



# inter-établissements : primo-accueil et activité des centres médico-psychologiques adultes dans les Hauts-de-France

**Chloé Lepage**

Stagiaire, institut de sociologie,  
Université de Lille

**Laurent Plancke**

Chargé d'études, F2RSM Psy

**Alina Amarié**

Chargée d'études, F2RSM Psy

**Dr Thierry Danel**

Directeur, F2RSM Psy

**Janick Doprince**

Ahmed Haddouche

Claudine Pottier

Claude Ethuin

**Delphine Pastureau**

Le groupe technique audit croisé  
de La F2RSM Psy

Ce document porte sur les principaux résultats d'une enquête réalisée en décembre 2016 au sein de 60 CMP de la région menée par le groupe technique « audit croisé » de la F2RSM Psy des Hauts-de-France. Cet audit croisé a permis un état des lieux des CMP du Nord, du Pas-de-Calais et d'une partie de ceux de la Somme ; il a été mené par des professionnels, dont les services ont été eux-mêmes audités par des collègues, tous ayant été formés à la passation du questionnaire, construit par le groupe technique audit croisé. Il s'agit du 6<sup>e</sup> audit de ce type, et le 1<sup>er</sup> à l'échelon de la nouvelle région des Hauts-de-France (partiellement).

Il constitue un état des lieux, qui permettra à chaque secteur de se situer par rapport aux moyennes régionales et de provoquer des réflexions sur les pratiques, dont l'audit a montré qu'elles étaient très variables.

## » Objet et méthodes

Le groupe technique « audit croisé », organisé depuis 10 ans au sein de la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) avec des personnels de soins infirmiers, des cadres de santé et des usagers du dispositif de santé mentale, a choisi le sujet du primo-accueil et de l'activité des CMP adultes afin de questionner les pratiques professionnelles associées. Le groupe de travail a élaboré un recueil des données qui portait sur :

- » l'implantation géographique et physique
- » l'état des lieux des locaux
- » la composition de l'équipe
- » l'organisation
- » l'offre de soins
- » le primo-accueil

L'audit croisé a été proposé auprès des secteurs de psychiatrie adulte gérés par des établissements adhérents de la F2RSM Psy. Seize établissements (dont 1 clinique privée) ont été volontaires en tant qu'auditeurs et 15 l'ont été en tant qu'audités (dont 1 Espic). Le questionnaire a été soumis auprès d'un ou plusieurs membres du CMP par des auditeurs formés (infirmier-e-s, cadres de santé, secrétaires, ...), eux-mêmes professionnels d'un CMP. La passation des questionnaires s'est déroulée durant la semaine du 12 au 17 décembre 2016.

Trois départements ont été concernés par l'audit, le Nord, le Pas-de-Calais et la Somme, ils comptabilisent 68 secteurs et 85 CMP. L'audit croisé a permis d'auditer 60 CMP, soit 71% d'entre eux. Il n'y a pas eu d'audité dans les départements de l'Aisne et de l'Oise n'ayant pas d'établissement adhérent.

