

AVRIL 2024

RÉPONDRE À L'URGENCE ET BÂTIR L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE

LES PROPOSITIONS
DE LA FHF

AVANT-PROPOS

Le groupe de travail psychiatrie de la FHF

La constitution d'un groupe de travail sur la psychiatrie est la traduction d'un engagement résolu de la Fédération hospitalière de France envers l'amélioration continue des parcours de soins des patients et de la situation de la psychiatrie publique qui en assure la majeure prise en charge en France. Placé sous la présidence du D^r Sylvie Péron, ce groupe réunit une trentaine de membres, aux profils variés et exerçant dans différents types d'établissements. Ces membres sont reconnus à la fois pour leur expertise de terrain, mais également pour leurs éclairages précieux sur les défis actuels en matière de psychiatrie.

Fortement ancré dans une démarche proactive, ce groupe tire son inspiration des travaux précédents de la FHF, tant sur la psychiatrie adulte¹ que sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent². Son objectif principal est d'approfondir ces propositions, de les expertiser, et de les faire évoluer à la lumière des conséquences de la pandémie de Covid-19 et des difficultés accrues rencontrées par la psychiatrie.

Ces travaux de réflexion ont été précédés par le lancement d'une enquête auprès de l'ensemble des établissements publics autorisés en psychiatrie, pour dresser un diagnostic précis des capacités, des ressources humaines, de l'accès aux soins et de l'offre de soins. Avec 48% de répondants, cette enquête a constitué une étape essentielle pour recueillir des données tangibles ainsi que des propositions concrètes issues du terrain. S'appuyant sur les enseignements issus de cette enquête, les membres du groupe de travail ont ainsi pu élaborer différentes propositions portant sur l'organisation territoriale des soins, les modalités de prise en charge des patients et les ressources humaines.

Le présent livret est la première publication d'un travail au long cours. Les réflexions et travaux se poursuivent sur d'autres thématiques essentielles telles que le financement, la recherche, ou encore les droits des patients. Ces sujets feront l'objet de propositions au sein d'une prochaine publication.

¹ Propositions de la FHF pour la psychiatrie et la santé mentale, 2015.

² Propositions de la FHF pour la promotion et le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2019.

ÉDITO



Zaynab RIET

*Déléguée générale de la Fédération
hospitalière de France*

Arnaud ROBINET

*Président de la Fédération
hospitalière de France*



La pandémie de Covid-19 a rappelé toute l'importance de la santé mentale au sein de nos sociétés. Avec près d'une personne sur cinq touchée par des troubles mentaux au cours de sa vie, et une souffrance psychique amplifiée par les bouleversements sociaux et économiques, il est impératif de repenser notre approche en matière de psychiatrie pour faire face aux besoins actuels et futurs.

L'offre de soins en psychiatrie souffre de difficultés majeures, et d'une répartition inégale sur le territoire. L'enquête lancée par la FHF auprès des établissements publics à l'été 2023 a mis en évidence qu'un quart des établissements se déclarent en grande difficulté pour répondre à la demande. L'accès aux soins constitue un enjeu crucial et une urgence, nécessitant la mise en œuvre d'actions concrètes pour garantir une prise en charge équitable pour toutes et tous.

Dans ce paysage, le secteur public joue et continuera de jouer un rôle prépondérant dans la prise en charge des patients. Il assure en effet le suivi de la grande majorité des patients, en ambulatoire et en hospitalisation, et la prise en charge des pathologies lourdes et des patients aux situations les plus complexes. Cependant, des défis persistent, notamment en termes d'accès aux soins et de répartition de l'offre sur le territoire.

C'est la raison pour laquelle la FHF et les établissements publics, forts de leur expertise et de leur connaissance approfondie de la réalité du terrain, formulent plusieurs propositions afin de garantir les parcours de soins des patients atteints de pathologies psychiatriques.

Ces propositions très précises sont le fruit d'une réflexion approfondie menée par plus d'une trentaine d'experts de profils variés issus d'établissements de toute la France, que nous remercions chaleureusement.

Le premier volet de propositions, objet du présent livret, porte sur l'organisation territoriale des soins, les parcours de prise en charge, et l'amélioration de l'attractivité des métiers.

Un second volet sera présenté lors du second semestre 2024 et portera sur la recherche en psychiatrie, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ou encore les droits des patients.

Bâtir l'avenir d'une psychiatrie à la hauteur des besoins et des attentes de la population constitue un véritable enjeu de société. Ce défi implique de prendre des mesures concrètes à court et à long terme. Y répondre exige une vision prospective et ambitieuse, capable de répondre aux besoins évolutifs de la société en matière de santé mentale. Cela exige aussi que les pouvoirs publics se saisissent pleinement des propositions que formulent les acteurs de terrain. Ce cahier de propositions a vocation à y contribuer.

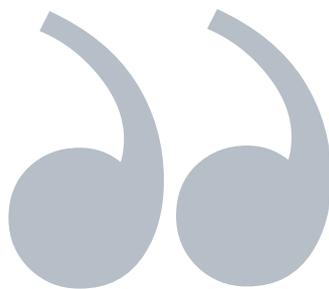


TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

| | |
|--|---|
| Le groupe de travail psychiatrie de la FHF | 3 |
|--|---|

| | |
|-------------|---|
| ÉDITO | 4 |
|-------------|---|

| | |
|------------------------------------|---|
| LES PROPOSITIONS EN SYNTHÈSE | 8 |
|------------------------------------|---|

PARTIE 1

| | |
|---|----------|
|  RÉAFFIRMER les grands principes de l'organisation des soins en psychiatrie | 9 |
|---|----------|

| | |
|--|----|
| 1. Garantir l'accès, la sécurité et la continuité des soins sur l'ensemble du territoire français en établissement | 10 |
| 2. Réaffirmer le secteur comme socle de la prise en charge tout en l'adaptant | 12 |
| 3. Renforcer la place de l'ambulatoire et le rôle des Centres médico-psychologiques (CMP) | 13 |
| – Garantir un accès pour tous au CMP | 13 |
| – Recourir à d'autres dispositifs d'accès aux soins pour désengorger les CMP | 14 |

PARTIE 2

| | |
|--|-----------|
|  FAIRE ÉVOLUER nos modes de prise en charge pour répondre aux besoins de santé | 15 |
|--|-----------|

| | |
|---|----|
| 1. Faire évoluer les objectifs de l'hospitalisation complète | 16 |
| – Interroger les objectifs de l'hospitalisation | 16 |
| – Faire évoluer l'organisation de l'hospitalisation complète pour répondre à l'objectif de bonne prise en soin des patients | 18 |
| 2. Soutenir et accompagner les établissements dans l'évolution des pratiques de soins et le renforcement de l'ambulatoire | 18 |
| – Renforcer les modes alternatifs à l'hospitalisation | 18 |
| – S'appuyer sur l'utilisation d'outils numériques à certaines étapes du parcours | 19 |
| – Renforcer la qualité des soins au profit des patients | 19 |
| 3. Mettre en adéquation les pratiques de soins et les attentes des professionnels | 20 |
| – Développer les partages dans les exercices en psychiatrie | 20 |
| – Développer les réunions institutionnelles pour encadrer les équipes | 21 |
| – Donner davantage de sens aux équipes sur leurs pratiques | 21 |
| 4. Renforcer la place de la psychiatrie médico-légale | 21 |

