

Enquête

AdESM et Conférence Nationale des PCME de CHS

Enquête 2025 sur l'organisation territoriale des soins et de l'accès aux soins des établissements autorisés au service public de psychiatrie (mineurs et adultes)

Présentation des résultats

Journées Annuelles de l'AdESM 6 mars 2026

Présentation de l'enquête :

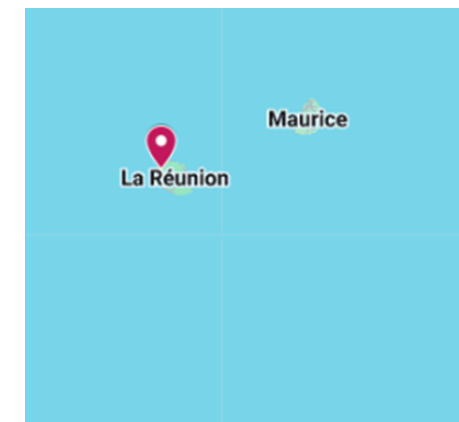
Objectifs : Dans un contexte marqué par de profondes mutations de nos établissements, il est apparu essentiel de disposer d'une vision claire, sincère et complète des transformations en cours. Trop souvent, celles-ci sont décrites de manière fragmentaire, ce qui nuit à la lisibilité des dynamiques, limite les possibilités de mutualisation et fragilise l'éclairage des politiques publiques. Cette enquête vise donc à rendre compte des réalités de terrain, partager les expériences entre établissements et formuler des propositions cohérentes avec vos attentes et préoccupations.

- Grille de questions co-construite entre les deux organisations
- Période d'enquête : du 23 septembre au 31 décembre 2025
- Nombre de réponses : 117 établissements

Avertissement : *il s'agit ici d'une première analyse consécutive au dépouillement, dont la présentation va commencer d'être réalisée au moment des journées de l'AdESM les 5 et 6 mars 2026. Il sera bien évidemment nécessaire d'approfondir cette analyse, de la discuter et mettre en perspective, enfin d'envisager ses développements.*

Cartographie des répondants : une mobilisation nationale large

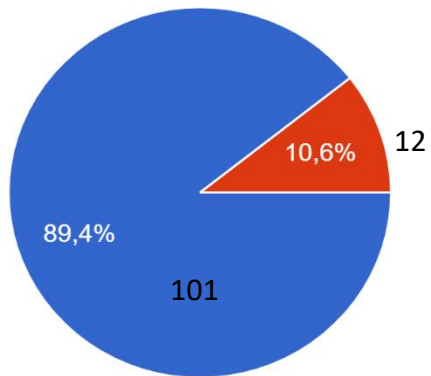
- Les 117 répondants couvrent l'ensemble du territoire métropolitain, avec une présence dans toutes les grandes régions. La contribution de territoires ultramarins (Guadeloupe, Martinique, La Réunion) renforce la portée nationale de l'enquête. La forte mobilisation reflète l'intérêt partagé pour les enjeux d'organisation et renforce la légitimité des enseignements de l'enquête.



Présentation générale des répondants :

Votre établissement est responsable d'une zone d'intervention au sens de l'article L 3221-4 du CSP ?

113 répondants



● Oui
● Non

Population desservie :

100 répondants

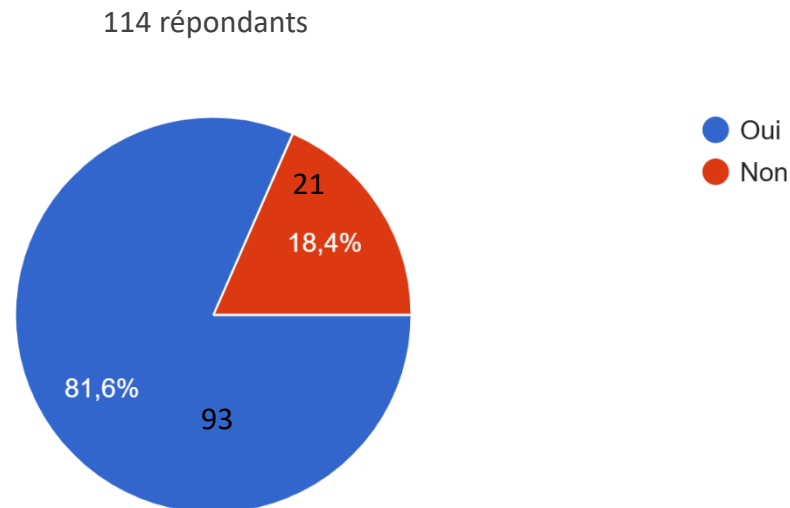
Population totale desservie	Nombre d'établissements
50 000 à 150 000 habitants	12
150 001 à 250 000 habitants	25
250 001 à 350 000 habitants	16
350 001 à 450 000 habitants	17
450 001 à 550 000 habitants	6
550 001 à 650 000 habitants	9
650 001 à 750 000 habitants	6
750 001 à 850 000 habitants	5
850 001 à 999 999 habitants	2
> à 1 Million d'habitants	2
Total répondants	100

72 répondants

Population de mineurs	Nombre d'établissements
15 000 à 35 000 mineurs	12
35 001 à 55 000 mineurs	9
55 001 à 75 000 mineurs	13
75 001 à 95 000 mineurs	7
95 001 à 115 000 mineurs	12
115 001 à 135 000 mineurs	6
135 001 à 155 000 mineurs	4
155 001 à 175 000 mineurs	5
175 001 à 195 000 mineurs	4
Total répondants	72

Organisation de la psychiatrie adulte : entre sectorisation et nouveaux modèles

L'organisation territoriale de la psychiatrie adulte est-elle sectorisée (que chaque pôle clinique constitue un seul secteur ou en regroupe plusieurs) ?



- Les établissements ayant indiqué ne pas être organisés en secteurs déclarent majoritairement des modèles organisationnels hybrides, combinant plusieurs logiques d'organisation des soins.
- La modalité la plus fréquemment rapportée (9 répondants) repose sur un modèle mixte, associant une sectorisation maintenue de l'offre ambulatoire (CMP, CATTP) et une organisation intersectorielle de l'hospitalisation (hospitalisation complète, hôpital de jour + équipes mobiles). Cette organisation vise principalement à optimiser l'utilisation des capacités d'hospitalisation, à harmoniser les pratiques professionnelles et à s'adapter aux contraintes de démographie médicale.
- Par ailleurs, trois établissements revendiquent un modèle hybride articulant secteurs et filières. Ces organisations répondent à une logique d'expertise, venant compléter l'organisation sectorielle.
- En complément, deux établissements déclarent une organisation uniquement par filières ou dispositifs spécialisés transversaux, notamment dans les champs de l'addictologie, des urgences psychiatriques, des troubles du spectre de l'autisme, de la réhabilitation psychosociale ou de pathologies spécifiques.
- Trois répondants mentionnent une organisation explicitement structurée en parcours de soins, centrée sur l'accessibilité et la pertinence des prises en charge.
- Enfin, quatre réponses ont été considérées comme hors champ puisque leur modèle d'organisation repose sur le regroupement de plusieurs secteurs.

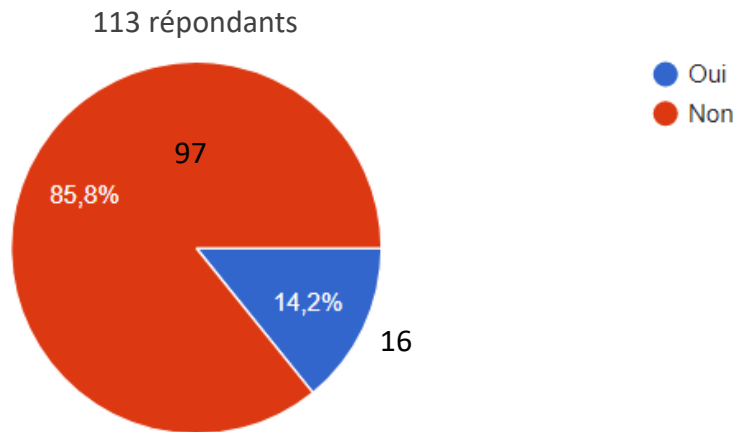
Tableau comparatif des modèles d'organisation

21 répondants

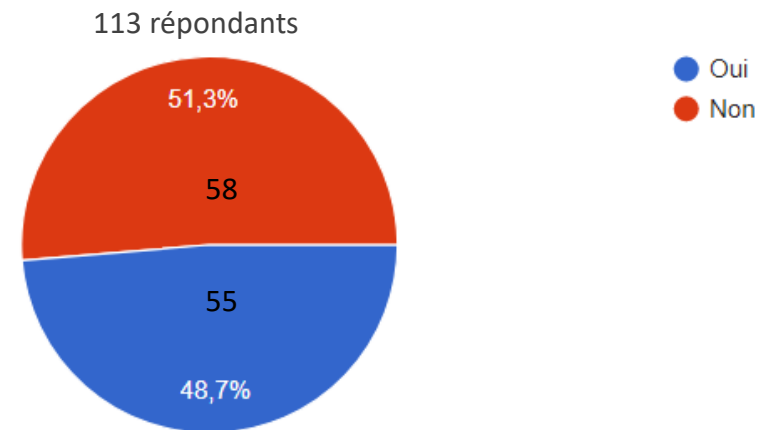
Modèle d'organisation	Principes clés	Exemples de réponses associées	Nombre de répondants
Organisation mixte sectorisée / intersectorielle	CMP et CATTP sectorisés ; hospitalisation complète, HDJ et équipes mobiles intersectoriels	« HC non sectorisée, CMP/CATTP sectorisés » ; « organisation intra non sectorisée » ; « La sectorisation vaut pour l'offre de soin ambulatoire des CMP et CATTP. L'hospitalisation de jour et l'hospitalisation complète sont intersectorielles, afin d'adapter le capacitaire au récentes évolutions(pénurie médicale principalement) » ; « Intérêt de certains dispositifs intersectoriels permet l'harmonisation des pratiques et transversalité des compétences paramédicales »	9
Organisation par filières / pathologies ou populations	Filières spécialisées transversales ; logique d'expertise	« Filières addictologie, urgences, TSA ; réhabilitation psychosociale » ; « Pédopsy, psy adulte et psy sujet âgé »	2
Organisation en parcours de soins	Parcours patient structuré	« Organisation en parcours de soins pour favoriser l'accessibilité et la pertinence des soins. »	3
Modèle hybride (secteurs + filières)	Coexistence de plusieurs logiques organisationnelles : filière et secteur	« Pôles sectoriels + pôles filières (schizophrénie, TSA, addictologie) » ; « Organisation par filière sur tout l'établissement mais CMP sectorisés »	3
Hors champ ou territorialisation	Réponse non exploitable ou regroupement de plusieurs secteurs	« Sans objet » ; « Non concerné » ; « Territorialisation: 1 territoire = 2,5 secteurs »	4

Organisation de la psychiatrie adulte : accès aux soins

L'accès aux soins se fait – il exclusivement par l'ensemble des CMP ?



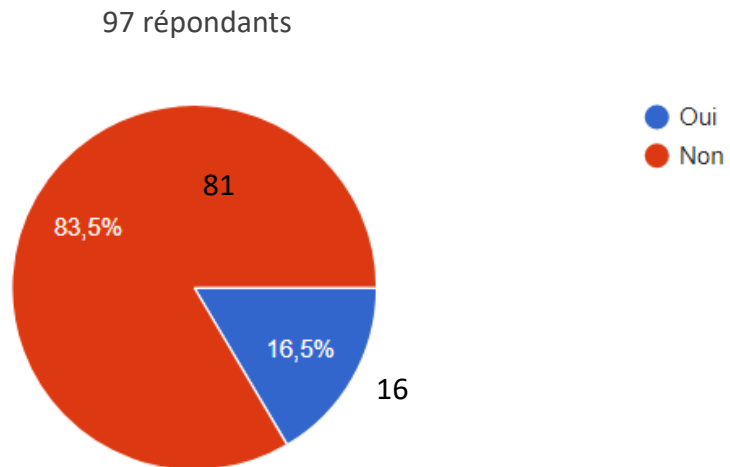
Avez – vous mis en place des CMP pivots en charge de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des nouvelles demandes ?



- Parmi les 113 répondants, 16 établissements seulement déclarent que l'accès aux soins se fait exclusivement par l'ensemble des CMP.
- Concernant les établissements répondant à la deuxième question, près de la moitié d'entre eux (55/113 répondants) ont attribué à leurs CMP pivots des missions d'accueil, d'évaluation et d'orientations des nouvelles demandes. Ces données témoignent d'une diversification des modalités d'organisation de la psychiatrie adulte observées parmi les établissements répondants. En effet, nous assistons à une évolution structurante des missions traditionnellement dévolues aux CMP, centrées historiquement sur le suivi ambulatoire sectorisé. Cette organisation vise à une régulation plus efficiente de l'accès aux soins et à une articulation renforcée entre les différents niveaux de prise en charge.

Organisation de la psychiatrie adulte : accès aux soins

Ces CMP pivots prennent-ils en charge exclusivement certains troubles ou pathologies ?



