

# VOLET PSYCHIATRIE DU PLAN STRATEGIQUE

*Contribution au plan stratégique AP-HP*

*Juillet 2014*

David Cohen, Nicolas Dantchev, Bernard Granger, Marion Leboyer, Michel Lejoyeux,  
Frédéric Limosin, Marie Rose Moro

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), comme centre hospitalier et universitaire d'Ile-de-France, a pour mission d'améliorer le parcours de soins des patients atteints de pathologies psychiatriques et de se positionner à l'avant-garde d'une prise en charge psychiatrique moderne. Il s'agit non seulement d'assurer les soins de proximité, en particulier pour les sites qui ont aussi la responsabilité de secteurs (Albert-Chenevier, Corentin-Celton, Louis-Mourier et Paul-Brousse pour la psychiatrie adulte, et Bichat, Necker, Pitié-Salpêtrière et Robert-Debré pour les intersecteurs de pédopsychiatrie), mais aussi de continuer à développer une offre de soins régionale, non sectorisée et de recours. L'enjeu est de disposer des moyens nécessaires pour mener à bien ces deux missions complémentaires.

Dans la perspective du plan stratégique de l'AP-HP, ce document vise à analyser les difficultés découlant des insuffisances de l'organisation actuelle, à mettre en lumière les spécificités et les forces de la psychiatrie de l'AP-HP et à proposer de nouveaux schémas organisationnels.

## **MALADIES PSYCHIATRIQUES : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE MECONNU ET SOUS-ESTIME**

### **Des pathologies chroniques, sévères et fréquentes qui débutent chez les jeunes adultes**

- 1 personne sur 5 souffre ou a souffert de maladie mentale dans le monde (13 millions de Français)
- 1<sup>ère</sup> cause de handicap dans le monde à l'horizon 2020 (source OMS)
- La jeunesse frappée de plein fouet : pic de début des maladies mentales entre 15 et 25 ans
- Mortalité prématurée associée aux maladies mentales : 12.000 morts par an par suicide en France

### **Un impact économique et social majeur**

- Des coûts directs et indirects estimés à 800 milliards € en Europe, 107 milliards € en France
- 1<sup>ère</sup> cause d'invalidité et 2<sup>ème</sup> motif d'arrêt de travail en France
- 10% des coûts de santé devant le diabète et le cancer
- Facteur d'exclusion et de marginalisation sociale et coûts induits pour les proches

## **LE RETARD FRANÇAIS**

### **Une prise en charge trop tardive et parfois inadéquate**

La prise en charge précoce spécialisée par pathologie améliore le pronostic et la qualité de vie des patients. En France, elle est freinée par :

- le retard à l'accès aux soins en particulier pour les jeunes, les personnes précaires et les sujets âgés
- le retard au diagnostic (10 ans pour les troubles bipolaires)
- les prises en charge inappropriées : inadéquation des pratiques avec les recommandations internationales
- la coexistence de différentes filières de soins mal coordonnées et occasionnant des ruptures de prise en charge
- la fragmentation des soins : le défaut de prise en charge des pathologies somatiques occasionne une mortalité prématurée des patients (de plus de 10 ans)

### **Un système d'organisation des soins trop cloisonné, qui souffre de disparités et qui n'est pas évalué**

- La psychiatrie n'a pas bénéficié suffisamment des évolutions positives qu'ont connues les autres disciplines telles que la spécialisation par filières de soins, la création de centres de référence, le développement de la prévention et l'articulation des soins et de la recherche.
- La psychiatrie hospitalo-universitaire compte un nombre de postes largement insuffisant et en proportion très faible par rapport aux autres disciplines compte tenu de l'épidémiologie des maladies psychiatriques, de ses missions d'enseignement, dans une discipline qui compte un nombre élevé de spécialistes en formation, et de recherche, où la France occupe un rang honorable malgré ses faibles effectifs.
- La prise en charge actuelle repose sur une organisation sectorisée trop cloisonnée (coupée du lien nécessaire avec le MCO et la médecine générale), préjudiciable à la qualité de la prise en charge des patients dans la mesure où elle conduit à orienter les ressources vers la gestion à long terme du handicap chronique au lieu de privilégier une action orientée vers la prévention, en particulier pour les jeunes générations.
- Cette organisation souffre également de disparités territoriales dans les dotations en moyens humains et matériels (Coldefy et al., 2009), jamais rééquilibrées.
- En outre, les services sectorisés de l'AP-HP doivent, à partir d'une DAF qui n'a pas été réévaluée et qui de surcroît ne leur est pas intégralement dédiée, mener de front leurs missions de secteur (CMP, hôpitaux de jour, CATTP, visites à domicile, gestion des hospitalisations et programmes de soins sous contrainte...) et des missions hospitalo-universitaires non sectorisées de recours.

