



*Rapport adopté lors de la session du Conseil national  
de l'Ordre des médecins de mai 2007*  
**Docteur Irène Kahn-Bensaude**

## **Quelques réflexions sur le PLAN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE**

Le plan psychiatrie et santé mentale propose **5 axes de travail** pour la période 2005 – 2008 :

➤ **Le 1<sup>er</sup> AXE**

**Propose une prise en charge décloisonnée afin de mieux accueillir et mieux soigner les patients, en diversifiant les alternatives à l'hospitalisation.**

Pour **le patient** : il convient de mettre en place une information « grand public », par régions, sur les lieux de soins de proximité. La connaissance du dispositif est essentielle pour pouvoir y avoir recours et en comprendre la finalité.

Pour les **professionnels** : le renforcement des CMP pose le problème de la mise en place de réseaux avec les travailleurs sociaux et les psychothérapeutes libéraux extérieurs à l'institution, ayant une formation de thérapeutes reconnue.

Le nombre de thérapeutes d'une **CMP** étant nécessairement et budgétairement limité, le suivi hebdomadaire des patients remplit rapidement les carnets de rendez-vous et nécessite une répartition avec les **professionnels hors institution**.

Un certain nombre de pathologies psychiatriques ne peuvent être suivies en ville, la « *compliance* » au traitement n'étant pas toujours présente dans ces pathologies. Les alternatives du service public que sont les **visites à domicile** permettent d'y pallier, voire d'amener le patient à la consultation là où il aurait du mal à faire la démarche de son propre chef.

Pour les professionnels, cela implique **des interrelations souples** et **un langage commun** autour des prises en charge, sans la hiérarchisation des uns par rapport aux autres, ce qui implique un changement profond des mentalités. Les efforts des hospitaliers et des libéraux pour travailler ensemble devraient se faire **sur le libre choix des uns et des autres**.

Le « mieux accompagner » de l'axe 1 passe par le **médico social** et le partenariat avec les associations d'usagers(UNAFAM) et la loi sur le Handicap et la citoyenneté.

➤ Le **2<sup>ème</sup> AXE**

Concerne **les patients, les familles et les professionnels.**

Cet axe propose deux thématiques :

1. La nécessité de renforcer les droits des malades et de leurs proches en les impliquant davantage et d'augmenter le soutien aux associations d'usagers, en les faisant devenir acteurs et promoteurs de leurs besoins.  
Les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques doivent être élargies et une réflexion s'impose sur la réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement.
2. Amélioration de l'exercice des professionnels en santé mentale, en renforçant leur formation initiale et continue, et amélioration de l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie.

Comme plus haut, les patients sauront utiliser de façon positive un dispositif de CMP articulé avec les ressources extérieures, ce qui éviterait **les listes d'attente** préjudiciables aux patients comme aux professionnels. Les délégations de tâches semblent appropriées entre médecins et paramédicaux.

➤ Le **3<sup>ème</sup> AXE**

Visé à développer la **qualité** en favorisant les bonnes pratiques dans le milieu psychiatrique et le bon usage du médicament, en améliorant la **formation** et en développant la **recherche** clinique en psychiatrie, en privilégiant l'épidémiologie en psychiatrie et en santé mentale.

Les bonnes pratiques concernent les patients et les professionnels : le bon usage des **médicaments** est favorisé par la qualité de **l'écoute du patient**, de sa participation à des activités dites de réhabilitation (cognitif) et à des entretiens individuels ou de groupe à visée psychothérapique.

Dès lors, il **devient sujet à part entière**, tandis que les professionnels sont amenés à échanger et à évaluer les résultats de leurs pratiques, même si cette **évaluation est plus difficile** que celle reposant exclusivement sur les protocoles chimiothérapiques .

Il faudra inventer pour cette discipline d'autres modes d'évaluation que celui des tests randomisés de l'INSERM , cités dans le plan.

Le développement de **l'épidémiologie en psychiatrie et en santé mentale** a déjà produit d'excellentes analyses concernant les adolescents et le suicide, ou les adultes en situation de précarité.

➤ Le **4<sup>ème</sup> AXE**

Propose la mise en œuvre de **programmes spécifiques** concernant notamment

- la dépression,
- le suicide,
- la prise en charge des personnes détenues et des auteurs d'agressions sexuelles.