Les établissements dont les CMP pivots prennent en charge exclusivement certains troubles ou pathologies ont listé :

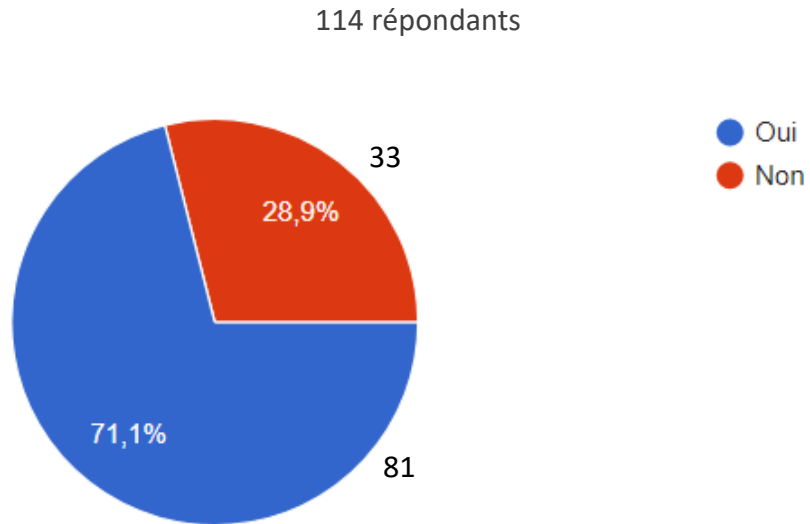
- Addictologie
- Psychotraumatisme
- Douleur
- Gériopsychiatrie
- Périnatalité
- TCC

En cours de réflexion ou de mise en œuvre :

- Trouble borderline
- TDAH
- Suicidologie

Organisation de la psychiatrie adulte : accès aux soins non programmés

Avez – vous en place un dispositif d'accès à des soins non programmés en CMP ?



- L'analyse des réponses met en évidence une convergence marquée des établissements vers la mise en œuvre de dispositifs d'accès aux soins non programmés au sein des CMP. La nette majorité des structures déclare en effet un accueil reposant sur une évaluation infirmière, réalisée sans rendez-vous ou dans des délais courts, permettant l'orientation des patients vers une prise en charge adaptée.
- Toutefois, derrière cette apparente homogénéité déclarative, les modalités opérationnelles s'avèrent hétérogènes. Les dispositifs vont d'un accueil infirmier intégré au fonctionnement courant du CMP, sans formalisation spécifique, à des organisations plus structurées comprenant des créneaux d'urgence identifiés, des infirmiers d'accueil dédiés, des délais d'accès formalisés et, dans certains cas, un accès médical le jour même.
- Par ailleurs, plusieurs réponses dépassent le périmètre strict du CMP en décrivant des dispositifs territoriaux articulés associant équipes mobiles, psychiatrie de liaison, services d'urgences hospitaliers ou centres spécialisés de crise. Ces organisations renforcent la continuité des parcours, mais contribuent également à une hétérogénéité de l'offre selon les territoires.
- Enfin, plusieurs établissements soulignent explicitement l'absence d'uniformisation de l'offre de soins non programmés entre CMP, certains dispositifs étant en cours de structuration ou inscrits dans des projets à venir. Ces éléments confirment que si le principe d'un accès aux soins non programmés est largement partagé, sa mise en œuvre demeure variable en termes de lisibilité, de ressources mobilisées et de niveau de formalisation.

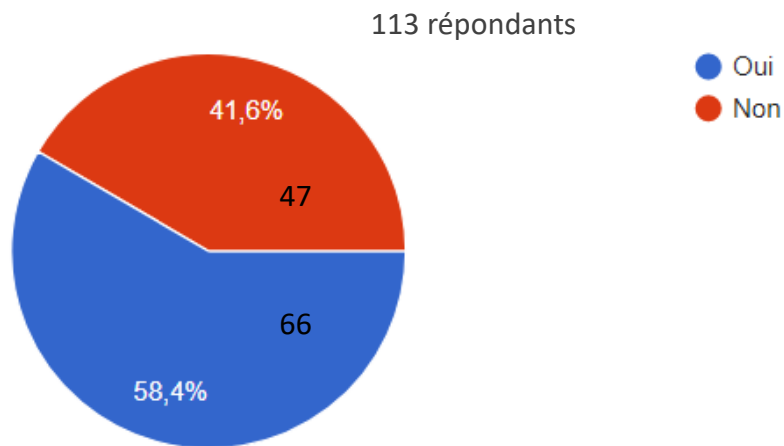
Tableau dispositif d'accès aux soins non programmés

Type de dispositif	Exemples de réponses associées	Nb d'occurrences* (≈)
Accueil infirmier non programmé	Accueil IDE sans RDV, entretien infirmier de première intention, évaluation et orientation aux horaires d'ouverture du CMP	~45
Permanence infirmière identifiée	IDE d'accueil dédié ou IDE de permanence assurant les soins non programmés	~30
Créneaux d'urgence identifiés en CMP	Créneaux dédiés IDE et/ou psychiatre, RDV urgents, créneaux réservés	~28
Accès médical post-évaluation IDE	Consultation psychiatre possible le jour même ou rapidement après l'évaluation IDE	~20
Délais d'accès formalisés	RDV IDE sous 48h, 7 jours ou 15 jours - consultations rapides	~12
Dispositifs territoriaux articulés	Équipes mobiles, IDE de liaison urgences, psychiatrie de liaison, SAU, UHCD psy « Permanence accueil physique et téléphonique. Les CMPs sont ouverts de 9h à 19h et assurent une permanence accueil. Ces équipes répondent à un dispositif d'accès aux soins en se déplaçant à domicile sur des situations signalées de personnes connues ou non par les partenaires (bailleurs sociaux, CLSM, médecins traitants, famille, patient lui même). »	~18
Centres ou dispositifs spécifiques d'accueil non programmé	CADEO, UPAO, unités d'accueil/évaluation/orientation, centres d'accueil de crise	~10
Prévention du suicide structurée	VigilanS, plages dédiées, parcours suicidants	~8
Accueil physique et téléphonique formalisé	Permanence téléphonique, accueil physique structuré 9h-19h	~15
Reconnaissance d'une hétérogénéité / projets en cours	Dispositifs non uniformisés, CMP pilotes, projets 2026, appels à projets en cours	~9

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

Dispositifs alternatifs d'accueil, d'évaluation et d'orientation des nouvelles demandes

Avez-vous mis en place des dispositifs territoriaux, alternatifs aux CMP et CMP pivots, pour la fonction d'accueil rapide, d'évaluation et d'orientation des nouvelles demandes ?



- Les réponses recueillies mettent en évidence un déploiement significatif de dispositifs territoriaux alternatifs aux CMP et CMP pivots, visant à assurer une fonction d'accueil rapide, d'évaluation et d'orientation des nouvelles demandes. Ces dispositifs s'inscrivent dans une logique de diversification et de territorialisation de l'offre, afin de compléter et de désaturer les urgences psychiatriques et CMP.
- Les modalités d'organisation sont toutefois hétérogènes. Elles reposent principalement sur trois piliers : la création de centres dédiés d'accueil et de crise, le renforcement de la psychiatrie de liaison et des dispositifs adossés aux services d'urgences hospitalières, ainsi que le développement d'équipes mobiles, généralistes ou spécialisées. Ces équipes constituent le dispositif le plus fréquemment cité et apparaissent comme un outil central de réponse rapide et d'évaluation en situation de crise ou de vulnérabilité.
- Par ailleurs, de nombreux territoires ont structuré des plateformes de régulation et d'orientation, telles que les SAS psychiatriques ou guichets uniques, permettant de prioriser les demandes non programmées, de fluidifier les parcours et d'améliorer la lisibilité de l'offre pour les partenaires de premier recours. Ces dispositifs sont parfois complétés par des consultations post-urgences, des consultations avancées hors CMP et des outils de télémédecine ou de régulation téléphonique.
- L'analyse montre également une spécialisation croissante de certains dispositifs, ciblant des publics spécifiques (jeunes, étudiants, personnes âgées, personnes en situation de précarité, suicidants), traduisant une adaptation des réponses aux besoins populationnels des territoires.
- Enfin, plusieurs établissements soulignent que ces organisations sont encore en cours de structuration, avec des projets à horizon 2026, et que l'offre territoriale demeure inégalement répartie.
- Si ces dispositifs alternatifs renforcent indéniablement l'accessibilité et la réactivité du système, ils rendent nécessaire un travail accru de coordination, de lisibilité et d'articulation avec les CMP afin de garantir la continuité des parcours de soins.

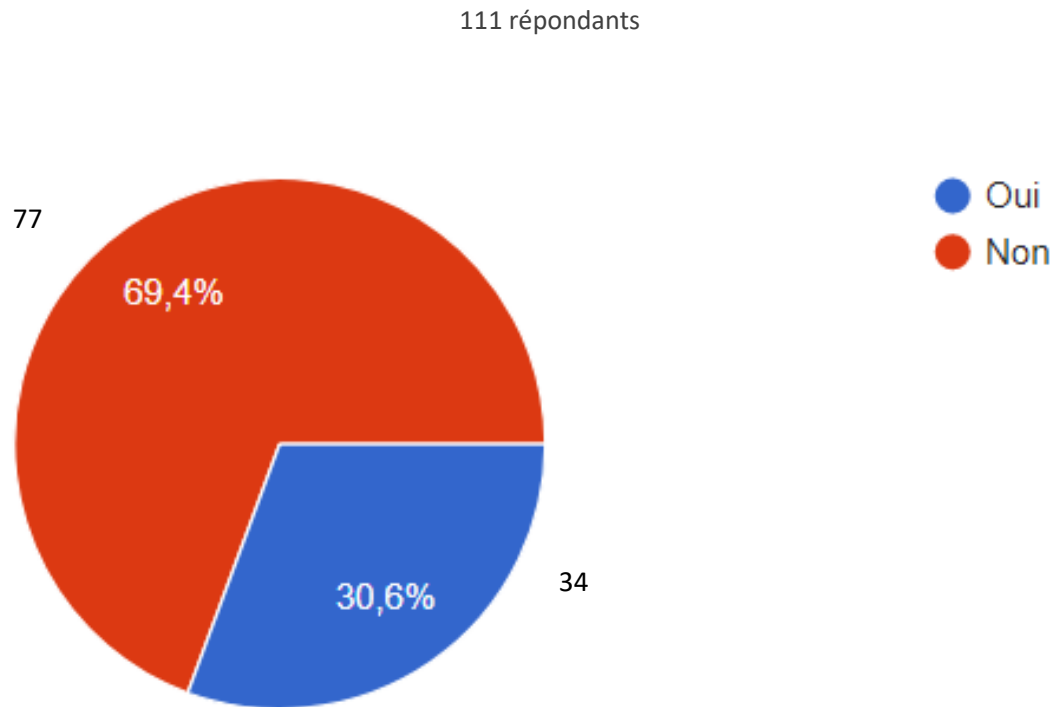
Tableau des dispositifs alternatifs d'accueil, d'évaluation et d'orientation des nouvelles demandes

Type de dispositif	Verbatims	Nb d'occurrences* (≈)
Centres d'accueil, d'évaluation et d'orientation / de crise	Centre d'Accueil de Crise, Centre Ambulatoire de Crise, Centre d'Accueil Permanent	~30
Dispositifs adossés aux urgences hospitalières	IDE de liaison urgences 24/7, unités d'urgences psychiatriques, UHCD psy	~28
Équipes mobiles territoriales généralistes ou spécialisées	équipes mobiles de crise, précarité, géronto-psy, suicidologie, handicap, périnatalité, psychotrauma	~40
Plateformes ou guichets uniques d'orientation / régulation	SAS psy, SAO, plateformes d'orientation psychiatrique, dispositifs de régulation des hospitalisations	~18
Dispositifs post-urgences structurés	consultations post-urgences, consultations d'accueil de crise post-SAU	~15
Dispositifs téléphoniques ou télémedecine	plateformes téléphoniques d'écoute et d'orientation, 31.14, téléexpertise	~12
Consultations avancées hors CMP	maisons de santé, universités, MDA, antennes délocalisées, lieux sans CMP	~14
Dispositifs ciblant des publics spécifiques	jeunes / étudiants, 15–30 ans, personnes âgées, précarité, suicidants	~20
Dispositifs en projet ou en cours de structuration	appels à projets, restructuration ambulatoire	~10

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

Plateformes d'appel et d'orientation

Avez-vous mis en place une PTF d'appel et d'orientation en charge de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des nouvelles demandes (au moins partiellement et au moins en mode distanciel) ?



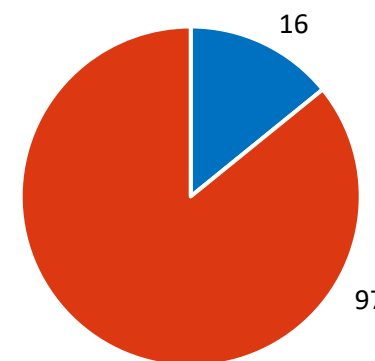
- Sur 111 établissements répondants, 34 (30,6 %) ont d'ores et déjà mis en place une plateforme téléphonique d'appel et d'orientation dédiée à l'accueil, à l'évaluation et à l'orientation des nouvelles demandes, au moins partiellement en mode distanciel.
- Ce résultat témoigne de l'existence d'une dynamique engagée de structuration, de renforcement et de diversification des modalités d'accès aux soins, visant à aussi améliorer la lisibilité de l'offre et la fluidité des parcours.
- Si une majorité d'établissements n'est pas encore dotée de ce dispositif, la part significative d'organisations déjà engagées constitue un socle d'expériences et de pratiques sur lequel peut s'appuyer une diffusion progressive et structurée du modèle.