**La sous-dotation en moyens humains (personnels médical et non médical) et matériels (humanisation et adaptation des locaux) des secteurs de psychiatrie adulte et des intersecteurs de pédopsychiatrie de l'AP-HP nécessitent un état des lieux précis et une remise à niveau indispensable. Nous demandons :**

- 1) Une analyse budgétaire précise de l'utilisation de la DAF de psychiatrie et son attribution à ses destinataires
- 2) Une étude comparative avec les moyens dont disposent les secteurs et intersecteurs hors AP-HP
- 3) En prenant en compte les missions hospitalo-universitaires non sectorisées que nos services assurent en complément de leurs missions de secteur

## **PRISE EN CHARGE DES MALADIES PSYCHIATRIQUES A L'AP-HP : 6 PROPOSITIONS POUR RELEVER UN DEFI MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE**

Afin de répondre à l'enjeu de santé publique que représentent les maladies mentales et d'assurer au mieux les responsabilités de l'AP-HP qui sont

- d'assurer le parcours de soins en santé mentale des patients pris en charge sur les secteurs de l'AP-HP
- de mieux coordonner les urgences psychiatriques
- de renforcer les structures de soins surspécialisés non sectorisés
- de continuer à développer pour les nouveaux patients et/ou les sujets à risque une offre de soins régionale assurant dépistage et prise en charge spécialisée afin d'enrayer l'évolution vers le handicap et de réduire les coûts médico-économiques

Le dispositif que nous proposons de déployer à l'AP-HP comporte **6 AXES PRIORITAIRES** :

- 1. OPTIMISER LA VISIBILITE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE L'AP-HP**
- 2. CONFORTER LA PLACE DE L'AP-HP DANS L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES**
- 3. ENRICHIR L'OFFRE DE SOINS EN PEDOPSYCHIATRIE**
- 4. FACILITER L'ACCES A DES PRISES EN CHARGE SPECIALISEES ET FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS**
- 5. VALORISER ET DEVELOPPER UNE OFFRE DE SOINS SURSPECIALISEE AU NIVEAU REGIONAL ET NATIONAL**
- 6. METTRE EN PLACE UN SYSTEME DE SUIVI DE L'EFFICIENCE DES EXPERIMENTATIONS ET MESURES PROPOSEES**

## **1. POUR UNE MEILLEURE INFORMATION ET VISIBILITE DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE DE L'AP-HP : MISE EN PLACE D'UNE PLATEFORME WEB ET TELEPHONIQUE**

Pour faciliter l'accès aux soins des patients d'Ile-de-France, nous proposons un double système d'information destiné d'une part aux médecins et d'autre part aux usagers (patients et familles). Pour cela une **cartographie claire et lisible de l'ensemble de l'offre de soins de l'AP-HP en psychiatrie** doit être établie pour chaque territoire de santé et réunie sur un site web dédié ([www.PSYinfo-APHP.fr](http://www.PSYinfo-APHP.fr)). Ce site internet doit fournir une information sur les prises en charge de secteur, mais aussi sur les prises en charge spécialisées qui permette aux populations à risque (jeunes, sujets âgés, précaires...), aux patients porteurs d'une pathologie (autisme, troubles des apprentissages, troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles anxieux, addictions...) de pouvoir se repérer dans l'offre de soins de l'AP-HP et mieux connaître les soins qui peuvent leur être proposés.

Ce site sera également couplé aux informations qu'il est prévu de réunir sur les recherches en cours en psychiatrie au niveau francilien et sur les formations existantes (une réflexion menée par le Pr. Patrick Hardy est en cours sous l'égide de la Collégiale des psychiatres de l'AP-HP, de l'ARSIF et du **Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI)** d'Ile-de-France).

