

Propositions de réforme sur la psychiatrie

Société / Santé

Par [Collectif CPPRS](#)

Publié le 8 juin 2023

La psychiatrie en France est dans un tel état de délitement que des propositions de réformes sont indispensables afin de pouvoir faire face à une augmentation très significative des demandes de soins et répondre aux enjeux d'organisation des soins, de prévention, de recherche et d'enseignement de cette spécialité. Il convient de redonner vie et sens à la psychiatrie de secteur, garante d'un fonctionnement public et égalitaire, chargée des soins de première et deuxième ligne en lien avec les autres composantes du système de santé et de prévention.

Sommaire

1. Redonner vie à la psychiatrie de secteur en actualisant ses liens avec le contexte

2. Accès aux structures hyperspécialisées en psychiatrie

4. Soins sans consentement

5. Enseignement

6. Recherche

7. Prévention

Les spécificités des pathologies psychiatriques et leurs prises en charge sont les suivantes :

- les maladies psychiatriques atteignent l'individu dans son être biopsychosocial ;
- elles sont majoritairement d'essence chronique ;
- le « plateau technique » est avant tout humain : les innovations issues des recherches (en génétique et neurosciences) viennent enrichir l'activité clinique et thérapeutique des soignants, mais ne peuvent s'y substituer ;
- il est parfois nécessaire de dispenser des soins sans consentement ;
- la pédopsychiatrie s'adresse à des êtres en développement.

La psychiatrie en France fait face à une augmentation très significative des demandes de soins alors même que la démographie des soignants s'est considérablement réduite. Elle est dans un état de délitement tel que des propositions de réformes sont indispensables afin de pouvoir répondre aux enjeux d'organisation des soins, de prévention, de recherche et d'enseignement de cette spécialité.

Les recommandations qui suivent visent en particulier à redéfinir une politique de secteur psychiatrique et à redonner de l'attractivité aux professions de la psychiatrie.

1. Redonner vie à la psychiatrie de secteur en actualisant ses liens avec le contexte

Le secteur psychiatrique est une entité culturelle géo-démographique au sein de laquelle vivent les citoyens (adultes et enfants). Une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie est dédiée à un secteur d'environ 70 000 habitants. Elle assure l'accueil diagnostic, entreprend les traitements et veille à la continuité des soins. Elle prend en charge les patients, quels que soient leurs origines sociales, leurs pathologies, leurs lieux de vie et la durée de leurs prises en charge. Elle dispose pour ce faire de Centre Médico Psychologique (CMP) dans les endroits fonctionnels du secteur, de lieux d'accueil et de soins spécifiques : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Hôpital de Jour (HJ), Hospitalisation à Temps Complet (HTC) autant que de besoins. Elle est en relation étroite avec les professionnels de santé de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, infirmiers, travailleurs sociaux, médecins du travail, enseignants, professionnels de l'enfance, des personnes âgées, équipes précarité...) afin d'apporter les soins psychiatriques nécessaires à la santé du patient en complémentarité avec ces professionnels. Elle est également en lien avec les professionnels des centres hospitaliers (services de « MCO ») pour exercer une fonction de psychiatrie de liaison pour les patients présentant une souffrance psychique.

L'équipe de secteur exerce également une fonction de prévention de la souffrance psychique dans toutes les occurrences possibles et souhaitables.

La pédopsychiatrie fonctionne sur le même modèle pour assurer la prise en charge des bébés-parents, des enfants et

des adolescents depuis la périnatalité jusqu'à l'âge de 18 ans. Un secteur de pédopsychiatrie correspond à environ trois secteurs de psychiatrie d'adultes.

Le secteur psychiatrique souffre de difficultés majeures de recrutement compte tenu du départ à la retraite de très nombreux psychiatres et du nombre insuffisant de psychiatres nouvellement formés. Du fait du trop petit nombre de pédopsychiatres formés, la pédopsychiatrie est considérée comme sinistrée.

Recommandation 1 – Le secteur psychiatrique

- Réaffirmer que la politique de secteur psychiatrique est la base d'un fonctionnement public et égalitaire de la psychiatrie dans notre pays. Il assure les soins psychiatriques de première et deuxième ligne en lien avec les autres services publics de santé.