Services d'accès aux soins (SAS) psychiatriques

- Sur 111 établissements répondants, 16 (14,4 %) déclarent porter déjà un SAS PSY dans le cadre de l'organisation des urgences psychiatriques, tandis que 97 (85,6 %) n'en sont pas dotés à ce stade.
- Parmi ces 97 établissements, 47 (48,5 %) indiquent qu'un dispositif est en cours de mise en œuvre, en projet ou en discussion, contre 50 (51,5 %) sans démarche engagée.
- Ces résultats apparaissent cohérents avec les données nationales portées par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), faisant état d'une cinquantaine de SAS PSY ouverts ou en projet à l'échelle nationale.
- Cette dynamique s'inscrit dans un cadre incitatif structuré, soutenu par plusieurs leviers de financement successifs : Sélections SAS 2022, 2023, 2024, financement FIOP, fonds propres ARS et plus récemment l'AAP 2025.
- L'ensemble de ces mécanismes contribue à consolider le déploiement progressif des SAS PSY comme outil d'amélioration de la réponse aux urgences psychiatriques et de régulation territoriale des parcours.

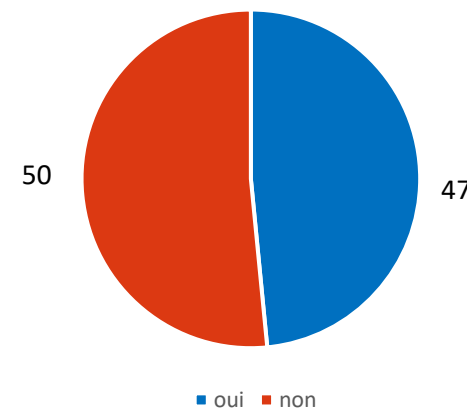
Dans le cadre de l'organisation des urgences psychiatriques, portez-vous un SAS PSY ?

113 répondants



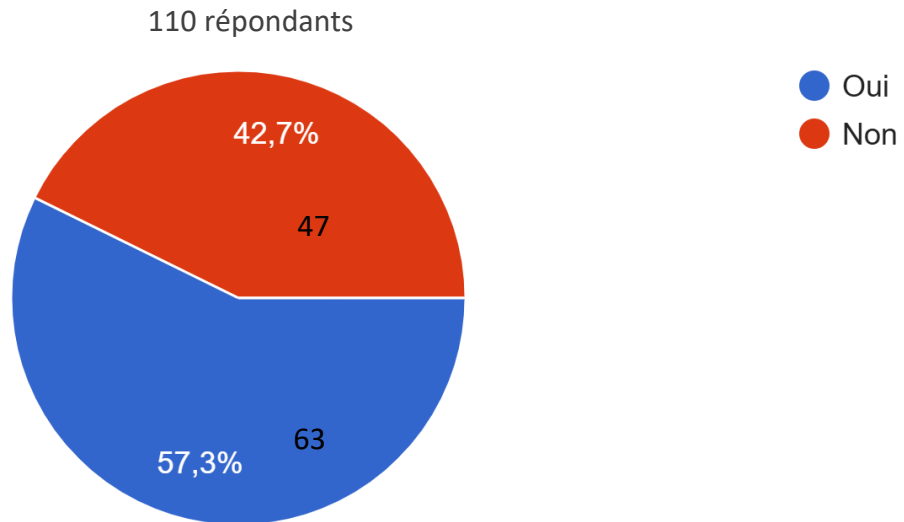
Un tel dispositif est-il en cours de mise en œuvre, en projet ou bien en discussion ?

97 répondants

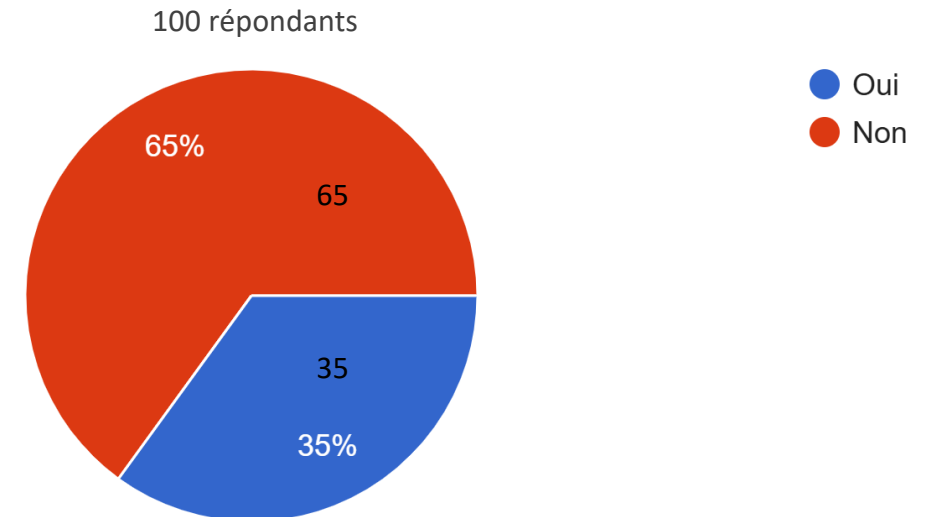


Dispositifs d'accès aux soins alternatifs au modèle sectoriel

Envisagez-vous la mise en place (voire avez-vous mis en place) de dispositifs d'accès aux soins alternatifs au modèle sectoriel, spécialisés par troubles ou groupes de troubles ?



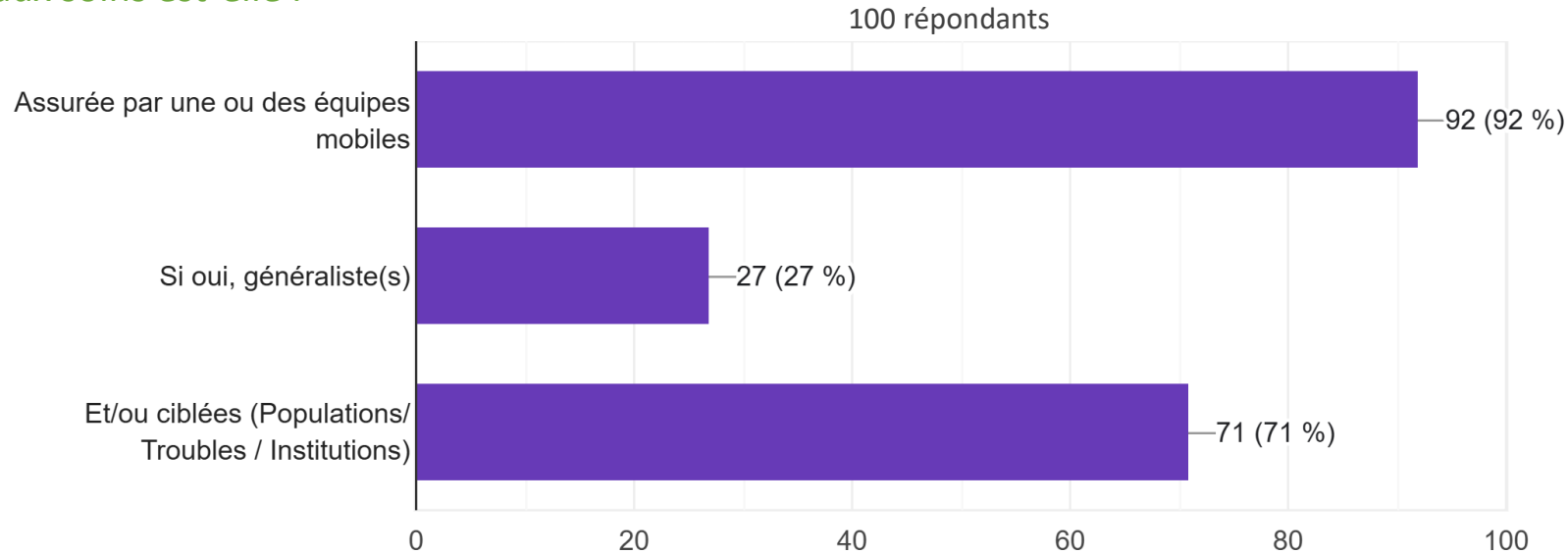
Envisagez-vous la mise en place (voire avez-vous mis en place) de dispositifs d'accès aux soins alternatifs au modèle sectoriel, regroupant ou articulant le niveau d'accès généraliste N2 et le niveau de recours expertal N3 ?



- Concernant les dispositifs spécialisés par troubles ou groupes de troubles, une majorité relative des répondants (63 sur 110) indique avoir mis en place ou envisager ce type d'organisation, traduisant une évolution vers des logiques de spécialisation clinique ou par populations, et de réponse ciblée à certains besoins (TND, addictologie, troubles complexes).
- Concernant les dispositifs visant à articuler les niveaux d'accès N2 (généraliste) et N3 (expertal), 35 répondants déclarent avoir dépassé le modèle sectoriel traditionnel pour développer des parcours de soins gradués et intégrés. Ces initiatives, bien que minoritaires à l'échelle globale, constituent des expériences structurantes, témoignant d'une évolution vers des modèles plus coordonnés et centrés sur les parcours. Elles représentent des leviers de transformation, susceptibles d'inspirer une diffusion plus large à l'échelle territoriale et régionale.

Accès aux soins et équipes mobiles

Une partie de l'accès aux soins est-elle :



- Les données recueillies montrent que l'accès aux soins est très majoritairement assuré également par des équipes mobiles, avec une réponse positive dans 92 % des situations (92/100).
- Par ailleurs, 71 % des répondants (71/100) indiquent que cet accès est ciblé sur des populations spécifiques, traduisant une organisation différenciée et adaptée aux besoins des publics.
- Ces résultats témoignent d'un recours massif aux dispositifs mobiles comme levier structurant de l'offre ambulatoire, en cohérence avec les orientations nationales de renforcement de l'aller-vers, de la prévention des ruptures de parcours et du développement d'alternatives à l'hospitalisation complète.
- L'ensemble des éléments recueillis met en évidence que les équipes mobiles constituent désormais un pilier majeur de l'accès aux soins en psychiatrie. Leur déploiement est largement orienté vers des publics à besoins spécifiques, avec une forte prévalence vers les publics âgés ou vulnérables.

Tableau des données concernant les équipes mobiles

95 répondants

Nature et typologie d'équipes mobiles	Exemples de réponses associées	Occurrences* (≈)
Équipes mobiles à visée généraliste et de gestion de crise	« Équipes mobiles de crise et d'intervention psychiatrique (adultes, adolescents) »; « Équipes de soins psychiatriques intensifs à domicile »; « Équipes d'alternative à l'hospitalisation et de suivi post-hospitalisation / retour à domicile »	70
Équipes mobiles ciblées par population : personnes âgées	« Équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée / géro-psycho-geriatrie (domicile, EHPAD, institutions) »;	95
Équipes mobiles ciblées par population : Précarité et populations vulnérables	« Équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) »; « Interventions auprès de personnes sans domicile, migrants, publics non sectorisables »; « Partenariats avec PASS, bailleurs sociaux, structures d'hébergement, milieu carcéral »	85
Équipes mobiles ciblées par population : Enfants, adolescents et jeunes adultes	« Équipes mobiles pédopsychiatrie et adolescents complexes »; « Dispositifs 12–25 ans, premiers épisodes psychotiques, troubles émergents »; « Équipes intervenant en milieu scolaire et universitaire (prévention du décrochage) »	55
Équipes mobiles ciblées par population : périnatalité	« Équipes mobiles de psychiatrie périnatale, en lien avec maternités et réseaux de soins »	25
Équipes mobiles ciblées par troubles : TND et autisme	« <i>Équipes mobiles autisme adulte, troubles du neurodéveloppement</i> »	20

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

Organisation de la Psychiatrie adulte – Hospitalisation

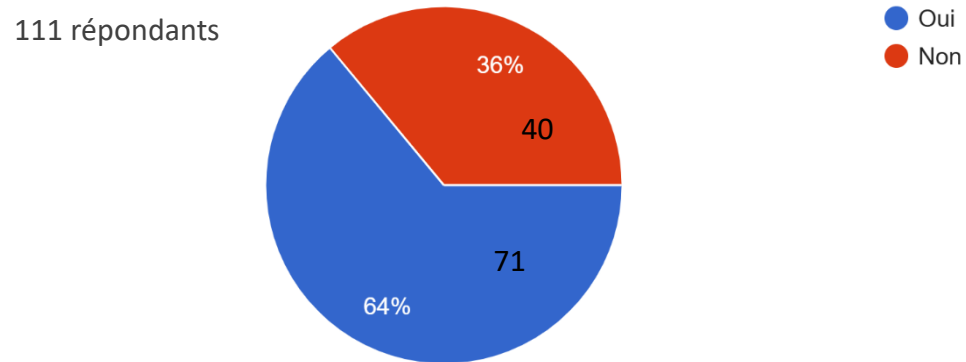
Nombre de lits :

113 répondants

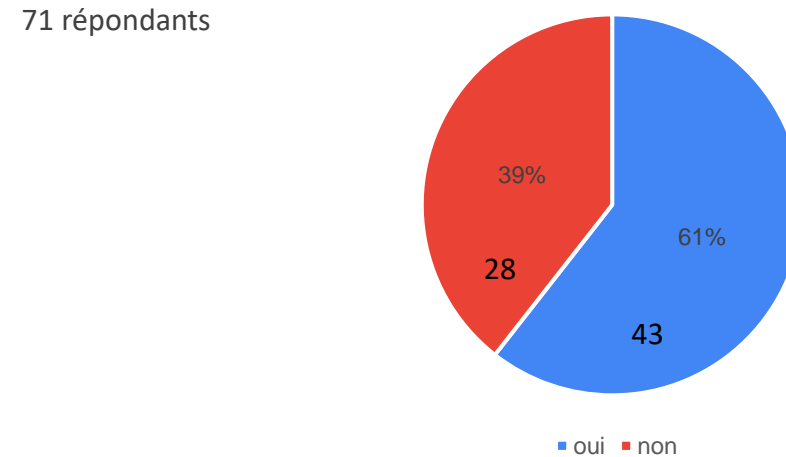
Nombre de lits	Nombre d'établissements
15-99	39
100-199	31
200-299	27
300-399	10
400-499	5
600-699	1

Organisation de la Psychiatrie adulte – Hospitalisation

L'organisation de l'hospitalisation est-elle sectorisée (notamment répartie entre plusieurs pôles territoriaux correspondant chacun à un seul ou plusieurs secteurs) ?