Les informations réunies doivent aussi permettre de répondre aux questions des médecins (généralistes et spécialistes) grâce à une **permanence téléphonique** qui leur soit spécifiquement dédiée et leur donne une information factuelle sur les lieux/adresses/contacts des consultations spécialisées universitaires, mais aussi consultations généralistes (CMP), les dispositifs de soins partagés, les centres experts et centres ressources, les PASS, les SAU, les prises en charge spécifiques, les filières de soins, etc. En outre, cette plateforme doit intégrer l'offre de soins psychiatrique des secteurs et intersecteurs hors AP-HP afin de constituer une source d'information complète en mesure de fluidifier les parcours patients au niveau régional.

## **2. CONFORTER LA PLACE DE L'AP-HP DANS L'ACCUEIL ET L'ORIENTATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EN ILE-DE-FRANCE**

L'accueil médicalisé des urgences psychiatriques 24 heures sur 24 est une nécessité pour la continuité des soins en santé mentale et pour la prévention des complications les plus graves.

A ce jour, la prise en charge des urgences psychiatriques en Ile-de-France est assurée par de nombreuses structures de soins dont les missions et les moyens sont hétérogènes. Il faut restructurer cette offre de soins, accroître sa lisibilité, son accessibilité, et ainsi permettre des prises en charge rapides et adaptées au plus près des besoins de la population.

L'urgence psychiatrique recouvre un ensemble de situations cliniques qui se caractérisent par la fréquence des troubles organiques intriqués. De surcroît, l'urgence psychiatrique peut être le révélateur de ruptures dans les parcours de soins. En conséquence, il est nécessaire de disposer d'un accueil des urgences psychiatriques qui propose à la fois une compétence somatique et un plateau technique adéquats, une articulation avec l'ensemble des partenaires du soin psychiatrique et un aval organisé en filières spécifiques, par tranches d'âge et/ou par pathologies.

L'AP-HP est un élément clef du dispositif de soins au niveau régional, tant au plan qualitatif que quantitatif. Elle assure une offre de première ligne dans ses SAU, car, **pour plus de la moitié des patients, le SAU est le lieu du premier contact avec la psychiatrie. Les SAU de l'AP-HP totalisent 30% du total des passages SAU de l'Ile-de-France (1,2 millions passages annuels) et l'AP-HP, hors addictions, assure au moins 30% des actes de psychiatrie aux SAU, sur l'ensemble de l'IDF.** Son activité, mesurée à partir d'une source fiabilisée, représente **50.000** interventions psychiatriques annuelles aux SAU, dont environ un quart pour des situations de crises suicidaires. L'AP-HP assure, en hospitalisation complète, 20% de l'aval d'urgence de la région dans ses lits de psychiatrie, malgré des capacités d'hospitalisation ne représentant que 7% du total régional.

En ce qui concerne la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'AP-HP est un des acteurs majeurs de l'activité d'urgence pédopsychiatrique, puisqu'elle dispose de la moitié des capacités d'hospitalisation aiguë de la région, de la majorité des SAU pédiatriques d'Ile-de-France, de deux accueils d'urgence séniorisés sur Robert-Debré et la Pitié-Salpêtrière, et d'une unité régionale pour situations d'urgence complexes dans le champ de l'autisme et de la déficience intellectuelle (USIDATU). Il paraît donc légitime de renforcer cette position, en particulier autour de la question des urgences pédopsychiatriques et de la création d'unités d'hospitalisation pour la tranche d'âge 10-15 ans. Par ailleurs, le renforcement des moyens tant médicaux que paramédicaux des équipes travaillant en articulation avec les SAU pédiatriques, paraît légitime, même si quelques possibilités de conventionnement peuvent être discutées dans le cadre des partenariats avec les intersecteurs n'appartenant pas à l'AP-HP.

Dans ce contexte et afin d'améliorer la lisibilité et les capacités d'accueil des SAU de psychiatrie de l'AP-HP, nous proposons :

- la mise en place de **CENTRES RENFORCES D'ACCUEIL DES URGENCES PSYCHIATRIQUES** avec lits d'aval de courte durée (**CRUP**)
- la mise en place d'une coordination des lits AP-HP disponibles en aval de l'urgence

#### **A. Individualisation de Centres Renforcés d'accueil des Urgences Psychiatriques au sein d'établissements pilotes**