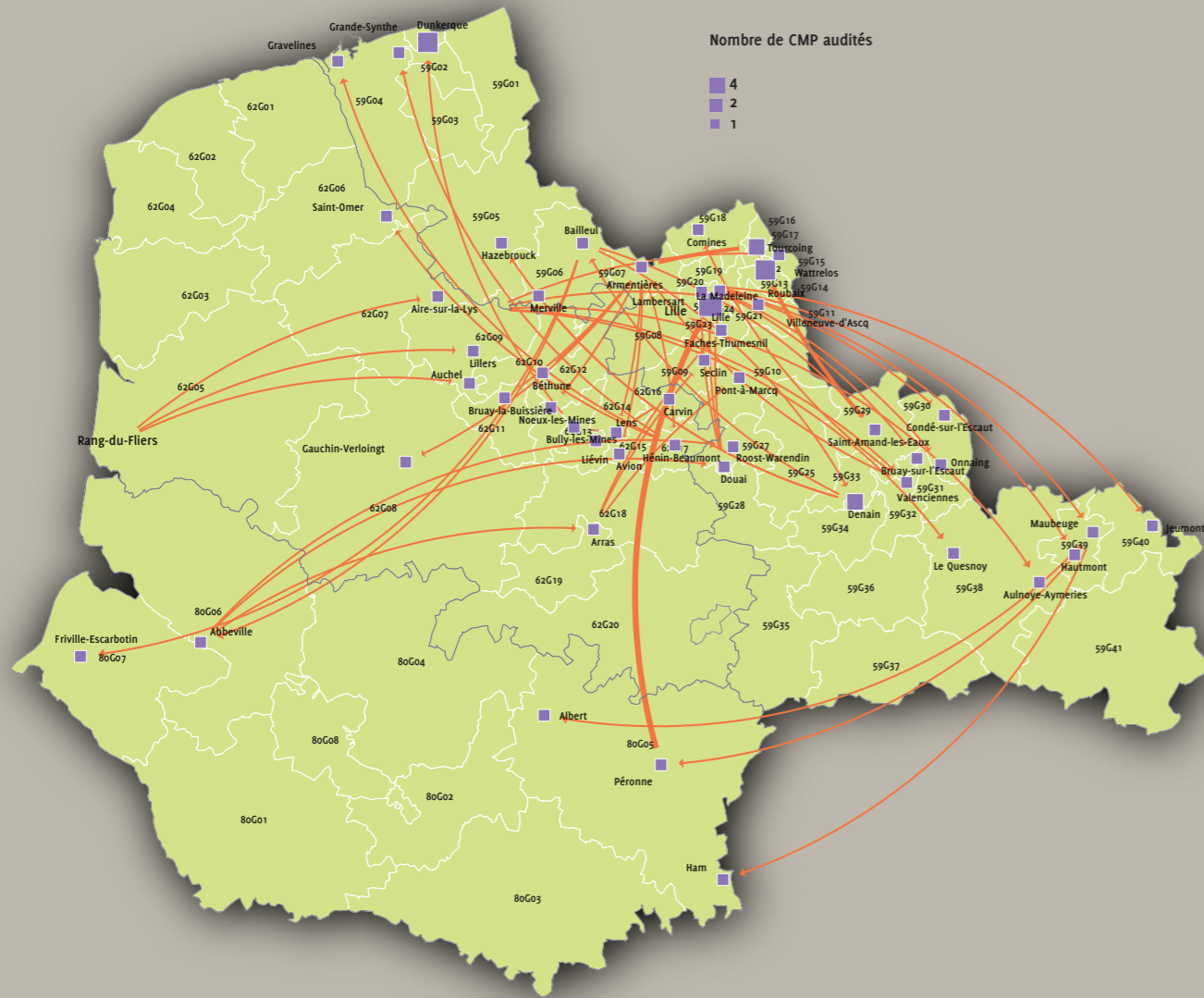
## Cadre réglementaire

Le Centre médico-psychologique (CMP) est la structure pivot du dispositif de soins en psychiatrie ; son ancêtre est le Dispensaire d'hygiène mentale (DHM), défini par la circulaire du 13 octobre 1937 (1), il avait « un rôle de triage et de dépistage » par le biais de consultations externes. C'est l'arrêt du 14 mars 1986 (2) qui remplace les DHM par les CMP, l'arrêté les décrit comme « des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert ».

L'organisation des CMP est précisée dans la circulaire du 14 mars 1990 (3) ; il est noté qu'« il convient qu'en tout secteur de psychiatrie générale existe au moins un centre médico-psychologique implanté au sein du secteur ou à proximité immédiate, en un lieu d'accès facile par les transports en commun, et ouvert au moins cinq jours par semaine [...] Les jours et heures d'ouverture doivent être tels qu'ils permettent un contact hors heures de travail ou heures scolaires. Au centre médico-psychologique doit se trouver un secrétariat et des soignants, en une organisation telle qu'un rendez-vous puisse être donné pour une première consultation dans un délai de quelques jours, et que des thérapies individuelles ou de groupe puissent y être assurées dans de bonnes conditions. [...] Une bonne accessibilité des services et la disponibilité des équipes, organisée dans les centres médico-psychologiques, doivent réduire le recours aux soins par les voies de « L'urgence » ».