Les pôles sectorisés d'hospitalisation portent-ils également des activités pour l'ensemble de l'hôpital, notamment sous forme d'unité(s) dédié(s) ?



- Bien que la sectorisation demeure le socle organisationnel majoritaire de la psychiatrie hospitalière parmi les répondants (71/111), elle est toutefois largement complétée par des activités intersectorielles, portées par les pôles (43/71).
- L'ensemble des résultats met en évidence un modèle organisationnel hybride, associant le maintien de la sectorisation comme cadre structurant et le développement de dispositifs intersectoriels spécialisés. Les pôles évoluent ainsi vers des organisations combinant responsabilités sectorielles et missions transversales à l'échelle de l'établissement. Les activités intersectorielles déclarées se structurent autour de quelques grandes catégories récurrentes, notamment l'addictologie, la psychiatrie du sujet âgé, la réhabilitation psychosociale, la gestion de la crise, les soins sans consentement, et enfin les troubles complexes ou résistants. Cette organisation permet de dépasser les limites du secteur psychiatrique généraliste tout en mutualisant les compétences et les ressources autour d'expertises spécifiques.

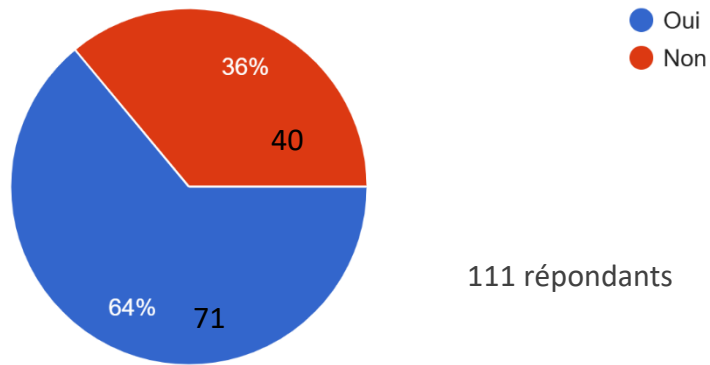
Activités portées par les pôles sectorisés au bénéfice de l'ensemble de l'hôpital :

Catégorie d'activité	Exemples d'activités citées	Occurrences*
Addictologie	Addictologie, sevrage complexe, foyer postcure, conduites addictives	≈ 18
Psychiatrie de la personne âgée / gériopsychiatrie	Psychiatrie du sujet âgé, gérontopsychiatrie	≈ 17
Réhabilitation psychosociale / rétablissement	Réhabilitation psychosociale, unités de réinsertion, pôles de rétablissement	≈ 14
Crise et urgences psychiatriques, soins intensifs	Centres de crise, accueil urgences	≈ 13
Unités fermées, soins sans consentement	Unités fermées intersectorielles, USIP, soins sans consentement	≈ 11
Troubles complexes ou résistants	Dépressions résistantes, psychoses résistantes, troubles anxio-dépressifs	≈ 8
Dispositifs transversaux d'orientation et de coordination	Plateformes d'orientation, numéro unique, SAAS, médiation	≈ 7

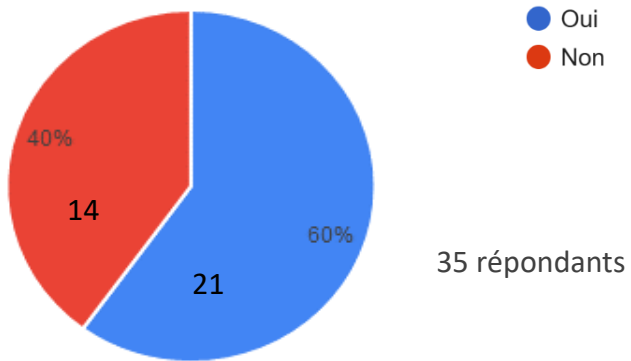
*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

Organisation de la Psychiatrie adulte – Hospitalisation

L'organisation de l'hospitalisation est-elle sectorisée (notamment répartie entre plusieurs pôles territoriaux correspondant chacun à un seul ou plusieurs secteurs) ?



Etablissement dont l'organisation de l'hospitalisation n'est pas sectorisée, et déclarant avoir mis en place un plateau unique d'hospitalisation :



Nombre de lits parmi les établissements ayant déclaré avoir mis en place un plateau unique d'hospitalisation :

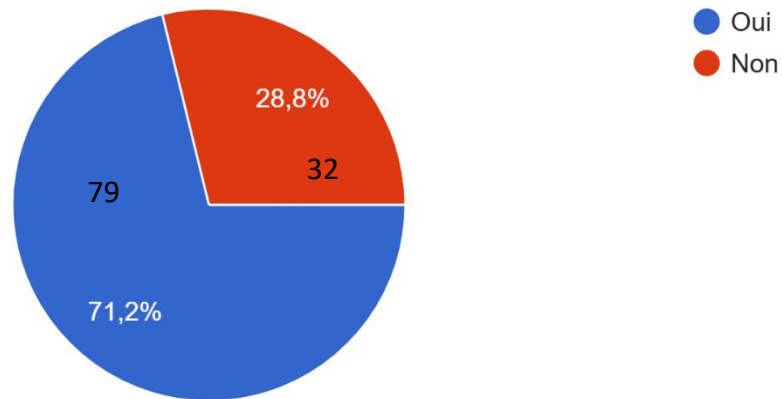
Nb de lits	Nb d'établissements
0-49	6
50-99	6
100-149	4
150-199	2
250-299	2
400-450	1
Total général	21

- Bien qu'il ne s'agisse pas du modèle majoritaire, les résultats sont suffisamment significatifs pour relever que 40 établissements sur 111 déclarent que l'hospitalisation n'est pas organisée sur le modèle sectoriel historique. Parmi eux, 19 % indiquent avoir mis en place un plateau unique d'hospitalisation (soit 21 établissements).
- L'analyse des commentaires concernant le modèle d'organisation retenu, indique que pour certains ce choix relève de la taille de l'établissement; certains parmi les plus petits ayant privilégié le plateau unique afin de mutualiser les ressources. Également 10 établissements indiquent avoir privilégié le mode d'organisation par filières.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

L'organisation ambulatoire de la pédopsychiatrie est-elle sectorisée (que les secteurs soient répartis en un ou plusieurs pôles cliniques) ?

111 répondants



Établissement ayant répondu que l'organisation de la PEA est sectorisée et décrivant le modèle suivant :

Une organisation sectorisée complétée par des structures internes/dispositifs transverses/intersectoriels (ex. Périnatalité, TSA – TND, par catégorie d'âge, par nature de troubles ...) **27**

Établissement ayant répondu que l'organisation de la PEA n'est pas sectorisée et décrivant le modèle suivant :

Une organisation **sectorisée** complétée par des structures internes/dispositifs transverses/intersectoriels (ex. Périnatalité, TSA – TND, par catégorie d'âge, par nature de troubles ...) **9**

- Sur les 111 établissements répondants, 79 déclarent que l'organisation ambulatoire de la PEA repose sur une sectorisation. Toutefois, l'analyse détaillée des réponses à la question relative au mode d'organisation retenu met en évidence une réalité plus nuancée. En effet, parmi ces 79 établissements, 27 précisent que l'organisation sectorisée est « complétée par des structures internes, des dispositifs transversaux ou intersectoriels (par exemple : périnatalité, TSA–TND, organisation par tranche d'âge ou par nature de troubles) ».
- Dans ces situations, l'organisation ne peut être considérée comme strictement sectorisée au sens classique du terme, mais relève plutôt d'un modèle hybride, combinant une logique de sectorisation avec des modalités intersectorielles ou une organisation en filières. Cette analyse met ainsi en évidence une hétérogénéité des représentations associées à la notion de « secteur » : celle-ci ne semble pas être appréhendée de manière uniforme par l'ensemble des répondants et apparaît davantage comme un continuum organisationnel, sur lequel chaque établissement se positionne selon ses propres pratiques.
- Ainsi, parmi les 32 établissements déclarant que l'organisation ambulatoire de la PEA n'est pas sectorisée, 9 décrivent néanmoins des modalités d'organisation comparables aux précédentes.
- Enfin l'organisation repose à la fois sur la catégorie d'âge et la nature des troubles pour 5 établissements, tandis que pour les 6 autres établissements, elle est structurée uniquement par catégorie d'âge.
- Les réponses analysées témoignent d'une dynamique intersectorielle forte et en développement en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- Les équipes mobiles, la périnatalité et les filières TSA/TND apparaissent comme les principaux moteurs de cette transformation de l'offre de soins. Cette évolution traduit un passage progressif d'une organisation centrée sur les secteurs vers des parcours coordonnés, transversaux et territorialisés, visant à répondre aux besoins complexes des enfants, des adolescents et de leurs familles.

Tableau des dispositifs intersectoriels

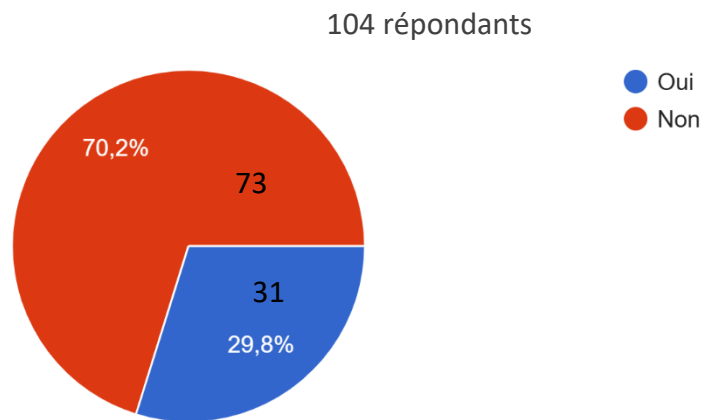
54 répondants

Dispositifs intersectoriels	Exemples d'activités citées	Occurrences*
Équipes mobiles (adolescents, crise, ASE)	« Equipe mobile de prise en charge des enfants de l'ASE » ; « Equipe mobile de pédopsychiatrie » ; « Equipe mobile 12-18 ans »	≈ 30
Périnatalité	« Service de psychiatrie périnatale intersectoriel » ; « Unité Père-Mère ou Parents-Bébé »	≈ 25
Autisme / TSA / TND (CRA, centres experts, unités, plateformes de coordination et d'orientation)	« Centres experts / diagnostic autisme (niv 3, Asperger...) » ; « Equipe d'évaluation des troubles autistiques » « Equipe mobile d'aide au diagnostic autisme » ; « CRA pour TSA/TDN ,TCA via PCO »	≈ 23
Dispositifs transition / jeunes adultes / premiers épisodes	« Centre de jour transitionnel pour adolescents » ; « Département Ados Transition » ; « Troubles psychiatriques émergents à l'adolescence (11-18 ans) »	≈ 10
Liaison (pédiatrie, urgences, MCO)	« Equipe mobile de liaison Anté et Périnatale » ; « équipe mobile de liaison pédopsychiatrique » ; « Liaison pédiatrie »	≈ 8
Psychotraumatisme (enfants / ados)	« Centre Régional Psychotrauma Mineurs » ; « Equipe Psychotrauma Enfant – Adolescent »	≈ 4

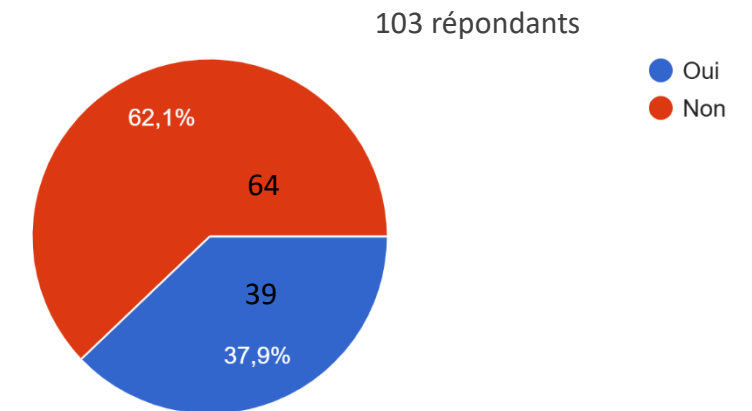
*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

L'accès aux soins se fait-il exclusivement par l'ensemble des CMP de PEA ?



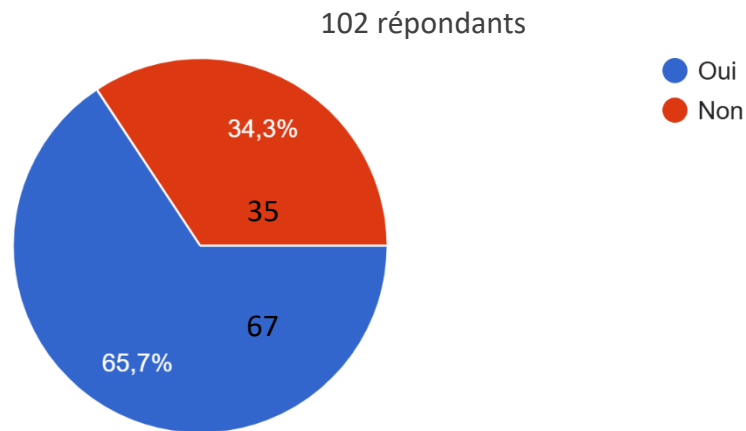
Avez-vous mis en place des CMP pivots de PEA en charge de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des nouvelles demandes ?



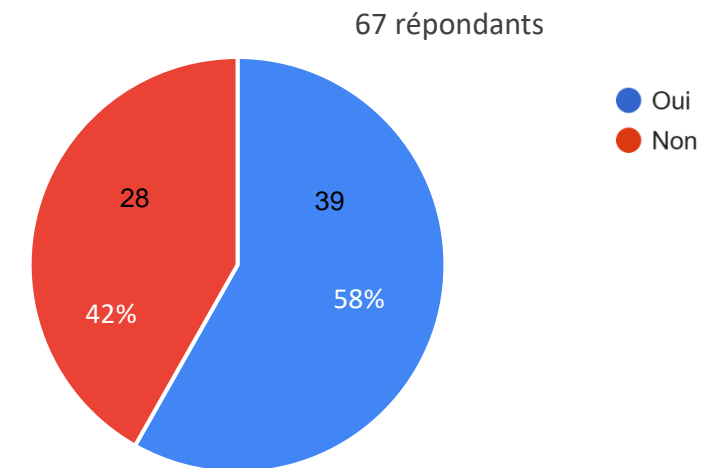
- Parmi les 104 répondants, 31 établissements (30%) expliquent que l'accès aux soins se fait exclusivement par l'ensemble des CMP de PEA.
- Concernant les établissements répondant à la deuxième question, 39 établissements sur 103 ont attribué à leurs CMP pivots des missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation des nouvelles demandes. Ces données témoignent d'une évolution des modalités d'organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent observées parmi les établissements répondants. Comme pour la psychiatrie adulte, mais dans une moindre mesure, nous assistons à une évolution structurante des missions traditionnellement dévolues aux CMP.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Accès aux soins non programmés

Avez-vous en place un dispositif d'accès à des soins non programmés ?



Intégré aux CMP ?



- Une grande majorité d'établissements a mis en place des dispositifs d'accès aux soins non programmés pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (66% des répondants). Parmi ces derniers, 58% des établissements ont intégré ce dispositif aux CMP.
- Les modalités décrites reposent principalement sur l'ouverture de créneaux dédiés en CMPEA, la mise en place de dispositifs d'accueil et d'évaluation de première intention – fréquemment assurés par des professionnels infirmiers – ainsi que sur des consultations à délai rapide, permettant une prise en charge dans des délais courts (J0 à J+3).
- Les réponses font également état du déploiement d'équipes mobiles de crise ou d'intervention rapide, ainsi que de dispositifs départementaux de crise, en articulation aussi avec les services d'urgences générales et pédiatriques via des équipes de liaison et des modalités de soins de post-urgence.
- Par ailleurs, plusieurs établissements mentionnent l'existence de dispositifs de premier recours ou de premier accueil, parfois non médicalisés, assurant des fonctions d'évaluation, d'orientation et de coordination.
- L'ensemble de ces dispositifs s'inscrit donc dans une organisation majoritairement ambulatoire, avec des modalités de mise en œuvre et des niveaux de formalisation variables selon les territoires.

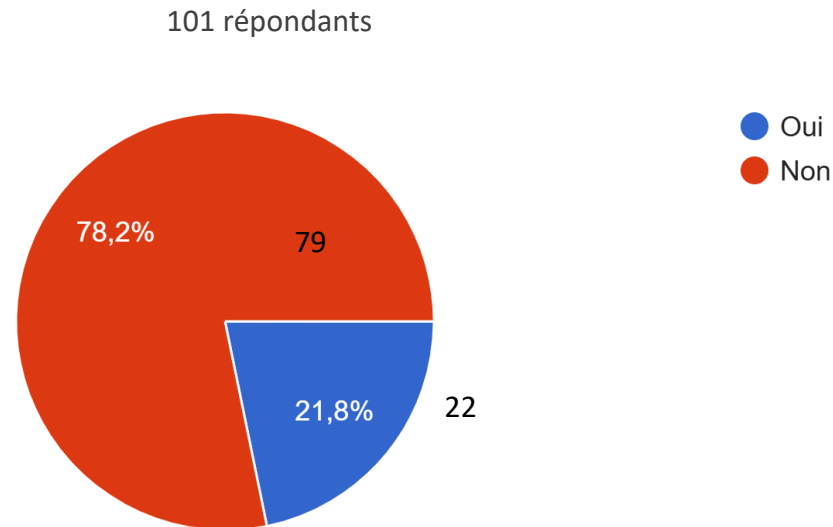
Tableau des dispositifs d'accès aux soins non programmés

Type de dispositif	Verbatims	Nb d'occurrences*
Créneaux d'urgence / soins non programmés en CMP / consultation semi-urgente	« Créneaux d'urgences dans les CMPEA » ; « 2 créneaux par jour de soins non programmés sur 3 CMPEA principaux » ; « Fonction urgence des CMPEA sur le territoire couvert » ;	≈ 25
Accueil infirmier	« Accueil infirmier » ; « Consultation d'accueil de première ligne par un binôme infirmier » ; « Accueil par IDE » ; « RDV IDE péri-critique avec plages dédiées »	≈ 20
Équipes mobiles de crise / intervention rapide	« Équipe mobile de gestion de crise des adolescents » ; « Equipe mobile d'intervention et de crise enfants et adolescents » ; « Un dispositif départemental de crise chez l'enfant et l'adolescent »	≈ 18
Liaison urgences / post-urgence (SAU, pédiatrie)	« Équipe de liaison d'urgence et post-crise » ; « Équipe de liaison pédo au SAU pédiatrique » ; « Infirmier détaché pour l'évaluation aux urgences »	≈ 17
Consultations rapides / délai court (J1-J+3)	« Consultations planifiables à J+1 » ; « Consultations assurées sous 72h » ; « Consultation délai d'accès rapide » ; « Consultation semi-urgente » ; « Consultations post-urgence dans les 48h » ; « Dispositif semi-urgence »	≈ 15
Dispositifs d'accueil, d'évaluation et d'orientation	« Unité Mobile d'Accueil d'Évaluation et de Coordination » ; « Dispositif Accueil et Évaluation Soignante » ; « Centre d'accueil et d'orientation départemental »	≈ 14
Permanences (soignantes, téléphoniques, accueil sans RDV)	« Permanence soignante du lundi au vendredi » ; « Permanence téléphonique d'orientation » ; « Accueil sans RDV pour les lycéens et étudiants »	≈ 13
Dispositifs premier accueil	« Pôle premier accueil » ; « Espace santé mentale des jeunes : dispositif de premier recours »	≈ 10

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Accès aux soins

Avez – vous mis en place une plateforme d'appel et d'orientation en charge de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des nouvelles demandes (au moins partiellement et au moins en mode distanciel) ?

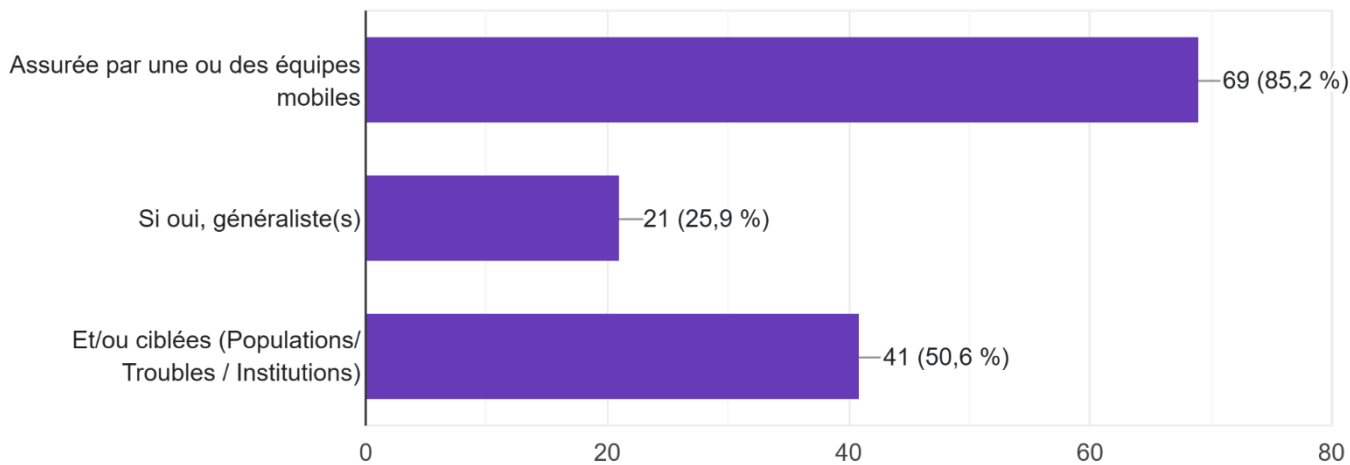


- Sur les 101 répondants, seuls 22 établissements ont mis en place une plateforme d'appel et d'orientation en charge de l'accueil, de l'évaluation et de l'orientation des nouvelles demandes.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Accès aux soins

Une partie de l'accès aux soins est-elle :

81 répondants



- L'analyse met en évidence une forte structuration des dispositifs d'équipes mobiles autour des publics adolescents et de la périnatalité, qui constituent les deux principaux axes d'intervention. Les équipes mobiles adolescents sont majoritairement mobilisées pour la gestion des situations de crise, l'évaluation clinique et l'orientation, notamment pour des situations complexes (tentatives de suicide, premiers épisodes psychotiques, troubles émergents).
- Les équipes mobiles de psychiatrie périnatale et petite enfance occupent également une place centrale, avec des interventions précoces, hors les murs, à destination des parents et des très jeunes enfants.
- Les missions transversales les plus fréquemment identifiées sont la liaison avec les services hospitaliers (urgences, pédiatrie, MCO), l'intervention auprès des enfants protégés (ASE/PJJ), ainsi que l'évaluation et l'accès aux soins, dans une logique d'aller-vers et de travail en réseau.
- Les équipes mobiles apparaissent ainsi comme des dispositifs pivots, pluridisciplinaires, assurant une fonction d'interface entre soins, partenaires institutionnels et territoires.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Accès aux soins

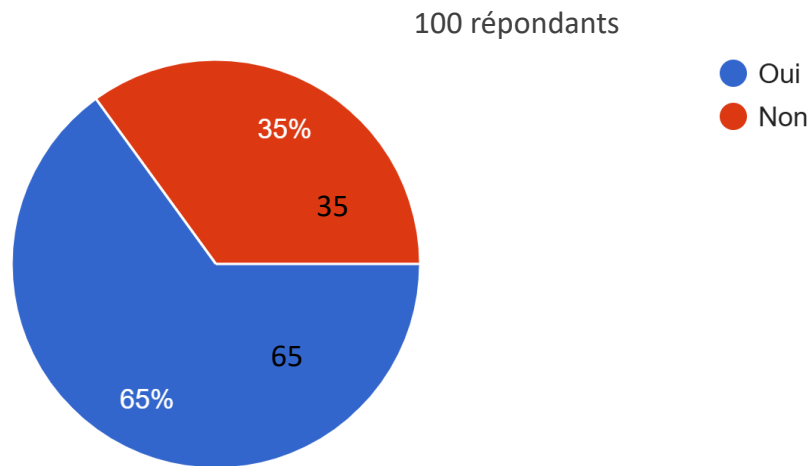
Thème / type d'équipe mobile	Exemples de verbatims	Occurrences*
Équipe mobile Adolescents (général / crise / complexes)	« Équipe mobile adolescents » ; « Équipe Mobile Adolescents complexes et suicidaires » ; « Intervention sur les situations de crise psychique, évaluation, soin de la crise et orientation »	≈ 38
Périnatalité / parents-bébé / petite enfance (0-5 ans)	« Équipe mobile psychiatrie périnatale » ; « Equipe mobile parents-bébé » ; « Equipe mobile de psychiatrie périnatale »	≈ 27
Liaison (hôpital, MCO, pédiatrie, urgences)	« Equipe mobile de liaison en pédiatrie » ; « Avis pédopsychiatrique pour les jeunes patients hospitalisés »	≈ 18
Crise / urgence / post-urgences	« Reçues dans les 24/48h » ; « Equipe mobile de gestion de crise des adolescents » ; « Hôpital de jour de crise pour adolescents »	≈ 16
Autisme / TSA / TND	« EREA (équipe mobile autisme) » ; « EDAP – diagnostic autisme de proximité » ; « TSA TND complexes »	≈ 15
ASE / PJJ / enfants protégés	« Equipe mobile dédiée aux enfants confiés à l'ASE » ; « Équipe Mobile Ressource ASE » ; « Enfants de l'ASE et PJJ »	≈ 14
Évaluation / accès aux soins / orientation	« Équipe Mobile d'Évaluation et d'Accès aux Soins » ; « Evaluation clinique » ; « Orientation vers la structure adaptée »	≈ 13
Milieu scolaire	« Intervenant en milieu scolaire » ; « Prévention du décrochage scolaire »	≈ 10

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Selon les modèles en vigueur dans d'autres pays, votre établissement a-t-il décrit et mis en œuvre un processus et des règles de transition, pour le relais structuré et systématique entre la PEA et la Psychiatrie adulte ?