PARTIE 3



RENFORCER le lien entre la psychiatrie et les acteurs du territoire 23

1. Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires du secteur de la santé 24
 - Renforcer les liens avec la médecine de ville 24
 - Favoriser les organisations permettant la bonne orientation des situations d'urgence 25
 - Structurer et mutualiser la permanence des soins sur les territoires 25
2. Renforcer les liens entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux 26
 - Favoriser une approche globale des personnes âgées 26
 - Prendre en charge la santé mentale des personnes handicapées 27
3. Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires territoriaux de la psychiatrie et de la santé mentale 28
 - Évaluer, soutenir et développer les PTSM 28
 - Développer et structurer les liens avec les institutions publiques locales 29

PARTIE 4



DÉVELOPPER l'attractivité des métiers de la psychiatrie, et reconnaître les professionnels qui les exercent 31

1. Communiquer sur la psychiatrie pour améliorer la connaissance de cette spécialité médicale et lutter contre les idées reçues 32
 - Faire découvrir la psychiatrie aux jeunes générations 32
 - Favoriser les stages en psychiatrie pour susciter des vocations 33
 - Structurer une démarche territoriale pour attirer et fidéliser les professionnels de la psychiatrie 34
2. Renforcer la formation des professionnels 35
 - Consolider la formation initiale et continue des infirmiers 35
 - Développer le recours aux infirmiers en pratique avancée (IPA) et favoriser leur formation 35
3. Faire évoluer les statuts des professionnels pour une meilleure reconnaissance 36
 - Mieux reconnaître l'exercice à l'hôpital des médecins 36
 - Reconnaître les métiers de la psychiatrie 36
 - Encourager l'exercice professionnel en UMD ou UHSA 37
4. Améliorer les conditions de travail en établissement psychiatrique et redonner du sens au travail 37
 - Développer de nouveaux rythmes de travail 37
 - Répondre aux enjeux de charge en soins 37
 - Réduire la contrainte administrative pour donner du temps auprès des patients 38
 - Partager les contraintes au sein des établissements et sur les territoires 38
 - Développer la délégation de tâches et faire évoluer les missions des professionnels 39
 - Développer le management participatif à tous les niveaux 40

ANNEXE

Composition du groupe de travail 41

LES PROPOSITIONS EN SYNTHÈSE



RÉAFFIRMER les grands principes de l'organisation des soins en psychiatrie

- Réaffirmer la place des agences régionales de santé (ARS) en tant que garantes de l'égal accès aux soins en mobilisant les acteurs de terrain. Garantir au niveau national la pertinence des solutions territoriales trouvées par un groupe d'experts en organisant un suivi régulier ;
- Réaffirmer et repenser le secteur comme socle de la prise en charge, et articuler les prises en charges avec les filières de soins au bénéfice du patient ;
- Faire du CMP le socle de la prise en charge en facilitant les modalités d'accès.



FAIRE ÉVOLUER les modes de prise en charge pour répondre aux besoins de santé

- Mener une réflexion au sein de l'ensemble des établissements sur le sens de l'hospitalisation, et développer les alternatives à l'hospitalisation ;
- Développer les équipes mobiles à domicile, en pédopsychiatrie ou auprès du secteur médico-social ;
- Donner du sens aux soins prodigués, développer les temps d'analyse de pratiques professionnelles, et systématiser les réunions institutionnelles et cliniques.



RENFORCER le lien entre la psychiatrie et les acteurs du territoire

- Renforcer le lien entre psychiatrie et médecine de ville par la formation ;
- Structurer et mutualiser la permanence des soins en mobilisant l'ensemble des acteurs des territoires ;
- Évaluer, soutenir et développer les PTSM, outil majeur de coordination territoriale autour des enjeux de la psychiatrie.



DÉVELOPPER l'attractivité des métiers de la psychiatrie et reconnaître les professionnels qui y exercent

- Renforcer l'attractivité des métiers en psychiatrie en développant la réalisation de stages durant la période de formation ;
- Renforcer la formation des professionnels et développer la délégation de tâches ;
- Développer de nouveaux rythmes de travail, améliorer les conditions de travail et mieux partager les contraintes.

PARTIE 1



RÉAFFIRMER les grands principes
de l'organisation des soins
en psychiatrie

L'accès aux soins en psychiatrie, enjeu majeur du système de santé en France, est confronté à de nombreuses difficultés.

La première source de difficultés est la répartition à l'échelle territoriale. En effet, l'inégale répartition des psychiatres sur le territoire nécessiterait une action coordonnée des pouvoirs publics pour garantir l'accès aux soins. La densité en nombre de psychiatres varie de 1 à 4 pour 100 000 habitants selon les départements³. Cette mauvaise répartition se couple souvent avec une offre libérale plus réduite de psychiatres, de médecins généralistes, de pédiatres et de psychologues.

L'accès aux soins doit être réorganisé si nécessaire. Le parcours patient en psychiatrie exige une prise en charge globale, impliquant une coordination avec l'ensemble des acteurs du territoire, notamment en matière d'emploi, de logement et d'action sociale.

En second lieu, alors que la continuité des soins est le fondement de la politique de secteur en psychiatrie pour prévenir les rechutes et réduire le recours à l'hospitalisation, elle concentre les inquiétudes. En raison du manque de ressources, des délais d'attente pour les consultations, et de la complexité de l'organisation des soins, cette continuité des soins psychiatriques est souvent compromise. Ces désorganisations ont un impact négatif sur la santé des patients, et peuvent entraîner des situations de crise. Pour garantir un parcours patient fluide et complet, la coordination entre les acteurs nécessite la mise en œuvre de mesures concrètes.

1

Garantir l'accès, la sécurité et la continuité des soins sur l'ensemble du territoire français en établissement

La psychiatrie publique est en grande difficulté du fait d'une forte tension sur les ressources humaines, tant médicales que paramédicales. Cette situation impose des choix à très court terme pour garantir l'égalité de l'accès aux soins sur le territoire, aujourd'hui compromise. **Ces choix, qui répondent à un contexte de fortes tensions, ne doivent pas être considérés comme une version optimale de l'organisation des soins.** Ils constituent une stratégie nécessaire et transitoire en réponse à une situation de dégradation de l'offre de soins, et dans l'attente d'une amélioration de la situation des ressources humaines, notamment médicales.

Sur le plan territorial, il est essentiel de renforcer le pilotage de l'organisation territoriale des soins en matière de psychiatrie selon le principe de la sectorisation, sous le pilotage des ARS et en associant les acteurs concernés.

➔ Réaffirmer la place de l'ARS en tant que garante de l'égal accès aux soins dans les territoires. Pour traduire cela, les ARS doivent réunir l'ensemble des acteurs de terrain pour déterminer un plan d'action concret.

➔ Réaliser une cartographie précise des réalités territoriales et en assurer le suivi, à l'initiative des ARS.