## » Etablissements participants

Carte 1. Etablissement d'appartenance des auditeurs et localisation des CMP audités



Exemple de lecture : les CMP du CH d'Arras ont été audités par les professionnels du CH d'Abbeville, et ont eux-mêmes audité certains CMP de l'EPSM Lille-Métropole.

## » Résultats

### Locaux

Sur les 60 CMP adultes audités, 35 (58,3%) ont déclaré être le seul CMP du secteur, 22 (36,7%) ont déclaré être 2 CMP sur leur secteur et 3 (5,0%) ont déclaré être 3 sur leur secteur. De plus, 17 CMP audités (28,3%) disposent d'une ou plusieurs antenne-s et 5 (8,3%) sont intersectoriels. 50% des CMP audités se trouvent à moins de 7 km d'un service d'hospitalisation et à moins de 6 km d'un service d'urgence.

Les locaux ont été jugés sur leur qualité et leur adaptation à l'activité ; dans 3 cas sur 5, les répondants ont jugé la qualité des locaux positive tandis qu'un peu moins de la moitié (46,7%) ont jugé leurs locaux adaptés, mais 33 (55,0%) considèrent leur surface exiguë et 2 (3,3%) l'estiment inadaptée. Concernant les équipements en matière de sécurité, 45 CMP audités (75,0%) disposent d'une alarme intrusion et 42 (70,0%) d'un visiophone. Pour les équipements d'accueil, 45 CMP (75,0%) ont déclaré avoir une salle d'attente et seulement 16 (26,7%) des bureaux

insonorisés pour les entretiens. Pour les équipements en matière d'accessibilité, 39 CMP (65,0%) disposent d'un accès pour personnes à mobilité réduite (PMR).

### Une équipe de CMP est, pour moitié, composée d'infirmier-e-s

Un CMP est doté en moyenne de 13,4 équivalents temps-plein (ETP), dont près de la moitié sont des infirmier-e-s (6,6 ETP). Six métiers sont présents dans plus de 9 CMP sur 10 : Infirmier-e-s, psychologues, secrétaires, médecins, cadres de santé et Assistants de service social (ASS). (Cf. Tableau 1). Certains CMP expliquent qu'ils peuvent également accueillir à la demande certains professionnels tels qu'un diététicien ou un thérapeute familial. Afin de proposer aux patients un meilleur suivi, les structures mettent en place des référents, médical et paramédical ; par patient, 51 CMP (85,0%) déclarent avoir toujours un référent médical et 49 (81,7%) disent avoir souvent, voire toujours, un référent paramédical.

Tableau 1. Professionnels des CMP : nombre moyen, écart-type et nombre de CMP concernés par la profession. En Équivalent temps plein (ETP) N=59. Valeur manquante=1

Professionnel	Moyenne	Écart-type	Services concernés
Infirmier	6,6	3,6	59
Psychologue	1,9	1,4	59
Secrétaire	1,7	0,8	59
Médecin	1,5	1,3	58
Cadres santé	0,5	0,3	57
ASS*	0,7	0,6	55
ASH**	0,2	0,3	24
Psychomotricien	0,2	0,4	14
Éducateur	0,1	0,4	8
Diététicien***	0,1	0,1	6
Pair-aidant	0,0	0,1	3
Aide-soignant	0,0	0,1	1
<b>Total</b>	<b>13,4</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\* Assistant de service social \*\* Agent des services hospitaliers. \*\*\* Les diététiciens à la demande ne sont pas comptabilisés. Exemple de lecture : dans 59 CMP sur 59 des infirmier-e-s exercent

### 42,5 heures hebdomadaires de fonctionnement en moyenne

Les CMP audités ont indiqué être ouverts au public 42,5 heures en moyenne sur 10 demi-journées en majorité (55 CMP). Un CMP sur 5 propose des consultations hors horaires d'ouverture et y consacrent 5 heures par semaine en moyenne. Peu de CMP proposent une permanence le week-end : 3 déclarent avoir une permanence le samedi et 3 le samedi et le dimanche.