(ex. Relais initié qq mois avant la majorité avec courrier médical étayé – Prise de contact téléphonique – Rencontres inter équipes [ex. IDE référent ou IPA a minima] – « Table de transition » selon le modèle québécois...)

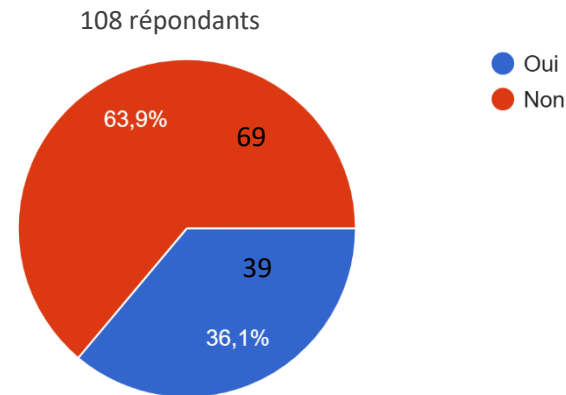


- Parmi les 100 répondants, 65% indiquent avoir décrit et mis en œuvre des processus et des règles de transition pour le relais structuré et systématique entre la PEA et la psychiatrie adulte.

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Parmi les 108 répondants, 39 déclarent avoir mis en place une filière dédiée aux PEP et à l'intervention précoce.
- Parmi eux, et concernant le portage de cette filière, la majorité des établissements a choisi un portage par la psychiatrie adulte (19/39), du fait souvent de l'initialisation du projet via les PEP. Les établissements ayant choisi un portage conjoint entre la PEA et la psychiatrie adulte sont au nombre de 15. Enfin, une petite minorité d'établissements a choisi un portage par la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents.
- Lorsque l'on interroge ces établissements sur les bornes d'âges choisies pour ces filières, les réponses sont assez hétérogènes. Nous pouvons tout de même noter que la plupart des établissements ont opté pour un bornage 15/16-25ans.
- Plusieurs établissements ont également fait le choix d'ouvrir cette filière aux jeunes adultes jusqu'à 30 ans.
- Deux établissements prennent en charge les jeunes à partir de 12 ans et jusqu'à 25 ou 30 ans.

Avez-vous mis en place une filière dédiée aux premiers épisodes notamment psychotiques et à l'intervention précoce ?



Selon quelles bornes d'âge ?

29 répondants

Borne d'âges	Nb d'établissements
12-25 ans	1
12-30 ans	1
15-21 ans	1
15-24 ans	1
15-25 ans	5
15-30 ans	1
16-25 ans	9
16-30 ans	5
17-25 ans	2
Jusqu'à 16 ans	1
Jusqu'à 18 ans	2

Si oui, le portage est effectué par :

39 répondants

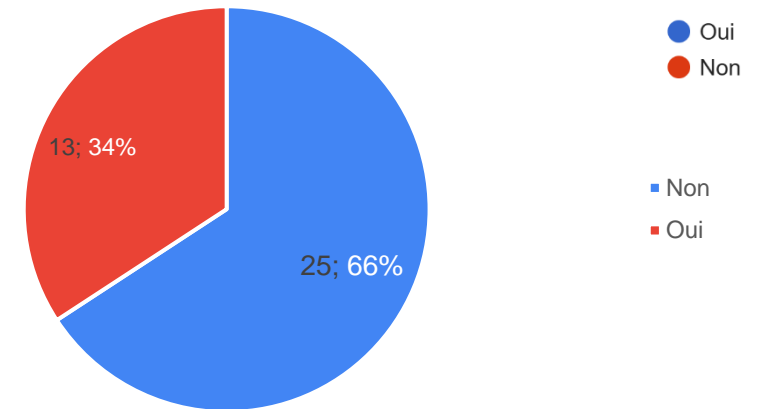
Portage effectué par	Nombre d'établissements
La psychiatrie adulte	19
La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	4
Portage conjoint entre la PEA et la psychiatrie adulte	15
(vide)	1

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Création de lits d'hospitalisation

Avez-vous mis en place une filière dédiée au PEP et à l'intervention précoce ? Si oui, selon quelle capacité?

- Parmi les 39 établissements qui déclarent avoir mis en place une filière dédiée aux PEP et à l'intervention précoce, 66% indiquent que la cette dernière comporte des lits ou une unité d'hospitalisation.
- Ainsi, pour 34% la filière est structurée uniquement en ambulatoire.
- La taille des unités d'hospitalisation varie de 5 à 35 lits en fonction des établissements, des projets, périmètres et organisations

Total

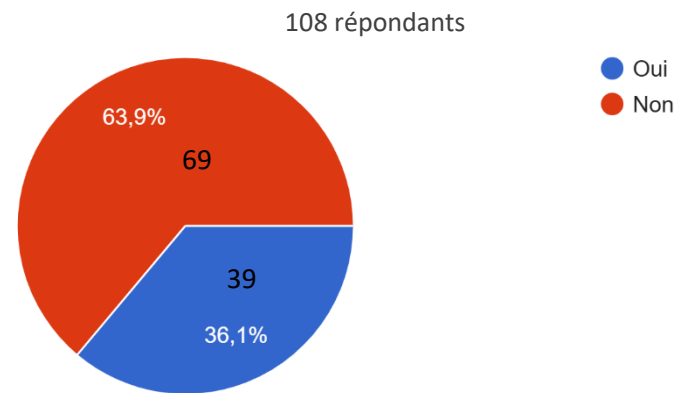


11
25 lits Grands Adolescents et Jeunes Adultes (16-25 ans) et 10 lits UHPA
5 lits
14 lits
12 lits
16 lits
1) 20 places d'hospitalisation de Jour 2) 20 places d'hospitalisation complète
14 lits HC, 2 lits de crise et 1lit d'urgence
5 à 10 lits
10 lits
10 lits
5 lits
10 lits + 1 CI pour les adultes - Unité de crise ados pour les mineurs de 10 lits mais plus généraliste

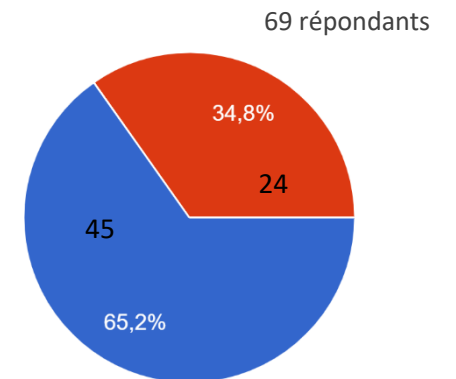
Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- En ce qui concerne les 69 établissements n'ayant pas encore de filière dédiée aux PEP et à l'intervention précoce, 45 établissements se disent intéressés ou envisagent cette perspective.
- Parmi les 33 répondants à la question suivante sur le portage, 23 établissements envisageraient un portage conjoint entre la PEA et la psychiatrie adulte, tandis que 8 établissements envisageraient un portage uniquement par la psychiatrie adulte. Enfin, seulement 2 établissements postuleraient un portage par la seule psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Avez-vous mis en place une filière dédiée aux premiers épisodes notamment psychotiques et à l'intervention précoce ?



Si non, envisagez-vous de le faire ou cette perspective vous intéresse-t-elle ?



Si oui, le portage serait effectué par :

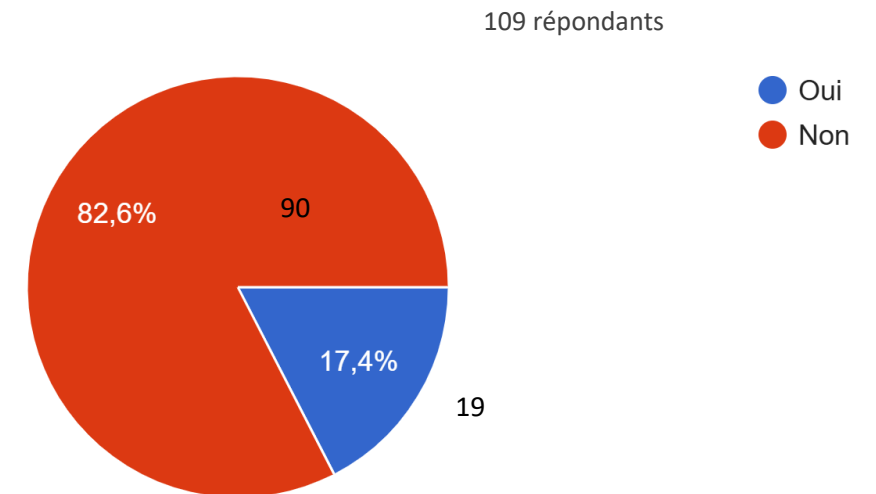
33 répondants

Portage effectué par	Nombre d'établissements
La psychiatrie adulte	8
La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	2
Portage conjoint entre la PEA et la psychiatrie adulte	23

Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Sur les 109 établissements ayant répondu, 19 ont ouvert depuis la crise COVID une unité d'hospitalisation dédiée aux situations de crise, témoignant d'une capacité d'adaptation rapide face à l'augmentation des besoins en santé mentale.
- Parmi les 90 établissements n'ayant pas procédé à une ouverture récente, 8 disposaient déjà d'une unité spécifique avant la pandémie, ce qui reflète une anticipation antérieure des situations aiguës.
- Ces éléments mettent en évidence une dynamique d'organisation déjà engagée sur certains territoires et renforcée par le contexte sanitaire post 2020. Ils illustrent une capacité du secteur psychiatrique des enfants et ici surtout des adolescents à mobiliser ou à consolider ses ressources pour répondre aux situations d'urgence psychique.

Depuis la crise COVID, avez-vous ouvert une unité d'hospitalisation dédiée aux situations de crises (crises suicidaires, troubles du comportement, anxiété aiguë...) ?



Organisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- En complément des éléments cités précédemment, 31 établissements expliquent avoir mis en place des dispositifs ambulatoires ou à temps partiel.
- Les réponses institutionnelles en PEA reposent majoritairement sur des dispositifs ambulatoires renforcés, en particulier les équipes mobiles et les hôpitaux de jour de crise, qui constituent l'ossature de cette prise en charge.
- L'organisation est hétérogène selon les territoires, avec une coexistence de centres d'accueil de crise, de consultations rapides et de dispositifs spécialisés (suicide, TCA, troubles de la personnalité).
- Cette diversité témoigne d'une capacité d'innovation locale, mais révèle également une lisibilité et une formalisation inégales des parcours de crise.

Depuis la crise COVID, avez – vous mis en œuvre un autre dispositif, ambulatoire ou temps partiel ?