La collaboration médico-psychologique en périnatalité et la réponse aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents, des personnes en situation de précarité et d'exclusion, doivent être favorisées.

➤ Le **5<sup>ème</sup> AXE**

Propose d'assurer un **suiti national de ce plan**, en développant une démarche régionale active et concertée à partir de l'état des lieux de la psychiatrie en France, afin d'améliorer la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le Conseil Régional de l'Ordre devrait y trouver un espace favorable pour faire remonter les problèmes et dégager des solutions.

Il est nécessaire de prévoir à l'échelle **nationale** les besoins et les services que demandent les patients atteints de pathologie mentale. Par contre **les solutions originales**, tels certains montages médico sociaux, peuvent être trouvées, selon les régions, compte tenu de l'engagement des acteurs sociaux ; ceux-ci peuvent être très différents selon les mentalités du nord au sud de la France, du milieu rural aux grandes cités et à leur banlieues.

Là, encore, le point de vue des patients et de leurs familles ainsi que celui des professionnels doit être sollicité.

**La diversité des réalisations peut être une richesse stimulante et dynamique**

## **Les objectifs du Plan étant définis, quels sont les problèmes ?**

Le Conseil national de l'Ordre des médecins se propose d'analyser les difficultés que rencontre la psychiatrie à l'heure actuelle, aussi bien en ville qu'à l'hôpital.

A l'hôpital, la réorganisation entraîne un management collectif, ce à quoi n'est absolument pas formé le médecin et encore moins le psychiatre qui est un électron libre. Afin d'être suffisamment formateur, le parcours devra être balisé : des staffs, à l'ancienne, avec discussion de cas, par exemple, pourraient retrouver une utilité.

Le chef de service devrait retrouver sa position afin d'encadrer les médecins, d'enseigner aux étudiants ce qui n'est pas le rôle du chef de pôle qui a un rôle trop administratif.

L'hôpital est réservé aux pathologies graves. Or les schizophrènes, les patients atteints de pathologie bipolaire, les grands déprimés, les autistes ne sont plus hospitalisés.

En ville, il faudrait rappeler aux psychiatres qui se reposent sur le « médecin traitant » quel est son rôle réel : le généraliste qui fait environ 8000 actes par an ne peut faire de thérapie d'autant plus qu'il n'est pas formé pour. Il est seul à résoudre un maximum de questions sociétales et il ne peut pas faire plus. Le généraliste peut prescrire une chimiothérapie, mais son rôle s'arrête là. Un psychiatre doit résoudre aussi les problèmes de société ; il n'est pas normal que les psychiatres sélectionnent les pathologies, que certains refusent la prise en charge de la pathologie lourde.

Rappelons que lorsque le médecin généraliste a commencé à prendre en charge les toxicomanes, les psychiatres n'ont pas pris le relais aux côtés des médecins de ville. Peut être pouvons nous trouver, dans les lignes qui précèdent, une explication aux prescriptions de psychotropes par les médecins généralistes.

### **I. L'accès aux soins**

Dans la loi 2004 – 806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'article L1411-1 (du Code de la santé publique) met en dixième et dernière position la question de la démographie des professions de santé. Les solutions envisagées sont timides face à l'ampleur des carences et besoins de soins et de recherche !!

Ainsi à la lecture de ce texte, peut on rester perplexe devant ce travail sérieux et se demander « où sont les acteurs de cette pièce ? Avec qui, comment et dans combien de temps pourra-t-elle être jouée ? Quelle sera la formation des différents acteurs pour être en adéquation avec les nombreuses missions demandées ? »

Le manque de psychiatres entraîne ipso facto une diminution de l'accès aux soins.