Les missions, le financement et l'implantation des structures d'expertises et de recours dites de troisième ligne (services universitaires) peuvent rester distinctes du secteur de psychiatrie et sont sollicités par les premières et deuxièmes lignes (pas d'accès direct par les patients).

Recommandation 2 – Structuration du secteur psychiatrique

- Redéfinir le secteur psychiatrique : ses missions, sa structuration, sa composition dans un nouveau texte législatif

Un secteur doit pouvoir répondre aux besoins de la population d'un bassin d'environ 70 000 habitants (éventuellement à réévaluer) ; ce chiffre est à pondérer par d'autres critères, tels les temps de déplacement, les transports existants, le taux de

population précaire dans le bassin considéré, les découpages administratifs pré existants, etc.

Ressources humaines. Un secteur doit disposer pour mettre en œuvre l'intégralité de ses missions de soin et de prévention de professionnels en nombre et en compétences : psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, infirmiers / infirmiers de pratiques avancées, aides-soignants, assistants sociaux, secrétaires, autres selon les populations concernées : enfants, personnes âgées (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes...).

Locaux. Le secteur doit disposer de locaux permettant la mise en œuvre de soins ambulatoires, à temps partiel ou en hospitalisation, conformes au respect de l'intégrité, de l'intimité et de la dignité des patients.

Structures. La composition minimale de l'outil de soins et de prévention sectoriel est :

- Un service d'hospitalisation à temps plein à même d'accueillir des patients en service libre et en hospitalisation sans consentement dans des conditions respectueuses des droits et de la dignité des personnes (en terme notamment de ratio de personnel et de locaux) ;
- Plusieurs (selon les nécessités géo-démographiques) centre médico-psychologique, dispensant des consultations psychiatriques, psychologiques, entretiens infirmiers, visites infirmières à domicile de suivi ou sur signalement, aide à l'observance thérapeutique, entretiens socio-éducatifs ;
- Des structures de soin ambulatoire : hôpital de jour, centre d'activités thérapeutiques à temps partiel proposant essentiellement des soins en groupe dispensés par des personnels formés à ces pratiques ;
- Une organisation filiarisée de l'accueil des urgences psychiatriques, permettant aussi l'évaluation somatique (et intégrant une articulation structurée avec le service d'accueil des urgences) ;
- Des lits de pédopsychiatrie qui doivent être ouverts en particulier à proximité des unités d'urgences pédiatriques : le transfert des enfants et des adolescents vers les unités d'adultes devrait être interdit en augmentant les possibilités d'accueil proche des structures d'urgences.

Les secteurs de pédopsychiatrie doivent être en contact rapproché avec les équipes de pédiatrie hospitalière, la PMI, la médecine scolaire et les structures de l'Aide Sociale à l'Enfance, ainsi qu'avec les autres acteurs du soin (pédiatres, psychiatres, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens libéraux, secteur médico-social (IME, ITEP, SESSAD),...).

Les souffrances psychiques des adolescents sont anciennes et se sont accrues à l'occasion de la crise COVID. Le mode d'accès aux soins de ces troubles mixtes psychologiques, somatiques et sociaux, passe de plus en plus par les urgences hospitalières, en particulier pédiatriques. Les modèles des unités d'accueil liant le psychique et le somatique doivent être développés systématiquement dans les hôpitaux en liens avec les Maisons des Adolescents, la santé scolaire et universitaire, la pédopsychiatrie de liaison et les secteurs de pédopsychiatrie. La formation à la santé des adolescents doit être améliorée pour les psychiatres, pédiatres, médecins généralistes et urgentistes et leurs équipes en développant les formations initiales et les DIU.

Il est crucial de ne pas oublier les personnes sans domicile, migrants, habitants des bidonvilles, populations mobiles et améliorer les liens entre les secteurs pour la continuité des soins des personnes qui changent de domicile

L'évaluation des soins apportés aux patients doit prendre en considération les résultats cliniques (amélioration de la santé, qualité de l'intégration socio-familiale, scolaire, professionnelle, qualité des liens avec autrui...) des soins proposés, et contribuer à l'adaptation des dispositifs en termes de santé publique et nourrir les recherches indispensables.