88 répondants

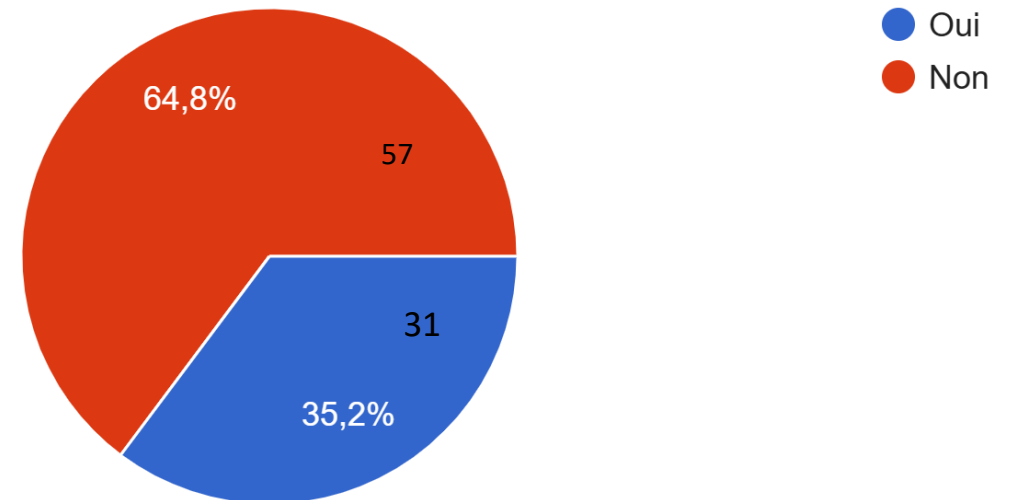


Tableau récapitulatif des dispositifs ambulatoires ou à temps partiel

32 répondants

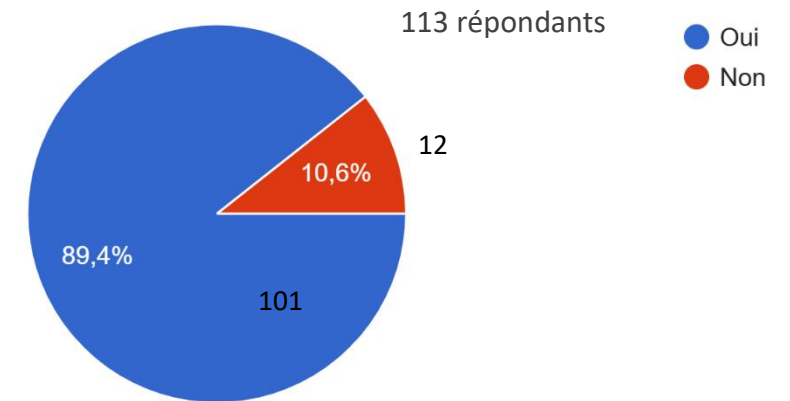
Type de dispositif	Verbatims	Occurrences *
Équipes mobiles (ados / crise / suicide / TCA / borderline)	« Équipe mobile ados et HDJ de crise ados » ; « Équipe mobile » ; « Equipe mobile pour le trouble Borderline (HYPE France) » ; « Equipe mobile de crise » ; « Equipe mobile Ado » ; « Équipe mobile intervention suicide » ; « Équipe mobile, développement liaison urgences »	8
Hôpitaux de jour (HDJ) de crise / intensifs / ados	« HDJ en soins intensifs » ; « HDJ intensifs » ; « HDJ crise » ; « Ados/crises sur les hôpitaux de jour ados » ; « 12 places en hôpital de jour pour les 11-17 ans » ; « 2 places d'accueil de jour intensif » ; « Projet de ré-ouverture et de création de deux hôpitaux de jour adolescent (intégrant la crise) »	7
Centres d'accueil et de crise / post-crise	« CAC Avignon » ; « CAC » ; « Projet de Centre d'Accueil et de Crise » ; « Le centre de crise pour adolescents » ; « Centre d'Accueil post crise »	5
CATTP / dispositifs thérapeutiques à temps partiel	« CATTP équithérapie » ; « CATTP sur le site de Parentis » ; « Hôpitaux de jour, CATTG »	3
Dispositifs d'accueil ou consultations urgentes de crise	« Consultations urgentes » ; « Consultations rapides de crise ados Entretemps » ; « ConsultAdo » ; « Accueil d'urgence pour adolescent existant dans 1 des 2 secteurs »	4
Unités ou dispositifs d'évaluation / coordination de crise	« Unité Mobile d'Accueil d'Évaluation et de Coordination (UMAEC) »	1
Dispositifs spécifiques population / âge	« UPSI sur le site de Feurs (9-16 ans) » ; « ADOSOINS Dijon et ESPERADO Beaune »	2
Projets innovants / hors les murs	« Projet PsyTRUCK 3.0 pour les 15-30 ans »	1
CMP	« les CMP »	1

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

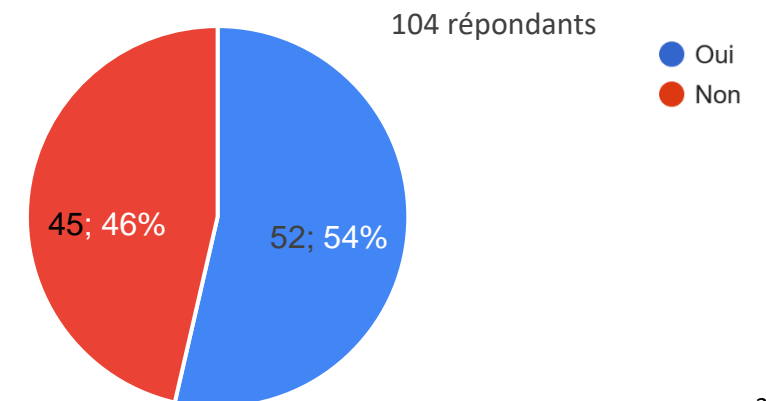
Organisation des liens et partenariats avec la médecine de ville et les professionnels libéraux du niveau 1

- La quasi-totalité des répondants (90 %) déclarent avoir développé des liens avec les CPTS de leur zone d'intervention, traduisant une dynamique de rapprochement largement engagée entre la psychiatrie et le premier recours. Ces liens semblent toutefois relever majoritairement de coopérations fonctionnelles et informelles, construites au fil des situations cliniques, des interconnaissances professionnelles ou de besoins ponctuels de coordination.
- Lorsque l'analyse porte sur la structuration formalisée de ces relations, seuls 54 % des répondants indiquent avoir mis en place des partenariats contractualisés. Cet écart met en évidence une fragilité institutionnelle des coopérations, encore insuffisamment stabilisées dans des cadres partagés (conventions, protocoles, instances communes). Il suggère que, malgré une reconnaissance largement partagée de l'intérêt des CPTS comme partenaires de la prise en charge, la formalisation des liens reste incomplète, possiblement freinée par des enjeux de gouvernance, de lisibilité des rôles ou de ressources disponibles.

Avez-vous développé des liens avec les CPTS de votre zone d'intervention ?



Avez-vous structuré et contractualisé ces liens sous formes de partenariats ?



Organisation des liens et partenariats avec la médecine de ville et les professionnels libéraux du niveau 1

- Comme mentionné dans les verbatims (tableau ci-après), les partenariats formalisés avec les CPTS portent principalement sur des enjeux de coordination des parcours, d'accès à l'expertise psychiatrique et de fluidification des prises en charge entre la ville et l'hôpital. Ils se traduisent par le développement de consultations avancées, de dispositifs de téléexpertise, d'actions de formation croisée et de modalités de partage d'informations.
- Ces coopérations témoignent d'une volonté commune de renforcer l'appui au premier recours, d'améliorer l'accès rapide aux soins et de prévenir les ruptures de parcours, notamment pour les situations complexes ou chroniques. Toutefois, la diversité des thématiques et le nombre de partenariats encore en cours de structuration soulignent la nécessité de poursuivre la formalisation et l'harmonisation des cadres de coopération afin d'en consolider la lisibilité et la pérennité à l'échelle territoriale. A noter enfin que dans leur diversité, les projets et les actions menées qui sont ici décrites ne relèvent pas toutes strictement d'un cadre de collaboration exclusif avec les CPTS.

Avez-vous notamment mis en place des dispositifs de soins partagés ou collaboratifs ?

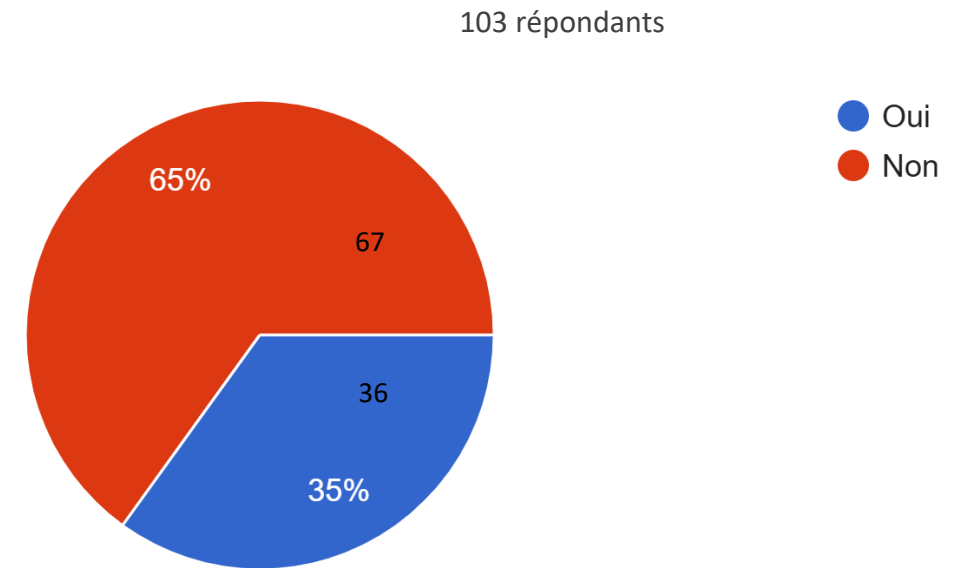


Tableau récapitulatif des dispositifs de soins partagés ou collaboratifs

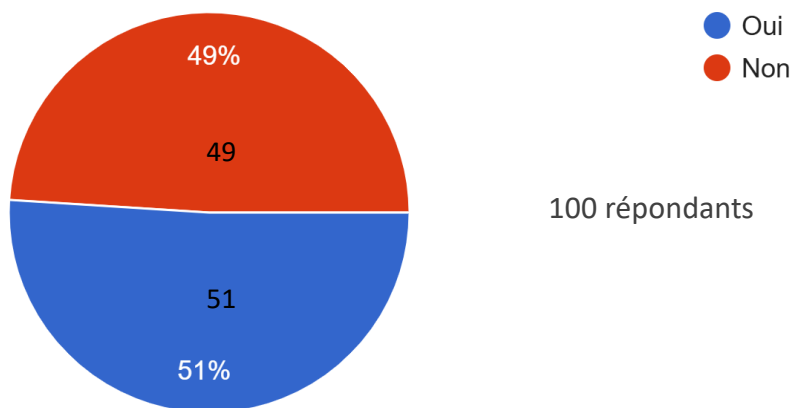
40 répondants

Sujet du partenariat	Verbatims associés	Occurrences *
Coordination des parcours et prévention des ruptures	« Améliorer la coordination des parcours avec la ville » ; « Parcours patient » ; « Réponse au risque de rupture de parcours de soins » ; « Cas complexes » ; « Coordination aides sociales / insertion » ; « Graduation des soins »	6
Accès aux soins somatiques / soins non programmés	« Accès rapide » ; « Organisation des soins non programmés » ; « ACCES DES PATIENTS DE L'EPSM A UN MEDECIN TRAITANT » ; « Accès aux soins somatiques »	4
Consultations avancées et présence de professionnels	« Consultations avancées » ; « Consultations avancées de psychiatrie » ; « consultations IPA en MSP » ; « consultations IDE en maison médicale "psybus" » ; « temps IDE sur place » ; « intervention CMP chez le MG »	6
Téléexpertise / avis spécialisés / télémedecine	« Avis téléphoniques et téléexpertise » ; « Téléexpertise, formation/information, facilitation du recours CMP » ; « Projet protocole dépression téléexpertise médicale » ; « Télémedecine, SPICO » ; « ACCES DES MEDECINS DE LA CPTS A UN AVIS SPECIALISE PSYCHIATRIQUE »	5
Formalisation institutionnelle / gouvernance / conventions	« Conventions » ; « convention constitutive avec le GHT » ; « Formalisation présence bureau CPTS » ; « adhérent CPTS au titre du Centre hospitalier » ; « les CPTS sont membres de la CPT pilotée par le CHR » ; « Conseil d'administration de la CPTS »	6
Formation, information et acculturation croisée	« Formation et stages croisés » ; « formation/information » ; « formation aux premiers secours en santé mentale » ; « aide au diagnostic » ; « prise en charge santé mentale et formation des professionnels »	5
Partage d'informations et systèmes d'information	« PARTAGE D'INFORMATIONS » ; « transmission de données » ; « Système d'information » ; « connaissance et partage de l'offre de soins »	4
Prévention, promotion de la santé et actions populationnelles	« actions conjointes sur la prévention et promotion de la santé » ; « projets sports santé » ; « prévention santé » ; « Santé mentale sur le territoire »	4
Santé mentale par publics ou thématiques spécifiques	« personnes âgées, addictologie et jeunes » ; « TABACOLOGIE CONSULTATION JEUNES ADO INTERVENTION EN MAISON DE RETRAITE » ; « onco, gériatrie, santé de la femme » ; « Collaboration addictologie/psychiatrie »	4
Repérage précoce / TND / troubles psychiques	« Repérage précoce des troubles psychiques » ; « prise en charge des personnes avec TND »	2
Ancrage territorial et coordination stratégique	« CLS / CLSM » ; « liens avec la coordinatrice du PTSM » ; « rencontres thématiques ville-hôpital » ; « rencontres organisées par sous-territoire »	4
Liens Ville-Hôpital-libéraux	« Liens Ville Hôpital Pharmacie / Infirmiers libéraux » ; « adressage via médecine générale »	2

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.