Sept SAU d'Ile-de-France seront dotés de CRUP. Il s'agit sur Paris de Bichat, Cochin, Fernand-Widal, Hôtel-Dieu, et en petite couronne de Bicêtre, Henri-Mondor et Louis-Mourier. Ces centres disposeront de lits d'aval post-urgence dédiés, individualisés, qui accueilleront 24h/24, pour une durée de séjour courte ( $\leq 72h$ ), des patients instables sur le plan psychique et/ou nécessitant une phase d'observation, en hospitalisation libre. Les patients concernés seront notamment les suicidants, les premiers épisodes psychiatriques, les intoxications, les états de crise, les contextes post-traumatiques, les personnes âgées. S'agissant de patients nécessitant dans certains cas une surveillance somatique particulière (au décours de TS par exemple, ou dans le cas d'intrications médico-psychiatriques), les modalités de recours aux somaticiens non urgentistes seront formalisées sur chaque site.

Cette hospitalisation de courte durée aura pour objectif de stabiliser la phase aiguë et de prendre le temps d'observation nécessaire à l'orientation vers la filière de soins la plus adaptée.

A terme, les autres SAU de l'AP-HP devront également disposer de CRUP, en premier lieu la Pitié-Salpêtrière, HEGP et Saint-Antoine.

#### **B. Mise en place d'une coordination des lits AP-HP disponibles en aval de l'urgence**

Parmi les missions de la plateforme de régulation et d'information figurera celle de répondre aux demandes liées à l'urgence psychiatrique, qu'elles soient externes (CPOA, SAMU, établissements de soins, etc.) ou internes (services MCO et SAU de l'AP-HP). Il s'agira de centraliser et d'actualiser la disponibilité des lits d'aval des urgences psychiatriques adossés aux CRUP.

De surcroît, dans le cadre des prises en charge hyperspécialisées et des filières de patients spécifiques, et en concertation avec le secteur référent du patient, la plateforme de coordination sera en mesure de proposer une hospitalisation sur un site AP-HP proposant une expertise dans un des domaines suivants : suicidologie, périnatalité, addictions, psychiatrie de l'adolescent, premiers épisodes psychotiques, troubles bipolaires et dépressions résistantes, troubles de la personnalité, traumatologie, intrications somato-psychiatriques, psychiatrie du sujet âgé.

### **3. ENRICHIR L'OFFRE DE SOINS EN PEDOPSYCHIATRIE : PERINATALITE, LITS PRE-ADOLESCENTS**

L'offre de soins de l'AP-HP en pédopsychiatrie est particulièrement importante en Ile-de-France puisque l'AP-HP dispose en son sein de 5 des 8 services hospitalo-universitaires de la région, de près de la moitié des capacités d'hospitalisation aiguë et de la quasi-totalité des activités de niveaux 2 et 3 de la discipline en Ile-de-France. Il paraît donc indispensable de conforter et d'enrichir l'offre de soins en pédopsychiatrie répondant aux principaux enjeux de santé publique et aux problématiques nouvelles : périnatalité, prise en charge précoce et spécialisée dans l'autisme, problématique adolescente, décrochage scolaire, contextes mixtes psycho-organiques, conduites addictives et conduites suicidaires. Ceci nécessite de réfléchir également les partenariats avec les autres disciplines médicales impliquées, mais également avec les autres partenaires concernés (Education Nationale, Aide Sociale à l'Enfance, services sociaux, protection judiciaire de la jeunesse...). Comme évoqué plus haut, il paraît légitime que l'AP-HP soit candidate à l'une des 4 unités d'hospitalisation pour pré-adolescents discutées dans le cadre du SROS psychiatrie et qu'elle fasse valoir l'importance du dispositif lié à l'urgence et rappelé au paragraphe précédent.

### **4. FACILITER L'ACCES A DES PRISES EN CHARGE SPECIALISEES ET FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS**

#### **4.1. Pour un rapprochement entre psychiatrie et médecine générale : créer des dispositifs de soins partagés (DSP)**

Les maladies psychiatriques sont souvent associées à des comorbidités somatiques, notamment cardio-vasculaires, neurologiques, endocriniennes, immuno-inflammatoires, etc. Non ou insuffisamment diagnostiquées et prises en charge, elles sont responsables d'une mortalité prématurée importante. Pour lutter contre les lacunes de la prise en charge des comorbidités somatiques, un rapprochement des services de psychiatrie avec les plateaux techniques traditionnels, mais aussi la médecine générale, s'avère indispensable.