➔ Mobiliser les acteurs de terrain (établissements et professionnels de ville, acteurs du PTSM) sur la base des travaux du projet territorial de santé mentale (PTSM), autour de solutions partagées : face aux difficultés, notamment de recrutement, de nouvelles modalités de travail collectif sont à bâtir ou à renforcer.

➔ Systématiser les cellules de cas complexes à composante sociale sur l'ensemble des territoires de santé mentale en lien avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Ces éléments de diagnostic doivent nourrir la mise en place d'une organisation permettant l'accompagnement des établissements en difficulté au niveau des territoires de santé mentale.

➔ Définir les actions à mettre en œuvre en fonction du degré de gravité de la situation.

³ Observatoire sur la santé mentale, FNMF, 2021.

- ➔ Identifier les besoins indispensables à l'accueil des patients et à la continuité des soins, et adapter le fonctionnement.
- ➔ Mobiliser des professionnels de ville ou d'autres établissements pour participer à la permanence des soins, et renforcer les secteurs les plus en difficulté.

Les solutions territoriales identifiées doivent néanmoins s'inscrire en cohérence avec le cadre global. Il est pour cela nécessaire de s'assurer de la pertinence et de l'harmonie de ces solutions.

- ➔ Garantir au niveau national la pertinence des solutions territoriales trouvées par un suivi régulier.
- ➔ Mettre en place un groupe de travail *ad hoc* au niveau national de suivi des solutions territoriales. Missionner des experts dans les territoires les plus en difficulté pour accompagner les changements.
- ➔ Mettre en place l'organisation et les ressources nécessaires à cette supervision.

Compte tenu des difficultés rencontrées par les établissements, des priorités de santé publique doivent être définies concernant les pathologies et les profils de patients à prendre en charge. Il est nécessaire de réaffirmer les prises en charge incontournables afin de concentrer les efforts vers celles-ci.

Pour les malades les plus complexes, cela passe par l'identification d'une **équipe de soins de référence** (équipe pluridisciplinaire de secteur). La notion d'équipe de référence prenant en charge le patient doit être garante de la continuité des soins, en particulier pour les patients complexes demandant un suivi exigeant. Les liens doivent être organisés entre intra-hospitalier et ambulatoire par l'équipe de référence, de façon à ce que chaque patient devant être hospitalisé soit présenté à l'équipe accueillante de l'intra-hospitalier. En effet, le patient non connu est souvent l'objet d'un risque majoré de soins sans consentement, et de recours à l'isolement et à la contention. Cet objectif nécessite de dédier du personnel à la coordination (recours au *case manager*, par exemple).

- ➔ Garantir la prise en charge pour les malades les plus complexes avec une équipe de soins de référence, à savoir l'équipe de secteur.
- ➔ Identifier les malades prioritaires pour lesquels il faut être particulièrement attentif à la continuité des soins.
- ➔ Appliquer ce même objectif à la pédopsychiatrie.

Les unités accueillant les personnes aux pathologies décompensées les plus invalidantes sont souvent les premières qui rencontrent des difficultés de stabilité dans les effectifs, notamment de titulaires. Pourtant, ce sont ces malades qui nécessitent le plus de densité de soins et de stabilité.

- ➔ Dans la file active de chaque équipe, identifier les patients pour lesquels il est indispensable d'assurer une continuité des soins pour mieux repérer les rechutes et s'alerter sur les interruptions de prise en charge pouvant être à l'origine de passages à l'acte⁴. Une priorité doit être donnée aux patients entrant dans les soins depuis moins de 7 ans.
- ➔ Établir des liens et partager du temps de transmission entre les soignants de l'ambulatoire et de l'intra-hospitalier pour assurer une totale continuité des soins, et pour éviter tout clivage dans les modalités de prise en charge du patient.

⁴ Penney, *Homicide and psychoses*, 2023.

Réaffirmer le secteur comme socle de la prise en charge tout en l'adaptant

Le secteur est le socle de la territorialisation, et a inspiré le principe de responsabilité populationnelle, qui fait aujourd'hui référence pour l'ensemble du champ sanitaire et médico-social. Les atouts de la sectorisation demeurent et doivent être réaffirmés et consolidés.

Il est nécessaire de réaffirmer le principe d'un secteur de proximité et de continuité : proximité entre d'une part l'équipe référente du patient et d'autre part celui-ci et sa famille, et continuité impérative des soins avec passage de relais éventuel anticipé et travaillé entre l'ensemble des acteurs. Le secteur intègre nécessairement toutes les formes de prises en charge : l'ambulatoire et l'hospitalisation.

Le secteur doit être réaffirmé comme socle de la prise en charge : pour organiser la permanence des soins, faire le lien avec le secteur médico-social, gérer les soins non programmés, ou encore faire le lien avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et la médecine de premier recours. Référence territoriale pour tous les patients, le secteur est l'assurance pour le patient d'avoir accès aux soins psychiatriques, quelle que soit sa pathologie.

➔ Réaffirmer et repenser le secteur comme socle de la prise en charge.

Réaffirmer les principes du secteur, c'est garantir l'absence de ruptures de soins, et une même équipe pluridisciplinaire référente pour les patients les plus complexes.

Tout en réaffirmant ces principes, il est néanmoins nécessaire de proposer une rénovation du secteur : n'exclure personne et être attentif à avoir des parcours de soins sans rupture. L'accès à l'ambulatoire doit être le cœur de la politique de secteur. Si l'offre de soins devrait être satisfaisant sur l'ensemble du territoire cela ne veut pas forcément dire uniforme.

Cette évolution du secteur peut passer par une rénovation de la carte sectorielle. La mise en œuvre d'un travail conduit régionalement pourrait permettre de décliner les principes du secteur et de repenser la carte des secteurs. La reconfiguration ne doit pas être systématique, mais pensée selon la pertinence des flux des personnes sur le territoire, la structuration des autres acteurs de soins, etc.

Le découpage doit être réfléchi avec les autres organisations territoriales (CPTS, GHT, regroupement de communes, etc.) pour garantir la cohérence des territoires, et pour assurer l'effectivité des partenariats et des coopérations. Un territoire trop important démultiplie les interlocuteurs au détriment d'un travail partenarial efficace. Parfois, l'échelle du secteur est trop petite ; ailleurs, les zones d'intervention sont trop grandes, ce qui complexifie les relations avec les autres acteurs de terrain.

➔ Proposer une évolution de la carte des secteurs en mettant en place un travail au niveau national et au niveau régional pour redéfinir la carte des secteurs.

Des filières existent et sont reconnues pour leur pertinence (ex. : psychiatrie de la personne âgée). La filiarisation est également un élément attendu par certains professionnels de psychiatrie. Travailler dans une filière de soin peut constituer un élément attractif au regard des attentes des jeunes professionnels et de certaines prises en charge spécifiques. Les jeunes médecins expriment un besoin que cette filiarisation existe, et un besoin de développer des compétences plus précises. Il est donc nécessaire de trouver un équilibre entre sectorisation et filiarisation.

➔ Penser et structurer la filiarisation au bénéfice du patient : en articulation avec les soins de secteur.