Recommandation 3 – Financement du secteur psychiatrique

- Financer le secteur sur un calcul de besoin en soins

La dynamique évolutive des maladies psychiatriques exclut une tarification à l'acte ou au prix de journée. Un financement au forfait est rendu aléatoire par la complexité des maladies psychiatriques, qui ne permet pas d'associer un diagnostic à un parcours de soin prévisible et donc chiffrable.

Le financement pourrait donc faire appel à une dotation globale non plus calculée sur un préalable ajusté de l'ONDAM (ou de tout autre indice de progression), mais sur le calcul du besoin en soin réajusté chaque année en fonction de l'évolution des charges, et réévalué tous les cinq ans en fonction de deux variables : service rendu/besoin persistant, évolution des caractères géo démographiques de la population.

Le calcul du besoin de soins devrait se baser sur :

- d'une part, les travaux géo-démographiques décrivant la population du territoire considéré en fonction de critères socio-économiques pertinents : pyramide des âges, proportion des actifs, ruralité/zones urbaines, niveau de formation et de revenus, proportion des populations précaires, particularités (zone frontalière, zone intégrant un centre de détention, zone intégrant un centre d'accueil de demandeurs d'asile, etc.)
- d'autre part, les données épidémiologiques et de moyens (recensement des moyens existants, des manques, des évolutions nécessaires en termes d'équipes, de locaux, et de compétences, de volume horaire...).

et ceci, afin de pouvoir déterminer la recomposition de l'offre territoriale.

Le financement des missions d'expertise et de recours (3^{ème} niveau/CHU) devra faire appel à des enveloppes dédiées,

distinctes de la dotation du secteur psychiatrique, et dont les moyens seront ajustés aux besoins en locaux et compétences nécessaires à la réalisation de leurs missions. Les dotations financières entre le secteur et les missions d'expertise et de recours doivent demeurer non fongibles.

Recommandation 4 – Attractivité

- Formation et attractivité des professions « psy »

Redonner de l'attractivité aux professions de soins de la psychiatrie en

- ajustant les moyens aux besoins de soins (nombre de patients par soignant, locaux adaptés) ;
- formant des IPA spécialisés en psychiatrie et complétant la formation des IDE se destinant à la psychiatrie ;
- revalorisant la rémunération et la progression de carrière des psychologues, orthophonistes, ergothérapeutes et psychomotricien (objectif minimal d'équivalence avec les conventions du secteur médico-social).

Recommandation 5 – Démographie

- Adapter le nombre de jeunes psychiatres en formation aux besoins en recrutement des secteurs psychiatriques

2. Accès aux structures hyperspécialisées en psychiatrie

A partir des années 1990, de nombreuses structures se sont créées pour répondre à des symptomatologies dans un cadre de spécialisation des pathologies psychiatriques : schizophrénie, maladies bipolaires, Trouble Hyperactif avec Déficit de l'Attention (THADA), Troubles du Spectre Autistique (TSA), anxiété... Ces nouvelles structures sont devenues directement accessibles aux patients, favorisant ainsi un double accès aux soins, et disqualifiant de fait le recours au secteur jugé moins compétent. Le développement de ces structures a contribué à fétichiser les références diagnostiques de type DSM, centrées sur la disparition du symptôme affiché trop souvent par voie médicamenteuse, au détriment d'une réflexion psychopathologique sur la chronicité de la prise en charge.

Ces structures devraient plutôt être des ressources à la disposition des médecins de première et deuxième lignes pour des problématiques complexes.

Recommandation 6 – Parcours de soins psychiatrique

- Réorganiser l'accès aux soins psychiatriques en respectant la hiérarchie entre soins de proximité, soins spécialisés et soins hyperspécialisés.

Le premier recours public psychiatrique doit rester principalement au sein du secteur psychiatrique. Le recours aux équipes hyperspécialisées doit relever d'une demande d'un médecin de premier ou de second recours.