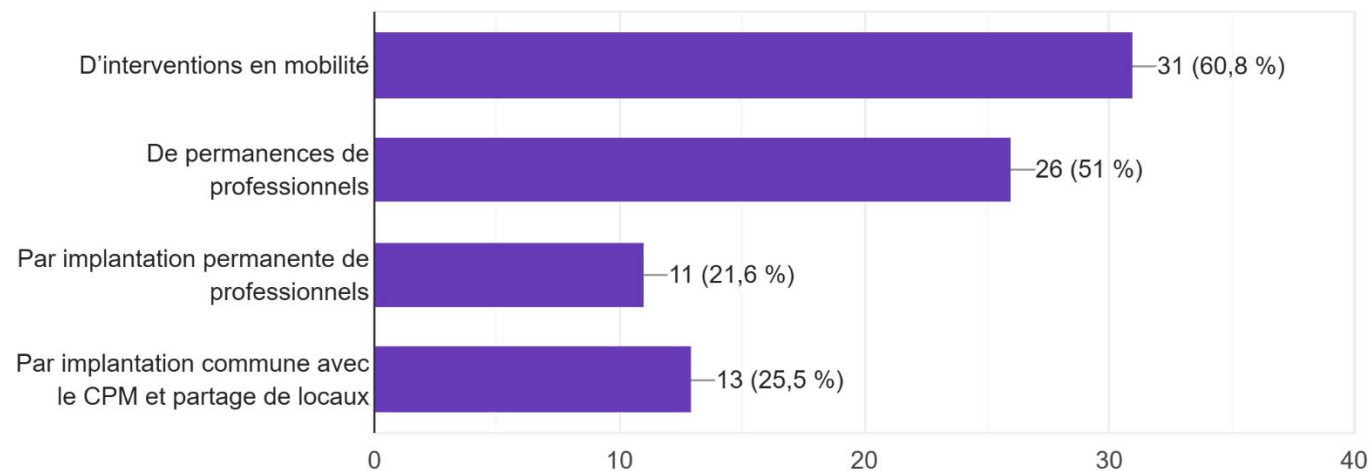
Organisation des liens et partenariats avec la médecine de ville et les professionnels libéraux du niveau 1

Pour les adultes et personnes âgées, existe-t-il des liens ou des organisations conjointes dans les MSP et les Centres de santé ?



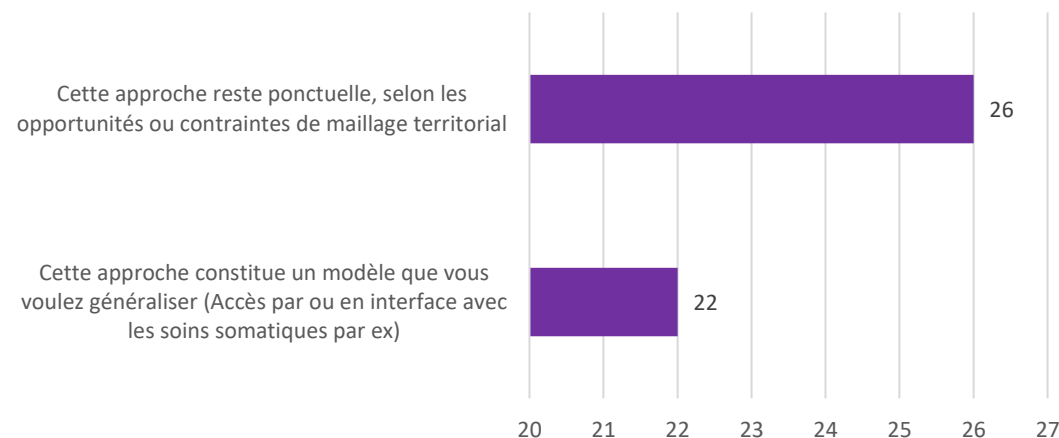
Si oui, sous forme :

51 répondants



Si oui :

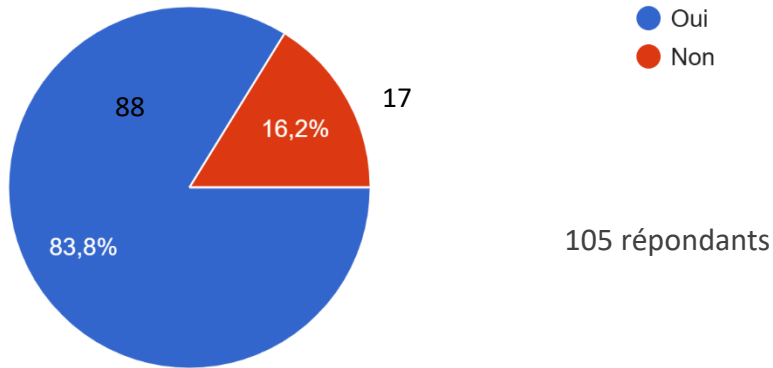
48 répondants



- Parmi les 100 répondants, 51 indiquent qu'il existe des liens ou organisations conjointes avec les MSP et les Centres de santé pour le public adulte et des personnes âgées.
- Cela se traduit majoritairement par des interventions en mobilité (61%), des permanences de professionnels (51%) et dans une moindre mesure par une implantation commune avec le CMP et donc partage des locaux (25%), et par une implantation permanente de professionnels (21%).
- Enfin, 54% indiquent que cette approche reste ponctuelle, selon les opportunités ou contraintes du maillage territorial. Pour finir, 46% expliquent que cette approche constitue un modèle qu'ils souhaitent généraliser.

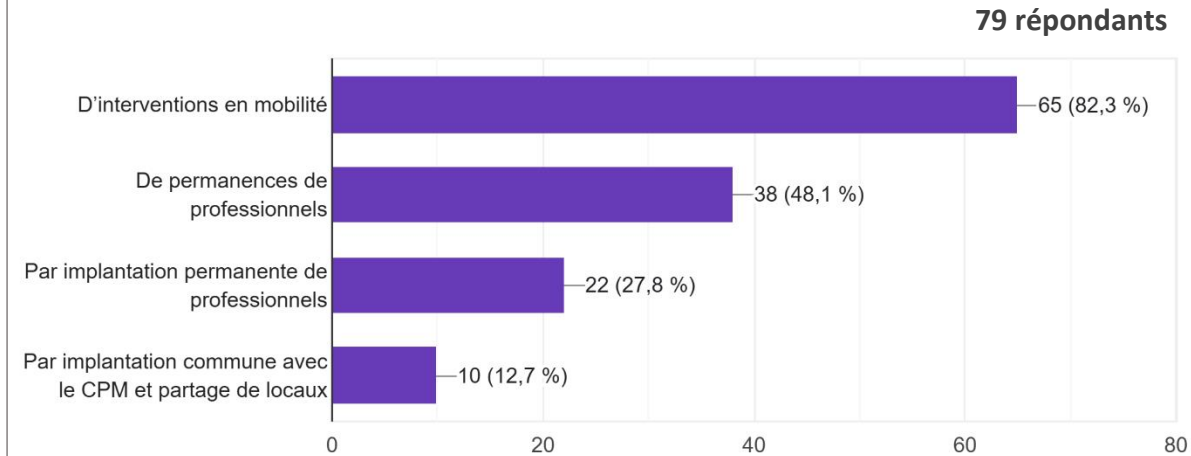
Organisation des liens et partenariats avec la médecine de ville et les professionnels libéraux du niveau 1

Pour les mineurs, existe-t-il des liens ou des organisations conjointes dans les MSP et les Centres de santé, les Centres de PMI, les MDA, la Médecine scolaire, l'ASE, la pédiatrie ... ?)

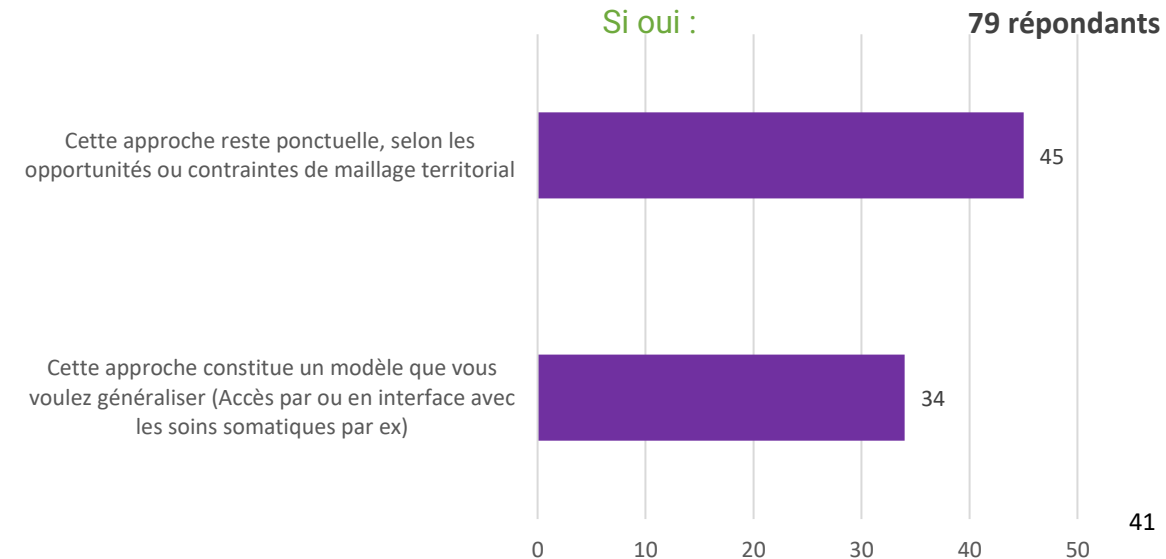


- Les liens ou organisations conjointes sont exprimés dans une plus grande proportion pour les mineurs que pour le public adulte ou des personnes âgées.
- Tout comme pour les adultes, cela se traduit majoritairement par des interventions en mobilité (82%) ainsi que par des permanences de professionnels (48%). 28% citent ensuite une implantation permanente de professionnels et enfin, 13% indiquent une implantation commune avec le CMP et un partage des locaux.
- Enfin, 57% indiquent que cette approche reste ponctuelle, selon les opportunités ou contraintes du maillage territorial. Pour finir, 43% expliquent que cette approche constitue un modèle qu'ils souhaitent généraliser.
- Les réponses mettent en évidence une forte dynamique de coopération autour des mineurs, structurée principalement autour des MDA, de la pédiatrie et de la protection de l'enfance. Au-delà des liens fonctionnels classiques, plusieurs territoires développent des formes intégrées et innovantes d'organisation conjointe, reposant sur l'aller-vers, le décroisement institutionnel et la co-construction avec les acteurs éducatifs, sociaux et médico-sociaux. Ces initiatives restent toutefois hétérogènes et dépendantes des ressources locales, posant la question de leur pérennisation et de leur généralisation.

Si oui, sous forme :



Si oui :



Type de lien / organisation conjointe	Verbatims	Occurrences *
Maisons des Adolescents (MDA)	« Maison des Adolescents » ; « MDA faisant partie du pôle pédopsychiatrie » ; « CMP adolescent intégré à la maison des adolescents » ; « Mise à disposition IDE en MDA » ; « 3 MDA conjointes sur les 3 secteurs » ; « adhérents et partenaires » ; « antenne MDA en projet »	18
ASE / Protection de l'enfance / PJJ	« équipe mobile de pédopsychiatrie initialement créée pour accompagner les mineurs pris en charge par l'ASE » ; « interventions en MECS et familles d'accueil ASE » ; « convention Justice / Conseil Départemental / CH » ; « activité mobile sur situations enfants ASE ou PJJ »	11
Pédiatrie hospitalière (liaison / soins conjoints)	« équipe de liaison en pédiatrie » ; « prise en charge conjointe en pédiatrie » ; « convention avec la pédiatrie hospitalière » ; « espace partagé psychiatrie / pédiatrie » ; « liaison hebdomadaire avec la pédiatrie »	12
Médecine scolaire / Éducation nationale 41	« collaboration étroite avec la médecine scolaire » ; « consultations dans les collèges et lycées » ; « unité de soins étude en lien avec l'Éducation nationale » ; « permanences dans les collèges »	10
PMI / périnatalité	« PMI : convention hôpital (maternité, SIPHAD) » ; « prévention périnatale médico-psychosociale » ; « atelier "jouer avec bébé" » ; « échanges réguliers avec la PMI »	9
Équipes mobiles pédopsychiatrie / adolescents	« Équipe mobile adolescents » ; « Équipe mobile adolescents complexes » ; « intervention mobile sur situation enfant ASE » ; « ULAC unité de liaison accueil de crise en pédiatrie »	9
MSP / centres de santé / espaces partagés	« Modèle du Jardin (IRDES) » ; « MSP partagées » ; « espaces partagés avec le pôle de psychiatrie »	4
Conventions et gouvernance partagée	« conventions » ; « participation aux conseils d'administration » ; « travail conjoint institutionnel »	6
Travail intersectoriel et médico-social	« fort maillage partenarial » ; « réseau enfant différent » ; « partenaires handicap, école, SESSAD, associations »	7
Dispositifs de repérage et prévention précoce	« dispositif de repérage avec la ville et l'Éducation nationale » ; « rencontres CMP petits / PMI »	4
Liens fonctionnels non systématisés	« à la demande » ; « liens fonctionnels » ; « présence partielle » ; « essentiellement en addictologie »	5

*Les réponses étant libres et parfois cumulatives, les effectifs correspondent à des occurrences de discours, et non à un décompte exclusif d'établissements.