Dans les CMP audités, 11 (18,3%) disposent d'une équipe mobile propre et 25 (41,7%) d'une organisation mobile intersectorielle et 3 (5,0%) d'une Hospitalisation à domicile (HAD). Parmi les CMP, 17 (28,3%) ont des professionnels

qui se déplacent régulièrement aux urgences et 39 (65,0%) possèdent des places d'Accueil familial thérapeutique (AFT), doté en moyenne de 4 places. Les CMP se caractérisent par leurs nombreuses spécificités ; ainsi de nombreux CMP déclarent proposer des thérapies familiales systémiques, de la sophrologie ou de la relaxation. De plus, 57 CMP (95,0%) réalisent des injections de neuroleptique à action prolongée.

Des réunions paramédicales et cliniques sont organisées pour le bon fonctionnement des structures, cependant 7 CMP (11,7%) qui organisent peu, voire jamais, les deux types de réunion, 10 (16,7%) uniquement les réunions paramédicales et 10 les réunions cliniques.

## Un travail en réseau très engagé

Cinquante-cinq CMP audités (91,7%) ont des professionnels qui interviennent dans des établissements extérieurs de façon importante et formelle. Les équipes interviennent en particulier dans des établissements médico-sociaux tels que les foyers de vie et maisons de retraite, avec respectivement 54 (90%) et 52 (87%) CMP concernés. Depuis une quinzaine d'années, les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) se déploient sur le territoire ; 39 CMP (65,0%) sont implantés dans un secteur où

il en existe un et 22 d'entre eux (36,7%) y participent. Parmi les CMP audités, 44 (73,3%) ont déclaré qu'il y avait au moins une structure manquant dans la filière de soins, notamment des appartements thérapeutiques pour 16 d'entre eux (36,4%). Alors que 58 CMP (96,7%) demandent à leurs patients de désigner un médecin traitant, seulement 16 (26,7%) envoient un courrier systématique au 1er rendez-vous et 20 (38,3%) en fin de prise en charge.

Tableau 2. Réponses (plusieurs possibles) à la question « Dans quels lieux extérieurs interviennent les professionnels des CMP ? ». 161 réponses (55 répondants)

Lieux d'intervention cités	N	%
Médico-social (Foyer)	54	90,0%
EHPAD, maison de retraite	52	86,7%
Service social	15	25,0%
Divers	10	16,7%
ESAT	9	15,0%
Service hospitalier somatique	8	13,3%
École, université	8	13,3%

## Information, satisfaction

Dans le cadre du réseau étendu dont font partie les CMP, 48 d'entre eux (80,0%) informent leur patientèle des structures environnantes et des associations existantes, par l'intermédiaire de plaquettes informatives ; cependant seulement 32 CMP (53,3%) disposent d'une plaquette présentant leur propre structure.

Depuis la loi du 4 mars 2002 (4), les patients

peuvent avoir un accès direct à leur dossier patient et ne sont plus dans l'obligation de passer par l'intermédiaire d'un médecin pour l'obtenir ; 37 CMP (61,7%) informent les patients de cette possibilité.

Dans le cadre de leur activité, il est important pour les CMP de juger de la satisfaction des patients, 36 CMP (60,0%) font des enquêtes ponctuelles et 6 (10,0%) en font en continu.

Figure 1. Pratiques professionnelles. Effectifs et %.