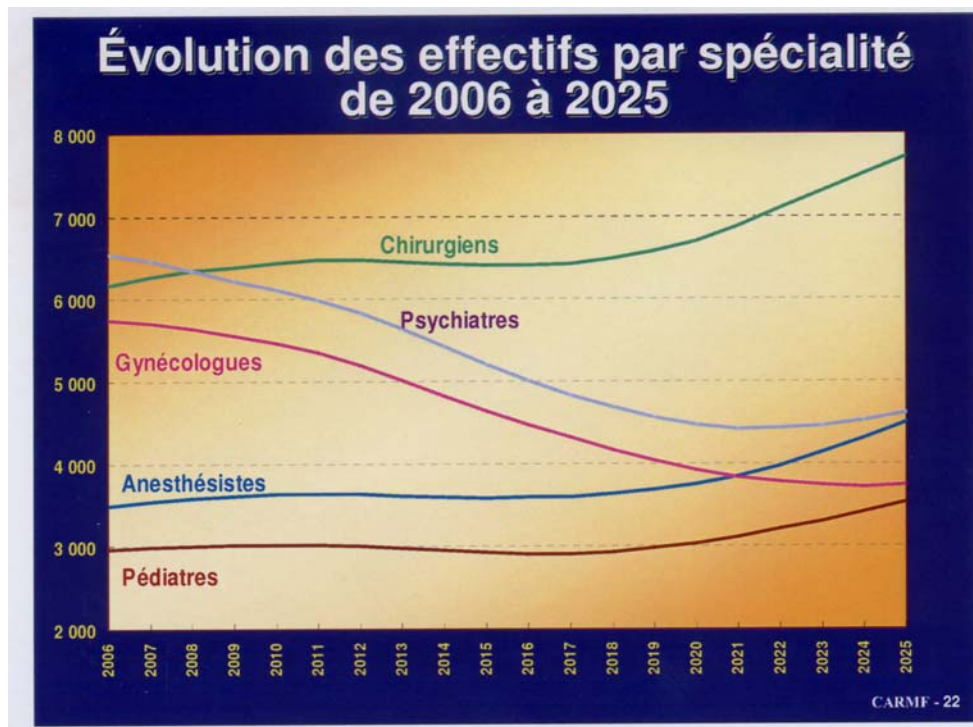
## II. Les psychiatres

### 1) Le nombre :

Au 1<sup>er</sup> janvier 2006, ils sont :  
10 923 psychiatres généralistes (soit une densité de 17,9) et  
1 234 pédo-psychiatres (soit une densité de 2).

Le numerus clausus actuel ne permet pas le renouvellement des départs à la retraite des psychiatres, secteur public et privé confondus : on comptabilise 300 postes ouverts pour l'accès au 3<sup>ème</sup> cycle de psychiatrie pour l'année universitaire 2006/2007.

Selon une étude récente de la CARMF (Décembre 2006), voici comment se présentent les chiffres de la démographie des psychiatres libéraux pour les 20 prochaines années :



### 2) la formation des médecins :

L'examen national classant (ENC) qui tient compte des notes des matières fondamentales pour orienter un étudiant vers une spécialité (qu'il peut choisir par goût ou par défaut) ne semble pas répondre à « la vocation médicale » de l'étudiant. L'intérêt pour le métier de psychiatre ne paraît pas dépendre des matières fondamentales. L'internat spécifique semblait mieux répondre à l'adéquation entre les goûts et les besoins.

Il faut absolument un diagnostic qui ne peut être établi que par un médecin et un projet de soins qui ne peut être mis en œuvre également que par un médecin psychiatre. On ne peut déléguer cette compétence au psychologue ou à l'infirmier psychiatrique.

Prolonger l'internat en psychiatrie d'une cinquième année, sous couvert d'une meilleure formation, paraît être un palliatif de la pénurie d'internes dans les CHU / CHS et retardera d'une année la qualification des nouveaux psychiatres....

Nombreux sont les services de psychiatrie publique qui fonctionnent avec des praticiens hospitaliers, souvent des médecins généralistes et qui font « fonction de psychiatre », sans formation universitaire complémentaire type CES. Si leur chef de service n'a pas le sens ou le temps de la transmission du savoir, livrés à eux-mêmes, ils apprennent « sur le tas ».

Après quelques années, ces praticiens, qui ont été reçus au concours de praticien hospitalier, pourront demander aux commissions de qualification siégeant au Conseil national de l'Ordre des médecins une reconnaissance des acquis et obtenir la qualification en psychiatrie.

Renforcer les connaissances psychiatriques des médecins généralistes est certes une bonne idée. Tout ce qui est de l'ordre du transfert et de l'aide à apporter aux conflits intra psychiques demande beaucoup plus de temps que ne peut consacrer un médecin généraliste à sa consultation. Ceux-ci sont déjà en nombre insuffisant et croulent sous les demandes multiples de soins, de coordination, de prochain DMP (dossier médical à problèmes), prévention, éducation sanitaire, etc...