La filiarisation doit être envisagée comme un complément au secteur, sans le remplacer. Il est essentiel de ne pas instaurer une vision à deux vitesses, où les praticiens de terrain seraient séparés des experts dans une pathologie donnée. Les patients ayant plusieurs pathologies comorbides ne doivent pas être exclus d'un système de soins filiarisé, et ainsi adressés d'une équipe à une autre, et en définitive non pris en charge (exemple de la personne schizophrène ayant plusieurs addictions).

Dans le domaine de la pédopsychiatrie, le découpage des prises en charge selon l'âge de l'enfant/adolescent est pertinent, car les problématiques sont différentes, de même que le réseau des partenaires. Par contre, l'expertise dans un domaine ne peut être acquise que par la formation complémentaire de l'équipe, le maintien d'une vision globale et développementale des enfants restant indispensable.

Au global, une filiarisation trop rigide peut entraîner des difficultés lorsque les problématiques sont complexes.

➔ Trouver un équilibre entre missions de secteur et filiarisation.

Une structuration équilibrée conduirait à ce qu'une filière de soins intervienne en complément du suivi en secteur, à un moment précis du parcours de soin du patient.

Dans ce cas, le patient doit être accompagné par l'équipe qui l'a adressé vers cette filière, tout en maintenant un lien avec l'équipe de secteur. Cela permet de garantir une prise en charge globale et cohérente pour le patient, en tirant parti des avantages de chaque approche.

3

Renforcer la place de l'ambulatoire et le rôle des Centres médico-psychologiques (CMP)

I Garantir un accès pour tous au CMP

L'objectif premier de la prise en charge en soins psychiatriques est de maintenir un accès aux soins largement ouvert, mettant ainsi l'accent sur la prévention et sur le dépistage des troubles, piliers fondamentaux de la santé mentale. Dès lors, il faut que le CMP puisse disposer des moyens d'évaluer rapidement les situations.

- ➔ Poser des objectifs de délai d'accès aux CMP.
- ➔ Garantir l'accueil des soins non programmés durant les heures d'ouverture des CMP : augmenter les plages d'accueil, garantir un accueil sous 48h pour toute demande de soins nouveaux, etc.
- ➔ Mettre en place un accueil de second recours après orientation du médecin traitant.

Pour enrichir l'offre de services des CMP et garantir une prise en charge adaptée dès les premiers pas dans le système de soins, il est proposé d'élargir l'accès aux psychologues au sein des CMP. Cette démarche vise à diversifier l'accueil des patients, et à permettre des évaluations initiales plus complètes.

Une autre approche consiste à diversifier les professionnels intervenant au sein des CMP, en exploitant de nouvelles ressources, pour assurer un réseau de soins plus robuste, et une interface plus efficace avec la médecine libérale et le secteur médico-social.

- ➔ Faciliter et élargir l'accès aux psychologues.
- ➔ Faciliter le recours aux infirmiers de pratique avancée (IPA) : ceux-ci peuvent se voir attribuer des évaluations de patients en première intention à la demande des médecins généralistes, par exemple.

En ce qui concerne la différenciation des services offerts par les CMP, il est suggéré de les positionner comme des pivots dans le parcours des patients en psychiatrie. Cette orientation se traduirait par la mise en place de deux niveaux de services : d'une part, des soins de courte durée (évaluation puis réorientation), et d'autre part, des soins avec bilan approfondi ou non pour les patients nécessitant un suivi ambulatoire plus long. Cette approche permettrait une meilleure allocation des ressources en fonction des besoins spécifiques de chaque patient, et favoriserait une prise en charge plus adaptée et efficace dans le domaine de la santé mentale.

- ➔ Les CMP doivent être inscrits dans la pratique comme les pivots de la prise en charge ambulatoire.

I Recourir à d'autres dispositifs d'accès aux soins pour désengorger les CMP

La mise en place de partenariats pragmatiques en amont des CMP, ou de dispositifs d'aller-vers, doit permettre d'éviter la venue au CMP de personnes qui pourrait faire l'objet d'un accompagnement par d'autres acteurs ou équipes mobiles.

De même, l'orientation après évaluation doit être l'objet d'une réflexion en tenant compte des autres acteurs.

- ➔ Développer les soins à domicile par une équipe mobile pluridisciplinaire qui se rend au domicile des personnes, même en début de crise. Ces interventions précoces peuvent éviter les hospitalisations. Certains hôpitaux ont mis en place ces équipes en compensation de la fermeture de lits, avec un succès certain.
- ➔ Développer les équipes mobiles spécialisées : cette pratique est inscrite dans la plupart des territoires, et a montré sa pertinence. C'est le cas par exemple des équipes mobiles psychiatrie précarité, des équipes mobiles de périnatalité, des équipes mobiles pour les personnes âgées, ou encore des équipes mobiles d'addictologie.
- ➔ Développer les consultations avancées : elles peuvent éviter les hospitalisations aux urgences ou dans les services de psychiatrie, et renforcer les liens avec les partenaires.

PARTIE 2



FAIRE ÉVOLUER nos modes
de prise en charge pour répondre
aux besoins de santé

Les difficultés que rencontre la psychiatrie se cristallisent dans les unités d'hospitalisation complète : la lourdeur des contraintes pèse davantage plus sur les médecins exerçant en hospitalisation complète, et les infirmiers sont en nombre insuffisant face à la gravité des patients. Ces défis sont particulièrement exacerbés par le fait que ces unités accueillent souvent les personnels les plus jeunes et les moins expérimentés.

Paradoxalement, les conditions d'hospitalisation sont les moins abordées par les propositions et dispositifs mis en œuvre ces dernières années. Si la santé mentale et l'accès aux soins ambulatoires sont souvent évoqués, peu de mesures concernent spécifiquement l'hospitalisation complète. Pourtant, il est crucial de maintenir une offre de soins suffisante sur l'ensemble du territoire, et un nombre adéquat de personnels dans les services pour éviter une désorganisation globale des soins en psychiatrie.

Les hospitalisations restent inévitables pour les personnes atteintes de troubles sévères, qui décompensent, pour des risques imminents de passage à l'acte suicidaire, et des troubles de personnalité ou de l'adaptation, souvent symptômes d'un mal être profond. Les attentes de la société, les difficultés des autres acteurs sanitaires, médico-sociaux ou sociaux conduisent à hospitaliser en psychiatrie des personnes pour lesquelles l'indication de l'hospitalisation n'est sûrement pas toujours légitime. Les soins sans consentement exercent aussi une forte tension sur l'hospitalisation.

Les problématiques auxquelles sont confrontés les lieux d'hospitalisations sont multiples : le manque de lits, l'allongement des durées d'hospitalisation pour des personnes relevant du médico-social faute de solutions d'aval, ou encore les locaux vétustes ou inadaptés. L'absence de lits d'hospitalisation pour les adolescents se constate dans de nombreux territoires.

Des questions fondamentales se posent pour améliorer les soins en hospitalisation complète : quel sens donner aux soins ? Quel soin pour le patient avec quel objectif ? Quels soins relationnels sont proposés à l'hôpital ?

Chaque établissement est amené à s'interroger sur l'organisation à adopter en hospitalisation, entre unités sectorisées et mutualisées, afin de choisir le mode d'organisation le plus adapté. L'organisation de l'hospitalisation doit également se penser en lien avec les soins ambulatoires, les filières de soins, les dispositifs de prévention et de dépistage, ainsi qu'avec « l'après », la réhabilitation psychosociale, les autres dispositifs. Chaque établissement a son histoire propre, ses dispositifs de soin et son architecture souvent contraignante.

Pour autant, l'hospitalisation connaît d'importantes mutations, qu'il convient d'interroger et d'accompagner dans un objectif d'amélioration continue de la qualité des soins prodigués.

1

Faire évoluer les objectifs de l'hospitalisation complète

I Interroger les objectifs de l'hospitalisation

Si le recours systématique à l'hospitalisation était autrefois la norme, les attentes des patients et de leurs familles, ainsi que les progrès médicaux et de la connaissance de la maladie conduisent à réduire l'institutionnalisation. S'il existe un mouvement de fond indéniable, le degré d'avancement diverge en fonction des établissements et des pratiques médicales. Dès lors, il est impératif de réfléchir aux indications pour ces hospitalisations, ainsi qu'aux prises en charge des personnes en crise, en soin sans consentement, en mettant un accent particulier sur la nécessité d'éviter la contention et l'isolement.

Une attention spécifique doit être portée à la prise en charge des patients qualifiés de complexes, ainsi que des patients au long cours.

➔ Mener une réflexion au sein de l'ensemble des établissements sur le sens de l'hospitalisation, et les objectifs poursuivis par celle-ci.

Il convient également d'explorer les variations territoriales susceptibles d'influencer les conditions d'hospitalisation en hospitalisation complète. Les différences entre les territoires nécessitent une

analyse approfondie, pour mieux comprendre et adapter les pratiques en fonction des spécificités locales.

- ➔ Documenter les écarts de durée de séjours, de pratiques médicales entre établissements et entre territoires, pour identifier les éléments expliquant des pratiques atypiques (difficulté d'accès à l'aval, durées de séjour trop longues).

Une discussion approfondie sur les conditions donnant lieu à une hospitalisation à temps plein est également cruciale. Il s'agit d'explorer les critères et les contextes qui justifient pleinement une telle mesure, tout en prenant en compte les diversités de situations cliniques, et les particularités des patients.



L'EXEMPLE

Centre hospitalier du Vinatier

Au sein du centre hospitalier (CH) du Vinatier, une approche ambitieuse de transformation de l'offre hospitalière a été entreprise, fondée sur une stratégie d'évolution des prises en charge. Cette démarche s'est accompagnée du développement d'équipes mobiles de crise, marquant une transition vers des pratiques plus flexibles et adaptées aux besoins évolutifs des patients. Les unités ont ainsi connu une réduction importante de leur capacitaire avec le maintien des moyens humains.

La durée moyenne de séjour a connu une diminution notable, puisqu'elle est maintenant d'environ trois semaines. Ce changement de paradigme s'est appuyé sur une stratégie claire : l'accent a été mis sur la concentration du contenu des soins. Cette approche considère que la réduction du nombre de lits est possible en travaillant sur les parcours des patients, les durées de soins, et d'autres aspects liés à la qualité des services offerts.

La réflexion sur l'hospitalisation complète a débuté par une mise à plat des pratiques en hospitalisation, mettant en lumière le besoin fondamental de densification du soin. Pour mettre à niveau les compétences, un vaste plan de formation a été élaboré, se concentrant particulièrement sur les compétences relationnelles, et a été proposé à toutes les équipes d'hospitalisation.

Différents outils d'aide pour les jeunes professionnels ont été introduits : un plan de suivi individualisé, l'utilisation d'échelles psychométriques pour structurer la phase d'évaluation, et une approche sensorielle systématique ont été intégrés. Ces initiatives ont eu un impact significatif sur la baisse de l'absentéisme.

La mise en place d'un traçage de l'activité, la cotation des entretiens, et l'utilisation d'un outil développé par le Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), moins chronophage que les échelles de charge en soin, ont contribué à décrire de manière détaillée les activités menées au quotidien. Cet outil a également permis de repérer les moments les plus denses, facilitant ainsi une organisation optimale des équipes dans l'unité. Cette démarche réfléchie et méthodique témoigne d'une volonté de repenser les pratiques pour garantir une hospitalisation complète plus efficace, et centrée sur le bien-être des patients.

La question du nombre de lits nécessaires en hospitalisation complète se pose. Plusieurs constats contradictoires sont observés. Ainsi, dans de nombreux hôpitaux, la tension sur les lits est constante et oblige les soignants à « jongler » pour trouver une place à chacun, cette tension ne permettant pas une prise en soin sereine. Les fermetures de lits ces dernières années ont été subies par manque de professionnels.

Pour y faire face, certaines équipes ont rebondi, et proposé des alternatives à l'hospitalisation comme des soins intensifs à domicile.

- ➔ Développer les alternatives à l'hospitalisation pour réduire la tension sur les lits.

Faire évoluer l'organisation de l'hospitalisation complète pour répondre à l'objectif de bonne prise en soin des patients

Malgré un mouvement de réduction du nombre de lits d'hospitalisation, la préservation de lits sur chacun des territoires est indispensable. C'est particulièrement le cas pour la pédopsychiatrie, où le nombre de lits est très réduit, et l'accès aux soins plus difficile. Or, les difficultés rencontrées dans ce domaine ne doivent pas conduire à hospitaliser des adolescents dans des lits d'adultes.

➔ **Préserver une offre d'hospitalisation minimale en pédopsychiatrie dans chaque territoire.**

La déssectorisation est parfois pratiquée dans les établissements pour des questions d'organisation des soins. Cette démarche spécifique doit être entreprise de manière réfléchie, et accompagnée, lorsqu'elle est jugée pertinente, par les professionnels.

➔ **Mener au sein de chaque établissement une réflexion sur l'organisation optimale des unités d'hospitalisation, pour garantir une cohérence de parcours et de prise en charge des patients, la déssectorisation pouvant être une des modalités.**

L'adaptation des organisations doit garantir la continuité des soins, et l'accompagnement et le suivi des patients, afin d'éviter les ruptures de prise en charge lors de l'hospitalisation. Ceci est particulièrement important entre l'extra et l'intra-hospitalier, lorsqu'un patient connu du service doit être réhospitalisé. En cas de changement d'unité, il est impératif d'avoir davantage de réunions de synthèse entre les équipes, pour garantir une compréhension approfondie de la clinique et du parcours individuel de chaque patient, et assurer une prise en charge cohérente et efficace.

2

Soutenir et accompagner les établissements dans l'évolution des pratiques de soins et le renforcement de l'ambulatoire

Renforcer les modes alternatifs à l'hospitalisation

Il est impératif d'accompagner les établissements dans la mise en œuvre des nouvelles organisations et pratiques, en particulier lorsqu'ils cherchent à réorienter leurs services vers des modalités ambulatoires. Cette nécessité appelle à un accompagnement similaire à la mission d'appui en santé mentale, visant à soutenir les établissements qui envisagent des soins en ambulatoire.

