

PROPOSITIONS SYNTHESE

1) Organisation générale de l'offre de soins

Assurer une offre de prévention et de soins généraliste en psychiatrie sur l'ensemble du territoire selon les principes de la politique de secteur :

- En précisant clairement les responsabilités institutionnelles selon le schéma ci-joint tout en veillant à leur coordination (Cf Annexe 1). Dans cette perspective la structuration et la pérennisation de l'action des acteurs du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) doit être formalisée selon des modalités propres à chaque territoire. Dans cette perspective les Agences Régionales de Santé favorisent la mise en place de dispositifs de type Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT). Les responsables médicaux des établissements publics autorisés en psychiatrie veilleront en particulier à la cohérence des projets médicaux (établissement, pôles) et du Projet Régional de Santé (PRS) avec le PTSM.

Proposition :

Favoriser la mise en place des Communautés Psychiatriques de Territoire et veiller à la cohérence des PRS et PTSM.

- En adaptant l'organisation de l'offre à chaque territoire selon les réalités locales de l'offre de soins sur la base des travaux des PTSM (disponibilité des généralistes, offre privée, CMP, relations avec les autres acteurs via les CLSM, soins spécifiques et spécialisés, etc...). Une attention particulière sera portée à la participation des professionnels libéraux aux travaux du PTSM participant notamment aux dispositifs de type Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou maison de santé. Une acculturation réciproque sera favorisée dans le sens d'une hybridation progressive des fonctionnements. Des invitations réciproques aux instances type CME seront proposées. De la même manière les professionnels des hôpitaux de proximité seront sollicités dans la même intention.
- Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) gagneront à être élargis à l'ensemble des questions de santé publique concernant les communes ou l'intercommunalité sous la forme de Conseils Locaux de Santé. Le financement du volet psychiatrique du contrat local de santé sera maintenu. Enfin il pourrait être envisagé de rendre obligatoire la signature d'un tel contrat sur l'ensemble du territoire national.
- La rédaction de projets de secteur permettrait d'améliorer la pertinence des PTSM.

Sujet de moyen terme :

- Approfondir les relations de complémentarité/ Subsidiarité entre les secteurs publics et privés.

Propositions :

- Associer les professionnels libéraux et les CPTS au PTSM.
- Elargir les Conseils Locaux de Santé Mentale à l'ensemble des questions de santé publique.
- Systématiser les projets de secteur et rapports de secteur. Veiller à la bonne intégration du secteur privé dans les PTSM

2) Lien avec la médecine de ville

Une vigilance particulière sera portée en faveur d'un partenariat actif avec les CPTS ou maison de santé. Il est essentiel d'organiser et de structurer les liens entre les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile et l'ensemble des acteurs sanitaires des dispositifs de soins. A ce titre il faut rappeler le rôle de premier partenaire sanitaire des médecins généralistes dans la prise en charge de l'ensemble de la santé des personnes sur un territoire donné. L'organisation des soins de première ligne, autour des généralistes, via la constitution de Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), constitue une opportunité pour le secteur. Resserrer les liens entre les CPTS et le secteur permettrait de mieux assurer le suivi somatique des patients psychiatriques tout en facilitant les dépistages précoces et le rendu d'avis psychiatrique pour les patientèles suivies en ville.

Propositions :

Il est donc nécessaire de renforcer les liens avec les CPTS par une action volontariste en faveur de la psychiatrie et de la santé mentale notamment par des **moyens dédiés auprès des structures de secteur**, par exemple par le financement de fonctions de coordination (infirmiers, ...) ainsi que par la participation et le renforcement de la mobilité des équipes de secteur ou la création d'**équipes mobiles thématiques (personnes âgées, psychiatrie infanto-juvénile de l'enfant et de l'adolescent, précarité,...)**, qui contribuent de façon déterminante à la réduction des délais diagnostics et à la prévention des rechutes et des réhospitalisations.

3) Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)

Pour ce qui concerne les CMP, les modalités d'accueil y sont diversifiées à partir d'un cahier des charges défini au niveau national favorisant les accueils infirmiers et les prises en charge psychologiques avec régulation médicale. La mobilité des professionnels (équipe dédiée ou à partir de CMP) en articulation avec les autres acteurs territoriaux est assurée pour favoriser notamment les actions de prévention secondaire (précocité des soins, prévention des rechutes...). Des formations complémentaires adaptées et une meilleure lisibilité des responsabilités engagées sont assurées.

L'expérience montre que le développement de la capacité d'accueil et d'« aller vers » produit une réduction des délais diagnostics, améliore le dépistage et le traitement des rechutes et réduit les besoins en hospitalisation temps plein. Le renforcement de la mobilité des équipes de secteur que ce soit par téléphone (équipement en téléphone portable), par visio-conférence (équipement en webcam, e-santé) ou en se déplaçant (véhicules de secteur) voire par la création d'équipes mobiles « de secteur » étroitement articulées avec les équipes de CMP et hospitalières

Proposition :

Préciser les attendus des CMP au niveau national prévoyant la diversité des modalités d'accueil (accueils infirmiers et/ou psychologiques) ainsi que le renforcement d'intervention à domicile (téléphone, télémedecine, mobilité des équipes).

Proposition :

Dans le cadre de la réforme du financement, prévoir une reconnaissance financière de l'aller vers et des prises en charge intensives ambulatoires.

4) Les formations

Les **formations initiales** actuelles, que ce soit celles des aide-soignants, des infirmiers, des psychologues, des cadres soignants et des médecins ne permettent pas de disposer à leur issue d'une compétence suffisante en psychiatrie. Les formations initiales doivent être revues dans cette optique. Les stages en psychiatrie doivent être plus accessibles, la création d'un internat en psychologie mis à l'étude. La formation des psychiatres aux psychothérapies doit être, pendant le DES, complétée ou créée.

Propositions :

- Pour les aide-soignants, des groupes de parole doivent leur être proposés pour élaborer les aspects relationnels rencontrés dans leurs stages.
- Pour les infirmiers, les stages en psychiatrie doivent être regroupés et prolongés, les compétences horizontales en matière de communication doivent être développées, l'enseignement de la psychiatrie doit être renforcé.
- Pour les psychologues, leurs études doivent comporter pour ceux qui se destinent au travail en psychiatrie et en santé mentale un apprentissage de la sémiologie psychiatrique, ainsi qu'un temps de stage dans un service de psychiatrie et qu'une formation à la coopération en psychiatrie (déontologie, etc...).
- Les études de médecine doivent comporter un stage obligatoire en psychiatrie, ainsi qu'une sensibilisation à la relation médecin-malade.
- Les futurs généralistes doivent pendant leur DES faire au minimum un stage à temps partiel en psychiatrie consacré à l'apprentissage de la sémiologie psychiatrique et à la connaissance de l'organisation des soins en psychiatrie.
- Pour les cadres soignants, leur année de formation doit inclure un module de spécialisation en psychiatrie comprenant des approfondissements cliniques et une formation au travail en petit groupe.

Les fonctions assurées par l'ensemble de ces professionnels en psychiatrie seront valorisées et développées par des **formations complémentaires** qui doivent être organisées et généralisées pour tous ces métiers. Le bilan social des établissements et la certification HAS doivent en suivre la mise en place.

L'accueil des IPA dans les services nécessitera également des adaptations de l'organisation des soins afin de prendre en compte leurs missions nouvelles.

La création de **nouveaux métiers** est à envisager comme une spécialisation en psychiatrie après des formations initiales/tronc commun. Par exemple les aide-soignants expérimentés pourraient devenir « accompagnateurs en psychiatrie » après un an de formation en cours d'emploi éventuellement étalée sur deux ans (Cf Annexe 2), les infirmiers et les assistants sociaux à partir de leur expérience de suivi au long cours de malades psychiatriques pourraient devenir « gestionnaires de parcours de soins ».

Par ailleurs, les infirmières « ASALEES », qui ont fait leur preuve dans d'autres pathologies, pourraient étendre leurs interventions à la psychiatrie. Elle pourrait travailler auprès de généralistes, avec la supervision d'un psychiatre.

Propositions :

- Valorisation des fonctions de chef de service et de chef de pôle et systématisation des formations qui s'y rattachent.

- 5) Eclairer les choix organisationnels et financiers de l'offre de soins en psychiatrie sur la base des données de preuves et d'un étayage fort par des travaux sur la qualité des soins et la recherche médico économique en psychiatrie.

Pour ce faire : favoriser la production d'états des connaissances sur les pratiques et les organisations de soins dans des domaines d'intérêt largement partagés et la production des recommandations de bonnes pratiques ; soutenir les travaux d'évaluation des pratiques cliniques et des dispositifs innovants et la recherche en implémentation qui n'existe pratiquement pas en France, au travers d'AAP ciblés et de la priorisation de la psychiatrie dans les AAP existants (PHRC, PREPS, ...).

Proposition :

Soutenir financièrement et en ressources humaines à l'échelon national la production de connaissances dans le domaine médico-économique et de la qualité des soins.

Annexe 1

ECHELONS TERRITORIAUX PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Territoires de référence	Population et périmètre	Projets	Gouvernance	Dispositifs / Outils	Missions / Structures	Acteurs
Région (Territoire d'organisation - administration)	> 1 million d'habitants	Projet Régional de Santé	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA)	Dispositifs de recherche (GIP, GCS ...)	Personnes détenues (SMPR - UHSA) Situations difficiles (UMD) Formation - Documentation - Recherche (Psycho-Trauma, Réhabilitation Psycho-Sociale, "Institut" des 1000 jours)	Agence Régionale de Santé (ARS) Conseil Régional Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Centre Hospitalier Universitaire (CHU)
Territoire de santé mentale (Département, Métropole) Territoire de démocratie en santé (Territoire de coordination - second niveau)	> 500 000 Habitants	Projet Territorial de Santé (Mentale) Projet Médical Partagé GHT (volet psychiatrie - santé mentale)	Comité Territorial de Santé (Commission spécialisée psychiatrie santé mentale) Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT)	Contrat Territorial de Santé (volet santé mentale) (CTS - CTSSM) Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)	Urgences Précarité Logement Insertion Parcours de santé complexes Addictologie Enfants et Adolescents (Maison Des Adolescents ...) Psychiatrie périnatale Personnes âgées Télé médecine Intersectorialité? Equipe mobile (précarité, personnes âgées, psychiatrie infanto-juvénile...) Dispositifs de soins inclusifs à domicile (équivalent des HAD) Dispositifs de neuromodulation (ECT, DTMS...)	Services départementaux (PMI, ASE, ...) Maison Départementale Des Personnes Handicapées (MDPH) Dir Terr ARS Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Etablissements Hospitaliers Spécialisés PTA Collectivités territoriales Représentant de Communauté Professionnelle de Territoire de Santé (CPTS) Cliniques d'exercice privé Maisons des Adolescents
Secteur de psychiatrie / pôle (Territoire d'action de proximité)	> 100 000 Habitants	Projet Médical d'Etablissement Projet de pôle	Commission Médicale d'Etablissement (CME) Conseil Local de Santé (Mentale) (CLS - CLSM) Conseil de secteur / Pôle	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) Contrat de pôle	Réponses de proximité aux thématiques (urgences - précarité - logement ...) Centre Médico-Psychologique (CMP) CMPP Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) Unité d'hospitalisation Hospital De Jour (HDJ)	Etablissement SMS Collectivités locales (Centre Communale d'Actions Sociales) CPTS Maison de Santé Pluridisciplinaire Centre de Santé ESP Hôpitaux de proximité Cliniques d'exercice privé Psychiatrie libérale Autres spécialités Médecins généralistes Médecine scolaire

PROPOSITION DE CRÉATION D'UN MÉTIER D'ACCOMPAGNATEUR EN PSYCHIATRIE

Problématique

Entrevue il y'a près de trente ans comme une possibilité¹, la crise de la démographie des infirmiers travaillant en psychiatrie est aujourd'hui bien là. On ne compte plus les établissements où les postes vacants se comptent par dizaines voire par centaines, des recrutements alternatifs sont tentés dans des registres très variés : éducateurs, psycho-motriciens, médecins étrangers, pompiers, pairs aidants, dans une certaine improvisation... tandis que les effectifs d'aidesoignants croissent lentement mais régulièrement.

Un affaiblissement de la capacité des équipes à faire face aux différents problèmes posés par la pratique psychiatrique est observé. Les infirmiers « D.E. » sont juste assez formés en psychiatrie pour savoir qu'ils ne le sont pas assez² ! Ils évitent alors dans la mesure du possible d'être affectés dans les services de psychiatrie, et pour un certain nombre d'entre eux le sont quand même en début de carrière. Dans le meilleur des cas, une transmission a lieu entre infirmiers expérimentés et novices. Cependant la féminisation du personnel n'est pas influencée par cette transmission. Plus souvent composées d'une majorité de femmes, et parfois composées exclusivement de femmes, les équipes de psychiatrie voient leurs capacités de contrôle des situations scabreuses diminuer, et l'on note le retour en force d'expédients divers (contention, équipes interpavillonnaires, vigiles), et la multiplication des chambres d'isolement. La capacité de prise en charge des malades perturbateurs et a fortiori agressifs ou violents diminue, ce qui est une des réalités sous-tendant la présence de malades mentaux plus nombreux en prison.

Formation universitaire de trois ans, les études d'infirmier se prêtent peu à l'infléchissement de leurs programmes. L'idée d'un tronc commun de deux ans suivi d'une troisième année de psychiatrie ne fait pas l'unanimité tandis que le contexte économique freine le développement d'une 4^e année de spécialisation en psychiatrie. La structure du concours d'admission, et l'âge auquel il est passé rendent compte d'une féminisation croissante des infirmiers formés. Une des tendances à l'œuvre voit plus tard les infirmiers devenir des agents de maîtrise. Devenus rares, ils encadrent le travail d'aides-soignants hospitaliers, d'aides médicosychologiques, etc.. Ceux qui deviennent cadres soignants ne reçoivent guère plus d'enseignements de la psychiatrie à l'école de cadres.

Il semble donc peu réaliste de tabler pour l'avenir sur la multiplication des infirmiers auprès des malades mentaux, et les effectifs envisagés pour les Infirmiers de Pratique Avancée (IPA) ne compenseront pas ce manque.

Contexte

La diversification des situations de soins et d'accompagnement des malades en psychiatrie s'est accompagnée d'une lente transformation de la perception de leurs besoins relationnels. Ceux-ci semblent prioritaires pendant de longues phases de traitement. Cette prise de conscience conduit à souhaiter créer un cursus qui ne soit ni centré sur les soins médicaux généraux (études d'infirmiers), ni sur le nursing (études d'aides-soignants) mais sur les soins relationnels. Les capacités et habiletés à développer se situent autour de la relation, de la relation avec les malades psychiatriques et de la capacité de prendre en compte les différents contextes (familiaux, collectivités, ...) dans lesquels ils vivent. Il s'agit d'entrer en relation, de développer la capacité à « travailler » cette relation, à l'inscrire dans un travail d'équipe, ce qui passe essentiellement par apprendre à en parler. Ces qualités professionnelles dérivent pour une part de qualités personnelles, elles se développent en général au fil de la maturation de l'individu et s'étoffent avec l'expérience de l'existence. Idéalement, ce cursus ne gagnerait rien à être un cursus initial, la jeunesse n'étant pas dans ce registre un pré-requis.