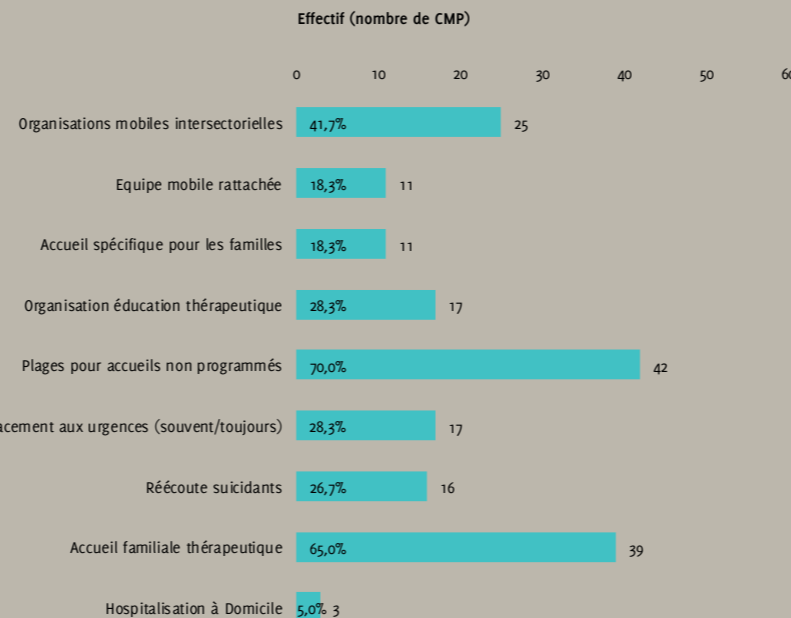
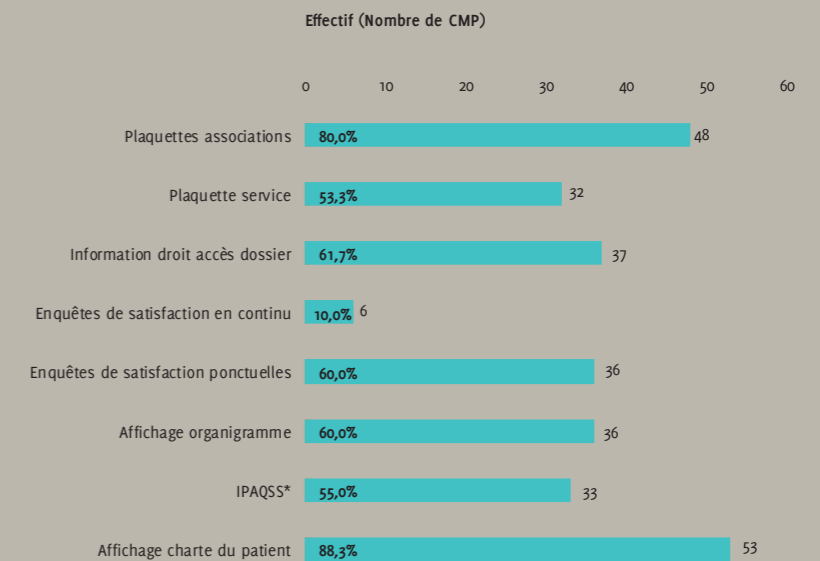


Figure 2. Répartition des CMP audités selon la présence de différents éléments relatifs à l'information et la satisfaction des patients.



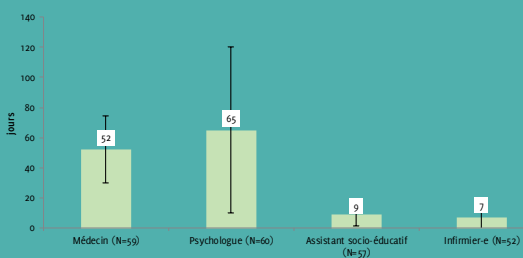
\*Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