3. Approche raisonnée de l'entourage nécessaire aux maladies chroniques

La psychiatrie d'urgence existe et nécessite d'être traitée au niveau de chaque secteur. Le recours massif aux urgences des hôpitaux généraux est devenu l'un des symptômes criants de la diminution des moyens mis à la disposition des secteurs. Mais c'est surtout le signe de la méconnaissance de l'essence chronique de la maladie mentale. En effet, les psychoses, les autismes, les schizophrénies sont des maladies chroniques et l'organisation particulière qu'est le secteur de psychiatrie a justement été créée pour tenter de répondre au plus juste et au plus efficace à une pathologie chronique particulièrement difficile et douloureuse, telle la maladie mentale.

Si un patient a besoin de son équipe de secteur tout le temps nécessaire à ses soins (parfois plusieurs années), ce soin peut prendre des formes différentes en fonction de son état de santé (CATTP, consultations ambulatoires, HTC, HJ...). Mais dans la plupart des cas, cette prise en charge psychiatrique doit être complétée par d'autres aides nécessaires soit ponctuellement, soit au long cours (psy libéral, généralistes, spécialistes, pédiatres, accompagnement social...).

Les rapports complémentaires entre ces intervenants sont déterminants pour l'avenir de la prise en charge globale, et il y a lieu de les organiser. Des réunions de travail doivent se construire entre les partenaires de la prise en charge d'un même patient, non pas sur le modèle d'un réseau technocratique (prêt-à-porter) mais dans le cadre d'un commun accord entre les partenaires concernés (sur mesure) et avec le patient. Cette entourage du patient contribue grandement à l'amélioration de son suivi dans un cadre multidisciplinaire, et ce dans le respect des règles déontologiques de chaque profession (secret médical, professionnel, partagé...). Ce temps de réunion doit être considéré comme un temps de soin, et donc pris en compte dans l'organisation du dispositif. La rémunération à la pathologie doit être considérée comme destructrice du travail pluri-professionnel de prise en charge

Recommandation 7 – Organisation des soins

- Pour favoriser la bonne entourage de la chronicité des patients psychiatriques, considérer le temps de réunion des équipes de secteur pluri-professionnelles avec tous leurs partenaires comme un temps de soin, prévu dans le financement.
- Affermir les liens entre l'équipe de psychiatrie, le médecin généraliste et les spécialistes engagés (et entre l'équipe de Pédopsychiatrie et le Pédiatre).

4. Soins sans consentement

Les critères d'hospitalisation doivent être exclusivement cliniques, en dehors de toute référence à l'ordre public ; les conditions nécessaires et suffisantes sont :

- La mise en danger de soi-même ou d'autrui du fait de manifestations aiguës d'une pathologie psychiatrique ;
- La perte de la capacité à consentir aux soins en raison d'une pathologie psychiatrique.

Dans le cas général, un proche, tiers de confiance peut se substituer à la défaillance temporaire de la capacité à consentir du patient. En l'absence de tiers mobilisable, une procédure de substitution doit être prévue, toutefois sa mise en œuvre devra rester marginale.

Le contrôle par le juge des libertés sera celui de la légalité de la mesure, sans imposer au patient une comparution dont il n'est pas toujours en mesure de saisir le sens. Tout doute sur le bien-fondé de la mesure de soin sans consentement donnera lieu à un examen d'un psychiatre extérieur dans un délai rapide,

requis par le juge des libertés, qui pourra être saisi par le patient, son avocat ou ses proches.

Recommandation 8 – Soins sans consentement

- Réformer et simplifier la loi sur les soins sans consentement

5. Enseignement

Les attendus des futurs psychiatres sont :

- théoriques (intégrant la multiplicité des approches et notamment une formation aux différentes psychothérapies systémiques, psychanalytiques, familiales, groupales) ;
- et pratiques proposant des terrains de stage, ambulatoires et hospitaliers, majoritairement en secteurs de psychiatrie et réservant à la fin du cursus les stages en structures d'expertise et de recours.