### **3) L'absence de passerelles**

S'il est indécent d'utiliser des « pseudo-psychiatres » dans les services de spécialités, sans les former, il est tout aussi regrettable qu'un généraliste ne puisse accéder au cours de sa carrière à une formation qualifiante en psychiatrie. De la même façon un psychiatre ne saurait être obligé d'exercer sans pouvoir changer ses préoccupations et ses compétences. Qu'en sera-t-il ?

La suppression des CES est une atteinte à la liberté d'évoluer et aucune formation complémentaire n'a remplacé cette filière diplômante. C'est un appauvrissement de la profession.

## **III. La continuité des soins**

En psychiatrie, il faut être conscient que la maladie est souvent chronique, que les patients sont itinérants, qu'ils sont souvent hospitalisés et qu'il leur arrive de ne pas suivre leur traitement. C'est le malade lui-même qui met à mal la continuité des soins.

Puisque l'hospitalisation doit être la plus courte possible, un suivi des pathologies lourdes doit être effectué à domicile permettant de voir comment évolue le patient, s'il prend effectivement les médicaments qu'on lui a prescrit.

C'est un travail d'équipe qui doit concerner aussi bien les médecins que les infirmiers et les assistantes sociales.

Le travail d'équipe est mis en place avec une modélisation inadaptée à son environnement : il est primordial d'apprendre à travailler ensemble, sans hiérarchie.

Non seulement il faut pouvoir soigner le malade à domicile et ce serait peut être une solution que de faire des HAD pour cette catégorie de patients, mais encore faut-il pouvoir aller chercher le malade chez lui lorsqu'il décompense.

C'est là qu'intervient la délégation de tâches : des infirmiers formés peuvent, en faisant régulièrement des visites, éviter les hospitalisations successives.

Le nombre de lits est en diminution, les alternatives à l'hospitalisation existent mais semblent être mal exploitées : horaires d'ouverture, présence de personnel (35 heures oblige), répartition sur le territoire.

Les moyens sont là, mais ne fonctionnent pas au rythme que la demande impose !!!!!

C'est pourquoi la réforme devrait activer ce qui existe, s'en donner les moyens humains et financiers avant de créer d'autres structures qui ne valoriseront pas celles déjà en place.

#### **IV. Les urgences**

Certains sujets posent réellement problème : l'urgence psychiatrique, (urgences en libéral, lits dans les services d'urgence) et l'alternative à l'hospitalisation, la durée moyenne de séjour, répondent-elles à la fonction thérapeutique recherchée ? On peut prendre pour exemple les Yvelines où a été créée une association qui envoie un médecin psychiatre au domicile du patient si urgence.

#### **V. La prévention**

Il faudrait revoir notre politique de santé en prévenant lorsque c'est possible, en traitant tôt. Or, le manque catastrophique de pédopsychiatres ne peut pas favoriser la prévention de la santé mentale

### **La formation des infirmières**

La **disparition des diplômes d'infirmiers psychiatriques** spécifiques est une difficulté majeure de la prise en charge des patients. Sans remettre en cause le Diplôme d'Etat d'infirmier, il n'est pas imaginable qu'une formation proposée : 5 périodes de trois jours, puisse être considérée comme satisfaisante.

La prise en charge des patients psychiatriques, outre les spécificités juridiques de l'enfermement, les précautions physiques, la pharmacopée, la collaboration des réseaux, les contrôles des soins à domicile et les délégations de tâches à venir, **semble justifier des mêmes compétences pour la psychiatrie que celles reconnues pour les infirmiers anesthésistes ou de blocs opératoires.**

Mieux qu'un tutorat, c'est d'une véritable formation qu'il doit s'agir.

## **En conclusion,**

Les 5 axes du plan de santé mentale couvrent un vaste domaine.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaite rappeler aux Pouvoirs publics que plusieurs points doivent trouver réponse dans ce Plan afin qu'il soit efficace :

- la pénurie de psychiatres à laquelle il faut remédier afin que tous les patients aient l'accès aux soins dont ils ont besoin ;
- La nécessité de mieux former les médecins généralistes en leur rendant du temps médical afin qu'ils aient la possibilité de prendre en charge les patients qui les concernent ;
- Rappeler si cela est nécessaire au psychiatre son rôle face aux pathologies lourdes ;
- Alors que la notion de délégation de tâches est à la mode, peut-être serait-il temps de former des infirmiers psychiatriques qui ne reçoivent plus aujourd'hui une formation spécifique.