➔ **Prévoir des missions d'accompagnement de ces établissements par le biais de l'ANAP : la présence d'experts extérieurs apportera un regard et un soutien nécessaires aux équipes.**

Une proposition concrète consiste à structurer une organisation institutionnelle avec des professionnels dédiés, pour faciliter les bascules organisationnelles et l'évolution des modes de prise en charge vers l'ambulatoire. Ce processus de changement pourrait être renforcé par le développement de la visite à domicile (VAD), la création d'équipes mobiles, et la promotion des services ambulatoires à domicile renforcés (soins intensifs à domicile). Dans les changements, il est important de réétudier les places et responsabilités des différents acteurs, pour

imaginer des organisations nouvelles avec les ressources et compétences disponibles (ex. : téléconsultations, téléexpertise, délégations...).

➔ **Repenser les parcours de prise en charge en faisant intervenir les équipes mobiles, les visites à domicile, mais également en mobilisant les outils numériques.**

Les hôpitaux accueillent encore de nombreux patients hospitalisés pour des temps très longs, certains par manque de places dans le médico-social. Ces patients au long cours doivent faire l'objet dans chaque établissement d'un suivi, d'un projet spécifique dans le projet médico-soignant, et nécessitent une équipe dynamique et motivée pour accompagner la sortie de ces patients.

➔ **Favoriser le développement d'équipes mobiles intervenant auprès des équipes du médico-social pour accompagner un changement de lieu de vie des patients, soutenir les équipes, et être garantes pour les MAS, FAM, foyers de vie, EHPAD d'un accompagnement personnalisé.**

- Développer les équipes mobiles de pédopsychiatrie auprès des acteurs du médico-social.

Des prises en charge séquentielles en psychiatrie peuvent aussi être développées pour certains suivis. Bien que leur mise en place puisse être complexe, elles sont considérées comme l'une des modalités intéressantes, offrant éventuellement des accueils spécifiques pendant la nuit. Cette innovation pourrait améliorer la flexibilité des services, et répondre aux besoins spécifiques des patients en psychiatrie.

I S'appuyer sur l'utilisation d'outils numériques à certaines étapes du parcours

L'accès à la technologie numérique peut devenir un facteur attractif pour les jeunes professionnels. En développant davantage le recours aux téléconsultations et à la téléexpertise, nous ouvrons la porte à de nouvelles possibilités de soins en psychiatrie.

Ces outils permettent de prendre en charge des patients dans des lieux où les ressources médicales locales sont limitées, ce qui est particulièrement utile pour soutenir les centres médico-psychologiques (CMP) en difficulté. De plus, ils facilitent les réunions médicales et offrent un appui aux établissements partenaires, renforçant ainsi la collaboration interprofessionnelle.

- Favoriser le recours à la téléconsultation et à la téléexpertise pour améliorer l'accès aux soins.

Il est cependant essentiel de cadrer le recours à la téléconsultation de manière à garantir un accès en présentiel en première intention, assurant ainsi une approche équilibrée des soins. La télé-psychiatrie assistée est particulièrement bénéfique pour certains patients.

À noter que la Haute Autorité de santé (HAS) travaille à l'élaboration de règles relatives à l'utilisation de la téléconsultation en psychiatrie.

I Renforcer la qualité des soins au profit des patients

Le renforcement de la qualité passe par une réflexion portant sur l'architecture et l'entretien continu des unités de soins, et la qualité de l'accueil réservé aux patients, car cela influence grandement la qualité des soins. La conception de l'espace et le niveau d'accueil déterminent largement la perception que les patients ont de la qualité des soins dispensés, et permettent aux professionnels de mieux accompagner chaque personne hospitalisée.

Pour répondre aux différents troubles mais aussi à la crise suicidaire, des prises en charge intensives en hôpital de jour doivent pouvoir être proposées.

- Développer d'autres formes de prise en charge (hospitalisation de nuit, hospitalisation de jour) pour des prises en charge spécifiques.

Des études de littérature canadienne publiées démontrent que la téléconsultation est aussi efficace que la consultation en personne, notamment lorsque le patient est déjà connu du psychiatre. Cependant, il convient de noter que la téléconsultation peut présenter des limites lorsqu'il s'agit d'établir un diagnostic, ce qui souligne l'importance de ne pas substituer systématiquement la téléconsultation à une consultation en personne. Une primo-consultation ne peut pas se faire en téléconsultation.

Il est également essentiel de faire la distinction entre la téléconsultation, qui concerne la relation médecin-patient, et la téléexpertise, qui implique un échange d'avis médical entre professionnels de la santé. Chacun de ces outils offre des avantages spécifiques et complémentaires dans le domaine de la psychiatrie.

- Cadrer le recours à la téléconsultation dans l'intérêt thérapeutique du patient en établissant des recommandations sur la temporalité du recours aux outils numériques dans le parcours de prise en charge.

- Systématiser l'existence d'espaces d'apaisement dans les unités de soins.

- Prévoir une majorité de chambres individuelles dans les unités.

Face aux défis de réduire les pratiques d'isolement et de contention, des alternatives plus humaines et respectueuses des droits des patients doivent être

étudiées. Le nombre de chambres d'isolement doit être régulièrement interrogé pour les diminuer, en accompagnant les professionnels pour mettre en place des pratiques soignantes différentes.

Le recours trop fréquent aux soins sans consentement et les grandes disparités entre établissements souligne la nécessité d'informer et de promouvoir les soins en psychiatrie, toujours stigmatisés, auprès de la population. Il est impératif d'informer, de former les professionnels de la santé, et, en cas de nécessité, de répondre à leurs interrogations sur les autres possibilités de soin, favorisant ainsi une prise en charge plus diversifiée et adaptée aux besoins individuels des patients.

➔ Accompagner les professionnels de santé aux changements de pratiques.

Le constat d'un manque de formation aux soins psychiatriques pour les médecins généralistes souligne l'importance de renforcer les compétences

de ces professionnels dans la prise en charge des troubles mentaux. La pression extérieure exercée par les familles, le représentant de l'État, et la demande insistante pour l'hospitalisation d'une personne ayant des troubles du comportement constituent des défis supplémentaires. Il est nécessaire d'élaborer des approches collaboratives et informatives, pour mieux gérer ces pressions tout en assurant une prise en charge adéquate et éthique des patients.

➔ Systématiser les temps de rencontres avec les médecins généralistes pour expliquer les modalités de prise en charge en psychiatrie.

3

Mettre en adéquation les pratiques de soins et les attentes des professionnels

I Développer les partages dans les exercices en psychiatrie

Les difficultés de recrutement dans les unités d'hospitalisation sont étroitement liées aux contraintes spécifiques, notamment celles associées à la permanence des soins. Ces contraintes génèrent des défis supplémentaires pour attirer et maintenir du personnel qualifié. La vie professionnelle en intra-hospitalier impacte plus négativement la vie personnelle par les retours sur repos, les remplacements de nuit. Le taux d'absentéisme y est donc plus important.

➔ Renforcer le nombre de professionnels dans les unités d'intra-hospitalier avec une diversification des métiers.

➔ Renforcer les compétences des équipes d'intra-hospitalier en tenant compte du contexte RH de chaque territoire pour une meilleure réponse aux besoins des patients.

➔ Trouver des leviers adaptés au contexte de l'établissement pour permettre plus de partage des contraintes entre les équipes d'intra et d'extra, et contribuer à équilibrer les charges de travail, sans désorganiser le travail fourni dans chacun des lieux d'exercice.

Une nécessité émerge : celle de permettre aux professionnels de mieux appréhender les soins dans les autres unités. Très souvent, le mode d'organisation conduit à ce que les soignants fonctionnent sans avoir conscience des autres, et sans connaître les bonnes pratiques mises en place ailleurs. Pour y remédier, il est recommandé de systématiser les temps d'échanges, les liens et l'articulation entre les différentes unités. Au CHS de Poitiers est organisée une journée de pôle annuelle au cours de laquelle chaque unité présente son travail et partage son expérience avec les autres professionnels. Ces temps d'échange peuvent aussi avoir lieu entre les professionnels des différents pôles, via des journées professionnelles institutionnelles, ou des groupes de rencontres thématiques entre professionnels. Tous ces temps d'échanges d'expérience permettent le renforcement des connaissances en complément des actions de formation continue.

➔ Organiser des rencontres ou des journées entre les professionnels de l'intra-hospitalier et de l'ambulatoire.

I Développer les réunions institutionnelles pour encadrer les équipes

Le constat actuel révèle un besoin significatif de systématiser dans l'ensemble des établissements les réunions institutionnelles et les réunions d'organisation des soins, notamment des synthèses dédiées aux patients complexes. Il est également nécessaire de développer les réunions de synthèse ou réunions cliniques intégrant les équipes de nuit. Ces rencontres sont indispensables pour discuter des cas complexes en équipe et élaborer des stratégies de prise en charge cohérentes.

Les temps institutionnels sont perçus comme des espaces de respiration dans le cadre des pratiques professionnelles en psychiatrie. Il devient impératif d'organiser ces moments de façon pérenne et stable, afin d'assurer une continuité dans les échanges, et d'optimiser la qualité des soins dispensés.

Ces réunions revêtent également une importance capitale dans la formation des jeunes professionnels. Elles leur permettent d'affûter leur regard, d'apprendre à discerner les éléments essentiels et de mieux appréhender les subtilités propres à la pratique des soins en psychiatrie.

- ➔ **Systématiser les réunions institutionnelles et cliniques pour encadrer efficacement les équipes et favoriser une communication fluide au sein des structures de soins.**

I Donner davantage de sens aux équipes sur leurs pratiques

Il est impératif d'interroger régulièrement les pratiques, et de prendre du recul pour garantir la qualité des soins, considérée comme un facteur essentiel d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

- ➔ **Donner du sens aux soins prodigués par des temps d'échange réguliers en équipe, encadrés par des psychiatres seniors, doit permettre d'éviter l'épuisement professionnel ou le *burn out*.**

Le besoin de supervision des soignants par des psychologues demeure crucial en tant que parenthèse nécessaire pour les équipes d'intra-hospitalier.

- ➔ **Intégrer de manière régulière les temps d'analyse des pratiques professionnelles pour contribuer à une amélioration continue des connaissances théoriques et pratiques au sein des équipes.**

4

Renforcer la place de la psychiatrie médico-légale

Le sujet des accueils en unités pour malades difficiles (UMD) et unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ainsi que des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) se révèle d'une importance cruciale.

Tout d'abord, il est impératif de maintenir les places actuellement ouvertes en France pour garantir un accès aux soins aux patients qui en ont besoin. Ces structures jouent un rôle essentiel dans la prise en charge des patients présentant des pathologies psychiatriques complexes.

- ➔ **Maintenir, consolider, voire renforcer l'offre existante des UMD et UHSA.**

Il est également nécessaire de recréer des ponts et des liens entre les structures qui se concentrent exclusivement sur l'ambulatoire, comme certains SMPR, et les UMD/UHSA. Cette collaboration est essentielle pour assurer une continuité des soins, et un suivi approprié des patients tout au long de leur parcours de soins.

- ➔ **Favoriser les liens entre SMPR et UHSA/UMD.**
- ➔ **Renforcer les moyens des SMPR au regard des besoins.**
- ➔ **Renforcer les UHSA et les SMPR.**

Le sujet des unités de soins intensifs de psychiatrie est à ce jour loin de faire l'unanimité au sein de la psychiatrie. Suite à la demande d'acteurs institutionnels majeurs de la psychiatrie pour un moratoire sur les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP), il apparaît nécessaire d'en réaliser un état des lieux, d'étudier les problématiques auxquelles elles sont censées répondre, d'en évaluer le fonctionnement et l'impact institutionnel. Jusqu'à présent, leur fonctionnement n'a pas été évalué, et il n'existe pas de cahier des charges.

Si le principe d'unités USIP devait se confirmer, chaque USIP ne pourrait se concevoir qu'adossée à une UMD, pour garantir une prise en charge plus complète et adaptée aux patients, pour assurer la formation de l'équipe de soin, et pour garantir son éthique. Le couplage permet d'assurer la cohérence des projets, tout en gardant l'expertise des professionnels dédiés à ces patients. Dans certains territoires, des projets d'USIP ont pu correspondre à de tels projets aboutis et partagés par les soignants. Dans tous les cas, les USIP ne peuvent en aucun cas se substituer aux unités fermées recevant des patients en soins sans consentement.

Le regroupement de patients « difficiles » fait peser le risque d'une sur-stigmatisation des patients durant leur parcours de soin ultérieur. L'accompagnement de patients aux comportements perturbateurs doit être pensé au sein des unités d'hospitalisation, dont le personnel doit être renforcé et formé pour faire face aux difficultés inhérentes à la maladie.

- ➔ Instaurer un moratoire sur toute mise en œuvre d'USIP sur le territoire.
- ➔ Réaliser une évaluation des dispositifs déjà mis en œuvre.
- ➔ Établir un cahier des charges partagé entre tous les acteurs, qui pose le principe d'adossement de ces unités sur des UMD existantes.

PARTIE 3



RENFORCER le lien entre
la psychiatrie et les acteurs
du territoire

La psychiatrie, en tant que discipline médicale dédiée à la compréhension et au traitement des troubles mentaux, va bien au-delà du champ sanitaire, s'étendant aux interactions complexes avec divers acteurs du territoire. En effet, la santé mentale ne peut pas être appréhendée de manière isolée ; elle est intrinsèquement liée aux dynamiques sociales, économiques et culturelles qui façonnent nos communautés. Elle doit ainsi irriguer l'ensemble des politiques publiques menées notamment sur les territoires.

Dans cette optique, de nombreux liens existent entre la psychiatrie et les acteurs du territoire, tels que la médecine de ville, le système scolaire, les collectivités locales ou encore le système judiciaire. Ces acteurs ne sont pas simplement des témoins passifs de la santé mentale de la population, mais des partenaires essentiels dans la promotion du bien-être psychologique, dans la prévention des troubles mentaux et dans l'accompagnement des malades sur le territoire. La coopération et la coordination entre ces acteurs sont essentielles pour répondre efficacement aux besoins complexes et évolutifs en matière de santé mentale.

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) constituent un dispositif essentiel pour dynamiser cette coordination. En favorisant la collaboration entre les partenaires, ces projets permettent de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies globales et adaptées aux réalités spécifiques de chaque territoire.