## Un primo-accueil le plus souvent infirmier et des délais de rendez-vous élevés et hétérogènes

À l'arrivée du patient dans le CMP, pour 55 des CMP (91,7%) l'accueil peut être fait par les secrétaires et pour 25 (41,7%) par les infirmier-e-s. Quarante deux CMP (70,0%) indiquent que le rendez-vous de primo-accueil est effectué par un ou plusieurs infirmier-e-s. Dans les autres cas, ce sont le plus souvent les psychiatres, voire les psychologues, qui l'assurent. Dans le cadre de l'identitovigilance, une pièce d'identité doit être demandée lors du 1<sup>er</sup> contact, cette démarche n'est pas systématique dans les CMP puisque 35 (58,3%) la demandent toujours et 23 (38,3%) parfois, voire jamais. Les délais les plus courts sont les 1<sup>ers</sup> rendez-vous infirmiers, environ 1 semaine avec des moyennes relativement homogènes. Le même constat est fait pour les délais avec un assistant socio-éducatif, avec un délai d'un peu plus d'une semaine et peu de différences entre les CMP. Les délais médicaux sont élevés : 7 semaines en moyenne, avec des différences entre CMP très élevées (minimum de 5 jours, maximum de 98). Les délais les plus hétérogènes sont les délais de rendez-vous avec un psychologue (minimum de 7 jours, maximum de 300), 9 semaines en moyenne, mais environ 50% des CMP ont des délais inférieurs à 6 semaines. (cf. Figure 3). Pour pallier ces délais relativement élevés, 42 CMP (70,0%) disposent de plages de consultations pour accueils non-programmés (cf. Figure 1).

Figure 3. Délais d'obtention d'un 1<sup>er</sup> rendez-vous, par profession.

Moyenne (en jours) et écart-type. N=60.



## » Discussion

### Limites

L'échantillon des CMP n'est pas représentatif de l'ensemble de ceux des Hauts-de-France ; il a été constitué sur la base du volontariat. Les départements de l'Aisne et de l'Oise n'ont pas participé à l'audit, de même qu'une large partie de la Somme. Les CMP en milieu rural sont, de ce fait, moins représentés dans l'échantillon qu'en réalité.

Les consignes de comptage du personnel (en ETP) ont été imprécises et le nombre de professionnels travaillant en CMP (13,4 dont 6,6 ETP d'infirmier-e-s) est peut-être sujet à caution ; de nombreux agents sont affectés à différents services (CMP, CATTP, ...) et il a sans doute été difficile de calculer le seul temps consacré au CMP.

Ces limites, une fois décrites, l'audit fait

ressortir une grande diversité des CMP, dans leurs ressources humaines et dans leur fonctionnement, confirmant des constats fréquemment établis (5,6). On soulignera par exemple la variabilité des ressources humaines, avec des écarts élevés entre les structures, notamment pour les 3 professions les plus représentées, les infirmier-e-s, les psychologues et les médecins (écarts-types respectifs de  $\pm 3,6$ ,  $\pm 1,4$  et  $\pm 1,3$  ETP) ; la variabilité des pratiques, visites à domicile avec ou sans équipe mobile dédiée, un accueil spécifique pour les familles et pour certains des déplacements aux urgences. Les délais de rendez-vous médicaux et psychologiques, en moyenne trop longs (52 et 65 jours), peuvent être liés à des files actives trop élevées par rapport aux ressources humaines des CMP (en moyenne, ils sont dotés de 1,9 ETP de psychologue et de 1,5 ETP de médecin).

L'audit confirme également l'engagement des CMP dans de nombreux partenariats, notamment en psycho-gériatrie ; 87% des CMP déclarent intervenir au sein des Ehpad. Ils continuent le suivi de patients déjà pris en charge et accueille de nouvelles demandes.

Trop de CMP n'ont pas d'accueil sans rendez-vous, alors que ce dernier correspond aux besoins de certains patients ou à certaines circonstances (urgences). L'absence aux rendez-vous programmés est observée dans un quart des cas (6) ; le temps rendu disponible par ces absences peut permettre parfois l'accueil de patients non-programmés.

Les plaquettes d'information devraient être systématiquement mises à disposition des patients et de leurs familles afin de faciliter l'accès au service (adresse, téléphone...) et la bonne compréhension de l'offre qui leur est proposée (professions, horaires...). Ces plaquettes devraient également être diffusées auprès des partenaires tels que les mairies, les hôpitaux.

