



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

1

REPUBLIQUE FRANÇAISE
avril 2002

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Sous-direction de la santé et de la société

Bureau de la santé mentale

DGS/SD6C

**Groupe de travail relatif à
« l'évolution des métiers en santé mentale :
Recommandations relatives aux modalités de prise
en charge de la souffrance psychique jusqu'au
trouble mental caractérisé »**

**Rapport présenté au comité consultatif de santé mentale
du 11 avril 2002**

Préambule

Les travaux du groupe de travail sur l'«Evolution des métiers en santé mentale», présentés ci-après, ont abouti à **une approche par compétence** et conclu au nécessaire **développement de partenariat et de réseaux locaux entre les différents professionnels sanitaires spécialisés, les acteurs de soins primaires et les intervenants des champs éducatif, social et médico-social**, pour améliorer la prise en charge des personnes en souffrance psychique et/ ou atteintes de troubles mentaux.

Ces travaux tentent de définir la juste place de chacun de ces intervenants dans le domaine de la santé mentale, conjuguant l'intervention de ceux qui «soignent» et de ceux qui «prennent soin» des personnes qui le nécessitent. Des leviers de changement sont proposés pour chacun des niveaux de compétences identifiés, ainsi que pour le développement de pratiques professionnelles coordonnées.

Les membres du groupe de travail attirent néanmoins vivement l'attention sur le fait que ces évolutions et préconisations supposent la garantie de trois pré-requis fondamentaux :

1- La réaffirmation de l'identité de la psychiatrie dans le champ de la santé mentale

La reconnaissance et le développement des compétences des professionnels des différents champs sanitaire, éducatif, social et médico-social dans le domaine de la santé mentale ne doivent pas aboutir à un démembrement de la psychiatrie. Cette discipline médicale conserve en effet une spécificité telle que le dépistage précoce des troubles mentaux, l'analyse psycho-pathologique ainsi que la définition des stratégies thérapeutiques, relèvent de sa seule compétence.

Ce pré-requis fait également écho aux préoccupations des partenaires institutionnels et professionnels des champs éducatif, social et médico-social qui ne souhaitent pas devenir des «thérapeutes» et revendiquent leur spécificité d'exercice. Les demandes de formation dans le domaine de la santé mentale et le rapprochement des professionnels spécialisés en qualité de personnes ressources, visent à renforcer leurs conditions d'exercice vis-à-vis de personnes en vulnérabilité psychique, et ainsi à favoriser l'accompagnement vers une prise en charge spécialisée et la continuité de celles-ci.

Les dynamiques partenariales et les réseaux préconisés par le groupe entre les différents acteurs précités doivent favoriser l'évolution des pratiques de chacun des professionnels impliqués, afin de mieux prendre en compte les besoins des personnes et ainsi améliorer les prises en charges.

2- L'adoption d'une politique active de renforcement des moyens de la santé mentale

La réaffirmation de l'importance du rôle des professionnels spécialisés en psychiatrie (secteur de psychiatrie, psychiatres et psychologues libéraux) dans l'ensemble du champ de la santé mentale, d'une part en terme de soins et d'autre part en qualité de ressources quant aux stratégies thérapeutiques et de garants des actions de prévention et d'insertion, suppose une politique active de renforcement des moyens de la psychiatrie générale et infanto-juvénile :

- . des moyens humains et financiers permettant d'une part, de diminuer les disparités d'offre sur le territoire et d'autre part, de répondre aux nombreuses sollicitations des usagers et des partenaires professionnels. L'évolution démographique des psychiatres et des infirmiers a été à de très nombreuses reprises évoquée comme constituant à terme un obstacle majeur à la mise en place du schéma présenté par le groupe. Des propositions, nécessitant une réponse rapide, sont formulées à cet égard (cf. P. 40 et 45 fiches psychiatres et infirmiers). La diversification de la composition des équipes de secteur, par le recrutement de psychologues, de travailleurs sociaux et de professionnels paramédicaux est également apparue essentielle;

- . des moyens techniques mobilisables, tels que l'appui à la recherche et à des recherches-actions, ou des formations visant le développement de nouvelles modalités de prise en charge et leur évaluation. Concernant la recherche, il est essentiel de favoriser la mobilisation de l'ensemble

des diverses compétences, autour de recherches interdisciplinaires. A ce titre, l'apport des sciences humaines et sociales, notamment le regard porté par les sociologues, contribuera à l'évolution de la discipline.

. des moyens organisationnels par la reconnaissance et le soutien du développement des évolutions structurelles lancées depuis plusieurs années par les secteurs de psychiatrie, contribuant à une dynamique des compétences et des pratiques professionnelles au regard des besoins des patients (intersectorialité, psychiatrie de liaison, constitution de département de psychiatrie dans les établissements de santé, fédération de moyens entre établissements de santé en psychiatrie...).

Ces éléments confirment la nécessité de veiller à maintenir la capacité de l'offre de soins et l'accès à des soins de qualité pour toute personne le nécessitant.

Le renforcement des moyens spécialisés doit s'accompagner d'un effort similaire à l'égard des autres partenaires du champ de la santé mentale.

3- Le nécessaire appui institutionnel aux initiatives locales de partenariat

Cette dynamique de réflexion et de propositions d'actions concernant les compétences à mobiliser et les évolutions des pratiques professionnelles, doit s'inscrire dans le cadre d'une structuration inter-institutionnelle coordonnée à partir d'une évaluation des besoins en santé mentale, basée sur des indicateurs sanitaires et sociaux.

Le plan gouvernemental de santé mentale rendu public le 14 novembre 2001 propose la mise en place d'un double réseau institutionnel et professionnel permettant le décloisonnement des pratiques. Le réseau institutionnel (Etat, ARH, Conseil général, Education nationale, PJJ...) vise à dépasser les logiques actuelles d'élaboration des politiques de santé mentale et de planification des équipements, entre le champ sanitaire et le champ social et médico-social, par la conclusion de « contrats pluriannuels de développement de la santé mentale ». Ceux-ci seront notamment élaborés à partir de concertations locales dans le cadre de « conseils locaux de santé mentale », ou de commissions ad hoc, organisés au niveau d'un territoire pertinent qui pourrait être celui d'un secteur sanitaire ou bassin de vie. Les représentants des professionnels des différents champs concernés siègeront dans ces instances, lieux d'initiation ou de concrétisation des partenariats locaux.

Les membres du groupe, sans s'engager plus avant sur ces propositions et prenant acte des difficultés de fonctionnement des actuelles instances inter-institutionnelles (conseil départemental de santé mentale, conseil de secteur...) rappellent néanmoins leur attachement aux lieux de rencontres pluri-institutionnelles et pluri-professionnelles, permettant de croiser les problématiques sanitaires, éducatives, sociales et médico-sociales. Ils estiment également nécessaire de distinguer la logique d'articulation et de coordination visant la définition des politiques et la planification d'équipements de celle relative au développement de partenariats interprofessionnels et de réseaux ; cette dernière pouvant faire l'objet d'une réflexion à un échelon de territoire très décentralisé, tel que la commune ou l'intercommunalité.

I. Introduction

I.1 Objectifs du groupe de travail

L'objectif du groupe de travail réuni en application des protocoles des 13 et 14 mars 2000 conclus entre certaines organisations syndicales et le gouvernement, est, par l'abord d'une réflexion sur les métiers en santé mentale, de renforcer la démarche de santé publique consistant à proposer une prise en charge adaptée des difficultés liées à une souffrance psychique ou un trouble mental avéré, en s'attachant à la personne qui souffre et à ses besoins.

Il s'agit de formuler des recommandations sur l'adaptation des compétences et des métiers en santé mentale, notamment en terme de formation et d'organisation du travail, permettant de préciser la spécificité, les compétences et les relations des intervenants, professionnels ou non, en santé mentale afin de :

- renforcer l'accès et la diversification des modes de prise en charge par la reconnaissance mutuelle des compétences spécifiques des intervenants qu'ils relèvent du champ sanitaire ou du champ social ;

- améliorer les circuits de prise en charge pour mieux répondre aux besoins et favoriser la continuité des soins :

. en organisant la mise en relation entre les différents intervenants afin de renforcer l'impact de leurs interventions respectives ;

. en optimisant le recours au spécialiste en psychiatrie ;

. en rendant une place visible à chacun des professionnels dans les équipes de secteur de psychiatrie ou d'institution médico-sociale et dans l'offre de soins libérale ambulatoire.

Dans le respect de la pluralité des modes d'organisation, ces principes visent à impulser sur l'ensemble du territoire les évolutions souhaitables permettant des prises en charge qui transcendent les milieux de travail des professionnels, les institutions, et de centrer les réponses sur les besoins des personnes, quel que soit le stade des troubles de santé en cause.

I 2 Méthodologie adoptée

La réflexion a été conduite par mode de réponse aux besoins (soin, urgence, prévention, réadaptation/réinsertion) et non pas par métiers. Elle a tenu compte de divers profils des personnes en souffrance (schizophrénie ; dépression ; troubles de la personnalité ; souffrance psychique), en vue de déterminer dans chacun de ces domaines les évolutions des interventions de chacun des professionnels, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Cette méthodologie a permis de faire émerger une réponse aux différentes problématiques de santé mentale, par l'abord des compétences à mobiliser pour répondre aux besoins des usagers.

La composition pluriprofessionnelle du groupe de travail, associant les représentants des usagers et leurs familles, les professionnels sanitaires spécialisés dans leur approche médicale, psychologique, paramédicale et sociale, les professionnels de soins primaires et les représentants institutionnels, ARH, DRASS et directeurs d'établissements de santé a permis à chacun d'exprimer ses attentes relatives à l'évolution des métiers en santé mentale. Les représentants des professionnels ont été désignés par les organisations syndicales représentatives. En outre, plusieurs membres du groupe sont des correspondants de la mission nationale d'appui en santé mentale. 18 réunions ont été tenues de décembre 2000 à février 2002. Des auditions ont complété les travaux du groupe (voir liste in fine).

I.3 Constats

Les éléments rapportés ci-dessous constituent un bref résumé des réflexions du groupe de travail. Les membres du groupe se sont rapidement accordés sur les constats, qui ont été très largement débattus à d'autres occasions, en lien notamment avec les récents rapports et documents disponibles en la matière (Bilan de la sectorisation psychiatrique – DREES, Rapport de la Cour des comptes sur le dispositif de psychiatrie, rapport des Drs. Piel et Roelandt..). Ces éléments ont été complétés par les évolutions du dispositif de santé mentale, sous-tendues par une approche sociologique permettant d'identifier de nouvelles attentes du public et des acteurs institutionnels.

A) Évolution de la demande de soins :

Cette évolution, difficilement quantifiable, est relevée par certains professionnels qui évoquent un développement de la demande dans le domaine de la santé mentale, manifesté par un élargissement de la notion de santé, au-delà des aspects somatique et médical.

En ce sens, la demande croissante de psychothérapie traduit le désir de la personne de prendre une part active à sa guérison. Au vu de la multitude de techniques, la personne souhaite être informée et guidée dans ses choix. En effet, le public est gêné par la grande confusion des réponses dites «psy», psychologiques, psychothérapeutiques, psychiatriques, d'où la nécessité de clarifier l'information sur les prises en charge proposées et sur la qualification et les compétences des professionnels impliqués.

Les personnes se veulent de plus en plus actrices de leur santé mentale. A ce titre, les professionnels évoquent le passage d'une demande d'assistance à une demande précise de soins, étayée par la connaissance des pathologies ou phénomènes en cause. La demande vise en effet la prise en compte précoce des problèmes, dès avant l'apparition de symptômes importants, pour prévenir l'apparition de troubles plus graves et éviter l'hospitalisation.

Pendant la prise en charge sanitaire, une demande croissante de réadaptation sociale est posée avec en corollaire le développement de ce que certains appellent le «handicap psychique», qui appelle des réponses croisant les besoins de soins et les besoins sociaux (projet de vie...). En effet, dans la mesure où le cours évolutif des patients atteints de pathologies mentales graves et durables n'est jamais tracé, il est essentiel de s'occuper constamment de la dynamique psychique en garantissant un travail de mobilisation thérapeutique quel que soit le lieu de vie.

On observe une augmentation de la demande de soins spécialisés en santé mentale qui se traduit par la lourdeur des files actives (+17 % en libéral depuis 1992 ; + 46 % dans le secteur public depuis 10 ans) et paradoxalement, une augmentation d'une demande d'aide non formulée et/ou non entendue de la part de nombreuses personnes souffrant de dépression, ou de la part de publics spécifiques (adolescents, personnes en situation d'exclusion, personnes âgées, détenus).

Les représentants des usagers ont néanmoins rappelé les difficultés relatives à une prise en charge d'ordre psychiatrique en relation avec les représentations encore attachées aux pathologies mentales.

B/ Caractéristiques de l'offre :

Il existe une diversité des prises en charge : Outre l'implication des professionnels spécialisés, on observe qu' ¼ des patients de médecine générale consultent pour troubles psychiques à tous les âges de la vie.

Les circuits de prise en charge restent cloisonnés : sanitaire/social ; public/libéral ; ville/hôpital.

Les professionnels non spécialisés sanitaires, médico-sociaux, sociaux et éducatifs sont de fait confrontés à des personnes en souffrance psychique ou atteintes de troubles mentaux. Il en ressort d'une part, un besoin de reconnaissance de leurs interventions dans l'amélioration de la situation de ces personnes, et d'autre part, la nécessité d'un soutien, voir d'un étayage régulier, par des professionnels spécialisés. Cet étayage est notamment souhaité afin d'éviter les situations de «*burn out*» face aux situations de crise, voire quelquefois de violence.

Les délais d'attentes sont jugés trop long pour une prise en charge spécialisée tant en libéral, qu'en secteur de psychiatrie. Ces délais estimés à deux mois en moyenne constituent un dysfonctionnement tant du point de vue des usagers et de leurs familles, que de celui des professionnels eux-mêmes.

Il est noté le malaise général des différents professionnels, spécialisés ou non, qui interviennent dans le champ de la santé mentale, concernant leur champ spécifique de compétence, leurs limites d'intervention et leurs relations. Ce malaise conduit à une perte de repères identitaires qui préjudicie à la réponse aux besoins.

Les membres du groupe s'accordant à reconnaître les difficultés existantes, souhaitent qu'il soit notamment remédié à l'inégale répartition des psychiatres libéraux et salariés sur le territoire. Ils rappellent qu'un certain nombre de difficultés sont à venir compte tenu de l'évolution démographique de la plupart des professions de santé et insistent sur la nécessaire disponibilité des professionnels médicaux, paramédicaux, sociaux et psychologues pour garantir l'organisation et la mobilisation des compétences telles que présentées par le groupe de travail (cf. identification des 3 niveaux spécifiques d'intervention).

I.4 Définitions

A) La santé mentale :

Notion récente qui a peu à peu complété voire remplacé, celle de maladie mentale, en lien avec la définition par l'OMS de la santé qui considère qu'il ne s'agit pas d'une absence de maladie, mais d'un « *état complet de bien-être physique, mental et social* ».

Jusqu'alors, seule la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique dans le domaine de la santé mentale décrivait les principaux objectifs de la santé mentale. Il y est indiqué que l' « *on doit envisager les problèmes de santé mentale sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant d'avantage aux aptitudes des individus et des groupes vis à vis de la santé. Pour ce faire, 3 niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté* »

Le rapport Franco-Québécois sur l'évaluation des besoins de santé mentale aux fins de planification, propose une clarification du concept pour le rendre opérationnel. « *La santé mentale est alors sous-tendue « par le modèle bio-psycho-social », largement admis et qui implique 3 dimensions :*

- *une dimension biologique à la fois génétique et physiologique ;*
- *une dimension psychologique ou psychodéveloppementale, qui comprend les aspects affectifs, cognitifs et relationnels ;*
- *une dimension sociale ou contextuelle qui fait référence à l'insertion de l'individu dans son milieu, sa culture et aux relations qu'il entretient avec celui-ci, qu'il s'agisse d'un niveau micro- ou macroscopique.*

Si tous s'accordent sur ces trois dimensions, leurs apports relatifs sont en revanche plus discutés, les uns mettant l'accent sur le biologique, les autres sur le psychologique et les derniers, enfin, sur le social.

Le débat oppose en quelque sorte les partisans d'une santé mentale de nature individuelle, qui est la capacité pour l'individu, de faire face aux inévitables tourments de l'existence et ceux d'une santé mentale résultante des influences des groupes et des environnements sur les individus. En fait, on admet généralement que la santé mentale est en quelque sorte le résultat d'une interaction entre l'environnement, la société et les individus qui la composent » (V. Kovess et aut. « Planification et évaluation des besoins de santé mentale » Juin 2001. Flammarion Médecine-Sciences.)

B. Kouchner, ministre délégué à la santé, assignait en novembre 2001, à la politique de santé mentale de notre pays « *de mobiliser une réponse adaptée, aux malades les plus sévèrement atteints, pour lesquels le processus pathologique prend le pas sur les conditions environnementales, ainsi qu'aux personnes qui manifestent un trouble en relation avec des événements extérieurs, liés à leur environnement familial, social ou professionnel. Je tiens en effet, disait-il, à ce que notre pays soit en capacité de répondre à l'ensemble de la gamme des besoins qui s'expriment dans le champ de la santé mentale : de la maladie mentale sévère jusqu'à la souffrance que n'expriment pas toujours les populations les plus en difficultés, confrontées notamment à la précarité. Ces éléments de délimitation du champ de la santé mentale sont cruciaux et ont des conséquences lourdes sur l'étendue de la prise en charge qui peut être proposée, sur les compétences des acteurs de la santé mentale, et en toute fin, sur les exigences exprimées par les usagers. Le modèle tenant compte à la fois des aspects biologiques, psychologiques, et sociaux est en effet celui qui sous-tend les politiques de santé publique au plan international, notamment au sein de l'OMS* ».

B) La souffrance psychique :

Ces éléments de définition ont été travaillé par le groupe en la présence d'un sociologue, invité à compléter le regard des professionnels, des institutionnels et des usagers.

La souffrance psychique peut être définie comme [visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable ; plusieurs dimensions coexistant dans cette souffrance : la traduction d'un état (tensions, douleur intime, symptôme), un mode de communication (expression d'un refus, d'une impossibilité, du caractère supportable d'une situation) et d'une manière d'agir, de gérer les tensions, de se manifester (éventuellement d'une manière violente). il est utilisé également les termes de « mal être » et de « façon de ne plus arriver à réaliser le sens de sa vie »] RESSCOM « Séminaire Ville, Violences et santé mentale avril 2001.

[La souffrance psychique peut apparaître dans diverses circonstances de la vie. Mal repérée, mal accompagnée elle peut faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou multiplier les difficultés et entraver l'inclusion sociale d'un individu. Pour être perçue cela nécessite d'être attentif aux situations de risque : émotion, angoisse accompagnant une maladie, accident altérant l'image du corps, agression, précarité. Une attention particulière doit être portée à la répétition, à la continuité et à la multiplication des troubles entraînant le décrochage par rapport à la conduite habituelle] Rapport du groupe de travail du Haut comité de santé publique sur « la souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes » février 2000.

La souffrance psychique est une notion qui obéit à un phénomène de circularité : elle peut précéder ou succéder à une incapacité ou bien à une dégradation sociale...

Sera considérée, ci-après, dans le domaine du soin, **la souffrance psychique comme «souffrance invalidante»** entraînant une déstabilisation profonde des supports de base de la vie sociale.

II. Principe général permettant d'améliorer la réponse aux besoins de santé mentale des personnes.

II.1 L'approche par compétence : 3 niveaux d'intervention

A) L'identification des 3 niveaux

Les travaux du groupe ont abouti à une approche par compétence permettant d'identifier trois niveaux d'intervention complémentaires à mobiliser pour la prévention, l'urgence, le soin et la (re)insertion en santé mentale :

- les professionnels du champ sanitaire, spécialisés en psychiatrie ;
- les professionnels de soins primaires ;
- les intervenants de première ligne auprès de personnes en difficulté psychique ou atteintes de troubles mentaux (dont l'énumération présentée dans le schéma est non exhaustive) ;

(cf. 3 tableaux pages suivantes : Intervenants / Compétences / Savoir-faire à mobiliser)

Cette clarification attendue tant par les usagers que par les professionnels eux-mêmes, permet d'éviter des glissements de compétences indus. Elle est la garantie d'un savoir-faire au regard de la formation qui s'y attache. Elle contribue à mieux spécifier le rôle de chacun et à répartir les charges entre les acteurs. En ce sens, cette organisation doit alléger le fonctionnement des équipes, notamment celles du champ spécialisé, leur permettant ainsi de mieux se centrer sur leur pratique clinique.

Les représentants des familles et des usagers dont le rôle a été jugé essentiel, interviennent au sein de ces trois niveaux. Ils contribuent notamment à créer des liens entre ces niveaux.

Ce schéma ne doit pas être analysé de manière linéaire comme un mode unique et modélisé de prise en charge. Il ne s'agit pas non plus de réserver l'intervention des professionnels spécialisés à celle préalable des autres acteurs. Il est en effet essentiel que la personne soit prise en charge à partir du niveau où elle exprime et/ou est repérée sa souffrance psychique ou sa maladie mentale avérée.

B) L'impact attendu de cette organisation

Cette organisation vise à :

- **impulser une nouvelle dynamique de prise en charge dans laquelle les partenaires, intervenants de premières lignes et acteurs de soins primaires, sont mieux intégrés, et les besoins et droits des personnes malades de fait mieux pris en compte.**
- **mieux repérer les personnes en difficulté psychique pour les orienter, au besoin, vers une prise en charge précoce adaptée. L'accès aux soins, le plus souvent en urgence et souvent sur le mode de l'hospitalisation, lorsque l'état de santé est très détérioré devrait ainsi être évité.** Il est essentiel également de permettre aux professionnels non spécialisés de distinguer ce qui relève de la plainte et de la souffrance inhérente à la personne, de ce qui relève de la pathologie. L'objectif étant de ne pas «médicaliser» toute plainte ou souffrance psychique.
- **faire coexister chaque fois que nécessaire, des phases coordonnées de prise en charge sanitaire et sociale dépassant le partenariat ponctuel.**

Cette organisation permet :

- **de faire prendre conscience aux différents intervenants de leur position actuelle face à la problématique de santé publique que constitue la santé mentale, qui ne concerne pas le seul milieu médical ;**
- **de renforcer et de valoriser l'impact des interventions de chacun des professionnels sur la prévention en santé mentale, le soin, et l'insertion des personnes en souffrance psychique invalidante et/ou atteintes de troubles mentaux avérés ;**
- **de rationaliser les importantes sollicitations du champ médical et social auprès des secteurs de psychiatrie, plus particulièrement auprès des psychiatres, publics ou libéraux, et ainsi de requalifier la spécificité de leur travail thérapeutique.**

Il y a consensus des membres du groupe pour reconnaître que les prises en charge de qualité font généralement intervenir alternativement ou conjointement, les trois niveaux complémentaires de compétences, qu'il convient généralement de mettre en relation de façon systématisée et non hiérarchisée.

C) Les exigences attachées à cette organisation

Cette orientation nécessite :

- **un travail de déstigmatisation des représentations attachées à la maladie mentale** afin :
 - . d'aborder le sujet de la santé mentale dans les différentes institutions confrontées à des personnes en difficulté psychique ;
 - . de favoriser la demande d'aide par les personnes en souffrance et leur famille ou proche (la question du choix du praticien ou de la prise en charge est difficile pour les patients),
 - . et d'apporter une réponse précoce aux problématiques.

- un travail préalable de lisibilité et de communication du secteur de psychiatrie et des professionnels spécialisés libéraux envers leurs partenaires institutionnels et associatifs (représentant des usagers) notamment par :

- . la mise au point d'un guide de ressources en santé mentale par territoire pertinent (département ou bassin de vie) à destination des professionnels des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux et des représentants des usagers ;

- . le développement d'échanges de pratique, notamment des formations communes et des groupes de parole permettant un premier temps de connaissance mutuelle des professionnels et un accroissement de la lisibilité des compétences de chacun.

- un engagement commun des responsables institutionnels (Etat, ARH, Conseils généraux, Municipalités, Education nationale, Justice...) sur les orientations de la politique de santé mentale menée au plan local. Cet indispensable partenariat doit conduire à mieux identifier les rôles et compétences attendues de chacun des intervenants des trois niveaux. A titre d'exemple, il n'appartient pas aux professionnels spécialisés de gérer à part entière des problématiques sociales (logement...) mais bien d'établir le partenariat utile à la gestion de ces questions avec des professionnels relevant le plus souvent des collectivités locales. Le rôle de chacun sera donc facilité par ce partenariat institutionnel, qui donnera lieu à une contractualisation spécifique sur des objectifs précis de réponse aux besoins des personnes souffrantes (contrats pluriannuels de développement de la santé mentale).

- la mise en œuvre, tant au niveau local que national, de nouvelles modalités de formation des professionnels, par décloisonnement entre professions et institutions. Le travail interprofessionnel, interdisciplinaire ou de partenariat entre les niveaux de compétences doit certes favoriser l'émergence d'une culture commune mais aussi garantir :

- . la prise en compte effective de la spécificité de chaque métier ou compétence, par le maintien de l'identité du professionnel face à l'évolution des pratiques induite par l'évolution des besoins de prise en charge. Par exemple dans les secteurs de psychiatrie, les cadres infirmiers et socio-éducatifs doivent fortement contribuer à cette dynamique de formation et de recherche. Il en est de même dans les institutions sociales ou médico-sociales.

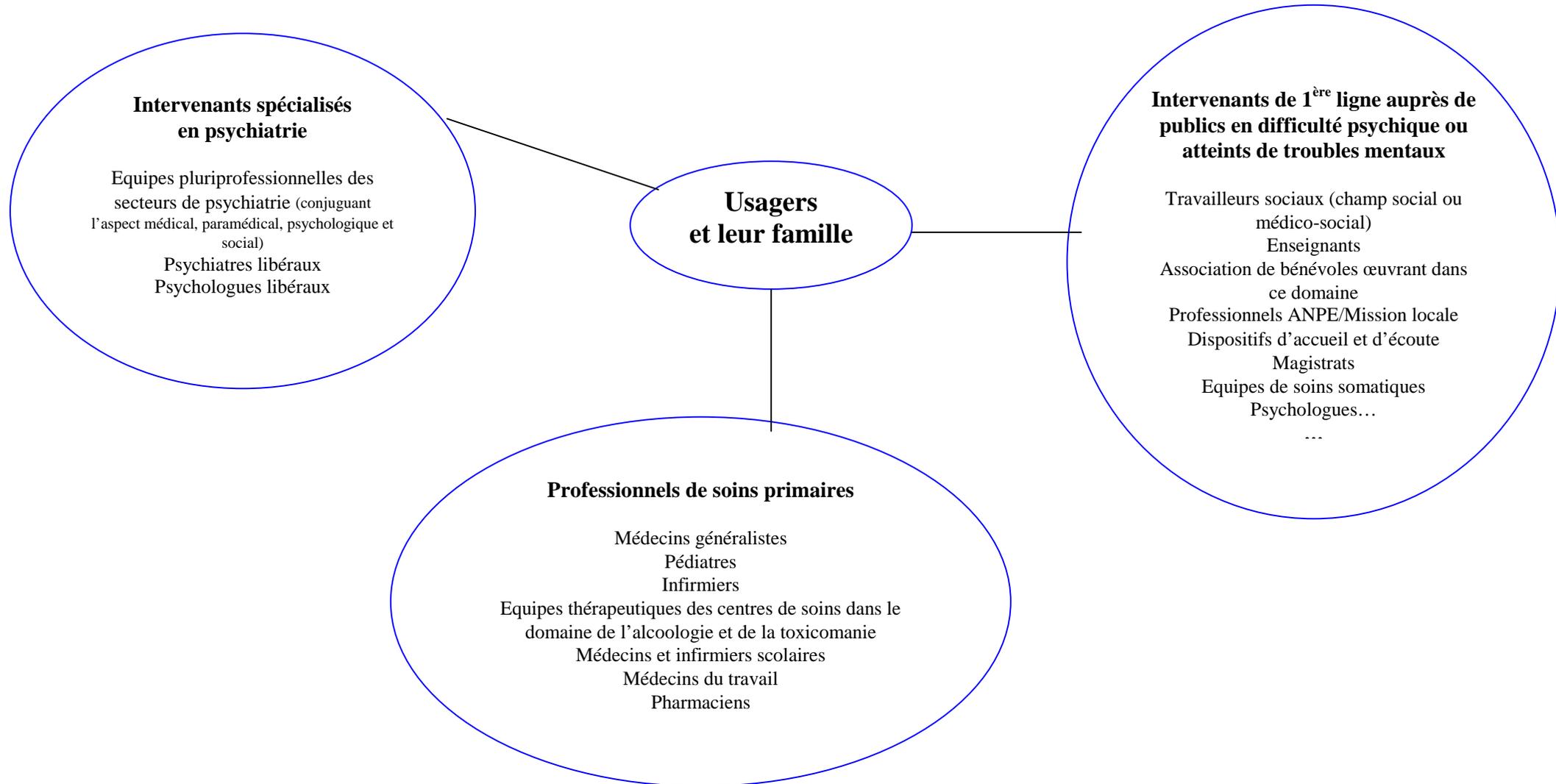
- . l'élaboration d'une réflexion propre, voire de références sur les pratiques en santé mentale, pour les nouveaux métiers émergents dans le social confrontés à des publics en souffrance psychique ou atteints de troubles mentaux (travailleuses familiales, médiateurs sociaux, conseillères en économies familiales...) et éviter ainsi le risque de leur éventuelle instrumentalisation par les institutions sociales ou sanitaires.

- Le développement de la recherche, particulièrement par la mise en place de programmes innovants de recherches/actions sur les pratiques professionnelles dans le domaine de la santé mentale. Le groupe de travail préconise également de renforcer la formation à la méthodologie de la recherche, afin de favoriser l'émergence de ces démarches et l'augmentation du nombre des professionnels impliqués dans des recherches pluridisciplinaires, à même de renforcer les identités respectives et à terme une meilleure évaluation des pratiques professionnelles.

3 niveaux d'intervention en santé mentale

Ce schéma ne doit pas être analysé de manière linéaire comme une mode unique et modélisé de prise en charge. Il ne s'agit pas non plus de réserver l'intervention des intervenants spécialisés à celle préalable des autres acteurs. La personne est en effet prise en charge à partir du niveau où elle exprime et/ou est repérée sa souffrance psychique ou sa maladie mentale avérée.

I/ Acteurs



II/ Compétences/Missions :

Ce schéma ne doit pas être analysé de manière linéaire comme un mode unique et modélisé de prise en charge. Il ne s'agit pas non plus de réserver l'intervention des intervenants spécialisés à celle préalable des autres acteurs. La personne est en effet prise en charge à partir du niveau où elle exprime et/ou est repérée sa souffrance psychique ou sa maladie mentale avérée.

Professionnels du champ sanitaire spécialisés en psychiatrie

Prévention

Garants de la qualité des actions de prévention réalisées notamment par les autres niveaux.
Co-acteurs d'actions de prévention.

Soins

Evaluation psycho-pathologique approfondie
Elaboration du diagnostic
Traitement

Avis permettant de garantir une stratégie globale de prise en charge, en cas de prise en charge par le niveau de soins primaires (médecins généralistes, pédiatres, équipes des centres de soins spécialisés en toxicomanie et en alcoologie) /

Assurer un retour d'information vers le niveau qui a adressé la personne.

Réinsertion

Animateur de l'action de réadaptation et de (ré)insertion des personnes atteintes de troubles mentaux.
Acteurs de la (re)adaptation
Co-acteurs d'actions de (ré)insertion

Nécessité de répondre aux demandes formulées par les deux autres niveaux d'intervention :

- participer à la vigilance
- aider à la gestion des situations de crise
- assurer la supervision des pratiques

Professionnels de soins primaires

Prévention

Education pour la santé
Guidance de patients
Ecoute psychologique

Soins

Evaluation de la situation et des éléments sémiologiques

Predre en charge par la mise en place de mesures immédiates de protection si nécessaire / 1^{er} diagnostic

Référer au besoin au niveau d'intervention spécialisé (pour avis ou envois pour étayage complémentaire) :

- Traiter
- Faire traiter par les intervenants spécialisés

Accompagner la prise en charge psychologique et/ou du soin.

Réinsertion

Accompagnement de l'insertion.

Intervenants de 1^{ère} ligne auprès de publics en difficulté psychique et/ou atteints de troubles mentaux

Prévention et insertion

Etayage social et éducatif
Ecoute
Soutien

Ce niveau est le lieu de l'élaboration collective de la prévention et de la réinsertion sociale dans le domaine de la santé mentale, auquel les niveaux de soins primaires et spécialisés vont participer.

Repérage : identification des indices de détresse psychologique

Orientation si besoin vers les soignants non spécialisés et/ou les intervenants spécialisés.

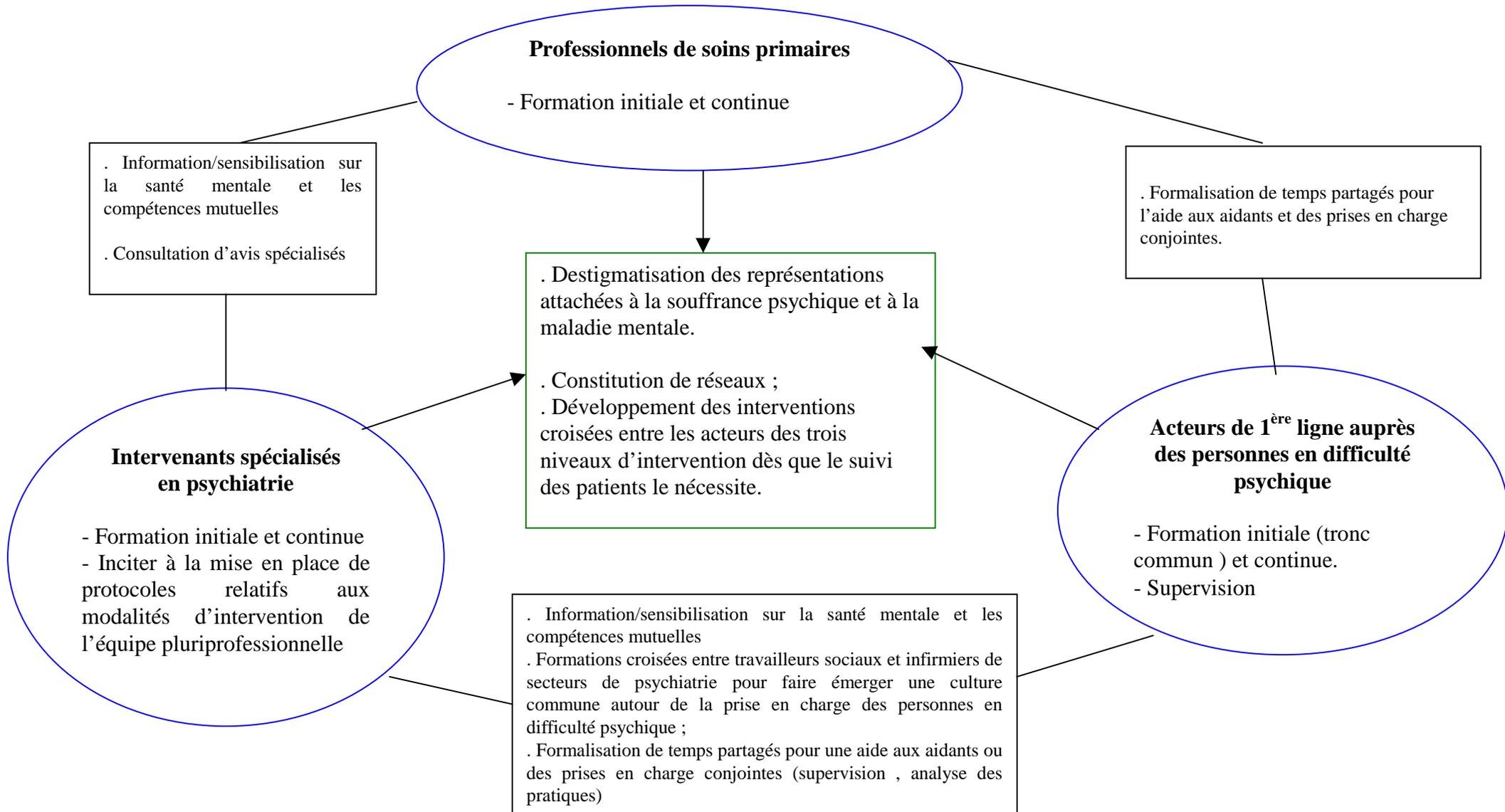
Soins et Réinsertion

Accompagner la prise en charge psychologique et/ou le soin par la prise en compte de ces éléments dans les relations avec la personne

3 niveaux d'intervention en santé mentale

Ce schéma ne doit pas être analysé de manière linéaire comme un mode unique et modélisé de prise en charge. Il ne s'agit pas non plus de réserver l'intervention des intervenants spécialisés à celle préalable des autres acteurs. La personne est en effet prise en charge à partir du niveau où elle exprime et/ou est repérée sa souffrance psychique ou sa maladie mentale avérée.

III/ Moyens d'ajuster le niveau de compétence attendue :



II.2 La complémentarité entre les trois niveaux d'intervention : la nécessité du travail en réseau

A) Permanence des dialogues et du travail en commun entre les trois niveaux d'interventions

Les travaux du groupe ont conclu à la nécessité d'impulser un réel travail en réseau. Il s'agit de favoriser la constitution de réseaux axés sur l'action, par la mobilisation des partenaires et institutions impliqués dans les prises en charge, quel que soit le stade de celles-ci (prévention, soin, (re)insertion).

Ces réseaux fondés sur les nécessités des différents exercices doivent avoir pour objectif d'améliorer les prises en charge. Ainsi, l'instauration de temps d'analyse conjointe des pratiques inter-professionnelles ou inter-institutionnelles contribue à la prévention, au soin et à la (ré)insertion des personnes en souffrance, en dehors de toute situation d'urgence ou dramatisée.

Les réseaux sont ici entendus au sens de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art 84) rappelée ci-dessous :

«Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ».

Les dispositions de l'article 36 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 offrent en outre un cadre précis de financement des réseaux. Celles-ci prévoient en effet la création, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, d'une dotation nationale de développement des réseaux ainsi que pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux. Les dépenses correspondant à ces dotations seront imputées en plusieurs parts sur les dépenses hospitalières, de ville ou médico-sociales, l'objectif étant de favoriser le décloisonnement des pratiques professionnelles par des financements conjoints.

La loi précitée confie au directeur d'agence régionale d'hospitalisation et au directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie de décider conjointement, et dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, des financements accordés à ces réseaux. En outre, il est prévu qu'afin d'organiser la coordination et la continuité des soins, la décision de financement peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Ces mesures devraient rapidement favoriser le développement des objectifs recherchés par les travaux du groupe, et notamment l'organisation coordonnée des interventions des trois niveaux précités.

Néanmoins, il est important de distinguer :

. le travail en réseau institutionnel au sens du projet de loi précité, permettant de favoriser un cadre de cohérence et de complémentarité pour les interventions spécifiques de chaque institution ou professionnel libéraux impliqués dans la prise en charge des personnes en souffrance et/ou atteintes de troubles mentaux ;

. le travail partenarial de professionnels autour d'une prise en charge particulière d'une personne en souffrance et/ou atteinte de troubles mentaux.

Il y a consensus du groupe de travail pour considérer que la constitution de réseaux et le développement des interventions en complémentarité par les acteurs des différents champs éducatif, social, médico-social et sanitaire, devraient permettre à terme :

- une programmation des actions de prévention et le développement d'actions de promotion de la santé mentale pour éviter la segmentation de ces actions ainsi que pour enclencher des prises en charge utiles et à terme leur continuité. Dans cette optique, la mutualisation des moyens (humains et financiers) renforce, in fine, la qualité de la prise en charge sociale et/ou soignante.

- une graduation des réponses aux urgences psychiatriques, afin de répondre au souci de prendre en compte la diversité des situations composant l'«*urgence psychiatrique*» :

- . les urgences psychiatriques pures par décompensation d'une affection psychiatrique ;
- . les urgences médico-psychiatriques ou mixtes (manifestations organiques et psychiatriques simultanées) ;
- . les états aigus transitoires (tentatives de suicide, ivresse).
- . les crises ou urgences psycho-sociales (en amont de l'urgence stricto-sensu ; situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement ; état instable) qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'aggravation des troubles et l'urgence médicale, psychiatrique ou mixte).

- une mobilisation de compétences diversifiées (sociales, psychologiques, médicales et paramédicales) pour la mise en place d'un projet de prise en charge individualisée autour du patient ;

- le développement, dans le domaine de la (ré)adaptation et de la (ré)insertion des patients atteints de troubles mentaux graves et durables, d'une complémentarité et d'une articulation entre le sanitaire (équipe de secteurs psychiatriques et/ou libéraux), le médico-social et le social.

L'inscription dans ce travail en réseau permet de dépasser le partenariat ponctuel, reposant le plus souvent sur des échanges informels entre professionnels, indépendamment d'une implication institutionnelle..

B) Les échanges interprofessionnels sur les pratiques inscrits dans la durée

Le groupe de travail pose ainsi la question de l'organisation de ces échanges. Il y a consensus du groupe pour que cet objectif comprenne :

- **une inscription dans la durée des échanges interprofessionnels entrepris ;**
- **une structuration du temps pour chaque partenaire, et plus particulièrement pour les professionnels libéraux ;**
- **un renforcement du temps non programmé pour répondre aux situations d'urgence.**

Une formalisation de ces échanges de pratique inter professionnels est préconisée quel que soit le mode de prise en charge envisagé. Il est proposé :

- **le conventionnement entre institution définissant le cadre d'intervention de chacun des professionnels ;**
- **le développement des «consultations d'avis spécialisés» entre les médecins psychiatres et les professionnels soignants non spécialisés (médecins généralistes ; pédiatres ; équipes thérapeutiques dans le domaine des addictions),**
- **l'identification d'un «réfèrent de la prise en charge médico-psychologique au long cours» permettant notamment une médiation entre le soin et la réinsertion et garantissant la réalité d'une prise en charge globale des besoins du patient.**

Il y a, en outre, consensus du groupe sur la **nécessité d'instituer une instance locale de régulation inter-institutionnelles des pratiques soignantes et sociales**, impliquant également les professionnels libéraux et les représentants des familles et des usagers, qui à partir d'une analyse des besoins, en relation avec les orientations des planifications sanitaires et médico-sociales et sociales aura pour vocation de proposer les compétences à mobiliser et les modalités d'intervention ou les actions à mettre en place dans le domaine de la santé mentale (cf. point 3 du préambule).

Afin de permettre une véritable synergie entre les interventions du champ éducatif, social, médico-social et de la psychiatrie, le groupe considère que cette instance doit dépasser le cadre du conseil de secteur.

C) Les outils permettant la constitution et le fonctionnement des réseaux

Le groupe propose de faire émerger une fonction de «*technicien réseau*» pour aider à la mise en place des réseaux à constituer. Cette fonction n'a pour vocation ni de définir l'objectif des réseaux, ni de les initier ou de les coordonner. Au service du réseau, cette fonction doit permettre le développement de compétences spécifiques (juridiques et administratives concernant les cadres formels d'organisation des réseaux ou les démarches pour obtenir des financements) et une dynamisation du réseau (motiver les professionnels de champs différents à travailler autrement en vue de créer et stabiliser des liens). Le groupe n'a pas précisé auprès de qui serait rattaché cette fonction.

En outre, la fonction de «*coordonnateur de prévention*» mentionnée au III.1.1.C) sera particulièrement utile à la constitution et au bon fonctionnement des réseaux.

II. 3 Le rôle central des usagers et de leur famille.

A) L'information, outil d'une prise en charge de qualité

Dans le respect du droit des patients à la garantie du secret professionnel et des règles déontologiques, les professionnels doivent apporter les informations utiles aux usagers et à leurs familles dès le début des prises en charge.

En sus du rôle des usagers, l'information générale sur la souffrance psychique, la maladie mentale, et les différentes modalités de prise en charge sanitaire et sociale existantes ainsi que sur les lieux de soins, nécessite un lieu social d'information permettant la rencontre des professionnels de secteur, des libéraux (psychiatres et psychologues) et des associations de parents ou d'usagers.

Les membres du groupe estiment que cette proposition doit se traduire par un renforcement du rôle des CMP caractérisés par une permanence d'ouverture, au besoin étendue, la proximité et une intégration dans le tissu social.

B) La participation, outil d'adhésion aux soins et d'observance du traitement

Il s'agit d'intégrer l'utilisateur et la famille aux stratégies thérapeutiques pour faciliter l'adhésion au traitement et son observance par le patient.

Outre le rôle précieux de ces acteurs lors de l'accès aux soins, il est indispensable d'associer étroitement l'utilisateur et sa famille aux soins, afin d'éviter toute rupture préjudiciable à l'état de santé de l'utilisateur.

A cet égard, il est proposé l'identification d'un référent libéral ou exerçant en secteur pour les familles, notamment dans le suivi au long cours de patients souffrant de pathologies lourdes (schizophrénie, troubles de la personnalité). Lorsque le référent exerce à titre libéral, les familles doivent pouvoir être soutenues ou suivies par le secteur si elles le souhaitent, notamment à l'occasion de soins ou d'activités proposées en complément par le secteur compte tenu de la gamme de prestations qu'il peut offrir.

C) La représentation collective des usagers

Outre la présence des usagers dans les instances des établissements de santé, la participation des représentants des usagers, peut trouver une forme totalement aboutie par l'intégration dans les réseaux de santé mentale. Cette intégration permet aux représentants des usagers de mieux comprendre la finalité du travail spécialisé. Elle offre également aux usagers la faculté de partager collectivement leurs besoins et leurs attentes.

III Principes généraux relatifs à chaque niveau d'intervention

III.1 Niveau : Professionnels spécialisés du champ sanitaire

III.1-1 Prévention – niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire

A) Le rôle essentiel des professionnels spécialisés du champ sanitaire dans l'expertise et la validation des stratégies de prévention et l'appui à la mise en œuvre de démarches de prévention dans la communauté.

Les professionnels spécialisés (psychologues et psychiatres) doivent contribuer à expertiser et évaluer les contenus des informations données dans le cadre des actions et programmes de prévention, notamment celles mises en œuvre par les intervenants non spécialisés ou celles proposées par les associations composées de bénévoles.

Ils doivent, en outre, être garants des objectifs et du contenu des actions de prévention réalisées par les partenaires institutionnels, en lien ou non avec l'équipe de secteur, afin d'assurer leur cohérence globale dans la communauté.

B/ L'intervention permettant le repérage précoce des troubles mentaux et/ou une réduction des risques.

Outre une démarche de réduction des risques en santé mentale auprès des patients dont ils assurent le suivi, les professionnels spécialisés en santé mentale doivent privilégier l'aide aux aidants plutôt qu'une aide directe de la personne, afin de favoriser le repérage précoce d'éventuels troubles mentaux des personnes en souffrance psychique invalidante.

Il n'en demeure pas moins que leur rôle doit pouvoir être mis à profit auprès de certains publics :

- personnes dont la caractéristique est généralement de ne pas poser de demande de soins (personnes en situation d'exclusion ; personnes âgées ; personnes détenues ; adolescents).
- personnes en situation de vulnérabilité induite par une pathologie somatique.

Une aide directe doit pouvoir être réalisée notamment par les psychologues, les infirmiers et les éducateurs spécialisés des secteurs de psychiatrie, dans le cadre de missions spécifiques du secteur menées en partenariat avec les professionnels et institutions sanitaires, médico-sociales ou sociales. Elle nécessite, dans les secteurs de psychiatrie, l'élaboration collective de l'organisation et des procédures d'intervention dans la communauté autour de *la «souffrance psychique invalidante»* par l'équipe pluriprofessionnelle, au besoin en relation avec les secteurs de psychiatrie voisins.

Cette organisation devrait s'inscrire dans le cadre de protocoles co-élaborés par l'équipe pluriprofessionnelle sous l'autorité du psychiatre chef de service.

Ces protocoles doivent notamment garantir :

- la coordination des interventions du secteur auprès des partenaires extérieurs pour des actions de formation/information/communication sur les compétences mutuelles de chaque institution ;
- le rôle des psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs et assistants sociaux amenés à intervenir dans le cadre de mission spécifique du secteur auprès de publics ciblés. (cf. ci-dessus).

C) La nécessité pour le secteur de psychiatrie de garantir une coordination de ses interventions dans la communauté.

Il est nécessaire que les différentes interventions du secteur dans le domaine de la prévention s'intègrent dans une démarche planifiée, basée sur le constat des besoins, la définition d'objectifs et l'élaboration d'actions spécifiques évaluables. Au vu des multiples demandes de prévention en santé mentale dans la communauté (milieu scolaire, collectivités locales, justice, missions locales, ANPE...), il apparaît utile aux membres du groupe de mieux programmer ces actions afin d'optimiser le rôle du secteur de psychiatrie en ce domaine.

Il est, à cet effet, proposé dans chaque secteur, sous l'autorité du chef de service, une fonction de «*coordonnateur de prévention*» dont la mission première serait de recenser l'ensemble des actions actuellement menées dans lesquelles le secteur intervient, les spécificités auxquelles elles répondent (institution et publics concernés), d'analyser la mobilisation des ressources du secteur en la matière et de recenser les attentes et les besoins des différents partenaires.

A partir de cet état des lieux, le coordonnateur de prévention aurait pour mission de proposer au chef de service, en concertation avec l'équipe de secteur et ses partenaires, un programme d'interventions et assurerait, pour ce qui concerne les interventions du secteur, la logistique et la coordination de leur mise en œuvre. A partir de cette programmation, il revient aux membres de l'équipe des secteurs concernés, de développer le travail de partenariat ou en réseau adéquat.

Le profil requis pour tenir cette fonction n'est pas à priori médical, cet aspect étant garanti par la responsabilité du psychiatre chef de service. En revanche, un profil de santé publique, acquis ou à acquérir est indispensable. S'agissant des métiers concernés, les membres du groupe ont cité des expériences de terrain dans lesquelles ces fonctions sont confiées à un assistant de service social ou à un psychologue.

Par ailleurs, il serait utile de regrouper les coordonnateurs de prévention d'un même département en équipe intersectorielle afin de favoriser une logique globale de prévention à l'échelle d'un département et mettre en relation les différentes équipes de secteur développant des actions similaires.

La proposition de développer cette fonction de «coordonnateur de prévention» suscite l'avis partagé des membres du groupe. Un représentant des psychiatres s'y déclare hostile, estimant que cette mission de coordination appartient au chef de secteur ; et craint également, d'une part, que cette fonction soit dissociée de la fonction clinique de l'équipe de secteur, et d'autre part, que soient privilégiées les actions de prévention collective au détriment d'une prévention au plan individuel. Les autres membres du groupe y sont favorables. Les représentants d'usagers estiment, par exemple, qu'une plus grande lisibilité des actions de prévention constituerait un atout pour le secteur de psychiatrie, favorisant notamment une approche plus globale des problèmes de santé mentale. La représentante des psychologues libéraux considère également que cette approche permet de sortir d'une logique de médicalisation de la prévention. Les représentants de médecins psychiatres favorables à cette proposition insistent toutefois sur la nécessaire vigilance quant à la compétence requise et au mode de recrutement pour tenir une telle fonction. Il leur semble qu'elle doit demeurer tierce par rapport à l'activité clinique du secteur, quand bien même elle serait assurée par un membre de l'équipe du secteur. Certains proposent ainsi le rattachement de cette fonction à un pôle de santé publique.

III.1.2 Urgence – niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire

A) Le travail d'accueil des personnes en crise, gage d'un soin librement consenti

Le travail d'accueil et de lien avec les personnes lors de situations de crise, doit également être proposé :

- par des infirmiers de secteurs de psychiatrie dans les services hospitaliers d'urgence et dans les secteurs de psychiatrie.
- dans le cadre d'une plate-forme téléphonique qui pourrait être organisée par les secteurs de psychiatrie et les professionnels spécialisés libéraux ;

B) La nécessaire régulation de l'urgence médico-psychologique

Concernant les cellules d'urgence médico-psychologique, un travail de régulation en amont est essentiel pour distinguer dans ce cadre la réponse à l'urgence médicale psychiatrique et les réponses à une catastrophe collective (prise en compte du traumatisme ; des peurs paniques..) qui nécessitent alors de privilégier un mode d'intervention psychosocial.

C) La complémentarité du service rendu à l'utilisateur et aux institutions et professionnels y exerçant

L'intervention en urgence des professionnels spécialisés (équipes des secteurs de psychiatrie ; psychiatres et psychologues libéraux ou salariés) en institution somatique, sociale ou médico-sociale..., doit garantir de manière complémentaire la double finalité du service rendu à la personne en souffrance et du service rendu à l'institution et aux professionnels qui y exercent.

Dans les services hospitaliers d'urgence, doit être organisé un véritable plateau technique complémentaire issu des secteurs de psychiatrie. Trois garanties doivent être apportées :

- . assurer, en tant que de besoin, la double prise en charge somatique/psychiatrique des patients afin d'éviter qu'une de ces deux composantes ne masque la gravité de l'autre ;
- . prendre en charge la personne malade et son groupe en associant la famille ou l'entourage, les partenaires d'amont (professionnels spécialisés ; médecins généralistes ; institutions médico-sociales le cas échéant..) et les partenaires d'aval (professionnels publics ou libéraux en hospitalisation ou en ambulatoire) ;
- . permettre l'accès aux soins spécialisés pour le patient le nécessitant, aussi est-il important d'inscrire l'urgence dans une continuité de soins ultérieurs.

L'aide en urgence aux professionnels non spécialisés (médecins généralistes ; institutions sociales ou médico-sociales ; institutions scolaires, de l'Aide sociale à l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse...) doit être assurée par les professionnels spécialisés en psychiatrie. Pour permettre aux équipes de secteur de psychiatrie et aux professionnels spécialisés libéraux (psychiatres, psychologues) de «programmer du temps non programmé», peuvent être développées à cet effet :

- . la plate-forme téléphonique de professionnels spécialisés précitée ;
- . une fonction d'accueil et d'urgence 24h/24h en *secteur de psychiatrie* pour apprécier et réguler des situations d'urgence rencontrées par les partenaires professionnels et les familles.

III.1.3 Soins - niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire

A) Le rôle primordial du secteur pour animer le dispositif de soins spécialisés, public et privé

Il s'agit de renforcer le rôle du secteur de psychiatrie, et notamment celui du CMP, comme pivot de la prise en charge globale spécialisée des personnes souffrant de troubles mentaux afin de coordonner et de mettre en relation les interventions des soignants spécialisés en santé mentale et de développer une démarche cohérente de soins.

Les équipes pluriprofessionnelles de secteur doivent intervenir en complémentarité, et non pas en relais, des professionnels spécialisés du champ de la santé mentale hors secteur de psychiatrie, - psychiatres et psychologues libéraux.

Les psychiatres et psychologues libéraux doivent pouvoir, si nécessaire, accéder aux stratégies thérapeutiques proposées par les secteurs de psychiatrie pour garantir une égale qualité de prise en charge à tous les patients. En contrepartie, le secteur doit pouvoir solliciter les psychologues et psychiatres libéraux ainsi que les professionnels spécialisés dans la lutte contre l'alcoolisme ou la toxicomanie, pour mener des prises en charges adaptées.

Le développement de rencontres autour notamment d'objectifs communs sur des publics ou des pathologies ciblées, constitue également une réponse adéquate.

Enfin, un projet global de santé mentale associant les professionnels spécialisés libéraux (psychiatres ; psychologues) et les équipes de secteurs, devrait être défini localement et pourrait être concrétisé par un réseau de santé, en y associant les acteurs de soins primaires et les intervenants des centres de soins dans le domaine des addictions.

B) Un nécessaire accueil à bref délai, tant en libéral que dans les secteurs de psychiatrie

Toute personne malade doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge directe par un professionnel spécialisé dans les plus brefs délais. L'accès direct à une consultation de psychiatre ou à une psychologue doit rester possible.

Lors d'une demande de consultation spécialisée, hors situation d'urgence, lorsqu'un rendez-vous avec un spécialiste (psychiatre, psychologue) n'est pas envisageable dans les meilleurs délais, il est indispensable d'organiser systématiquement un accueil du patient dans des délais inférieurs à 10 jours suivant la demande. Cet accueil permet, en effet, d'inscrire le plus rapidement possible un patient dans une démarche de soins.

Cette orientation contribue à gérer la question du délai d'attente tant en libéral que dans le public. Elle est d'autant plus essentielle pour les personnes qui ne relèvent pas d'une urgence mais pour lesquelles l'attente risque d'entraîner, soit une rupture dans la démarche d'accès aux soins, soit une aggravation de l'état de santé. D'autant plus que ces demandes émergent souvent d'un long travail de la famille, du médecin généraliste avec le patient.

Cet accueil n'intègre ni la fonction de diagnostic, ni celle de l'orientation ou stratégie de prise en charge. Il consiste en un entretien d'évaluation permettant aux personnes de décrire leur situation, au soignant d'apprécier l'urgence et la gravité de cette situation dans un premier temps d'évaluation psycho-pathologique et de mettre au point une solution temporaire en l'attente d'une consultation. Il ne s'agit en aucun cas d'apprécier la nécessité de la consultation par le médecin psychiatre, voire le psychologue.

A cet effet, il est indispensable de :

- **renforcer la permanence d'ouverture des CMP ;**
- **confier cette fonction d'accueil à des infirmiers de secteurs de psychiatrie, dans le cadre du projet de service protocolisé ;**
- **mettre en place, si nécessaire pour des raisons de proximité géographique, des services d'accueil et d'évaluation dans les hôpitaux généraux hors des services d'urgence, au besoin par conventionnement avec des secteurs de psychiatrie pour la mise à disposition de personnels spécialisés.**

En outre, dans une approche communautaire de la santé mentale, et pour favoriser la lisibilité sociale de l'offre de soins, un dispositif formalisé permettant de connaître la disponibilité de chacun des professionnels publics et libéraux pourrait être étudié (standard téléphonique unique sur un territoire pertinent...).

C) Elaboration collective de l'organisation et des procédures de soins du secteur par l'équipe pluriprofessionnelle sous l'autorité et la responsabilité du psychiatre chef de service.

Il s'agit ici de renforcer et diversifier la composition et le rôle de l'équipe pluriprofessionnelle, afin de répondre à l'ensemble des besoins existants dans la zone de compétence du secteur et d'aboutir à la mise en œuvre de projets de soins individualisés pour les patients.

Sous la responsabilité du psychiatre et dans la limite de leur champ de compétence, les différents abords de la spécificité d'intervention de chacun des professionnels doivent être développés, tout en maintenant la cohérence de la prise en charge des patients, en vue notamment de répondre aux différents besoins de ces patients.

Les membres du groupe préconisent la mise en place de protocoles de fonctionnement des équipes, au sens d'un projet de coordination des fonctions, fondé sur la clinique, à la suite d'un travail de reconnaissance de l'intervention spécifique des différents professionnels (cf. psychiatres, psychologues, infirmiers, psychomotriciens, kinésithérapeutes, assistants sociaux de secteur...). Clairement situés au sein de l'équipe de secteur, au regard de leurs compétences propres, les professionnels sont plus à même de travailler ensemble autour des projets de soins individualisés.

Ce principe entraîne, en corollaire, la nécessité que les innovations et actions pertinentes effectivement mises en place par les secteurs pour s'adapter aux besoins des patients, soient reconnues, voire «officialisées» dans le cadre notamment du projet d'établissement ou d'un réseau. La mise en place de tels protocoles ne remet pas en cause la capacité à mobiliser des compétences externes pour intervenir, le cas échéant, dans le cadre des prises en charge proposées par le secteur (artistes).

Les protocoles (projets de coordination des fonctions), co-élaborés par l'équipe pluriprofessionnelle sous l'autorité et la responsabilité du psychiatre chef de service, en lien avec les cadres infirmiers et socio-éducatifs, doivent permettre une nouvelle distribution des rôles de chacun et garantir notamment :

- **l'accueil des patients et de leur famille dans le secteur dans des délais brefs ;**
- **la fonction 24h/24h d'évaluation et de régulation des situations en urgence à destination des demandes formulées pour des patients par les institutions ou les familles;**
- **les modalités permettant aux patients d'accéder au secteur de psychiatrie par un accès direct aux psychologues du secteur (public cible ; conditions de prise en charge ; supervision..) ;**

- **un projet de soin individualisé pour chaque patient en intra ou extra hospitalier ;**
- **un travail d'accompagnement et/ou de co-prise en charge des patients suivis en libéral ou en médico-social ;**
- **un renforcement de l'intervention de médecins somaticiens, plus particulièrement à l'égard des patients hospitalisés au long cours, au vu de la nécessité d'intégrer la prise en charge du corps des patients, dans la prise en charge globale médicale, psychologique, sociale et éducative proposée dans les services de psychiatrie.**

Le Conseil de service constitue un lieu adéquat pour élaborer de tels protocoles où sont précisées les fonctions et obligations de chacun dans des liens qui assurent la cohérence des soins sous la responsabilité du médecin psychiatre, Chef de service.

D) L'identification d'une fonction de «professionnel référent du soin au long cours»

Cette identification est indispensable dans le cadre de la prise en charge globale des patients atteints d'une pathologie psychiatrique lourde, telle que la schizophrénie ou les troubles de la personnalité.

Ce professionnel n'est pas forcément le thérapeute de la personne ou celui qui décide des soins (cette orientation permet notamment de garantir au patient le libre choix de son médecin même au sein du secteur). Il est celui qui, en lien étroit avec le thérapeute, tout au long de la prise en charge sanitaire par différents professionnels, exerçant en libéral ou en secteur de psychiatrie, va «se soucier de» ou se préoccuper du patient dans la globalité de ses besoins en faisant appel, le cas échéant, aux professionnels plus particulièrement compétents dans le champ de la demande (thérapeute, assistant social, infirmier...).

Plusieurs propositions sont faites concernant les professionnels pouvant assurer cette fonction. **Il y a néanmoins consensus du groupe pour préconiser une équipe référente, pouvant associer des professionnels libéraux et des professionnels de secteur, et éviter ainsi, l'inconvénient d'une trop forte personnalisation de la fonction.**

- **Outre le médecin psychiatre, cette fonction peut être dévolue à divers professionnels spécialisés en santé mentale : infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues ;**
- **Certaines propositions s'orientent vers un triple référent (psychiatre ; infirmier ; travailleur social), chacun dans son registre de compétence ;**
- **Il convient de prendre en compte le choix des patients qui investissent eux-mêmes un professionnel et en font leur référent. Il s'agit souvent de la situation des équipes intra-hospitalières qui continuent à tenir un rôle de référent à la sortie du patient de l'hôpital sans que cela soit reconnu en tant que tel.**

Pour ce qui est du suivi spécifique des patients souffrant de troubles de la personnalité, véritable pathologie du lien où se pose la question de la iatrogénie, il y a consensus du groupe pour que l'équipe référente soit composée exclusivement de personnels infirmiers de secteur psychiatrique.

E) La réaffirmation du rôle de la psychothérapie dans le champ du soin

La psychothérapie constitue une modalité de soins qui répond à une indication basée sur une évaluation préalable. L'offre de soins en psychiatrie doit être diversifiée pour répondre à l'ensemble des besoins des patients. La psychothérapie, méthode de traitement psychologique des troubles psychiques, doit être développée au même titre que les traitements chimiothérapeutiques, soit en traitement unique soit en traitement associé à une prise en charge chimiothérapeutique ; les psychothérapies proposées devant être scientifiquement validées.

Les usagers ont cependant signalé le frein à l'accès à cette prise en charge que constituerait une indication médicale, notamment psychiatrique.

Beaucoup de professionnels se prévalent du titre et des compétences de psychothérapeute alors qu'ils ne disposent pas toujours d'une bonne connaissance des techniques psychothérapeutiques et ne répondent pas nécessairement aux exigences de qualification nécessaire à la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. En outre, certains développent des méthodes et pratiques de psychothérapie dont le fondement et la pertinence scientifique sont inexistantes, voire ont des effets délétères.

Il y a consensus du groupe pour considérer que les professionnels pratiquant la psychothérapie doivent répondre aux quatre critères suivants :

- **avoir acquis une compétence clinique en psychopathologie validée par l'Université ;**
- **avoir été formé à la relation en lien avec l'Université ;**
- **avoir été formé à rendre compte de ce qui se passe dans la psychothérapie (supervision) en lien avec l'université (cette formation peut être effectuée en dehors de l'université mais sous sa responsabilité ; le choix des institutions par l'université avec l'aide des sociétés savantes en psychiatrie et en psychologie) ;**
- **s'appuyer sur un encadrement déontologique.**

Il y a également consensus du groupe sur le fait que la démarche psychothérapeutique ou psychanalytique personnelle ne peut pas être régulée ni être obligatoire.

Le renforcement des contenus des formations proposées par les Universités en psychiatrie et en psychologie sur les champs de la psychothérapie, ainsi que l'évaluation des pratiques psychothérapeutiques sont de nature à apporter les garanties attendues des patients.

Les membres du groupe s'opposent en conséquence à la reconnaissance d'un statut de psychothérapeute.

Une mention particulière sur la pratique de la psychanalyse dans le cadre des soins des troubles mentaux doit être effectuée également :

L'élimination des symptômes n'est pas recherchée comme but particulier, mais il s'occasionne comme un bénéfice annexe. Il n'y a de visée thérapeutique qu'indirecte en permettant à la personne de trouver des moyens propres à cette «guérison». Ainsi, en adaptant le cadre de la cure analytique, des interventions se sont développées auprès d'enfants en pédo-psychiatrie, et de patients présentant des troubles graves et persistants. Ces interventions se réfèrent à une conception de l'activité psychique et du sujet, qui est issue de la théorie psychanalytique. Dans ces «psychothérapies analytiques», une position et une interrogation psychanalytiques y sont soutenues.

Il est donc important de garantir la spécificité et l'exigence d'une qualité de formation pour la pratique de la psychanalyse, psychothérapie analytique y compris, qui complète le cadre de la formation proposée par les Universités de psychiatrie et de psychologie.

Enfin, dans le dispositif de soins spécialisés, il est indispensable que la pratique de la psychothérapie ne se limite pas à une unique relation duale patient/soignant mais intègre le champ institutionnel, la clinique et la psychopathologie des phénomènes de groupe ainsi que les interventions cliniques de groupe (supervision ; synthèse, réunion soignants/soignés ; réunion institutionnelle, psychothérapie institutionnelle..), pour constituer le travail institutionnel.

F) Le développement des prises en charge conjointes psychiatrique et somatique.

Cette démarche qui doit dépasser le partenariat ponctuel, est essentielle dans le cas de co-morbidités psychiatriques rencontrées lors de suivi somatique (exemple du VIH) ou de pathologies complexes, telles l'anorexie ou la boulimie par exemple.

Il s'agit d'un des axes premiers de la psychiatrie de liaison mis en œuvre par les secteurs de psychiatrie en lien avec les psychologues intervenant dans les services somatiques, qui implique pour ces professionnels ainsi que pour les soignants en somatique, une reconnaissance mutuelle de la compétence spécifique de chacun et un partenariat actif. La mise en œuvre de ces compétences devant toutefois s'adapter communément à l'état de santé polymorphe du patient.

III.1.4 (Ré)insertion - niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire

A) Les professionnels spécialisés, auteurs du projet de réhabilitation et de réinsertion

Les professionnels spécialisés doivent intégrer la dimension de la réinsertion dans le cadre du projet de soin spécialisé individualisé mis en place pour chaque patient.

Il est essentiel que soit assurée une mobilisation des ressources locales du champ social et médico-social pour répondre aux besoins des patients stabilisés, en développant des complémentarités d'actions si besoin. Cette fonction doit être dévolue aux personnels sociaux-éducatifs de secteur de psychiatrie et peut bénéficier également aux prises en charge proposées par les professionnels spécialisés libéraux.

Il est évoqué toutefois la tendance nouvelle des établissements de santé à privilégier l'intervention d'assistants sociaux des services du conseil général, au détriment d'un accompagnement spécifique des patients lié à une connaissance de la pathologie mentale.

Le groupe de travail estime cependant essentiel de maintenir la spécificité des assistants sociaux de secteur de psychiatrie, au regard de leur double appartenance, reconnaissant en outre la nécessité de développer des liens plus étroits avec les assistants sociaux de droit commun.

B) La complémentarité des prises en charge sanitaire et sociale

Les équipes d'aide à l'insertion, tant en milieu ordinaire qu'en milieu protégé, considèrent comme essentielles la disponibilité et l'accessibilité du soignant. Cela leur permet de mieux assurer leur rôle propre auprès de personnes en souffrance psychique invalidante ou atteintes de troubles mentaux.

Les intervenants spécialisés doivent travailler en partenariat avec les équipes d'aide à l'insertion, en milieu ouvert ou en milieu protégé, dans un but d'explication globale de la situation. Ce partenariat favorise l'échange de bonnes pratiques et permet un accompagnement à la vie sociale par le regard clinique. Pour ce qui concerne les personnes atteintes de troubles psychiques graves et durables, il pourrait également s'agir d'une des fonctions des «référénts du soin au long cours» précité au III.I.D.

Concernant les personnes atteintes de troubles psychiques graves et durables, les membres du groupe estiment indispensable de favoriser une complémentarité et articulation entre le sanitaire (équipe de secteurs psychiatriques et/ou libéraux), et les institutions médico-sociales, devant

dépasser le partenariat ponctuel. **L'intervention régulière dans l'institution médico-sociale, d'un intervenant spécialisé, public ou libéral, pour tenir une fonction d'interface, de médiation et de lien entre le projet de vie inhérent à l'institution médico-sociale et les soins proposés par les secteurs de psychiatrie ou en libéral, devrait être développée.** Ce référent, extérieur au lieu de vie et tiers par rapport aux soins spécialisés mis en œuvre par des professionnels du champ sanitaire, tiendrait une position témoin de cette dynamique de prise en charge globale sanitaire et sociale.

III. 2 Niveau : Professionnels de soins primaires

III.2.1 Prévention – niveau d'intervention des professionnels de soins primaires

A) La prise en compte de la dimension psychologique des personnes lors des prises en charge sanitaires

Etre attentif à la dimension psychologique des personnes lors des prises en charge sanitaire, en prenant en compte la personne accueillie dans sa globalité, participe de la prévention en santé mentale.

Les acteurs de soins primaires (médecins généralistes, infirmiers) ainsi que les pharmaciens, doivent intégrer dans leur exercice la question de la souffrance psychique au même titre que celle de la douleur physique (cf. circulaire DGS/SQ2/DH/98/586 du 24 septembre 1998 sur la lutte contre la douleur qui inclue la «dimension douloureuse psychologique des patients»).

B) Le développement de la prévention chez les acteurs de soins primaires, les médecins du travail et les médecins scolaires

Les professionnels de soins primaires, les pharmaciens, les pédiatres, les médecins scolaires et médecins du travail, ont un rôle essentiel de «guidance» des patients et d'éducation pour la santé en matière de santé mentale. Ils peuvent aussi, du fait de leur proximité, veiller à l'incidence des éléments existentiels ou sociaux sur la santé mentale des personnes.

En outre, ces professionnels, ainsi que les équipes thérapeutiques dans le domaine des addictions, doivent être acteurs du développement d'une prévention globale en santé mentale visant également à réduire les incapacités des personnes en souffrance psychique ou atteintes de troubles mentaux. Ainsi l'amélioration du repérage et/ou de la prise en charge par ces professionnels, des impasses psychologiques jusqu'aux crises suicidaires, de la consommation abusive de produits psychoactifs et des troubles du comportement alimentaire, participent de la prévention en santé mentale.

C) Le repérage des troubles mentaux

Il s'agit de favoriser une évaluation sémiologique permettant d'apprécier l'urgence et la gravité de la situation des patients. Cette approche permet de favoriser un accès aux soins spécialisés dès qu'il est pertinent, sans pour autant remettre en cause l'accès direct aux spécialistes (psychiatres et psychologues). Le médecin généraliste doit pouvoir faciliter l'élaboration de la demande des patients pour une sollicitation du dispositif spécialisé, et éviter ainsi des situations d'urgence, voire des hospitalisations sous contrainte.

III.2.2 Urgence - niveau d'intervention des professionnels de soins primaires

Le travail d'accueil et de lien lors des situations de crise

Les médecins généralistes et les pédiatres, acteurs de soins primaires, notamment dans le cadre de leur collaboration avec le SAMU, doivent pouvoir développer une compétence pour un travail d'accueil et de lien lors des situations de crise. Il s'agit notamment d'éviter, dans un certain nombre de cas, le recours aux urgences et le prononcé de mesures d'hospitalisation sans consentement.

III.2.3 Soins – niveau d'intervention des professionnels de soins primaires

A) Le rôle accru des soignants non spécialisés, étayé par une pratique en réseau et un recours plus précoce à un avis spécialisé

Il s'agit de prendre acte du fait d'une part que les patients expriment, à l'occasion de leurs consultations auprès de médecins généralistes, un grand nombre de problèmes d'ordre psychique, et d'autre part que ces patients aspirent dans de nombreux cas à un suivi au long cours par ces professionnels. Il est dès lors indispensable de donner à ces professionnels une formation adéquate et les conditions favorables à l'exercice de leurs compétences notamment dans les partenariats avec le dispositif de soins spécialisés (équipes de secteur de psychiatrie, psychiatres et psychologues libéraux).

Les membres du groupe insistent sur l'importance du travail en commun gage de la validité de l'organisation précitée des compétences. Ce travail en commun n'induit pas forcément un suivi du patient par un intervenant spécialisé et doit respecter les lieux d'exercice respectifs de chacun des professionnels concernés.

L'intervention plus rapide des spécialistes (psychiatres et psychologues) permet de garantir un diagnostic précoce et une stratégie thérapeutique globale pour le patient. Un suivi au long cours adéquat par le médecin généraliste ou le pédiatre, nécessite de formaliser les conditions de passage entre ces professionnels et les intervenants spécialisés.

B) Les conditions de passage entre intervenants non spécialisés et intervenants spécialisés en santé mentale

Ces passages, fondés sur les compétences respectives des professionnels et sur leur capacité à assurer un suivi effectif et dans la durée, peuvent intervenir pour :

- . une demande d'avis diagnostic et/ou thérapeutique et d'orientation ;**
- . une demande de mise en place de co-thérapie ponctuelle ou durable ;**
- . un transfert avec délégation du suivi en santé mentale.**

Les parties *IV-2-2*, *IV-2-7* et *IV-2-8*, ci-après, précisent les conditions de passage entre les médecins généralistes ou pédiatres et le dispositif spécialisé.

III.2.4 (Re)insertion – niveau d'intervention des professionnels de soins primaires

Un accompagnement à la vie sociale éclairé par le regard clinique

Dans le respect du secret médical, les médecins généralistes ou pédiatres doivent développer un travail de partenariat et d'échanges de pratiques avec les équipes d'aide à l'insertion qui le souhaitent, tant en milieu ordinaire qu'en milieu protégé, afin de les aider à assurer leur rôle propre auprès de personnes en souffrance psychique invalidante ou atteintes de troubles mentaux dont ils assurent le suivi.

III.3 Niveau : Intervenants de première ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux

III.3.1 Prévention – intervenants de première ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux

A) L'importance des actions relevant du champ social ou éducatif

Le groupe insiste sur le fait qu'il est essentiel de distinguer dans le champ de la prévention, ce qui est de l'ordre du fait psychique et ce qui relève du fait social.

Dans certaines situations, des facteurs de résilience tenant à l'environnement social, contribuent à la prévention de la souffrance psychique, voire de la maladie mentale, au même titre qu'un soin. C'est le cas, par exemple, de l'accueil dans les crèches ou institutions pour les enfants en difficulté qui permet de les éloigner un temps d'un environnement difficile ; également des réflexions et travaux autour de l'«*humanisation*» des institutions (écoles ; maisons de retraites ; prisons).

Favoriser les échanges avec les professionnels spécialisés en psychiatrie, permet de pointer l'importance de la qualité de cet environnement, sans avoir pour objectif de transformer les professionnels des champs éducatifs, social ou médico-social en «thérapeute».

B) La prise en compte de la dimension psychologique des personnes

La notion de «bien être» doit être prise en compte dans le domaine de la santé mentale. Être attentif à la dimension psychologique des personnes lors des prises en charge sociale, en prenant en compte la personne accueillie dans sa globalité, participe ainsi de la prévention en santé mentale.

Les professionnels des secteurs éducatifs, médico-sociaux et sociaux doivent pouvoir proposer un cadre adéquat à l'expression des difficultés psychologiques des personnes qu'elles accueillent. Ce cadre doit favoriser l'écoute empathique des personnes souhaitant parler de leur souffrance, quelle qu'elle soit, liée à un événement de vie, une maladie, un mal être. Les dispositifs d'accueil et d'écoute, tels les points accueil jeunes ou services de téléphonie sociale, composés de professionnels et/ou bénévoles participent de la prévention en santé mentale.

D'autre part, les membres du groupe mettent en exergue le rôle essentiel des psychologues dans leur travail sur «le lien» tant par l'écoute et le soutien psychologique des personnes en souffrance psychique, que de manière indirecte, par l'aide qu'ils apportent aux équipes d'institutions ou d'associations confrontées à des personnes en difficultés psychiques (supervision).

Les membres du groupe de travail préconisent l'établissement de liens entre les dispositifs d'accueil et d'écoute ou les psychologues intervenant en institution dans le cadre d'actions de prévention, et les intervenants spécialisés, afin de garantir un diagnostic précoce et la possibilité d'un accès précoce aux soins spécialisés.

C) La participation à la prise en charge de la souffrance psychique invalidante dans le cadre d'une relation d'aide

Les intervenants de premières lignes sont de fait confrontés à la souffrance psychique des personnes. **Ils doivent pouvoir proposer des réponses sociales et socio-éducatives spécifiques à leur champ de compétence permettant de «prendre soin» de ces personnes, que cette souffrance soit liée à des âges de la vie (adolescence, personnes âgées), des événements de vie, ou à la précarité, par un accompagnement et une écoute empathique.**

On peut s'inscrire parfois à la limite de la prévention et d'une véritable prise en charge précoce des troubles mentaux. En effet, la souffrance psychique de certains patients ou d'usagers du secteur social nécessite, lorsqu'elle devient invalidante, une réponse soutenue, par une «relation d'aide» ou d'écoute.

Ces prises en charge doivent être distinguées de la pratique de la psychothérapie qui s'inscrit dans le champ du soin des troubles de la santé mentale. (Cf. II.1.3-niveau d'intervention des professionnels spécialisés)

Renforcer la qualité des pratiques des professionnels développant ces «relations d'aide» devrait permettre une meilleure orientation vers une consultation spécialisée qui établira la nécessité d'un suivi spécialisé.

III.3.3 Urgence - intervenants de première ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux

Le travail d'accueil et de lien

Il est essentiel de favoriser un travail d'accueil et de lien lors de situations d'urgence permettant d'établir avec la personne souffrante un dialogue susceptible de l'inciter aux soins.

Cette fonction d'accompagnement peut être effectuée dans le cadre de la téléphonie sociale par des professionnels et/ou des bénévoles, voire des «pairs, représentants des usagers» en lien avec les professionnels spécialisés publics et libéraux.

Le développement et la reconnaissance des compétences des intervenants de 1^{ère} ligne dans les institutions éducatives, sociales et médico-sociales, pour repérer les signes avant-coureurs permettant de prévenir ou de contenir des situations de crise, contribuera à faciliter l'orientation vers les professionnels de soins spécialisés quand elle est opportune. Ce travail doit être conduit en amont des situations de crise. Il devrait contribuer à diminuer le recours en urgence aux soins spécialisés.

III.3.3 Soins - intervenants de première ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux

A) L'accompagnement vers une démarche de soins

La compétence des intervenants de 1^{ère} ligne pour l'accompagnement de personnes atteintes de troubles mentaux dans une démarche de soins spécialisés, doit être amplifiée (cf. III.3.3 précité). **Ce travail constitue un temps pré-thérapeutique d'élaboration progressive d'une demande de prise en charge par la personne elle-même.**

B) L'appui aux soins par un cadre social adéquat et complémentaire :

Il s'agit de pouvoir faire alterner ou coexister, chaque fois que c'est nécessaire, des phases coordonnées de prise en charge sanitaire et sociale.

Dans le cadre du suivi de certaines personnes malades, plus particulièrement chez les adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles de la personnalité, il est nécessaire de développer un soin psychiatrique intégrant une dimension sociale importante, afin d'éviter toute rupture définitive du lien (familial, social, sanitaire...).

A cet effet, il est recommandé que le thérapeute (public ou libéral) assurant le suivi de la personne malade, crée un cadre thérapeutique avec d'autres professionnels du champ social intervenant dans l'environnement du patient, et l'équipe pluriprofessionnelle du secteur, particulièrement les infirmiers. Ce maillage, à visée thérapeutique, d'interventions sanitaires et sociales autour de ces patients vise un suivi cohérent et continu de la prise en charge proposée.

III.3.4 (Ré)insertion - niveau d'intervention des intervenants de première ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux

A) Le nécessaire soutien des acteurs de 1^{ère} ligne par les intervenants spécialisés

Le groupe insiste sur la nécessité d'un travail d'élaboration technique qui permet aux acteurs professionnels, associatifs et bénévoles de prendre de la distance par rapport aux situations de souffrance rencontrées dans le cadre de leur exercice et ainsi d'aider à l'adaptation personnalisée du projet de réinsertion proposé. **Un travail de supervision des équipes est donc souhaitable.**

Ce soutien est d'autant plus important pour les professionnels qui assurent la prise en charge sociale ou médico-sociale de personnes polyhandicapées.

B) L'accompagnement thérapeutique assuré par des professionnels spécialisés

En ce qui concerne les maisons d'accueil spécialisé ou les foyers à double tarification qui accueillent à visée de réadaptation, des personnes lourdement atteintes, il est préconisé un équilibre entre professionnels soignants (infirmiers ; aides soignants) et professionnels sociaux afin que ces lieux de vie puissent répondre à l'ensemble des besoins des patients. **Les membres du groupe insistent en effet sur le fait que la prise en charge de ces personnes, par les institutions médico-sociales, ne peut pas être dissociée de la notion de soins.**

Il est essentiel, en effet que ces patients accèdent à tous les droits liés au handicap en matière de (ré)adaptation, d'hébergement et de (ré)insertion et que l'on prenne également soin de leur dynamique psychique en garantissant un travail de mobilisation thérapeutique.

Le référent mentionné au *III-1-3-d*), ci-dessus, contribue à la garantie de ce travail de mobilisation thérapeutique à l'égard des personnes atteintes de troubles psychiques graves et durables accueillies dans les institutions médico-sociales.

IV/ Conséquences de ces principes généraux sur l'évolution des métiers en santé mentale

Les orientations présentées ci-dessous, déclinent sous l'abord des compétences les principes généraux précités et les moyens à mettre en œuvre, par professionnels ou intervenants, pour répondre à ces principes généraux.

Le groupe de travail insiste sur deux leviers de changement fondamentaux qui concernent l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de ce public: la révision des logiques actuelles de formation, initiale et continue, et le développement du travail partenarial et/ou en réseau. Les membres du groupe préconisent des modules communs dans la formation aux différents métiers conduisant à la prise en charge des besoins des personnes en difficulté psychique ou malades mentales. Ils souhaitent la mise en place de nouvelles modalités de formation du type formations croisées interprofessionnelles, permettant de dynamiser un travail de partenariat au long cours.

Au-delà des recommandations précitées relatives à l'organisation des compétences à mobiliser, Les fiches qui suivent, renvoyées par commodité après la conclusion, décrivent pour chacun des intervenants et métiers, les spécificités d'exercice et les recommandations d'évolution.

Conclusion

Les travaux du groupe concluent au nécessaire renforcement de la mobilisation articulée des acteurs du champ de la psychiatrie, des acteurs de soins primaires et de ceux contribuant à l'élaboration de projets de vie afin de proposer un projet global de prise en charge fondé sur la proximité, la qualité et la continuité des soins.

L'approche par compétences incite au développement des actions de partenariats et de réseaux ; Ces actions doivent être relayées par les acteurs institutionnels, Etats et élus locaux, qui ne peuvent, ni ne doivent, se substituer aux professionnels pour les initier.

D'ores et déjà, plusieurs travaux complémentaires sont engagés :

- la mise en place d'un travail à la DGS relatif à la formation complémentaire des infirmiers intervenant dans le domaine de la santé mentale
- une expertise collective sur les pratiques de psychothérapie sous l'égide de l'INSERM, en lien avec l'ANAES et la Fédération française de psychiatrie ;
- une réflexion spécifique sur le cadre d'intervention des travailleurs sociaux dans le champ de la santé mentale sous l'égide du Conseil supérieur du travail social.

Par ailleurs, les travaux du groupe nécessiteront un approfondissement concernant :

- la nécessaire définition de la méthodologie à mettre en place pour développer les partenariats et les réseaux visant l'amélioration des pratiques professionnelles ;
- la définition des contenus de formations ainsi que des modalités de formations interinstitutionnelles.

Ces travaux, qui donneront lieu à une circulaire d'orientation sur les pratiques professionnelles en santé mentale, sont à conjuguer à ceux du groupe de travail animé par la DHOS sur « l'évolution de l'organisation et du fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », et s'inscrivent dans le cadre de la mise en œuvre du plan santé mentale « l'usager au centre d'un dispositif à rénover » rendu public en novembre 2001 par M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé.

Fiches

Intervenants et métiers en santé mentale

Associations représentant les usagers et les familles de malades

- Accueil et accès aux soins spécialisés des troubles mentaux :

Ces personnes bénévoles interviennent dans le registre de la solidarité et ont un rôle important à tenir auprès des usagers et de leur famille ou entourage concernant :

. l'information sur les circuits de soins et les pathologies ;

. l'aide et le soutien de type humaniste, par exemple, lors de situation de crise comme certaines crises suicidaires ou état dépressif, par une écoute active aidant la personne ou l'entourage en crise à définir et évaluer les différentes solutions possibles pour résoudre son problème.

Il est essentiel d'intégrer ces associations comme véritables partenaires des professionnels spécialisés en santé mentale publics ou libéraux permettant de favoriser l'accès des personnes malades à des prises en charge adaptées.

- Soins :

L'adhésion aux stratégies thérapeutiques peut être facilitée par l'implication des associations d'usagers. Elle est le gage de l'observance des traitements.

R1 Développer au plan local des réunions d'informations/formations entre ces associations et les professionnels spécialisés en santé mentale (secteurs de psychiatrie et libéraux) sur les circuits de soins et les pathologies mentales.

R2 Inscrire la participation des associations d'usagers et de familles dans les politiques de santé mentale nationales et locales (conférence nationale de santé, conseil régional de santé, PRS ; PRAPS ; préparation des SROS, conseil local de santé mentale).

Gérants de tutelle

- (re)adaptation et insertion des personnes en souffrance psychique invalidante et/ou atteintes de troubles mentaux avérés :

Les jurisprudences de la Cour de Cassation tendent à élargir la mission des gérants de tutelles au-delà de celles qui leurs sont dévolues par les textes législatifs (percevoir les ressources, payer les dépenses et pourvoir à l'entretien). Désormais, il est admis que leur action intervient autour de trois principaux pôles :

- la protection purement patrimoniale ;
- l'accompagnement dans les actes à caractère personnel (mariage, testament, divorce...)
- la surveillance des conditions de vie (améliorer les conditions d'existence, les prises en charge et avoir une action de réinsertion sociale...)

Il est donc nécessaire que le gérant de tutelle soit étroitement associé à l'équipe soignante référente.

R3 Travaux à mener en lien avec le ministère de la justice relatifs à l'évolution du dispositif de tutelle et de curatelle vers une reconnaissance de la protection à la personne, en sus de celle des biens.

Services de téléphonie sociale, composés notamment de bénévoles, oeuvrant dans le champ de l'aide aux situations de mal-être et/ou de la prévention du suicide.

- prévention

Ces «écoutants», professionnels ou bénévoles, dont le recrutement et le rôle sont généralement régis par un cadre formalisé notamment par une charte éthique, développent une écoute auprès de personnes en détresse, souffrant de solitude ou en mal être, qui participe de la prévention en santé mentale.

Cette écoute est d'inspiration rodgérienne, non directive : il s'agit d'apporter une attention et une disponibilité sans établir de projets (sanitaire ou social) pour les personnes en souffrance qui contactent ces intervenants.

Cependant, pour répondre à des situations de crise, notamment suicidaires, il est essentiel que les services de téléphonie sociale puissent orienter les personnes en souffrance auprès d'intervenants dont la compétence est d'assurer un suivi psychologique ou sanitaire spécialisé.

R4 Intégrer les services de téléphonie sociale oeuvrant dans le champ du mal-être et / ou de la prévention du suicide, dans les programmations en santé et les réseaux formalisés ou non dans le champ de la santé mentale.

Familles d'accueil

- réadaptation et insertion des personnes en souffrance psychique ou atteintes de troubles mentaux

Les familles d'accueil ont un rôle essentiel dans la socialisation et l'insertion des personnes en souffrance psychique invalidante ou atteinte de troubles mentaux, qu'elles s'inscrivent dans le champ social pour proposer un lieu de vie (cf assistantes maternelles régies par la loi du 12 juillet 1992 ou familles d'accueil relevant de la loi du 10 juillet 1989 pour l'accueil des personnes âgées ou handicapées adultes) ou dans le champ sanitaire en étroite collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle du secteur de psychiatrie (cf. accueil familial thérapeutique constituant une alternative à l'hospitalisation en psychiatrie et régie par l'arrêté du 14 mars 1986).

Par leur conception des besoins des personnes et leur savoir-faire, elles «prennent soin» des personnes en souffrance accueillies, en apportant notamment une aide dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie quotidienne visant à la récupération de l'autonomie physique ou mentale.

R5 Développer des formations spécifiques consistant notamment en des rencontres avec d'autres familles, permettant un travail d'élaboration des pratiques d'accueil de personnes en souffrance psychique invalidante ou atteintes de troubles mentaux.

Ensemble des intervenants sanitaires et sociaux

- Prise en compte de la dimension psychologique dans le cadre des prises en charge sanitaires et/ou sociales :

L'ensemble des corps médical, paramédical et social doit intégrer la dimension psychologique des personnes dans son exercice par une écoute empathique, une adaptation de la prise en charge envisagée à la situation psychologique de la personne, et une éventuelle orientation vers des professionnels psychologues pour permettre la mise en place d'une relation d'aide psychologique.

R6 Intégrer dans les cursus de formation de l'ensemble des intervenants sanitaires et sociaux une adaptation du niveau I de la formation proposée par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et le Collège National des Universitaires en Psychiatrie (CNUP) sur le fonctionnement psychique, la relation et le comportement.

Médecins psychiatres

- prévention et insertion en santé mentale :

Les psychiatres ont un rôle essentiel à tenir dans l'aide aux aidants pour renforcer la compétence des acteurs de premières lignes dans le cadre du suivi de personnes en difficulté psychique, ainsi que dans l'expertise des actions de prévention mises en oeuvre. Ils sont en outre acteurs de première ligne pour les actions qu'ils initient.

Ils ont également vocation à tenir des fonctions d'expertise et de référence en santé mentale au regard des actions de prévention et de réinsertion proposées notamment par les professionnels et institutions non spécialisés.

- soins spécialisés des troubles mentaux :

Possédant la triple lecture des troubles, biologique, psychologique et sociale, les psychiatres refusent l'orientation prise par certains pays (Etats-Unis) vers une fonction expertale exclusive. Ils confirment la nécessité du maintien de leur fonction soignante.

Leurs compétences en matière de repérage des troubles et d'analyse psychopathologique, leur responsabilité dans l'élaboration et la formulation du diagnostic et leur rôle dans les soins (qui comporte, entre-autres, la psychanalyse ou la psychothérapie) les conduit à élaborer une *stratégie thérapeutique globale*.

Ils doivent également relayer les professionnels de soins primaires (médecins généralistes...) avec une précocité et une efficacité d'autant plus adaptées, que les liens et les rôles précisés par l'inscription et la pratique réelle dans un réseau coordonné de soins existent.

Ceci peut concerner toute la pathologie psychique avec en particulier :

. dans le suivi des patients schizophrènes, l'importance de l'intervention d'un psychiatre référent afin :

- . d'accompagner le diagnostic, ce qui évite une perte de temps et d'énergie dans les ressources à mobiliser ;
- . d'évaluer régulièrement l'évolution clinique.

. dans le suivi de patients souffrant de dépression, l'intervention d'un psychiatre auprès d'un médecin généraliste s'inscrit dans l'aide au repérage et à la mise en place de stratégies thérapeutiques.

- Organisation du fonctionnement du secteur et de ses interventions dans la communauté autour de la souffrance psychique et des troubles mentaux avérés, tant dans le domaine préventif que curatif :

Au-delà de leur fonction clinique, les psychiatres praticiens hospitaliers - responsable d'unité fonctionnelle et/ou chef de service-, doivent assurer et développer les fonctions suivantes (pour lesquelles des aménagements de la formation s'imposent) :

- . animation du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire de secteur de psychiatrie et en conséquence détermination des délégations aux acteurs de l'équipe ;
- . dynamisation des actions de santé mentale dans la communauté :

- . actions de communication et d'information sur les troubles mentaux et les limites de compétences du secteur ;
- . soutien des équipes des champs médico-sociaux et sociaux dans la prise en charge des patients stabilisés...

R7 S'agissant de la démographie des psychiatres, et au-delà des solutions visant à un rééquilibrage des interventions des différents professionnels :

R7-1. Remédier à l'inégale répartition des psychiatres sur le territoire :

- analyse de la question et des solutions, pour le secteur libéral, avec la CNAM et les syndicats médicaux susceptibles de signer la convention des médecins spécialistes ;
- Incitation financière et autres à définir pour pourvoir les postes vacants de praticiens hospitaliers psychiatres dans les régions particulièrement touchées par la pénurie de psychiatres publics. (Certains membres du groupe vont plus loin et préconisent un encadrement plus strict des conditions d'installation.)
- fléchage de postes d'internes dans les régions particulièrement déficitaires couplés à des postes PH vacants avec l'assurance d'un post-internat (chef de clinique ou assistants spécialisés) jusqu'au concours de PH.
- incitation financière favorisant l'exercice public de la psychiatrie : application de la prime multi-site pour l'ensemble des psychiatres exerçant sur plusieurs sites constituant un même secteur de psychiatrie ;
- permettre aux psychiatres libéraux d'exercer une partie de leur temps en psychiatrie publique avec une rémunération adaptée.

R7-2 Remédier à l'évolution prochaine de la démographie des psychiatres en baisse, notamment :

- par la garantie, pour l'avenir, d'un maintien du nombre actuel de psychiatre (cf chiffre minimum de psychiatres au concours de l'internat : 380 en 2010, soit le niveau de 1987...) ;
- par un approfondissement d'une possibilité pour les médecins hospitaliers assistants généralistes qui le souhaitent de se spécialiser et de devenir psychiatre (passerelle) pour pallier à court terme l'absence de psychiatres dans certaines régions.

R8 S'agissant de l'organisation des soins :

Favoriser la constitution de réseaux de soins en santé mentale entre les professionnels spécialisés en santé mentale et les médecins généralistes, pédiatres et intervenants des centres de soins en alcoologie ou toxicomanie. La Charte constitutive de ces réseaux doit prévoir expressément, d'une part, la prestation du psychiatre public ou privé, et les délégations envisagées au profit des autres professionnels du secteur de psychiatrie, en expertise lors de crise, ou en recours spécialisé pour le diagnostic et l'élaboration des stratégies thérapeutiques et, d'autre part, la place reconnue au généraliste pour le suivi, le renouvellement des prescriptions médicamenteuses, les consultations intermédiaires et l'alerte du psychiatre en cas de besoin. Dans ce cadre peuvent être organisées également des formations croisées entre praticiens ainsi que des "consultations d'avis spécialisés".

R9 S'agissant de la formation des psychiatres :

R9-1 Réaffirmer la place de la formation clinique pour les psychiatres en garantissant :

- le maintien de la durée des stages en service de psychiatrie ;
- le rétablissement d'un équilibre entre les stages en secteur de psychiatrie et ceux

en CHU (services hospitaliers d'urgence ; pédiatrie ; maladies infectieuses...) afin de développer une clinique médico-psycho-sociale et inciter les futurs spécialistes à exercer dans le secteur public dans une logique de santé communautaire. A cet effet, les secteurs doivent pouvoir plus largement être agréés en qualité de terrain de stage.

R9-2 Etablir un socle commun diversifié dans la formation de base à la psychiatrie générale (renforcer les modules en psychothérapie ; bases en santé publique...) : mettre en œuvre le projet de réforme proposé par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP) et le Collège National des Universitaires en Psychiatrie (CNUP), concernant le contenu de la formation des médecins psychiatres afin d'y renforcer la formation à la psychothérapie, sans diminution de la durée des stages en service de psychiatrie.

R9-3 Accroître la formation en matière de supervision des pratiques, pour favoriser la co-élaboration de protocoles d'organisation du travail, fixant les rôles respectifs des membres de l'équipe afin notamment de remédier au centrage excessif des tâches sur le psychiatre.

R9-4 Lors de l'accès à des fonctions de chef de service, et compte-tenu du rôle essentiel du secteur, confirmés par ces travaux, il est nécessaire de renforcer la formation en matière de santé publique permettant de mieux développer des actions de santé mentale dans la communauté.

Psychologues

- prise en compte de la dimension psychique des personnes / prévention / réinsertion

Les psychologues apportent les ressources de leur discipline au service des personnes qui le souhaitent afin que, dans le respect et la prise en compte de leur singularité, de chaque dynamique particulière, celles-ci puissent trouver les moyens psychiques nécessaires à leur évolution, à la mise en œuvre de leur autonomie.

En outre, les psychologues ont compétence pour aider les professionnels des champs sanitaire, socio-éducatif et médico-social à prendre en compte la dimension psychique des personnes (fonction d'accompagnement, de conseil, de formation et de supervision des équipes), contribuant ainsi à la prévention en santé mentale et à l'insertion des personnes en souffrance psychique invalidante ou atteintes de troubles mentaux.

Par ailleurs, les psychologues ont vocation également à tenir des fonctions d'expertise et de référence en santé mentale au regard des actions de prévention et de réinsertion proposées notamment par les professionnels et institutions non spécialisés.

- prise en charge de la souffrance psychique invalidante

Du fait de leur formation, les psychologues assurent le soutien psychologique des personnes en souffrance psychique.

Outre la pratique libérale, leur intervention doit concerner les services hospitaliers de soins somatiques, les cellules d'urgence médico-psychologique, les institutions socio-éducatives et médico-sociales, pour le soutien des personnes en situation de crise psychique.

Les membres du groupe estiment souhaitable que ces interventions aient lieu en lien avec le dispositif de soin spécialisé (équipes de secteur de psychiatrie ; psychiatres libéraux) dans l'éventualité d'une nécessaire prise en charge psychiatrique ou pour assurer la continuité d'un suivi à l'issue d'une hospitalisation en service somatique.

Enfin, dans le cas de situations de souffrance psychique particulièrement complexes (*cf. III.1.1.B*), des interventions directes de psychologues exerçant en secteur de psychiatrie auprès des personnes en souffrance suivies dans les institutions précitées, doivent être développées.

- accès aux soins spécialisés des troubles mentaux :

Les usagers notent la forte accessibilité à ces professionnels. Les psychologues ont compétence pour repérer les troubles mentaux ainsi que susciter ou soutenir, si besoin, l'engagement des personnes dont ils assurent le suivi psychologique, dans une démarche appropriée de soin, notamment vers le secteur de psychiatrie ou un psychiatre libéral afin qu'ils accèdent à une prise en charge complémentaire médico-sociale adaptée à leur situation.

- soins spécialisés des troubles mentaux :

Les psychologues contribuent aux soins. Ils établissent des diagnostics de personnalité en utilisant les méthodes qui leur sont propre notamment des tests ou entretiens. Ces méthodes permettent, d'une part, de contribuer à la compréhension clinique de la personne, à l'élaboration du projet de soin, son suivi, son évaluation. Elles œuvrent également à l'élucidation du fonctionnement de la personne par elle-même.

Enfin, les psychologues conduisent des prises en charge psychologiques adaptées ou proposent et aménagent, au besoin, un cadre spécifique (psychothérapie).

S'agissant des psychologues libéraux :

Il est essentiel de développer, en tant que de besoin, des complémentarités de prise en charge entre les psychologues libéraux et les psychiatres (publics et libéraux), voire médecins généralistes, afin de prendre en compte tant les symptômes de la maladie que son processus.

S'agissant des psychologues exerçant en secteur de psychiatrie :

La compétence des psychologues autorise le développement, dans le cadre des protocoles de fonctionnement précités, de son accès direct par les nouveaux patients, lors de demandes de prise en charge psychologique, dans le respect des conditions définies par l'organisation des soins (modalités de prise en charge ou supervision). Les protocoles d'organisation précités permettent de garantir les responsabilités réciproques des psychiatres et des psychologues du secteur autour des besoins de chaque patient.

Les membres du groupe considèrent également que les psychothérapies initiées par les psychologues de secteur, comme pour ce qui concerne les psychiatres, doivent répondre à des indications de soins définies au préalable, collectivement, en fonction d'analyses psychopathologiques de cas cliniques, sans pour autant aboutir à transformer la psychothérapie en une technique prescrite. Les psychothérapies doivent toujours répondre aux besoins des patients, besoins identifiés lors de la rencontre entre le patient et le psychologue.

Il s'agit notamment de relativiser les demandes personnelles des patients et surtout de remédier aux difficultés liées à la recrudescence des «prescriptions» de psychothérapie émanant de professionnels du champ social ou judiciaire notamment en pédo-psychiatrie.

Les différentes interventions des psychologues doivent s'intégrer dans le cadre du travail global du secteur, et donner lieu à des temps de synthèse et d'analyse en commun des pratiques professionnelles avec l'équipe pluriprofessionnelle.

R10 Garantir la présence et renforcer le nombre de psychologues dans les institutions médico-sociales et sociales, dans les services de soins somatiques ainsi que dans les secteurs et intersecteurs de psychiatrie.

R11 Clarifier l'organisation de la profession en améliorant la lisibilité des intitulés et des contenus des diplômes délivrés par les universités de Sciences humaines et sociales, et en précisant les champs d'interventions spécifiques (préventif, curatif, institutionnel, individuel, collectif) en lien avec la formation initiale et continue. A cet effet, des contacts devraient être pris avec le Ministère de l'éducation nationale et l'association des enseignants universitaires de psychologie pour examiner, en lien avec les organisations représentatives des professionnels, les évolutions nécessaires.

R12 Renforcer le contenu des formations universitaires des psychologues afin de :

- . garantir un équilibre entre formation académique et formation professionnalisante, par le renforcement des stages cliniques pendant les études ;**
- . développer la dimension sociologique et psycho-sociale dans la formation des psychologues cliniciens (utile à ceux qui s'orientent vers un exercice en institution) et sensibiliser les étudiants dès les premiers cycles, aux réalités institutionnelles, et à la nécessité d'alliances interprofessionnelles dans le suivi de patients en institutions sanitaires ou médico-sociales ;**

. renforcer les connaissances théoriques et cliniques des pratiques de psychothérapie : (Premières notions de psychothérapie dès le second cycle ; formation spécifique à la psychothérapie comportant notamment des stages pratiques de psychothérapie supervisés).

R13 Développer le travail de partenariat entre médecins généralistes, psychiatres et psychologues libéraux, et notamment, pour certains membres du groupe, prévoir le remboursement des consultations en libéral, dans des conditions à déterminer.

R14 Se référer à la liste nationale des personnes habilitées à user du titre de psychologue instituer par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art57), en vue d'informer les patients sur la qualification et les diplômes détenus par les intéressés.

R15 Sensibiliser le public aux garanties de formation et de compétence des psychologues et à leur champ de compétence.

R16 Faciliter le travail de coordination et de réseau entre les psychologues des divers champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

R17 Faciliter et développer l'implication des psychologues dans les programmes de recherche et d'évaluation dans le domaine de la santé mentale.

Equipes du SAMU

- accès aux soins spécialisés pour troubles mentaux :

Outre un travail d'accueil et de lien, les équipes du SAMU ont une fonction de régulation de certaines situations psychiatriques, individuelles ou collectives (UMP), en lien parfois avec les médecins généralistes, notamment dans le cadre de la permanence des soins et des urgences.

La présence 24h/24h de professionnels de secteurs de psychiatrie dans les services hospitaliers d'urgence devrait notamment permettre de renforcer cette fonction.

R18 Dans le cadre d'une formation d'adaptation à l'emploi, nécessité de renforcer les connaissances des équipes du SAMU sur la souffrance psychique et l'intervention de crise, ainsi que sur l'urgence psychiatrique.

Secrétaires médicales

- Accueil et accès aux soins spécialisés des troubles mentaux :

L'importance du rôle des secrétaires médicales pour accueillir la personne en développant les facultés d'empathie, d'écoute et d'appréciation des différentes situations, a été pointé à plusieurs reprises par le groupe. Il s'agira de renforcer leur compétence permettant d'accueillir les demandes de prise en charge, dans des conditions favorisant l'accès aux soins.

R19 Développer auprès de ces professionnels l'accès à des sessions de formation continue permettant d'appréhender une adaptation du niveau I du cursus de formation proposé par la FFP et le CNUP, sur le fonctionnement psychique, la relation et le comportement.

Infirmiers

- prévention :

Acteurs de proximité et de soins primaires, les infirmiers ont un rôle de «guidance» et d'éducation pour la santé dans le domaine de la santé mentale.

- prise en charge de la souffrance psychique invalidante :

Dans le cadre de leur rôle propre (cf. décret n°2002-193 du 11 février 2002), les infirmiers ont compétence pour l'aide et le soutien psychologique, la relation d'aide thérapeutique, l'observation et la surveillance des troubles du comportement.

A la limite de la prévention et d'une prise en charge précoce des troubles mentaux, leur rôle doit être accentué dans le cadre d'interventions précoces auprès de patients en détresse psychique, en lien si nécessaire avec les psychologues : (notamment dans des domaines de soins tels que la gynécologie, les soins palliatifs, les maladies infectieuses ou la cancérologie..) ; en milieu scolaire ou relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance ou de la Protection Judiciaire de la Jeunesse ; en institution médico-sociale ou sociale accueillant des personnes en situation de précarité ou des personnes âgées.

S'agissant des infirmiers exerçant en secteur de psychiatrie :

L'intervention directe auprès des personnes en souffrance, d'infirmiers de secteur psychiatrique, en lien avec les professionnels médico-sociaux non spécialisés, semble importante au regard de la double nécessité de l'accès et de la continuité des soins spécialisés. Ces interventions doivent s'inscrire dans les protocoles précités relatifs à l'organisation des soins en secteur de psychiatrie.

- Accueil et accès aux soins spécialisés :

S'agissant des infirmiers libéraux ou exerçant dans des services de soins somatiques ou en institution médico-sociale :

Pour certains patients, l'intervention du professionnel infirmier sera essentielle pour amorcer et accompagner une démarche de soin vers le dispositif de soins spécialisés. Ce travail d'accompagnement doit dans ce cas pouvoir être soutenu et relayé par les professionnels spécialisés, voire le médecin généraliste.

S'agissant des infirmiers exerçant en secteur de psychiatrie :

L'entretien d'accueil et d'orientation relève du rôle propre de l'infirmier. Cependant, au regard de la spécificité de cet accueil en psychiatrie qui constitue de fait une première évaluation des troubles ou symptômes, une appréciation du niveau d'urgence ainsi que le début d'une véritable prise en charge thérapeutique, la fonction d'accueil est la plupart du temps commuée à la première consultation du psychiatre.

Les membres du groupe reconnaissent le rôle central de l'infirmier de secteur de psychiatrie en matière d'accueil et d'accès aux soins spécialisés. Ils proposent en conséquence de développer et de fixer, dans le cadre des protocoles de fonctionnement précités, les conditions de mise en œuvre de la fonction d'accueil par des professionnels infirmiers. Il s'agira d'une fonction non exclusive, l'infirmier ayant besoin d'ancrer sa fonction d'accueil dans une pratique de soins régulière.

L'exercice se conçoit dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle sous responsabilité médicale, en relation avec le cadre infirmier supérieur, avec des temps réservés à la synthèse et discussion des situations rencontrées et des orientations proposées. En tout état de cause, l'accueil par un infirmier ne doit pas faire obstacle à l'accès direct à un psychiatre ou un psychologue lorsqu'il est possible à bref délai ou demandé par le patient.

Avec une organisation protocolisée similaire, il semble essentiel d'intégrer la participation des infirmiers de secteur de psychiatrie aux services hospitaliers d'urgence et à la fonction d'évaluation et de régulation 24h/24h de situations d'urgence psychiatrique rencontrées dans les institutions sociales ou médico-sociale, au regard de la nécessité de faciliter l'accès aux soins spécialisés et la continuité des soins.

Il y a consensus du groupe pour organiser la présence 24h sur 24h de personnels infirmiers psychiatriques dans ces lieux afin de permettre:

- un travail de soutien psychologique des personnes aux urgences ;
- une intervention, lors des recours aux urgences d'origine psychiatrique, auprès des personnes en état de crise pour un entretien d'évaluation et une relation d'aide psychologique. Dans ce cadre, il est essentiel que l'infirmier psychiatrique puisse bénéficier de temps, ne serait-ce que pour que le patient adhère aux soins et que soit évitée une hospitalisation sans consentement (celles-ci sont en effet initiées de plus en plus dans les services d'urgence) ;
- le cas échéant, un soutien à des partenaires institutionnels (institutions médico-sociales et/ou sociales ; ...).
- cependant certains membres du groupe ajoutent que les infirmiers de secteur psychiatrique doivent également aider les équipes somatiques d'urgence lorsqu'une prise en charge psychiatrique ou un soutien psychologique n'est pas nécessaire.

Il ne s'agit pas pour autant d'aboutir à un exercice exclusif de ces professionnels dans les services hospitaliers d'urgence ; le maintien d'une activité en secteur de psychiatrie est essentiel tant pour garantir la continuité des soins, que pour enrichir les compétences des intéressés.

- soins spécialisés des troubles mentaux :

S'agissant des infirmiers exerçant en secteur de psychiatrie :

Les membres du groupe rappellent l'importance du rôle des infirmiers de secteur psychiatrique au regard de la spécificité du soin dans ce domaine. Ce sont en effet des professionnels qui appréhendent dans leur exercice quotidien la dimension pluriprofessionnelle des prises en charge. Ils sont de ce fait particulièrement compétents pour articuler les dimensions soignantes, juridiques, éthiques et institutionnelles. Néanmoins, les membres du groupe ont déploré certaines difficultés rencontrées avec les infirmiers diplômés depuis 1995 (réforme des études ayant conduit à supprimer le cursus spécifique de formation des infirmiers de secteur psychiatrique), même s'ils reconnaissent les apports de cette réforme s'agissant de l'élévation du niveau de connaissance sur le plan somatique. La question de la gestion des troubles du comportement, notamment l'angoisse, l'agressivité, la violence, liés à une désorganisation psychique a été pointée comme un manque particulier de ces nouveaux infirmiers.

Il semble cependant utile, au besoin en complétant la formation des intéressés, d'amplifier les compétences déléguées aux infirmiers des secteurs de psychiatrie par le médecin psychiatre chef de service, leur permettant d'avoir un rôle pivot pour :

. aider, en début de prise en charge, la personne malade et sa famille, qu'elle soit suivie en libéral ou en secteur de psychiatrie, à accepter, intégrer et dépasser la «crise existentielle» impliquée par la maladie ;

. développer et animer des activités médiatisées individuelles et de groupe, dans le cadre d'un projet de service au besoin protocolisé. Pour certains patients, la relation établie par l'infirmier est bien plus qu'une relation humaine et appelle des compétences théoriques (inconscient, transfert, contre-transfert, mécanisme de défense) et des techniques à visées psychothérapeutiques;

. tenir la fonction de «réfèrent du suivi médical au long cours» pour certains patients et être ainsi des médiateurs entre les prises en charge menées conjointement par les professionnels libéraux et le secteur et entre les phases de suivis sanitaires et sociaux ;

. assurer, dans le cadre du projet de service précité, des soins d'accompagnement prenant en compte la dimension psychologique et sociale de la personne en vue de sa réhabilitation et réinsertion.

. assurer dans le cadre du dispositif de psychiatrie de liaison, le lien entre le patient, l'équipe somatique et l'équipe médicale de liaison ; leur rôle sera accentué lorsque le patient hospitalisé était déjà suivi par le secteur.

S'agissant des professionnels infirmiers libéraux ou exerçant dans des services de soins somatiques :

Afin de favoriser, pour certains patients, de véritables prises en charge conjointes somatique et psychiatrique dans le cadre de la psychiatrie de liaison, il est essentiel de renforcer la compétence des infirmiers des services somatiques par une dimension spécifique concernant le suivi de personnes atteintes de troubles mentaux. Ces doubles prises en charge permettent, en effet, une prise en compte du patient dans la globalité de ses besoins et le cas échéant, la continuité des soins psychiatriques initiés avant le suivi somatique.

- insertion :

S'agissant des infirmiers exerçant en secteur de psychiatrie :

Dans le cadre de l'accompagnement social en milieu ordinaire ou en milieu protégé de personnes atteintes de troubles mentaux graves et durables, les acteurs du champ social (insertion) et médico-social soulignent la nécessité d'un regard clinique spécialisé.

Cette fonction d'interface entre le lieu de vie et le sanitaire peut être tenue par les professionnels infirmiers de secteur de psychiatrie.

S'agissant des infirmiers exerçant dans les institutions médico-sociales

L'intervention d'infirmiers dans les institutions médico-sociales au même titre que celle de travailleurs sociaux garantit la pluralité des regards portés sur l'ensemble des besoins de la personne accueillie.

Cependant, il est essentiel de prendre en compte les difficultés que ces professionnels peuvent rencontrer lors de la rencontre avec des personnes handicapées du fait de troubles psychiques.

S'agissant de la démographie des infirmiers :

R20 Remédier à l'évolution de la démographie des infirmiers en baisse :

- par le maintien pendant plusieurs années des quotas d'entrée en formation au niveau atteint depuis 2000 (départs massifs en retraite et effet de la RTT) ;
- par la poursuite de l'effort massif de recrutement d'infirmiers pour éviter le risque à moyen terme d'un recentrage des moyens humains sur l'intra-hospitalier au détriment des pratiques ambulatoires et par la même au fondement de la sectorisation ;
- par le développement de la mise en œuvre des procédures de validation des acquis professionnels permettant aux aides soignants et aides médico-psychologiques de préparer la formation conduisant à l'obtention du diplôme d'Etat d'infirmier.

R21 Remédier à la progression de l'inégale répartition sur l'ensemble du territoire des infirmiers exerçant en secteur de psychiatrie, par des incitations financières ou autres à définir afin de pourvoir les postes vacants.

S'agissant de la formation des infirmiers :

R22 Renforcer le contenu de la formation initiale des infirmiers sur le domaine de la souffrance psychique et de la psychiatrie, notamment par un renforcement des stages cliniques dans les services de psychiatrie (cf. arrêté du 6 septembre 2001)

R23 Inciter les IFSI à mobiliser les formateurs compétents pour dispenser la formation théorique et clinique prévue et soutenir les étudiants dans le nécessaire travail d'analyse des situations de stage en psychiatrie

R24 Mettre en place un complément de formation en psychiatrie après le diplôme d'Etat infirmier :

Le diplôme unique des infirmiers va dans le sens de l'actuel décloisonnement du système sanitaire en psychiatrie (contractualisation entre services de soins généraux et services de psychiatrie ; intégration de services psychiatriques dans les établissements de santé généraux) et des liens plus importants entre les établissements sanitaires et le dispositif médico-social duquel émergent des difficultés croissantes liées à la souffrance psychique. Face à ce décloisonnement institutionnel il est essentiel, pour les personnels infirmiers, de bénéficier de passerelles, voire de mobilités entre services somatiques et services psychiatriques.

Néanmoins, la question de la formation des infirmiers intervenant dans le champ de la psychiatrie est posée au regard des évolutions de cette prise en charge : émergence de nouvelles demandes (adolescents ; personnes âgées en maison de retraite...) ; diversification des missions (psychiatrie de liaison, intersectorialité, travail en réseau, intervention dans la communauté au plus près des lieux d'exclusion) ; enjeux éthiques croissants (conditions d'hospitalisation sans consentement à concilier avec un principe général d'organisation de l'hospitalisation en portes ouvertes).

Si le constat est partagé par les membres du groupe, les modalités de mise en œuvre d'une telle formation font apparaître des divergences.

Certains membres souhaitent la reconnaissance d'une spécialisation (par exemple 1500h de formation postérieure au diplôme d'Etat, après au moins deux ans d'exercice en secteur de psychiatrie), d'autres l'augmentation du nombre d'année de formation initiale (formation par branche en Y, avec un tronc commun et une poursuite de la formation dans certains domaines, dont celui de la santé mentale) et enfin d'autres le suivi de sessions de formation continue spécifiques en lien par exemple, avec l'exercice et les compétences à mobiliser du fait de l'affectation. Un travail complémentaire est souhaité par les membres du groupe, il est d'ores et déjà programmé dans les suites immédiates de ce rapport.

R25 Prévoir dans le cadre de la formation continue des sessions permettant de développer la pratique de la relation d'aide psychologique.

R26 Développer, dans le cadre de la formation continue, des formations conjointes des personnels infirmiers de secteur de psychiatrie avec des travailleurs sociaux permettant une transversalité dans les prises en charge et une meilleure intrication entre le travail du secteur de psychiatrie et celui des institutions médico-sociales. Ce suivi est particulièrement souhaitable dans le suivi des patients caractérisés par un trouble de la personnalité ou de personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et durables.

En ce qui concerne les prises en charge :

R27 Formalisation de prises en charge conjointes entre infirmières libérales ou exerçant dans un service de soins somatiques et soignants en psychiatrie, lors de comorbidités psychiatriques

Médecins généralistes

- prévention :

La position spécifique des médecins généralistes dans le système de soins, la continuité des soins auprès de la famille, leur compétence en matière de «guidance» des patients et d'éducation pour la santé, dans le domaine de la santé mentale, nécessitent que ces professionnels soient plus souvent associés à des actions de promotion de la santé mentale dans la communauté.

- prise en charge de la souffrance psychique invalidante :

Les médecins généralistes, acteurs de soins primaires, ont du fait de leur compétence médicale, un rôle à promouvoir en matière de relation d'aide psychologique thérapeutique. Il s'agit notamment de développer une véritable alternative aux traitements médicamenteux parfois inadaptés à la situation de ces personnes.

- accès au dispositif spécialisé :

Les médecins généralistes ont un rôle d'accompagnement des patients vers une prise en charge spécialisée, dans le cadre notamment des relations d'aide précitées. Ce travail de facilitation, de négociation et de médiation joue à la fois pour la prise de contact initiale mais aussi dans le maintien du suivi ou la réorientation ultérieure après rupture du suivi spécialisé en santé mentale.

- soins des troubles mentaux :

En qualité de professionnels médicaux de soins primaires, les médecins généralistes interviennent souvent, au début des troubles liés à une pathologie psychiatrie lourde, avant même qu'un diagnostic soit posé. Ces professionnels doivent disposer des connaissances et de la pratique clinique leur permettant, d'une part, de reconnaître les situations pathologiques, d'autre part, de développer une prise en charge et un suivi adéquat de certains patients, et enfin, d'orienter à bon escient ces patients vers les professionnels spécialisés pour accéder à une prise en charge complémentaire médico-psycho-sociale adaptée à leur situation.

. S'agissant, par exemple, de la dépression, il y a consensus pour reconnaître que la prise en charge par un médecin généraliste peut suffire lorsque celle-ci relève du champ de la plainte ou d'une souffrance inhérente à la personne et nécessiter dans ce cas l'application d'une logique médicale généraliste caractérisée par l'accueil, l'information, l'aide et l'accompagnement du patient prenant en compte sa dimension humaine.

Lorsque la dépression relève de la pathologie psychiatrique, certains soins spécialisés doivent pouvoir être assurés par le médecin généraliste dans le cadre d'un réseau. Il appartient aux médecins généralistes de détecter ce type de situations et de faire appel :

- au psychiatre pour :

- . l'aide au repérage et au diagnostic ;
- . l'aide à la mise en place de stratégies thérapeutiques conduites par le médecin généraliste ;

- à un psychologue pour une complémentarité de prise en charge afin d'agir tant sur les symptômes de la maladie, que sur son processus.

Une orientation du patient dépressif vers le dispositif spécialisé de soins devra être privilégiée dans les situations particulières suivantes : tentatives de suicide ; dépression associée à l'alcoolisme ; dépression associée à un trouble de la personnalité (border line ; évitement ; comportement antisocial) ; demande d'hospitalisation ; en cas de récurrence (3ème épisode dépressif dans les cinq ans).

. S'agissant de patients atteints de schizophrénie, il y a consensus du groupe pour considérer le secteur comme l'unité de soins la plus adaptée pour la prise en charge de ces patients. L'intervention d'une équipe pluridisciplinaire permet de prendre en compte les différents éléments suivants : facteurs familiaux ; personnalité du patient (abord psychopathologique) ; forme de la maladie et insertion sociale.

Cependant, le groupe reconnaît le rôle des médecins généralistes dans le suivi des patients schizophrènes en insistant sur l'importance de l'intervention d'un psychiatre référent :

- au début de la prise en charge en médecine générale, pour poser un premier diagnostic qui évite une perte de temps et d'énergie dans les ressources à mobiliser et engage la qualité des soins ;
- lors de suivis au long cours par une évaluation de l'évolution clinique.

R28 Nécessité d'une réévaluation des compétences en psychiatrie du médecin généraliste par l'amélioration des contenus de leur formation concernant l'appréciation de la gravité des symptômes, des pathologies mentales, et la connaissance des réseaux susceptibles soit de prendre en charge les patients, soit d'apporter une aide au médecin généraliste pour cette prise en charge.

Les formations des médecins généralistes doivent intégrer, outre l'apprentissage de connaissances théoriques, le développement des aptitudes pratiques [formations à l'entretien notamment pour repérer les signes de la dépression, gestion des prescriptions médicamenteuses (pertinence de l'indication initiale ; capacité de remettre en cause ou d'arrêter un traitement psychotrope), connaissance des alternatives non médicamenteuse (telles l'aide psychologique thérapeutique).

La pratique clinique doit donc être enrichie par une formation initiale intégrant ces questions et un stage obligatoire de plusieurs mois permettant d'appréhender, outre les thérapies précitées, les problématiques de santé mentale et la nécessaire articulation des compétences sanitaires et socio-éducatives.

R29 Cette pratique clinique doit également être enrichie par des séances de formation continue:

- . intégrant l'analyse de cas cliniques et d'échanges de pratiques professionnelles entre psychiatres et médecins généralistes. Ces formations devraient permettre notamment de renforcer les connaissances des médecins généralistes sur l'intérêt des traitements spécialisés en psychiatrie, afin d'améliorer leur propension à orienter les patients qui le nécessitent vers une prise en charge spécialisée conjointe. Ces formations devraient être organisées sur un territoire de proximité pour favoriser la constitution de réseaux.
- . basée sur le modèle des travaux de Mickael Balint, pour favoriser les meilleures conditions à la mise en œuvre des relations d'aide psychologique thérapeutique (mise à distance ; supervision..)

R30 Formaliser des consultations d'«avis spécialisés » entre médecins généralistes ou pédiatres et spécialistes. La notion de consultations d'avis spécialisé et de suivis conjoints ne doit pas être interprétée comme une structure complémentaire mais comme une activité différemment conçue dans une structure de consultation existante.

R31 Prévoir une rémunération adaptée pour les médecins généralistes qui assurent le suivi au long cours de patients atteints de troubles mentaux, tant dans le cadre de leur pratique individuelle que dans le cadre du travail en réseau avec les professionnels spécialisés (équipes de secteur ; psychiatres et psychologues libéraux).

Pédiatres

- accès au dispositif spécialisé :

Les pédiatres ont un rôle d'accompagnement des familles vers une prise en charge spécialisée de leur enfant malade, en lien le cas échéant avec les médecins de l'éducation nationale et les professionnels spécialisés.

- soins des troubles mentaux :

En tant que professionnels médicaux de soins primaires pour un certain nombre d'enfants (en libéral ou dans le cadre de la PMI), les pédiatres interviennent souvent, au début des troubles, avant même qu'un diagnostic soit posé. Ces professionnels doivent disposer des connaissances et de la pratique clinique leur permettant, d'une part, de reconnaître les situations pathologiques, d'autre part, d'orienter ces patients vers les professionnels spécialisés pour accéder à une prise en charge médico-psycho-sociale adaptée à leur situation.

Dans les services hospitaliers d'urgence pédiatrique et les services de pédiatrie, les pédiatres participent au soin spécialisé aussi bien en périnatalité, que pour les enfants et les adolescents chaque fois que cela est nécessaire, notamment lorsque l'hospitalisation intervient pour motif psychiatrique dans un service de pédiatrie.

R32 Systématiser pendant la formation initiale des pédiatre, un semestre de stage en service de pédo-psychiatrie.

R33 Dans le cadre de la formation continue, développer la mise en place de formations croisées avec des médecins psychiatres

R34 Formaliser des consultations d'«avis spécialisés» entre pédiatres et spécialistes. La notion de consultations d'avis spécialisé et de suivi conjoints ne doit pas être interprétée comme une structure complémentaire mais comme une activité différemment conçue dans une structure de consultation existante.

Médecins du travail et médecins scolaires

- prévention.

Les médecins du travail et médecins scolaires, professionnels de médecine préventive, ont un rôle essentiel à tenir en matière de «guidance des salariés ou des élèves» dans le domaine de la santé mentale.

En fonction des situations rencontrées, ils favorisent un accès à un suivi psychologique dans les situations de stress ou à un dépistage précoce des troubles mentaux afin de permettre un suivi spécialisé.

Les médecins du travail ont compétence également pour identifier des entités cliniques – par exemple la dépression – qui pourraient être imputées au milieu professionnel, afin de favoriser la mise en place d’actions de prévention adéquates.

- insertion :

A l’égard d’une personne scolarisée ou d’un salarié malade, les médecins scolaires et les médecins du travail ont un rôle essentiel tant en ce qui concerne le maintien de la scolarisation ou d’un poste de travail, que la réintégration dans la vie scolaire ou professionnelle après un arrêt maladie.

Dans ce cadre, il paraît nécessaire de développer un partenariat entre les médecins du travail ou les médecins scolaires et les partenaires extérieurs assurant le suivi psychologique ou sanitaire spécialisé ; ceux-ci méconnaissant encore trop souvent l’environnement scolaire ou professionnel du patient.

R35 Intégrer les médecins scolaires et les médecins du travail dans les programmations en santé et les réseaux formalisés ou non dans le champ de la santé mentale, et renforcer leur connaissance en matière de santé mentale.

Pharmaciens

- Prévention

Le rôle de conseil des patients et d'éducation pour la santé des pharmaciens doit leur permettre d'être plus souvent associés à des actions de promotion de la santé mentale dans la communauté.

- prise en charge de la souffrance psychique invalidante :

Les pharmaciens, acteurs de soins primaires, ont du fait de leur compétence, un rôle à tenir en matière de relation d'aide pour ce public, en lien si besoin avec les médecins généralistes.

- soins des troubles mentaux :

Les pharmaciens ont un rôle essentiel à tenir dans l'accompagnement du soin des personnes malades prises en charge en libéral ou en ambulatoire.

Dans certains cas, notamment pour les patients les plus lourdement atteints, des prises en charge conjointes avec le médecin traitant peuvent être développées par la mise en place d'un système de délivrance fractionnée de médicaments. Cela permet ainsi au pharmacien de veiller à la compliance au traitement en vue d'éviter une aggravation de la situation et/ou une rechute.

R36 Nécessité d'une réévaluation des compétences en psychiatrie du pharmacien par l'amélioration des contenus de leur formation (initiale et continue) concernant :

- **le fonctionnement psychique, la relation et le comportement.**
- **la connaissance des réseaux**
- **les traitements médicamenteux et leur gestion ainsi que les alternatives à ces traitements.**

Orthophonistes

- prise en charge de la souffrance psychique invalidante :

Les orthophonistes assurent des bilans diagnostics et un travail de rééducation dans le cadre de difficultés liées à l'apprentissage de la lecture et à la prononciation.

Ces difficultés peuvent être d'origine psychologique et dans ce cas, nécessiter une complémentarité de prise en charge avec les pédiatres ou médecins généralistes et les psychologues.

- soins spécialisés des troubles mentaux :

Les orthophonistes participent aux soins spécialisés des troubles mentaux par leur travail de rééducation des malades atteints de pathologie psychiatrique lourde, telle que la schizophrénie leur permettant d'acquérir une plus grande autonomie notamment par le développement du langage.

R37 Développer l'intervention de ces professionnels dans les équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie, en lien avec la pédiatrie, notamment dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'actions sur les troubles spécifiques d'apprentissage du langage oral et écrit rendu public en mars 2001.

Aides soignants et aides médico-psychologiques

- soins et insertion des troubles mentaux :

Les aides soignants et les aides médico-psychologiques participent à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique invalidante ou atteintes de troubles mentaux. L'attention de ces professionnels aux comportements des patients leur permet de contribuer également à l'évaluation périodique de leur état de santé et à leur situation en terme de réadaptation.

Parallèlement au développement du travail de l'équipe pluriprofessionnelle, dans une relation individuelle avec les patients, les aides soignants et les aides médico-psychologiques développent également une fonction de «gestionnaire» de la vie communautaire, par leur présence et intervention dans des activités collectives, telles celles organisées par les infirmiers, les ergothérapeutes notamment et dans les lieux interstitiels de soins (couloirs ; salle de repas collectifs...).

R38 Dans le cadre de la formation continue, développer des formations d'adaptation à l'emploi permettant de renforcer les connaissances des aides soignants sur le domaine de la souffrance psychique et de la psychiatrie.

Agents de services hospitaliers

Les agents de services hospitaliers assurent une fonction d'entretien des surfaces communes, des chambres (dont la réfection des lits), ainsi qu'une fonction hôtelière dans les salles de repas collectifs.

Ils participent à la socialisation des patients dans le cadre des soins hospitaliers en psychiatrie caractérisés par une dimension institutionnelle où les relations intersticielles (repas en collectif ; relations dans les couloirs caractérisés par une libre circulation; accompagnement lors de sorties...). Les contacts des agents de services hospitaliers de secteurs de psychiatrie, avec les patients, et la relation sociale qu'ils génèrent, revêtent une importance particulière.

R39 Dans le cadre de la formation continue, développer des formations d'adaptation à l'emploi permettant de renforcer les connaissances des agents de services hospitaliers dans le domaine de la souffrance psychique et de la psychiatrie, dans la limite de leurs compétences.

Masseurs-kinésithérapeutes :

- Soins spécialisés des troubles mentaux :

Les masseurs-kinésithérapeutes assurent des prises en charge individuelles ou collectives soit pour préserver ou rétablir une fonction, soit d'une manière globale dans le cadre d'une médiation corporelle, en tenant compte de l'articulation du corps et de la psyché.

Concernant les modalités d'intervention des kinésithérapeutes, il est évoqué les difficultés à travailler sur prescription écrite en institution.

L'application du nouveau décret de « compétence » de cette profession qui leur permet désormais d'établir un diagnostic kinésithérapique et de définir des objectifs et des moyens de prise en charge, devrait permettre de mieux adapter la rééducation aux besoins du patient et élargit leur champ d'intervention à la prévention.

R40 Adaptation du contenu des formations des masseurs-kinésithérapeutes en vue de mieux les préparer à la prise en charge de patients atteints de troubles mentaux (connaissance et prise en compte de la psychopathologie, information sur l'organisation des soins en santé mentale, importance de la dimension relationnelle du soin). Des modalités d'adaptation à un emploi dans le domaine de la santé mentale seraient de nature à apporter ce complément.

R41 Nécessité d'un travail avec l'équipe pluriprofessionnelle et les partenaires extérieurs pour faire (re)connaître cette profession, garantir le suivi et la continuité des soins kinésithérapiques en extra hospitalier et créer une dynamique de concertation et de recherche de complémentarité.

R42 Développer notamment dans le cadre de formation d'adaptation à l'emploi, des formations croisées avec les infirmiers de secteurs de psychiatrie sur des thèmes transversaux relatifs à la prise en charge de patients atteints de troubles mentaux.

Psychomotriciens

- prévention et accès aux soins :

Dans le cadre de la prévention, l'indication en psychomotricité permet de travailler efficacement la prise de conscience de la nécessité du soin avec des patients qui mettraient en échec une prise en charge trop immédiatement questionnante sur le plan personnel, notamment une psychothérapie.

- prise en charge de la souffrance psychique :

Les psychomotriciens, par la mise en œuvre d'une médiation corporelle, ont un rôle important à tenir dans les services hospitaliers de soins somatiques, tels la cancérologie, ou dans les services de gériatrie ; services dans lesquels le soin au malade doit aussi se poser en terme de santé mentale, dans le sens d'une prise en charge de la souffrance psychique, des angoisses corporelles liées à la maladie.

- Soins spécialisés des troubles mentaux :

Les psychomotriciens proposent au cours de la période d'observation un espace d'évaluation (bilan psychomoteur ou observation psychomotrice) dont le matériel clinique n'est pas seulement le compte rendu des résultats d'une série de tests psychomoteurs (équilibre, latéralité, tonus, rythme, orientation temporo-spatiale...) mais aussi une vue d'ensemble des manques structurels du patient pour tout ce qui concerne les liens entre la psyché et le corps.

Dans le cadre du suivi des patients, les psychomotriciens s'emploient à construire ou reconstruire avec le patient des expériences corporelles qui lui permettent de distinguer le dedans du dehors, ce qui lui appartient de ce qui lui est étranger, de restaurer et donner du sens aux liens psychisme-manifestations corporelles. Ils travaillent ainsi à l'émergence des contenus psychiques qu'il appartiendra au psychiatre ou au psychologue d'interpréter et qui permettront un travail psychothérapeutique.

R43 Développer l'intervention de ces professionnels dans les équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie. Si les psychomotriciens sont maintenant bien implantés et reconnus dans le secteur de la pédopsychiatrie, il demeure pour le secteur de la psychiatrie adulte la nécessité d'un travail avec l'équipe pluriprofessionnelle et avec les partenaires extérieurs pour faire (re)connaître cette profession.

R44 Permettre le développement du secteur libéral de cette profession en accélérant l'obtention d'un conventionnement sécurité sociale, pour le remboursement des actes, au même titre que les autres techniques paramédicales effectuées sur prescription médicale (orthophonie, kinésithérapie).

Ergothérapeutes

- soins spécialisés des troubles mentaux et réadaptation :

S'agissant des ergothérapeutes de secteurs de psychiatrie

Les ergothérapeutes assurent dans les secteurs de psychiatrie, des suivis individuels ou en groupe des personnes malades. Ils développent un espace thérapeutique d'interaction entre la personne malade et l'environnement par des mises en situation réelles ou simulées à partir de l'utilisation d'objets de médiation (ateliers d'expression et de réalisation technique artistique...).

- réinsertion

Les ergothérapeutes, par leurs méthodes d'exercice, interviennent sur les personnes en souffrance psychique invalidante ou atteintes de troubles mentaux et leur environnement, conformément à leur projet de vie, pour leur permettre de tendre vers une plus grande autonomie possible tant sur le plan de l'intégration sociale que sur celui de l'indépendance économique.

L'intervention des ergothérapeutes permet d'évaluer la situation de patients stabilisés dans le cadre d'un projet de réadaptation et réinsertion, notamment par l'observation de leur capacité à se concentrer sur une activité ou un travail.

R45 Développer l'intervention de ces professionnels dans les équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie et dans les institutions médico-sociales ;

R46 Permettre à des patients suivis en libéral d'accéder à des activités de groupe réalisées par les ergothérapeutes dans les secteurs de psychiatrie, notamment en extra-hospitalier.

Assistants de service social

- prévention :

S'agissant des assistants de service social exerçant en secteur de psychiatrie :

Les assistants sociaux de secteur de psychiatrie ont une double appartenance : le secteur social du fait de leur formation initiale et le secteur sanitaire du fait de leur lieu d'exercice. Ils se situent donc à l'intersection du sanitaire et du social et contribuent à favoriser les échanges et les interactions entre ces deux champs, afin de permettre aux patients de maintenir leur qualité de sujet et de citoyen.

Ils doivent pouvoir participer, en vue d'une meilleure programmation des actions de prévention en santé mentale auxquelles le secteur intervient, au travail de liens et recensement des besoins dans ce domaine auprès des institutions éducatives, sociales et médico-sociales.

Leur bonne connaissance de l'environnement social et médico-social, lié aux relations interpersonnelles établies avec d'autres professionnels dans le cadre de la préparation à la réadaptation ou réinsertion de patients, peuvent les conduire à tenir un rôle de coordination des actions de prévention du secteur en lien avec le champ éducatif, social et médico-social dans le cadre d'un travail en réseau. Une telle fonction nécessite une identification précise par le médecin chef de service.

- accès aux soins.

Par leur action dans la communauté, les assistants sociaux ont un rôle dans l'accompagnement des personnes dont ils ont la charge, vers une démarche de soin.

- soins :

S'agissant des assistants de service social exerçant en secteur de psychiatrie :

Ils participent, par des évaluations sociales, à la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé permettant la prise en compte de la famille et du milieu environnemental (socio-économique) du patient.

Dans le cadre de ce projet thérapeutique, ces professionnels ont un rôle d'interface entre le patient et/ou la famille et l'équipe mais aussi un rôle de mise en relation avec les partenaires extérieurs concernés ou à mobiliser.

- réhabilitation ; réinsertion.

S'agissant des assistants de service social exerçant en secteur de psychiatrie :

En lien avec leur travail de mobilisation des ressources locales en matière de réadaptation et réinsertion, ils assurent le diagnostic social des patients et de leur famille en vue de la (ré)insertion ou (ré)habilitation des patients stabilisés ainsi qu'un travail d'accompagnement du patient dans le cadre de ces démarches sociales.

Les assistants sociaux du secteur de psychiatrie peuvent, en outre, tenir une fonction de conseil ou d'appui auprès des familles, professionnels spécialisés libéraux ou institutions

sociales et médico-sociales, concernant l'interface entre le soin et l'insertion.

R47 Renforcer le nombre d'assistants sociaux dans les secteurs de psychiatrie.

R48 Offrir la possibilité à des assistants de service social de secteur de psychiatrie de tenir une fonction de «coordonnateur de prévention», en lien avec le médecin chef de service, pour recenser, auprès des partenaires institutionnels des champs éducatifs, social, médico-social et sanitaire, les besoins en matière d'actions de prévention en santé mentale auxquelles les secteurs de psychiatrie dans un bassin géographique donné seraient appelés à participer, permettant ainsi d'aboutir à une programmation des actions de prévention. Il est précisé que cette fonction est différente de celle des assistants de service social de secteur dans le domaine de la prévention et de l'insertion.

Educateurs spécialisés et autres travailleurs sociaux

- prévention

Les interventions à caractère socio-éducatif proposées par les travailleurs sociaux du champ médico-social, social ou socio-éducatif permettent de «prendre soin» de la personne en souffrance psychique.

- prise en charge de la souffrance psychique invalidante :

S'agissant des éducateurs spécialisés

A la limite de la prévention et d'une prise en charge précoce des troubles mentaux, des éducateurs spécialisés assurent, dans le cadre de leurs institutions, des prises en charge psycho-pédagogiques.

S'agissant des éducateurs spécialisés exerçant en secteur de psychiatrie

Lors de situations de souffrance psychique complexes et/ou touchant des publics cibles caractérisés par un faible accès aux soins spécialisés pour troubles mentaux (adolescents ; personnes en exclusion sociale ; personnes âgées; personnes détenues...), et compte-tenu de leur expérience particulière dans le domaine éducatif, l'intervention directe des éducateurs spécialisés de secteur psychiatrique, en lien avec les professionnels médico-sociaux non spécialisés, est importante au regard de la double nécessité de l'accès et de la continuité des soins spécialisés.

Ces interventions doivent figurer au protocole de fonctionnement et d'organisation des procédures de soins du secteur.

- accès aux soins spécialisés :

Pour certaines personnes suivies en institution sociale ou médico-sociale, l'intervention du travailleur social sera essentielle pour amorcer et accompagner la démarche de soin. Ce travail d'accompagnement doit dans ce cas pouvoir être soutenu et relayé par les professionnels spécialisés, voire le médecin généraliste.

- soins des troubles mentaux :

S'agissant des éducateurs spécialisés exerçant en secteur de psychiatrie :

Les membres du groupe soulignent leur rôle au sein de l'équipe pluriprofessionnelle, rappelant qu'ils concourent à l'éducation d'enfants ou au soutien d'adultes présentant des déficiences psychiques. Ils aident les personnes en difficulté à restaurer ou à préserver leur autonomie.

Formés à penser la personne dans sa totalité et dans son environnement, ils disposent d'outils de médiation pour étayer la relation et situer leur action dans le cadre de partenariats. Ces professionnels occupent une place reconnue en psychiatrie, auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes et contribuent à favoriser les complémentarités nécessaires entre le champ sanitaire et le champ médico-social.

Leurs modalités d'intervention diffèrent en pédo-psychiatrie et en psychiatrie adulte :

- dans les secteurs de pédo-psychiatrie, les éducateurs spécialisés participent aux actions soignantes en privilégiant l'abord éducatif ,
- dans les secteurs de psychiatrie générale, la fonction des éducateurs spécialisés conjugue à la fois l'approche socio-éducative et celle de la réinsertion des adultes en difficulté du fait de leur fonction d'interface importante avec le médico-social.

De par leur double culture, sanitaire et sociale, les éducateurs spécialisés sont particulièrement compétents pour assurer, en binômes avec les soignants, des interventions de crise notamment lorsqu'elles concernent les adolescents.

Ils peuvent également assumer une fonction de référent du suivi global médico-psychologique au long cours en lien avec les professionnels infirmiers, pour certains patients.

Concernant l'hospitalisation en psychiatrie, et plus particulièrement en pédo-psychiatrie, le groupe constate la difficulté à définir un mode d'intervention spécifique à ces professionnels et la tendance à une faible intégration d'éducateurs spécialisés dans les équipes intra-hospitalières. Cette situation semble essentiellement due à la diminution de la durée de l'hospitalisation et à l'intensification du soin médical pendant cette période de prise en charge.

C'est l'organisation de l'équipe pluriprofessionnelle qui doit cependant permettre, pendant toute période d'hospitalisation et quelle que soit sa durée, cette synergie, chaque professionnel gardant sa spécificité. Il importe donc que le médecin, responsable de l'organisation des soins et animateur de l'équipe pluriprofessionnelle s'assure que subsiste la particularité des travailleurs sociaux dans le suivi intra-hospitalier des patients.

S'agissant des travailleurs sociaux exerçant dans des institutions médico-sociales ou sociales

Il est essentiel de renforcer la compétence des équipes pluridisciplinaires des institutions médico-sociales et celle des travailleurs sociaux relevant d'institutions sociales (CHRS, dispositif d'hébergement), dans l'accompagnement psycho-social de ces personnes, dans le cadre :

- de co-prises en charge avec les professionnels spécialisés, notamment lors du suivi de personnes souffrant de troubles de la personnalité, et/ou d'adolescents et jeunes adultes border line ;
- d'un suivi au long cours de (ré)adaptation et (ré)insertion sociale de malades atteintes d'une pathologie psychiatrique grave et durable, en complémentarité d'une prise en charge sanitaire assurée par le dispositif de soins spécialisés (psychiatres et psychologues libéraux, équipes de secteurs

R49 Favoriser un travail spécifique du champ social et médico-social sur les compétences à mobiliser dans le cadre du suivi de personnes en souffrance psychique ou atteintes de troubles mentaux avérés. (cf. saisine du Conseil supérieur du travail social par Mme Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, pour une réflexion sur les métiers du champ social dans le domaine de la santé mentale).

R50 Inciter à la création de normes ou référentiels de pratiques en matière de médico-social pour les adultes, à l'instar de ceux existant pour le médico-social pour enfants.

R51 Organiser dans le cadre de la formation continue, des sessions permettant de développer les pratiques psycho-pédagogiques concernant l'accompagnement des personnes en souffrance psychique invalidante.

R52 Développer dans le cadre de la formation continue, des formations conjointes de travailleurs sociaux et de personnels infirmiers de secteur de psychiatrie permettant une transversalité dans les prises en charge et une meilleure intrication entre le travail du secteur de psychiatrie et les institutions médico-sociales dans le suivi des patients caractérisés par un trouble de la personnalité et dans le suivi au long cours de personnes souffrant de troubles psychiatriques graves et durables.

R53 Adapter, dans le cadre de la formation continue des travailleurs sociaux exerçant en secteur de psychiatrie, la formation des personnels éducateurs intervenant dans le champ de la psychiatrie au regard des évolutions de cette prise en charge : émergence de nouvelles demandes (adolescents ; personnes âgées en maison de retraite...); diversification des missions (psychiatrie de liaison, intersectorialité, travail en réseau, intervention dans la communauté au plus près des lieux d'exclusion) ; enjeux éthiques croissants (conditions d'hospitalisation sans consentement à concilier avec l'ouverture des services).

Cadres de santé et cadres socio-éducatifs des établissements de santé

Le rôle des cadres infirmiers et des cadres socio-éducatifs des établissements de santé est primordial pour favoriser les dynamiques de mobilisation conjointe des compétences paramédicales et sociales au sein des établissements de santé et notamment dans les établissements de santé généraux, entre les services somatiques et les services de psychiatrie ainsi qu'en partenariat avec les autres acteurs des champs éducatif, social et médico-social.

Leur participation aux formations initiales des professionnels et leur compétence en matière d'organisation de formations intra et extra hospitalière, font de l'intervention de ces professionnels, un des leviers essentiels de l'évolution des pratiques professionnelles dans le domaine de la santé mentale.

R54 Intégrer les cadres infirmiers et socio-éducatifs des établissements de santé dans les programmations en santé et les réseaux formalisés ou non dans le champ de la santé mentale et revoir les logiques actuelles de formation.

Membres du groupe de travail relatif à «l'évolution des métiers en santé mentale»

Les travaux du groupe ont été pilotés et coordonnés par la Direction générale de la santé :

M Bernard BASSET, Sous-directeur de la sous-direction de la santé et de la société

Mme Nathalie CUVILLIER, Chef du bureau SD6C de la santé mentale,

Mme Murielle RABORD, Attachée d'administration centrale, bureau SD6C santé mentale

M. Jean-Claude CHASTANET, Attaché d'administration centrale, bureau SD6C santé mentale.

Le groupe était composé de :

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – DHOS

Mme Nathalie VIARD, Inspecteur principal des affaires sanitaires et sociales

M. Etienne CAIRE, Directeur de projet psychiatrie à la DHOS

Direction générale de l'action sociale - DGAS

Mme le Dr Martine BARRES, Médecin inspecteur de santé publique

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - DREES

Mme le Dr Claudine PARAYRE (ou Mme le Dr Emmanuelle SALINES), Médecins inspecteurs de santé publique,

Mme Martine BAGIEU (ou Mme Mireille BOUSKELA)

psychologue libérale à Agen, désignée par le Syndicat Nationale des Psychologues (SNP)

M. le Dr François BRIDIER

Pédopsychiatre, CHS-CMP de Cadillac, désigné par le syndicat des psychiatres d'exercice public - SPEP

M. Jean-Claude CHARLERY

Psychologue, CMP de Champigny sur Marne (94500) et CMP du Perreux (94170) – CHS Les Murêts désigné par laCFE– CGC (fédération française des professions de santé et de l'action sociale)

M. Francis DUFOUR

infirmier de secteur psychiatrique, CHS de Clermont de l'Oise, désigné par FO (fédération des personnels des services publics et des services de santé)

M. le Dr Jean-Luc GALLAIS

médecin généraliste, CMS Aubervilliers, directeur du conseil scientifique de la Société Française de Médecine Générale, désigné par MG France (Fédération Française des Médecins Généralistes)

Mme le Dr Nicole GARRET-GLOANEC

Pédopsychiatre, CHRU-CMP à Nantes, désignée par le syndicat des psychiatres des hôpitaux - SPH

Mme le Pr Christine HARDY-BAYLE

Psychiatre, CH de Versailles, Directeur médical du réseau « santé mentale » des Yvelines Sud, désignée par le syndicat national universitaire de psychiatrie – SNUP

M. Gérard HERMANT (ou M. Pierre AUBERT)

psychomotricien et formateur, foyer de protection sociale Vaugirard et Institut supérieur de rééducation psychomotrice, désigné par la CFTC (fédération nationale des syndicats chrétiens des personnels actifs et retraités des services de santé et des services sociaux)

M. le Dr Jean-Jacques LABOUTIERE

psychiatre libéral, Mâcon, désigné par le syndicat national des psychiatres privés

Mme Jacqueline MESNARD

cadre socio-éducatif (assistante sociale), désignée par la CGT (fédération de la santé et de l'action sociale)

Mme Martine MILLET

cadre kinésithérapeute, CHS Vinatier, désignée par la FNA

Mme le Dr Sylvie PERON

Psychiatre, CHG d'Argenteuil, désignée par le syndicat des psychiatres de secteur – SPS

Mme Laurence TINIERE

infirmière de secteur psychiatrique, CH d'Evry, désignée par la CGT (fédération de la santé et de l'action sociale)

M. Dominique TOUSSAINT

éducateur spécialisé, centre psychothérapeutique de Nancy – CHS, désigné par la CFDT (fédération nationale des syndicats des services de santé et des services sociaux)

M. Jacques AUGIER

directeur d'hôpital, CHS de Bourges, désigné par le syndicat national des cadres hospitaliers – SNCH

M. Joël MARTINEZ

directeur d'hôpital, Groupe Hospitalier du Havre, désigné par le SNCH

M. Pierre COUQUET (ou Mme Camille FELDER)

représentant de famille des usagers en santé mentale, désigné par l'UNAFAM

M. Jean PERRONNEAU (ou Mme FINKELSTEIN)

représentant d'utilisateur en santé mentale, désigné par la FNAP-PSY

Mme Mireille WILLAUME

Directeur régional des affaires sanitaires et sociales du Nord-Pas-de-Calais, désigné par le président de la conférence des DRASS

M. Benoît PÉRICARD (représenté par M. Marc ELLION ou M. Patrick COLOMBEL)

Directeur d'agence régionale de l'hospitalisation des Pays-de-Loire, désigné par la coordination des directeurs d'ARH

Auditions

- M. Jean-François BAUDURET, Chargé de mission à la DGAS, pour une présentation de la réforme de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.
- M. Guy BAILLON, Chef de service à Bondy pour une présentation du fonctionnement de son secteur de psychiatrie en matière d'accueil et de réponse à l'urgence et à la crise.
- M. Daniel BRANDEHO, ancien directeur d'une Maison d'Accueil Spécialisée à St-Etienne
- Mme Christine BRONNEC, directrice administrative et financière du Réseau de santé mentale Yvelines Sud et Mme le Pr Marie-Christine HARDY-BAYLE, directrice médicale de ce Réseau
- Mme Alice DAZORD, chercheur INSERM, pour la présentation de ses travaux dans le domaine de l'évaluation des psychothérapies
- M. Claude JOUBERT, sociologue au RESCCOM, sur ses travaux dans le domaine de la souffrance psychique
- M. les Dr PIEL et ROELANDT pour une présentation de leur rapport sur «la psychiatrie vers le champ de la santé mentale» ;
- Mme le Dr Anne-Marie ROYER, pédopsychiatre au CHS de La-Roche-Sur-Yon, sur l'activité de son unité pour adolescents dans le domaine de la prévention en lien avec différents partenaires institutionnels
- M. le Dr Marc WINDISCH, psychiatre au CHS D'Esquirol, pour la présentation d'une équipe mobile d'urgence médico-psychologique intervenant en milieu scolaire après un suicide ou une tentative de suicide

Par ailleurs, ont été remis aux membres du groupe de travail :

- un article relatif aux formations interprofessionnelles entre soignants du champ spécialisé en psychiatrie et travailleurs sociaux, de M. Marcel JAEGER, directeur du centre de formation BUC Ressources, paru en 1999 ;
- le rapport de conclusions des travaux du groupe de travail mis en place par la Fédération Hospitalière de France concernant «La démographie médicale en santé mentale», d'octobre 2001.
- l'intervention de M. le Dr Charles ALEZRAH «Après les derniers rapports sur la démographie médicale : relevé de propositions», lors de la Conférence des Présidents de CME de CHS du 18 octobre 2001.
- une contribution de M. Jacques HOVER, Président du Groupe d'Etudes et de Recherches sur le Service Social en Psychiatrie sur «Le service social en psychiatrie», 4 janvier 2002.

Sommaire

| | |
|---------|--|
| Page 2 | Préambule |
| Page 4 | <u>I - Introduction</u> |
| Page 4 | I.1 Objectifs du groupe de travail |
| Page 4 | I.2 Méthodologie adoptée |
| Page 5 | I.3 Constats |
| Page 5 | A/ Évolution de la demande de soins |
| Page 6 | B/ Caractéristiques de l'offre |
| Page 6 | I.4 Définitions |
| Page 6 | A/ santé mentale |
| Page 7 | B/ souffrance psychique |
| Page 7 | <u>II- Principe général permettant d'améliorer la réponse aux besoins de soins</u> |
| | II.1 L'approche par compétences : 3 niveaux d'intervention |
| Page 8 | A) L'identification des 3 niveaux |
| Page 9 | B) L'impact attendu de cette organisation |
| Page 9 | C) Les exigences attachées à cette organisation |
| Page 11 | <u>Tableau</u> : Acteurs compétents par niveau d'intervention |
| Page 12 | <u>Tableau</u> : Compétences et missions des 3 niveaux d'intervention |
| Page 13 | <u>Tableau</u> : Moyens d'ajuster le niveau de compétence attendue par niveau d'intervention. |
| Page 14 | II.2 La complémentarité entre les 3 niveaux : la nécessité du travail en réseau |
| Page 14 | A) La permanence des dialogues entre les 3 niveaux |
| Page 16 | B) Les échanges de pratique professionnelle inscrits dans la durée |
| Page 16 | C) Les outils permettant la constitution et le fonctionnement des réseaux |
| Page 17 | II.3 Le rôle central des usagers et de leurs familles |
| Page 17 | A) L'information, gage d'une prise en charge de qualité |
| Page 17 | B) La participation, outil d'adhésion aux soins et d'observance du traitement |
| Page 17 | C) La représentation collective des usagers |
| Page 18 | <u>III - Principes généraux relatifs à chaque niveau d'intervention</u> |
| Page 18 | III.1 : Niveau : Professionnels spécialisés du champ sanitaire |
| | III.1.1 Prévention : niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire |
| Page 18 | A) Le rôle essentiel des professionnels spécialisés du champ sanitaire dans l'expertise et la validation des stratégies de prévention et l'appui à la mise en œuvre de démarches de prévention dans la communauté. |
| Page 18 | B) L'intervention permettant le repérage précoce des troubles mentaux et/ou une réduction des risques. |
| Page 19 | C) La nécessité pour le secteur de psychiatrie de garantir une coordination de ses interventions dans la communauté. |
| | III.1.2 Urgence : niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire |
| Page 20 | A) Le travail d'accueil des personnes en crise, gage d'un soin librement consenti |
| Page 20 | B) La nécessaire régulation de l'urgence médico-psychologique |
| Page 20 | C) La complémentarité du service rendu à la personne et aux institutions et professionnels y exerçant. |
| | III.1.3 Soins : niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire |
| Page 21 | A) Le rôle primordial du secteur pour animer le dispositif de soins spécialisés public ou privé |
| Page 21 | B) Un nécessaire accueil à bref délai |
| Page 22 | C) L'élaboration collective des procédures de soins du secteur, sous l'autorité du psychiatre, chef de service |
| Page 23 | D) L'identification d'une fonction de « professionnel référent au long cours». |
| Page 23 | E) La réaffirmation du rôle de la psychothérapie dans le champ du soin |
| Page 25 | F) Le développement des prises en charge conjointes somatique et psychiatrique |

| | |
|---------------------------|---|
| | III.1.4 Réinsertion : niveau d'intervention des professionnels spécialisés du champ sanitaire |
| Page 25 | A) Les professionnels spécialisés, auteurs du projet de réhabilitation et de réinsertion |
| Page 25 | B) L'indispensable complémentarité des prises en charge sanitaire et sociale |
| Page 26 | III.2 : Niveau : Professionnels de soins primaires |
| | III.2.1 Prévention : niveau d'intervention des professionnels de soins primaires |
| Page 26 | A) La prise en compte de la dimension psychologique des personnes |
| Page 26 | B) Le développement de la prévention chez les acteurs de soins primaires |
| Page 26 | C) Le repérage des troubles mentaux |
| | Urgence : niveau d'intervention des professionnels de soins primaires |
| Page 27 | Le travail d'accueil et de lien lors des situations d'urgence |
| | Soins : niveau d'intervention des professionnels de soins primaires |
| Page 27 | A) Le rôle accru des soignants non spécialisés, étayé par une pratique en réseau et un recours plus précoce à un avis spécialisé |
| Page 27 | B) Les conditions de passage entre intervenants non spécialisés et intervenants spécialisés en santé mentale. |
| | Réinsertion : niveau d'intervention des professionnels de soins primaires |
| Page 28 | Un accompagnement à la vie sociale éclairé par un regard clinique |
| Page 28 | III.3 Niveau : Intervenants de 1^{ère} ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux. |
| | Prévention : intervenants de 1^{ère} ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux. |
| Page 28 | A) L'importance des actions relevant du champ social ou éducatif |
| Page 28 | B) La prise en compte de la dimension psychologique des personnes |
| Page 29 | C) La participation à la prise en charge de la souffrance psychique invalidante dans le cadre d'une relation d'aide. |
| | Urgence : intervenants de 1^{ère} ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux. |
| Page 29 | Le travail d'accueil et le lien permettant de limiter les situations de crise |
| | Soins : intervenants de 1^{ère} ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux. |
| Page 30 | A) L'accompagnement vers une démarche de soins |
| Page 30 | B) L'appui aux soins par un cadre social adéquat et complémentaire |
| | Réinsertion : niveau d'intervention des intervenants de 1^{ère} ligne auprès des personnes en difficultés psychiques ou atteintes de troubles mentaux. |
| Page 30 | A) Le nécessaire soutien des acteurs de 1 ^{ère} ligne par les intervenants spécialisés |
| Page 30 | B) L'accompagnement thérapeutique par des intervenants spécialisés |
| Page 32 | IV - Conséquences de ces principes généraux sur l'évolution des métiers et compétences en santé mentale. |
| Page 32 Conclusion | |
| Page 33 | Fiches par intervenants et métiers |
| Page 34 | Associations d'usagers et de familles de malades |
| Page 35 | Gérants de tutelle |
| Page 36 | Services de téléphonie sociale, composés notamment de bénévoles, œuvrant dans le champ de l'aide aux situations de détresse, mal-être et de solitude et/ou de la prévention du suicide. |
| Page 37 | Familles d'accueil |
| Page 38 | Ensemble des intervenants sanitaires et sociaux |
| Page 39 | Médecins psychiatres |
| Page 42 | Psychologues |
| Page 45 | Equipes du SAMU |
| Page 46 | Secrétaires médicales |
| Page 47 | Infirmiers |
| Page 52 | Médecins généralistes |
| Page 55 | Pédiatres |
| Page 56 | Médecins du travail et médecins scolaires |
| Page 57 | Pharmaciens |

| | |
|---------|--|
| Page 58 | Orthophonistes |
| Page 59 | Aides soignants et aides médico-psychologiques |
| Page 60 | Agents de services hospitaliers |
| Page 61 | Masseurs-kinésithérapeutes |
| Page 62 | Psychomotriciens |
| Page 63 | Ergothérapeutes |
| Page 64 | Assistants de service social |
| Page 66 | Educateurs spécialisés et autres travailleurs sociaux |
| Page 69 | .Cadres de santé et cadres socio-éducatifs des établissements de santé |
| Page 70 | Liste des membres du groupe de travail |
| Page 72 | Professionnels auditionnés par les membres du groupe de travail |
| Page 73 | Sommaire |

ANNEXE :

- **Compte-rendu des réunions du groupe de travail**
- **Contribution des membres du groupe de travail**
- **Eléments relatifs aux démographies professionnelles**