Un **DSP**, dispositif de soins innovant conçu initialement par le Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines sud (RPSM 78), a été mis en place à l'AP-HP par le pôle de psychiatrie des hôpitaux Universitaires Henri-Mondor fin 2012 grâce à un projet spécifique financé par l'ARSIF.

L'objectif principal du DSP est de faciliter l'accès aux soins psychiatriques des patients en étroite collaboration avec leur médecin généraliste et les spécialistes (neurologues, pédiatres, gynécologues...). Il doit permettre de réduire les délais de premières consultations spécialisées, de garantir l'orientation thérapeutique la plus adaptée, et de maintenir les médecins généralistes au centre des prises en charge pour faciliter l'adhésion aux soins, leur cohérence à long terme, et pour assurer des soins intégrés, somatiques et psychiatriques. Des réévaluations ultérieures peuvent permettre aussi de surveiller le bon déroulement des soins, notamment à la demande des médecins traitants. Le « partage » ou la supervision des soins (comptes rendus systématiques, réponse rapide aux demandes de conseils et d'informations, apport de connaissances ciblées, etc.) doit ainsi avoir des effets formateurs pour les médecins généralistes partenaires.

Ainsi défini, le DSP est donc une structure de premier contact qui doit permettre en dehors des situations d'urgence, et avant l'installation d'une aggravation de l'état du patient, de faire une évaluation diagnostique et de proposer une prise en charge adaptée par les différentes structures publiques ou privées.

L'enjeu est de créer de nouveaux DSP à l'AP-HP.

#### 4.2. Liens avec les services de secteur non AP-HP (CHT 75, partenariats au sein des SAU...)

Le 19 juin dernier, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté les grandes orientations du projet de loi de santé, qui crée notamment un "service territorial de santé au public". Ce projet vise à créer sur l'ensemble du territoire national des services territoriaux de santé mentale dont les périmètres seront fixés par les ARS. La volonté du ministère est de consacrer le fait que la santé mentale n'est désormais plus exclusivement de la responsabilité de la psychiatrie sectorisée, qui doit cependant en rester partie intégrante, et conforte les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Dans cette nouvelle organisation, les services territoriaux de santé mentale devront disposer de l'ensemble des compétences nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des parcours de santé et de vie des patients, dans une logique de santé publique qui associe prévention, soins et insertion dans des actions de coopération formalisées.

Notre projet se situe au plus près de ces préconisations. Les services de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie de l'AP-HP disposent en effet de l'ensemble des structures de soins, allant de la proximité (secteurs, intersecteurs, SAU, psychiatrie de liaison) aux missions hospitalo-universitaires de recours et d'expertise. La psychiatrie de l'AP-HP doit par conséquent se positionner d'ores et déjà comme un élément moteur dans la création de conventionnements et de partenariats avec l'ensemble des professionnels et institutions impliqués, à tout niveau, dans le parcours des patients susceptibles de nécessiter une prise en charge psychiatrique. Cela inclut les partenaires du champ sanitaire, publics et privés, et du champ médico-social.

Sur Paris, notre interlocuteur privilégié est désormais la communauté hospitalière de territoire de Paris (CHT75) qui regroupe l'ensemble des établissements hospitaliers gérant les secteurs de psychiatrie adulte parisiens. Des partenariats sont déjà effectifs, notamment au sein des SAU de l'AP-HP, les conventions qui les régissent étant actuellement en cours de réévaluation. Au-delà de ces partenariats, d'autres devront être construits dans une logique de parcours de soins et de filières spécialisées.

#### 4.3. Liens avec les services MCO de l'AP-HP : homogénéiser l'organisation de la psychiatrie de liaison au sein de nos différents sites

L'AP-HP, par son offre de soins MCO complète et ses plateaux techniques, permet, au sein de ses SAU, un accueil optimal et une prise en charge globale, pluridisciplinaire, des urgences psychiatriques. Cela a été souligné dans le point 2 et cela constitue un atout majeur de la psychiatrie à l'AP-HP.

Parallèlement, les services MCO de l'AP-HP accueillent des patients qui, dans plus de 20% des cas, présentent de façon comorbide des troubles psychiatriques, dont les pathologies addictives. Or, il est clairement établi qu'une telle comorbidité, lorsqu'elle n'est pas détectée ni prise en charge, est un facteur de gravité supplémentaire susceptible de compliquer la prise en charge et d'allonger la durée moyenne de séjour de ces patients, ce qui représente un enjeu médical à l'impact médico-économique non négligeable. Afin de relever ce défi, nous proposons deux actions prioritaires :

1. Dresser un état des lieux précis de l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie de liaison sur l'ensemble des GH de l'AP-HP, et, à partir de ce travail préalable, proposer et mettre en place une organisation mieux coordonnée au plus près des besoins des services MCO concernés. Une attention particulière devra être portée aux GH qui ne disposent pas, sur aucun de leurs sites, de services de psychiatrie. C'est notamment le cas du GH Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest (Ambroise-Paré, Sainte-Perrine, Raymond-Poincaré), alors même qu'il y existe une forte demande de consultations de liaison, que ce soit au SAU d'Ambroise-Paré, ou au sein du service de Nutrition clinique de Raymond-Poincaré ou des services de Gériatrie de Sainte-Perrine.
2. Engager un travail de valorisation des actes de liaison psychiatrique au sein des services MCO de l'AP-HP. En partenariat avec le DIM du siège, une étude médico-économique de l'impact de la valorisation des actes de psychiatrie de liaison devra être réalisée, ainsi que la mise en place d'un dispositif d'optimisation de la cotation des actes psychiatriques de liaison.

## **5. VALORISER ET DEVELOPPER UNE OFFRE DE SOINS SURSPECIALISEE AU NIVEAU REGIONAL ET NATIONAL**

### **5.1. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'AP-HP est pionnière dans les activités de périnatalité et de développement précoce, autour des pathologies maternelles mais également de la prise en charge des situations à haut risque développemental. Quatre des 6 centres diagnostic autisme d'Ile-de-France sont situés à l'AP-HP et un projet de création est porté par une équipe de l'AP-HP pour le département 93. Six des 7 centres référents langage et apprentissages sont au sein de l'AP-HP, dont 4 dans des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tous ces centres ont des listes d'attente considérables et mériteraient d'être renforcés, d'autant que la réorganisation de l'hôpital Trousseau s'est aussi soldée par une perte de moyens paramédicaux affectés via des crédits fléchés à ce centre. L'AP-HP compte aussi en son sein le seul centre référent maladies rares à expression psychiatrique et plusieurs consultations hyperspécialisées pour le diagnostic précoce de schizophrénie, de trouble bipolaire, de syndrome catatonique, de psychiatrie transculturelle, de trouble du sommeil et de trouble hyperactif avec déficit de l'attention et comorbidités. Chacune de ces thématiques est en lien avec des programmes de recherche spécifiques et pâtit également de la faible universitarisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, quelle que soit la taille des services. Enfin l'AP-HP possède les 2 Maisons des adolescents existantes à Paris et une à Bobigny, dispositif innovant médico-psychiatrique, qui lui aussi mérite d'être renforcé.

### **5.2. Addictologie**

Les services d'addictologie sont organisés en centres de niveau 1 proximité, 2 et 3 excellence et universitaire. Nombre de services universitaires de l'AP-HP impliqués en addictologie ont vocation à acquérir cette labellisation de niveau 3, du fait d'une activité reconnue d'enseignement et de recherche clinique et fondamentale.

Certaines activités spécifiques en addictologie ne sont conduites qu'à l'AP-HP. Il s'agit notamment du travail addictologique dans les urgences. Cette addictologie aux urgences permet le repérage de conduites addictives chez des patients a priori non-motivés et qui peuvent ainsi être orientés vers un soin. Cette intervention est un facteur majeur de motivation en population générale et de réduction du retard au diagnostic.

L'autre spécificité de l'AP-HP est l'addictologie de liaison, à l'intention des patients hospitalisés dans les services de médecine, de chirurgie ou d'obstétrique. Une attention particulière est portée aux interactions entre addictologie et périnatalité.

Enfin, l'intervention addictologique est un déterminant important des actions conduites auprès des populations précaires ; les conduites addictives étant un déterminant fréquent ou une complication des situations de précarité sociale.

### **5.3. Psychiatrie du sujet âgé**

En Ile-de-France, l'offre de soins spécifique en psychiatrie du sujet âgé existe, mais est globalement insuffisamment dimensionnée, est peu lisible et hétérogène tant dans la définition de ses missions qu'en termes d'organisation et de répartition géographique. De plus, il n'existait pas de centre référent susceptible d'y apporter coordination et support universitaire, alors même que les données épidémiologiques montrent la haute prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées.