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH), recommande également de concevoir un guide du CMP qui « doit permettre de décrire l'organisation mise en place pour répondre aux missions du CMP, rendre plus lisible cette organisation pour l'équipe, mais aussi pour les partenaires, et permettre son évolution » (6).

Les réunions de service ne sont pas systématiques ; elles sont pourtant indispensables à la transmission d'informations et à la coordination des soins.

L'identitovigilance s'impose désormais dans tous les services de santé et doit s'appliquer à l'ensemble des CMP ; pourtant, la vérification de l'identité des patients n'est pas systématique lors du 1<sup>er</sup> accueil.

Il n'existe pas d'agrément d'hospitalisation à domicile en psychiatrie dans le Nord et le Pas-de-Calais. Cependant, des pratiques d'intervention intensive à domicile, visant notamment à permettre un maintien à

domicile, existent : le patient est visité chaque jour, par un-e infirmier-e et/ou un médecin. Une clarification serait salutaire, comme une enquête -non publiée- a tenté de le faire (7). Par contre plus de la moitié des CMP (60,0%) disposent d'une équipe mobile ou d'une organisation mobile intersectorielle.

Les courriers rédigés par les psychiatres ne parviennent pas toujours aux généralistes ; il serait intéressant de savoir si c'est parce que les CMP n'en rédigent pas ou parce qu'il est remis aux patients, qui décident ou non de le remettre à leur médecin traitant. À l'heure où les parcours de soins en psychiatrie sont mis en exergue, l'effectivité de la communication entre omnipraticiens

et psychiatrie doit être questionnée (8).

L'accueil du patient est fait par un-e secrétaire et/ou un-e infirmier-e ; de ce fait, comment s'organise l'accueil ? Y a-t-il une distinction entre la partie administrative et la partie clinique ?

Dans le guide de bonnes pratiques de la MEAH, les experts insistent sur l'importance de la traçabilité des nouvelles demandes et des premiers accueils, afin qu'un suivi soit bien organisé, que la charge de travail soit bien répartie et que le CMP dispose d'une bonne visibilité sur les flux de patients entrants dans la file active (6).

## >> Sigles et acronymes utilisés

CMP | Centre médico-psychologique

DHM | Dispensaire d'hygiène mentale

Ehpad | Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ETP | Équivalent temps plein

Esat | Établissement et service d'aide par le travail

Espic | Établissement de santé privé d'intérêt collectif

MEAH | Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers

ASH | Agent des services hospitaliers

ASS | Assistant de service social

CLSM | Conseils locaux de santé mentale

AFT | Accueil familiale thérapeutique

HAD | Hospitalisation à domicile

## >> Références bibliographiques

1. Ministère de la santé publique. Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental.

2. Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale. Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

3. Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

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

5. 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. Questions d'économie de la santé. Mai 2009. (142).

6. Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH). L'organisation des centres médico-psychologiques - guide de bonnes pratiques organisationnelles. 2008.

7. Bourgeois P, Olive R, Elia E, Fruleux G. Une alternative à l'hospitalisation à domicile. Les équipes mobiles. Demi-journée F2RSM sur HAD et équipes mobiles. 10 septembre 2015. Armentières.

8. Martinez C, Prout E, Servant B. Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires. Paris. Anap. Décembre 2016 p. 40. (Mettre en œuvre et partager).

9. ARS Rhône-Alpes. Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes. Juin 2015.

10. ARS Hauts-de-France. Projet Régional de Santé 2 - Santé mentale. Document de travail. 22 mars 2017.

Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM Psy) Hauts-de-France

3 rue Malpart | 59000 Lille | T : 03 20 44 10 34 | [www.f2rsmpsy.fr](http://www.f2rsmpsy.fr)

[contact@f2rsmpsy.fr](mailto:contact@f2rsmpsy.fr)

Directeur de la publication : Dr Thierry Danel

Ligne graphique : Gaëtan Becu | Pôle communication



F2RSM Psy  
Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale