs psychiatriques ?
- Quelle articulation avec la maison des adolescents ?

Relations avec les autres intervenants

La création de la structure a-t-elle modifié vos relations avec :

- Les médecins généralistes, les psychiatres libéraux et autres professionnels qui prennent en charge la santé des enfants ?
- Les établissements ou structures médico-sociales
- L'éducation nationale
- La justice, le cas échéant

Au final,

- La création de l'unité a-t-elle permis d'améliorer la qualité de vos relations aux patients, aux familles, aux autres professionnels ?
- D'une manière générale pensez-vous que cela a eu un impact sur vos pratiques ?
- Comment abordez-vous la question de la transition de la prise en charge de l'adolescence à l'âge adulte, y a-t-il eu un changement ?
- Qu'est-ce qui, selon vous a été le plus déterminant pour permettre ces avancées ?

Quelles sont les réussites et les regrets vis-à-vis de ce projet ?

CH du Rouvray – construction d'une unité d'accueil des urgences

Historique et description du projet

- Description du projet : ses objectifs, les opérations effectuées, son calendrier
- A quels besoins prioritaires répondait ce projet ?
- Y avait-il un projet médical d'établissement psychiatrique préexistant au PPSM ? Que prévoyait-il ?
- Pourquoi ces choix plutôt qu'un autre projet ? Une autre organisation ?

Rôle du PPSM

- Ce projet aurait-il vu le jour sans le PPSM ? Si oui, sous cette forme ou sous une forme différente (dans l'ampleur du projet, ses objectifs, son calendrier...) ?
- Les fonds de financement du projet proviennent-ils exclusivement de ceux dégagés par le PPSM ? Si non quels sont les autres fonds (autofinancement, subventions publiques...) ?
- Diriez-vous que le PPSM a été un facteur déclenchant du projet ou simplement aidant ?
- Les orientations du PPSM vous ont-elles amené à réorienter le projet ? Sur quels aspects ?
Jugez-vous ces réorientations profitables / préjudiciables au projet ?

Articulation SROS, PRISM

- Comment le projet s'intègre-t-il au volet psychiatrie et santé mentale du SROS ?
- Le PPSM prévoyait que les établissements soient associés à l'élaboration du PRISM dans le cadre des activités de la commission régionale de concertation en santé mentale ? Est-ce le cas ?
Comment cette association s'est-elle concrétisée ?

L'instruction du projet

- Savez-vous comment votre réponse à l'appel à projet d'investissements a été instruite ?
- Savez-vous quel rôle a joué l'ARH dans cette instruction ? Avez-vous été en contact avec un interlocuteur particulier ?
- Comment jugez-vous les critères de choix adoptés pour sélectionner les projets ?
- Avez-vous bénéficié de création de postes ?

Les effets perçus des investissements

Votre projet a-t-il permis :

- D'améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques dans le département ?
 - o En termes d'accessibilité?
 - o En termes de qualité des soins ?
- D'améliorer l'articulation ou la coopération avec :
 - o Les autres services de l'hôpital ? comment ?
 - o Les autres établissements du département ou de la région
 - Avec les services d'accueil et d'urgence
 - Avec les unités de soin somatiques
 - o Le secteur ambulatoire (généralistes, psychiatres libéraux)
- Les dispositifs sociaux et médico-sociaux
- D'améliorer les conditions d'accueil des patients ?
 - o Le confort
 - o L'accueil des familles et des proches
- D'améliorer le respect des droits et de la dignité des patients
- D'améliorer la qualité et les conditions de sécurité du travail des professionnels ?
- D'améliorer la qualité de vos relations aux patients, aux autres professionnels ?
- D'une manière générale pensez-vous que cela a eu un impact sur vos pratiques ?

Au final, qu'est-ce qui, selon vous a été le plus déterminant pour permettre ces avancées ? Quelles sont les réussites et les regrets vis-à-vis de ce projet ?

Table des matières

I. Introduction	4
II. Le volet « renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie »	4
Rappel des objectifs et mesures mentionnés dans le plan	4
Objectifs	4
Mesures prévues.....	5
Contexte et situation de l'offre lors de l'élaboration du Plan	5
Éléments de contexte justifiant ces propositions	5
Situation de l'offre de soins en psychiatrie en 2006.....	6
Les modalités de choix des projets	7
Les conditions d'éligibilité des projets	7
Le champ du plan d'investissement.....	8
Modalités de mise en œuvre et suivi du Plan	8
Les modalités de mises en œuvre	8
Éléments de suivi du plan	9
III. Étude d'impact sur les conditions de prise en charge des patients	11
Objectifs de l'étude.....	11
Méthode	11
Les projets choisis pour faire l'objet d'une étude de cas.....	12
L'insertion de ces projets dans les contextes régionaux	13
Le Languedoc-Roussillon.....	13
La Haute-Normandie.....	13
IV. Présentation et analyse des études de cas réalisées	14
Présentation des cinq sites étudiés.....	14
En Languedoc-Roussillon	14
En Haute-Normandie	15
Analyse de l'impact des investissements dans les cinq sites.....	17
Sécurisation et humanisation des structures	17
Impact sur les conditions de travail et sur les relations des équipes	19
V. Conclusion	21
Annexes	22
Membres du Codev et de la société Itinere conseil ayant participé aux visites	22
Personnes rencontrées et auditionnées lors des visites sur site	22

Grilles d'entretien (exemples)	24
Table des matières.....	26

Étude de l'impact de l'investissement sur les conditions de prise en charge des patients

Le Plan Psychiatrie et Santé mentale (PPSM) 2005-2008 comporte un volet « Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie ». 750 millions d'euros, dans l'objectif d'engendrer 1.5 milliards d'euros d'investissement, devaient y être consacrés. Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), dans le cadre de son évaluation du Plan, a procédé à l'étude et à l'évaluation de ce volet pour ce qui concerne son impact sur la prise en charge des patients, la Cour des comptes se chargeant des aspects de réalisation des projets. L'investissement avait pour objectif de remédier à la dégradation de l'offre de soin en psychiatrie afin que celle-ci soit mieux adaptée aux besoins des patients, mais également aux impératifs de dignité et de sécurité exigés lors d'une hospitalisation ou d'une prise en charge dans une structure de soins.

Pour analyser l'impact des investissements réalisés, une étude de cas a été menée dans cinq sites en Haute-Normandie et en Languedoc-Roussillon. Elle s'est appuyée sur les documents disponibles suite à l'appel d'offres réalisé en 2006 par le ministère chargé de la santé et sur des visites et des entretiens avec les équipes concernées.

Cette étude tend à montrer que l'impact de la réalisation des projets sur la prise en charge, les droits et la dignité des patients ainsi que sur les conditions de travail des personnels est dans l'ensemble extrêmement positif. En outre, la modernisation des équipements semble avoir un effet sur l'évolution des pratiques des équipes tant en intra qu'en extra hospitalier et sur leurs relations avec les autres partenaires.