C'est dans ce contexte que le CENTRE RESSOURCE REGIONAL DE PSYCHIATRIE DU SUJET AGE D'ILE-DE-FRANCE a été créé à Corentin-Celton et labellisé en 2013 par l'ARSIF. L'objectif général est d'inscrire la psychiatrie du sujet âgé dans une gradation des soins pour augmenter sa lisibilité et sa pertinence. En complément des niveaux 1 (de proximité) et 2 (territorial ou infra-territorial de recours), le niveau 3 (régional de référence) doit s'articuler autour de ce Centre Ressource Régional apte à coordonner un réseau de



soins et à optimiser les prises en charge par des missions d'expertise de cas complexes, d'enseignement, de recherche et d'éthique, et d'un Comité technique régional en psychiatrie du sujet âgé (usagers et professionnels). Ces missions ont débuté et continueront à être déployées progressivement sur l'ensemble de l'Ile-de-France en 2014. Elles s'appuieront notamment sur la contractualisation de conventionnements avec les établissements psychiatriques franciliens et les structures sanitaires et médicosociales qui prennent en charge des patients âgés souffrant de pathologies psychiatriques.

#### 5.4. Mise en œuvre des prises en charge innovantes

Un certain nombre de prises en charge thérapeutiques innovantes peuvent et doivent se développer dans les centres universitaires. Par exemple, la prise en charge de pathologies anxieuses et dépressives résistantes peut dans certains cas relever des traitements par ECT (électroconvulsivothérapie) ou par rTMS (stimulation magnétique transcrânienne répétée) qui peuvent s'organiser sur un mode ambulatoire.

Dans le champ des innovations thérapeutiques, figurent également les innovations en psychopharmacologie, ainsi que certaines approches psychothérapeutiques novatrices comme la 3<sup>ème</sup> vague, « émotionnelle », des thérapies cognitivo-comportementales, le développement de la remédiation cognitive et de la psychoéducation. Enfin, plusieurs services de psychiatrie de l'AP-HP se sont engagés dans des projets en télémédecine, qu'il s'agisse de téléconsultation ou de télé-expertise.

#### 5.5. Missions d'expertise

La complexité des pathologies et les avancées scientifiques plaident pour une spécialisation accrue, complémentaire de la psychiatrie généraliste. Cela s'est traduit par la création de centres référents, de centres experts ou de centres diagnostiques par pathologie, certains rattachés à la fondation FondaMental, d'autres résultant d'appels d'offre des différents acteurs publics.

Ainsi, il existe à l'AP-HP un centre référent maladie rare à expression psychiatrique (schizophrénie à début précoce, catatonie). Dans le domaine de l'autisme, l'AP-HP compte 4 centres diagnostiques pour enfants, un pour adultes, auquel il faut ajouter un centre expert rattaché à la fondation FondaMental. Cette dernière a créé un réseau de 34 centres experts spécialisés par pathologies répartis sur l'ensemble du territoire national. La coordination de ce dispositif est assurée à l'AP-HP et 10 centres experts rattachés à FondaMental ont été déployés en Ile-de-France.

Les centres experts de la fondation FondaMental sont des plateformes pluridisciplinaires de soins et de recherche, équipés de dossiers médicaux informatisés, spécialisés par pathologie, qui offrent aux patients une évaluation standardisée psychiatrique, somatique, neuropsychologique et sociale, afin d'établir des recommandations thérapeutiques dans le choix des psychotropes, les thérapeutiques psycho-sociales, l'hygiène de vie, le dépistage des comorbidités somatiques.

Il conviendrait de rendre plus visibles, d'évaluer et de pérenniser les missions d'expertise assurées par l'AP-HP et de créer de nouveaux centres référents, centres diagnostiques et centres experts dédiés à d'autres pathologies.

## **6. METTRE EN PLACE UN SYSTEME DE SUIVI DE L'EFFICIENCE DES EXPERIMENTATIONS ET MESURES PROPOSEES**

Le pilotage opérationnel de ces réformes passe par un suivi plus fin des indicateurs de santé publique et d'efficacité médico-économique. Les disparités de dotations en moyens humains et matériels entre les hôpitaux de secteur nécessitent par exemple une objectivation des activités réalisées et des

indicateurs de santé publique. Nous souhaiterions travailler, en lien avec le DIM-AP-HP et l'ARSIF, à l'objectivation des disparités, et à leur correction.

Une évaluation annuelle par les ARS des dispositifs fléchés déjà créés et ceux dont nous proposons la création nous paraît indispensable.

## CONCLUSION

Pour concrétiser ces actions en faveur d'une psychiatrie moderne et efficiente, répondant à l'évolution des besoins et des pratiques, les moyens à mobiliser devront être prioritairement :

- **Mise à niveau des secteurs de psychiatrie et des inter-secteurs de pédopsychiatrie** gérés par l'AP-HP, nettement sous-dotés en comparaison aux secteurs/intersecteurs hors AP-HP que ce soit en postes médicaux ou non médicaux.
- **Obtention de postes hospitalo-universitaires supplémentaires**, compte tenu des différentiels soulignés en introduction.  
Le ratio de postes hospitalo-universitaires en psychiatrie est aujourd'hui peu adapté à la multiplicité des tâches d'enseignement et de recherche. L'existence de surspécialisations (psychiatrie du sujet âgé, psychiatrie d'urgence, psychiatrie et addictologie) plaide pour une remise à niveau des moyens hospitalo-universitaires. Il en est de même pour la pédopsychiatrie qui, elle aussi, nécessite un renforcement en termes de postes universitaires (psychiatrie périnatale, de l'adolescent, autisme...).
- **Mobiliser des financements complémentaires**  
L'addictologie fait par exemple l'objet d'enveloppes MIGAC permettant le financement des centres de trois niveaux, du niveau de base (niveau 1) au niveau de référence avec enseignement et recherche (niveau 3). L'AP-HP est la principale structure intégrant les centres de niveau 3. Elle bénéficie aussi de financements spécifiques pour des activités addictologiques de recours mises en place par l'ARS (ex : jeu en ligne). L'addictologie bénéficie en outre de la possibilité d'une tarification T2A que ce soit pour les lits de sevrage (simples et complexes) en hospitalisation complète, ou pour les places d'hôpital de jour. Il convient néanmoins de bien considérer que cette tarification est soumise à un cahier des charges précis et contraignant qui nécessite, pour sa bonne application, l'octroi de personnel médical et paramédical formé et renforcé.
- **Permettre aux services de psychiatrie de pouvoir utiliser intégralement leur DAF en adaptant les contraintes des TPER à la spécialité.**  
Comme cela a été clairement explicité dans le Plan Stratégique de l'AP-HP, il est indispensable, afin de pouvoir mettre en œuvre les actions envisagées, de faire bénéficier aux services de psychiatrie de l'intégralité de la DAF octroyée par l'ARS. Il a en effet été constaté qu'une marge non négligeable de la DAF n'était pas utilisée par les services de psychiatrie. Ce différentiel est particulièrement net sur les sites qui gèrent des secteurs, pouvant atteindre 40% du total de la DAF.

## RÉFÉRENCES

- Baumann PS, Crespi S, Marion-Veyron R, Solida A, Thonney J, Favrod J, Bonsack C, Do KQ, Conus P. Treatment and early intervention in psychosis program (TIPP-Lausanne): Implementation of an early intervention programme for psychosis in Switzerland. *Early Interv Psychiatry* 2013;7(3):322-8.
- Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. *EurNeuropsychopharmacol* 2013;23(8):879-86.
- Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation, IRDES, 2009, 145.
- Drancourt N, Etain B, Lajnef M, Henry C, Raust A, Cochet B, Mathieu F, Gard S, Mbailara K, Zanouy L, Kahn JP, Cohen RF, Wajsbrot-Elgrabli O, Leboyer M, Scott J, Bellivier F. Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatr Scand* 2013;127(2):136-44.
- Samalin L, Guillaume S, Auclair C, Llorca PM. Adherence to guidelines by French psychiatrists in their real world of clinical practice. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(4):239-43.
- Szöke A, Charpeaud T, Galliot AM, Vilain J, Richard JR, Leboyer M, Llorca PM, Schürhoff F. Rural-urban variation in incidence of psychosis in France: a prospective epidemiologic study in two contrasted catchment areas. *BMC Psychiatry* 2014;14:78.