¹ Gottely J., Remp S. ; Les infirmiers, incidence démographique des réformes en cours; Solidarité santé-Études statistiques ; 1993 ; n°1 ; p. 61-69.

² Dix semaines de stage en deux fois et trois mois d'enseignement à mi-temps sur trois ans d'études.

Au contraire, l'expérience de la parentalité comme l'expérience professionnelle pourraient devenir des atouts une fois repris en formation. C'est qu'un certain nombre de malades affrontent eux aussi ces situations, ce qui nécessite un travail d'accompagnement et de guidance dans ces registres. De même la pratique sportive, dans ce qu'elle manifeste de maîtrise et de culture physique ainsi que d'expérience d'une discipline corporelle, peut gager d'une aisance souhaitable dans un métier qui n'exclut pas, voire mieux qui intègre les médiations corporelles voire exceptionnellement le corps à corps.

Dispositif

D'une durée équivalente aux études d'aides-soignants (un an), composées pour moitié de stages pratiques encadrés, et d'enseignements cliniques et théoriques, incluant une formation au secourisme et aux soins de base, ce cursus serait aménagé pour favoriser les réorientations professionnelles (études payées). Valoriser les vocations masculines par des épreuves sportives à l'admission pourrait être envisagé. De même que les ASH peuvent faire une formation d'aidesoignant après huit ans dans leur emploi, les aide-soignants et/ou AMP/AES pourraient accéder à cette formation après cinq ans de travail concluant en psychiatrie.

Cette profession s'inscrirait avec souplesse dans l'éventail des autres métiers du soin. Cette formation serait une perspective possible pour les aide-soignants et les AMP/AES, et ouvrirait aux études d'infirmier grâce à des équivalences ou passerelles. Elle étendrait l'employabilité des aide-soignants au travail à domicile. Pour mobiliser les talents non exploités de formateur chez nombre de soignants et de cadres, les études seraient organisées au niveau des établissements de santé mentale en partenariat avec des université dans le cadre d'une planification régionale. Le diplôme serait national.

Opportunité

Les associations de parents de malades mentaux et dans une certaine mesure les associations de malades réclament le développement par les équipes de soin psychiatrique de leur capacité d'« accompagner ». Ce terme est donc porteur aujourd'hui d'une certaine positivité et d'une attente dans l'opinion. Le terme d'accompagnateur³ est commode, par ce qu'il dessine en creux une responsabilité de l'accompagné et évoque un cheminement balisé. Les argentins l'utilisent. Les québécois utilisent pour des fonctions un peu analogues le terme de « préposé aux prestations », qui nous paraît lourd. Le terme d'accompagnant n'a pas la même connotation du côté de la conduite et de l'autonomie.

Le terme d'accompagnateur en santé mentale pourrait lui être préféré.

Les pouvoirs publics sont à la recherche d'initiatives concrètes qui manifesteraient leur préoccupation pour un champ dont la régression actuelle soulève le spectre du retour à la barbarie.

La création de ce nouveau métier serait un geste moderne tirant les leçons de l'expérience accumulée par soixante ans de psychiatrie de secteur dans la cité, et une orientation avisée par la modération et le réalisme de ses ambitions. Nul doute que les établissements hospitaliers en assureraient le succès, confrontés comme ils le sont aujourd'hui aux impasses et aux dangers de la démedicalisation et de la déprofessionnalisation des soins psychiatriques.

A Paris, le 5 mai 2021

Docteur Bernard ODIER, odierbernard@wanadoo.fr

ASM 13
odierbernard@wanadoo.fr

³ La distinction entre « accompagnateur en moyenne montagne » et « guide de haute montagne » est dénuée d'ambiguïté.