Les secteurs doivent participer à l'enseignement de la psychiatrie afin que l'étudiant aborde le patient dans son contexte et avec toute l'humanité requise. Cet enseignement doit porter sur les neurosciences, mais doit comporter également tout ce qui concerne la psychopathologie transférentielle (phénoménologie, psychanalyse, attachement, systèmes, rééducation, relaxation...), l'anthropologie, la sociologie et le politique. Réduire la psychiatrie à l'étude de l'encéphale serait aussi aberrant que de réduire l'étude du diabète au seul pancréas. L'humain est un être de/en relation.

L'enseignement de la psychiatrie aux acteurs de terrain, en particulier médecins généralistes, pédiatres et urgentistes, doit être nettement amélioré dans le but d'une bonne connaissance des pathologies qui demandent une orientation vers l'équipe de secteur, notamment en urgence. Le renforcement de leurs capacités à la prise en charge psychiatrique et à la connaissance des relais doit être une priorité.

Une **filière de formation des infirmières qui s'oriente vers les soins psychiatriques**, recrée sous forme d'un diplôme complémentaire type puériculture ou IBOD est très importante pour améliorer les compétences mais aussi pour valoriser cette orientation.

Recommandation 8

- Ré-ouvrir l'enseignement de la psychiatrie au secteur permettant une appréhension de la prise en charge de la maladie chronique aux internes et à tous les professionnels susceptibles de participer aux réseaux ad hoc.
- Re-crée une filière de formation infirmiers psychiatriques

6. Recherche

La recherche doit permettre d'aborder dans le même esprit d'ouverture tout ce qui concourt à la meilleure compréhension d'une psychiatrie humaine.

Recommandation 9

- Ré-ouvrir la recherche en psychiatrie à des axes prenant en compte la psychopathologie et les sciences humaines et leurs articulations avec la génétique et les neurosciences.

7. Prévention

Les trois niveaux de prévention sont exercés par chaque secteur de psychiatrie en lien avec la cité et ses représentants (prévention primaire) et avec tous les professionnels concernés (prévention secondaire et tertiaire).

Toutefois, sur la base de l'analyse d'une dégradation de l'offre de soin de la pédopsychiatrie confrontée à l'accroissement des besoins (demandes en augmentation dans les CMPE, augmentations des tentatives de suicide, des troubles des conduites addictives et alimentaires, des troubles somatoformes, des troubles de l'insertion scolaire, troubles post-traumatiques...), il se dégage une nécessité de s'engager dans une véritable politique de prévention en continuité avec la pratique pédopsychiatrique. Cette politique de santé mentale doit faire l'objet d'un principe de recherche, car il faut, d'une part, parfaire la connaissance des indicateurs de facteurs de risques, et d'autre part, évaluer les effets de la prévention sur ces risques. Cette recherche doit se réaliser en réseau, car il y a de nombreux intervenants auprès des enfants et adolescents, des parents et des établissements chargé de l'accueil de mineurs. Une politique de prévention doit développer une coordination entre ces différents partenaires, non pas uniquement en vue d'une meilleure orientation, mais aussi pour commencer un soin au plus près du début des troubles, avec les moyens déjà existants, en régulant les réponses, et en précisant les manques dans le parcours de prise en charge, pour l'attribution de moyens supplémentaires. Toutefois, prévenir implique aussi de former, informer et travailler sur les facteurs de risques psycho-sociaux, à l'origine des maladies mentales. Pour cela, il serait nécessaire de créer des pôles universitaires de prévention, administrés par des pédopsychiatres universitaires, ayant autorité pour planifier, organiser et coordonner les efforts, sur des territoires donnés.

Recommandation 10 – Prévention en psychiatrie

- **Outre la fonction essentielle de chaque secteur dans la politique de prévention, créer des pôles de prévention universitaires intersectoriels, en charge de coordonner des structures de soin, d'accueil et d'encadrement des mineurs, avec des moyens pour développer des politiques de prévention non seulement secondaire et tertiaire, c'est-à-dire d'accès aux soins et de réadaptation, mais également de prévention primaire sur les facteurs de risque de déclenchement des troubles et de rechute.**