



Syndicat des Psychiatres Français
45 rue Boussingault 75013 PARIS
Tél. 01 42 71 41 11 - Fax : 01 42 71 36 60
☎ contact@psychiatrie-francaise.com

13 Rue Fernand Léger 75020 PARIS
01 43 13 13 13 – mgfrance@mg-france.fr

Note sur les projets territoriaux de santé mentale Janvier 2020

Délégué ministériel Pr de psychiatrie¹ Franck BELLIVIER, Hôpital St Louis Lariboisière.

1 / Etat des lieux

Les PTSM sont en cours d'élaboration, certains plus avancés que d'autres.

Effectif et densité des psychiatres, médecins généralistes et psychologues libéraux

Profession	Effectifs France métropolitaine	Densité pour 100 000 habitants
Psychiatres libéraux	4569	7
Psychiatres hospitaliers	7533	11.6
Médecins généralistes	58450	90.2
Psychologues libéraux	21 656	33.4
Psychologues hospitaliers	14 473	22.3

- Un européen sur 4 est atteint de troubles comportementaux.
- Les effectifs en psychiatrie sont trop faibles pour répondre aux demandes².
- La sectorisation fait exception au libre choix du médecin par le patient. Le patient porteur d'une maladie mentale est un patient stigmatisé, faute aussi de définir les circonstances dans lesquelles il doit bénéficier d'un tel régime d'exception.
- Des hospitalisations d'office.
- Un cloisonnement de fait entre la psychiatrie, le médico social et la médecine de premier recours.

Tout cela aboutit à sortir le malade mental du droit commun de la santé et des soins. Il existe un retard à la prise en charge des pathologies somatiques et aussi des pathologies mentales. Ces patients consultent moins en médecine générale, ou plus tardivement dans l'évolution de leur maladie somatique. Ils sont moins intégrés dans les actions de prévention en santé (dépistages des cancers, actions de type message minimum contre le tabac, action de prévention nutrition, etc.). La morbidité est augmentée chez les patients psychiatriques pour les pathologies cancéreuses et cardio-vasculaires.

¹ Dans cette approche de la psychiatrie et de la santé mentale, il serait intéressant d'associer au point de vue des universitaires, celui d'autres acteurs du soin, plus confrontés aux pathologies courantes, fréquentes, moins sévères et moins invalidantes, englobant des aspects de santé et de prévention. Les données de la CNAM vont dans ce sens en montrant que les dépenses de santé s'équilibrent entre la médecine de ville et les différentes structures de l'hospitalisation psychiatrique.

² Premier poste de dépenses de soins si on adjoint la prise en charge sociale des patients.

Une psychiatrie agitée par des soubresauts, de constats de burn out des équipes et des professionnels.

Une psychiatrie où, en l'absence de soutien à la dimension consubstantiellement psychothérapeutique de la pratique psychiatrique, le biopharmacologique tend à prendre le pas sur toute autre prise en charge. La psychologie clinique faute d'avoir intégré des pratiques collaboratives avec le champ médical est prise en défaut de pertinence, et de positionnement.

- Le trouble comportemental est stigmatisé dans la société, au travail, à l'école, et même dans le milieu médical et médico social.
- Les motifs de consultation pour une souffrance psychique ou un trouble mental avéré sont très fréquents chez les médecins généralistes qui sont les premiers prescripteurs de psychotropes.

Beaucoup de PTSM sont centrés sur la discipline psychiatrique, quand ce n'est pas uniquement sur les pratiques hospitalières et de secteur, plus que sur les patients, dans une logique de filière psychiatrique plutôt que de parcours du patient souffrant d'une pathologie mentale. La psychiatrie réclame des nouveaux dispositifs³. En fait tout concourt à créer un asile hors les murs tant la filiarisation est portée haut.

Le patient souffrant d'une pathologie mentale court le risque d'être isolé dans cette prise en charge de filière malgré son souci de décroisement et ainsi de perdre l'habitude d'être soigné par les acteurs du premier recours qui risquent aussi de se désinvestir du suivi somatique de ces patients devenus moins familiers.

Le paradoxe est que tous ces dispositifs spécialisés appelleraient, si on les construisait, de nouveaux effectifs d'acteurs de la psychiatrie, nouveaux et nombreux à l'heure où les postes en psychiatrie non seulement de psychiatres, mais aussi d'IDE, d'éducateurs spécialisés comme d'autres professionnels ne sont pas pourvus.

Comment créer des professionnels qualifiés pour des postes nouveaux avec des sur spécialités allongeant encore leur cursus de formation, alors que les emplois des fonctions cardinales disciplinaires ne sont même pas tous pourvus loin s'en faut ?

2 / Vers une vision alternative réaliste et réalisable rapidement

2.1 / Objectif général

Faire entrer le patient atteint de maladie mentale, que celle-ci concerne une pathologie mentale fréquente ou un trouble sévère et persistant dans le droit commun des soins et de la santé. C'est rompre son isolement asilaire, sa stigmatisation, lutter contre les retards de prise en charge des pathologies somatiques, le faire entrer dans les files actives communes de la prévention et des dépistages, faire circuler la compétence au-delà du premier cercle de la psychiatrie.

2.2 / Objectifs secondaires

- a) Identifier les ressources et favoriser le travail organisé en équipe dans chaque secteur, entre secteurs et avec l'ensemble des acteurs de la psychiatrie du territoire*

Utiliser les ressources en soins de proximité, existantes sur le territoire. Cela participe aussi de la lutte contre la crise du sens vécue par beaucoup.

Identifier les ressources psychiatriques du territoire, publiques, privées et libérales

Consacrer officiellement la place que le premier recours occupe de fait en psychiatrie de proximité, aux yeux de la population, des patients, des professionnels, des institutions. Le médecin généraliste doit devenir un partenaire à part entière de la psychiatrie et rester pour cette discipline comme pour les autres la porte d'entrée dans le soin. Ses fonctions sont nombreuses et pour la plupart déjà assumées : repérage précoce, diagnostic, suspicion de diagnostics lourds, alerte, suivi des pathologies déjà prises en charge par le premier recours seul, suivi conjoint des pathologies mentales fréquentes mais aussi des troubles sévères et persistants, notamment stabilisées, continuité des soins, prise en charge préventive psychique et somatique, etc. Le développement des pratiques collaboratives entre la médecine générale et la psychiatrie est un fort levier d'amélioration.

Formaliser les relations de l'ensemble des acteurs du sanitaire avec les structures médico sociales

- b) Augmenter les compétences où cela est nécessaire dans le premier recours*
- c) Travailler ensemble*
- d) Chaîner les compétences diffusées plutôt que de les concentrer et déplorer ensuite qu'elles manquent à des endroits*

³ Antennes mobiles encore plus nombreuses et spécialisées, consultations dédiées à divers domaines (médico légal, maltraitance, post agression sexuelle, post traumatique), IPA spécialisées projetées en proximité, voire même HAD psy., plateforme psy médico sociale et sociale dédiée à la psy, alors que nous sommes à l'heure des convergences et que les CPTS et PTA assument ces rôles de plateformes ...

3 / Propositions pour atteindre ces objectifs

3.1 / Condition négative

Éviter de créer de nouveaux dispositifs, qui partant de bonnes intentions et pouvant donner des résultats intéressants ponctuellement ne sont pas moins contre productifs d'un point de vue systémique et inégalitaires en ne profitant qu'à peu de patients. Ces dispositifs dépossèdent les acteurs de leurs missions habituelles, provoquent leur désinvestissement et leur font perdre leur compétence⁴.

3.2 / Échanger et partager les informations utiles

- a) *Information et formation : Fortifier et augmenter les compétences en psychiatrie et en santé mentale en périphérie de la spécialité psychiatrique et du GHT intramuros*

Formations psychologiques et psychiatriques en pluri-professionnel pour augmenter les compétences du premier recours et notamment celles des médecins généralistes - médecins traitants : groupes qualités pluri-professionnels. L'ANDPC est peu efficace, lourde et peu légitimée par les professionnels.

- b) *Territorialiser les démarches et les construire en proximité en s'adaptant aux conditions locales.*

- c) *Protocoliser le travail en équipe et entre les équipes.*

Ces protocoles naissent des échanges territoriaux entre psychiatres et premier recours. Ils sont en grande partie le contenu des formations informations partagées en pluri-professionnel.

Ils débouchent sur des actions concrètes. Ils ont pour but d'installer un état d'esprit de confiance réciproque entre acteurs.

- d) *Accéder plus facilement et plus rapidement à un avis diagnostique et thérapeutique, assurer un suivi conjoint.* Exemple du dispositif de soins partagés de l'agglomération toulousaine.

- e) *Les protocoles entre premier recours de proximité et la psychiatrie en général, qu'elle relève de pratiques libérales ou salariées, individuelles, en équipe, en institution* doivent porter en priorité sur :

- Aide à la décision, diagnostique et thérapeutique
- Délivrance de rendez-vous hiérarchisés selon la nature et l'urgence du cas
- Des outils de communication en temps réel ou différé avec accusé de réception et réponse priorisée en fonction de l'urgence appréciée par le récepteur. Le délai doit devenir un indicateur général d'activité des dispositifs.

3.3 / **Réflexion sur la réimplantation d'une culture de la continuité des soins**, à partir des expériences de terrain (exemple de la PTA Caux Vallées pour la file active palliative en expérimentation ARS)

3.4 / **Convergences volontaires** et accompagnées par l'ARS dans ce cas (y compris financièrement) entre dispositifs apparentés.

4 / Outils

Les organisations territoriales décrites dans le code de la santé publique et financées par des accords conventionnels interprofessionnels sont le cadre naturel des projets territoriaux de santé mentale. Ces structures disposent d'outils numériques pour la coordination des soins⁵.

Contacts

Dr Maurice BENSOUSSAN – Président du Syndicat des Psychiatres Français – 06 16 81 11 21 – drmauricebensoussan@gmail.com

Dr Jacques BATTISTONI – Président de MG France – 06 62 61 09 99 – president@mg-france.fr

⁴ Exemple des soins palliatifs. Cf. les articles parus dans le Monde de Véronique Fournier et de Didier Sicard qui regrettent que les dispositifs spécialisés en palliatifs écartent le premier recours des soins palliatifs pour asseoir leur spécialité. Il en irait de même en psychiatrie.

⁵ Therape'e, Globule