1

Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires du secteur de la santé

I Renforcer les liens avec la médecine de ville

Les médecins généralistes, en tant que premiers acteurs de soins pour de nombreux patients, sont souvent en demande d'aide et de formation dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Il est impératif de répondre à cette demande en mettant en place un solide travail en réseau.

L'un des rôles essentiels consiste à donner une réponse, voire à assurer un relais efficace auprès des médecins généralistes lorsque cela est nécessaire. Les médecins généralistes sont souvent les premiers à repérer les signes de détresse psychologique, et les patients présentant des problèmes de santé mentale doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge plus spécialisée. Dans de tels cas, un réseau bien structuré de professionnels de la santé mentale peut intervenir pour offrir des conseils, des orientations et des ressources spécifiques.

Grâce à ce travail en réseau, les médecins généralistes auront accès à l'expertise nécessaire pour mieux comprendre et gérer les problèmes de santé mentale de leurs patients. Cela contribue à améliorer la qualité des soins et à assurer une prise en charge holistique de la santé, qui englobe également la santé mentale.

- ➔ Systématiser la signature de partenariats entre les CPTS et les secteurs de psychiatrie.
- ➔ Renforcer la formation des médecins généralistes sur les maladies psychiatriques pour favoriser des thérapies adaptées et les informer sur l'organisation territoriale de la psychiatrie pour adresser le patient au bon professionnel au bon moment.
- ➔ Renforcer la place des CPTS et des inter-CPTS dans les PTSM en garantissant l'existence d'une fiche-action concernant la médecine générale.
- ➔ Anticiper au mieux la sortie des patients hospitalisés dès leur entrée dans le service en assurant le lien avec le médecin traitant.

Favoriser les organisations permettant la bonne orientation des situations d'urgence

Le développement actuel des filières spécialisées des services d'accès aux soins (SAS) en psychiatrie est une réponse essentielle aux besoins croissants dans ce domaine. Cependant, il est important de considérer attentivement où et comment ces filières sont déployées. À ce titre, une attention particulière doit être portée sur les ressources humaines et leurs qualifications mises à disposition pour répondre aux appels d'urgence, ainsi que l'effectivité de la réponse en soins apportée.

➔ Favoriser le déploiement des filières psychiatriques du SAS dans l'ensemble des territoires, et mettre en place une organisation des soins pour répondre aux situations d'urgence.

Il est impératif de mettre en place des circuits d'adressage adaptés aux contextes locaux, pour garantir une orientation fluide des patients vers les services appropriés. Cela permettra d'optimiser la gestion des urgences psychiatriques, et d'offrir une réponse rapide aux besoins des patients.

➔ Fluidifier les circuits d'orientation des patients.

La collaboration avec le service d'aide médicale urgente (SAMU) est essentielle pour assurer une admission efficace des patients adultes en situation de crise psychiatrique. Chaque SAMU doit disposer d'une solution d'orientation pour garantir une prise en charge adéquate des patients. Au regard des organisations mises en place par certains SAMU, une présence infirmière de psychiatrie au sein du SAMU est une solution à favoriser.

Il convient de souligner que la porte des urgences constitue souvent le point d'entrée vers les services de psychiatrie. Par conséquent, il est impératif que les services d'urgences facilitent l'orientation des patients vers les structures de soins psychiatriques appropriées, assurant ainsi une réponse adaptée à leurs besoins à tout moment.

➔ Systématiser et mettre en œuvre les protocoles avec le SAMU et les urgences.

La gestion de l'urgence concerne également celle de l'aval. Or, le sujet de l'accès à l'hospitalisation se pose avec d'autant plus d'acuité dans les périodes de permanence des soins. À ce titre, une exigence doit être portée à l'ensemble des offreurs de soins pour accueillir en situation d'urgence des patients nécessitant une hospitalisation.

➔ Exiger de la part de chaque établissement une organisation minimale permettant l'accueil de patient en aval des urgences. Chaque établissement, en fonction de son capacitaire, doit proposer une organisation permettant l'accueil du patient en aval des urgences.

➔ Profiter du nouveau régime d'autorisations pour garantir l'effectivité de l'organisation d'accueil des patients en aval des urgences dans chaque établissement. S'assurer que ces dispositions font l'objet d'engagements précis dans le cadre des conventions signées entre établissements.

Structurer et mutualiser la permanence des soins sur les territoires

La responsabilité de la permanence des soins repose actuellement exclusivement sur les établissements de santé, en particulier sur les établissements publics. Cependant, ces contraintes rendent l'exercice dans ces établissements moins attractif. De plus, l'absence d'organisation de la permanence des soins en ville conduit à orienter les patients suivis en ville vers les urgences psychiatriques en cas de crise ou de décompensation.

Pourtant, la permanence des soins est une responsabilité collective, et ne peut pas être laissée uniquement aux établissements de santé. Il existe le risque que des dispositifs disparates se mettent en place compte tenu des ressources humaines actuellement disponibles, créant ainsi des inégalités face à l'accès aux soins.

Il est impératif que la participation à la permanence des soins et le partage de cette contrainte soient étendus à l'ensemble des acteurs de la santé mentale. Cela garantira une distribution plus équitable des services, et favorisera une accessibilité homogène aux soins sur l'ensemble du territoire.

Sur chaque territoire, à partir du diagnostic territorial en santé mentale à jour, il est proposé d'étudier les possibilités de coopération entre le secteur public et le secteur privé, pour répondre aux contraintes de la permanence des soins en cas de tension importante des ressources médicales de psychiatres.

➔ Définir un schéma territorial de permanence des soins impliquant acteurs privés et publics.

La réforme des autorisations en matière de soins de santé est une opportunité pour instaurer un partage plus équitable des contraintes dans le domaine médical. Pour parvenir à cet objectif, il est impératif de mieux définir les diverses modalités de prise en charge offertes par les établissements de santé, favorisant ainsi une répartition plus équilibrée des responsabilités. L'obligation posée par le nouveau régime d'autorisation de conventionner entre les établissements doit être l'opportunité de formaliser ces organisations.

➔ Utiliser la réforme des autorisations pour mieux partager les contraintes.

Le partage des responsabilités passe par la mise en place d'une permanence des soins mutualisée. Cette approche implique que les établissements de santé collaborent afin de partager la charge de travail, et d'éviter une concurrence néfaste en termes d'attractivité pour les professionnels de la santé.

➔ Poser le principe d'une permanence des soins mutualisée et territorialisée.

Il est essentiel de repenser l'organisation de chaque service d'urgence en incluant systématiquement une première ligne infirmière. Cette approche garantirait une prise en charge plus rapide et plus efficace des patients, tout en optimisant l'utilisation des compétences de l'ensemble de l'équipe médicale.

2

Renforcer les liens entre la psychiatrie et les établissements médico-sociaux

I Favoriser une approche globale des personnes âgées

La prise en charge psychiatrique des personnes âgées revêt une importance cruciale, quels que soient leurs lieux de résidence, que ce soit à domicile ou auprès de leur famille, ou en établissement médico-social (notamment en EHPAD). Pour garantir un accompagnement de qualité, il est nécessaire de développer des stratégies intégrées.

En résumé, une filière de psychiatrie dédiée à la personne âgée, prenant en compte tous les lieux de résidence, un renforcement des compétences, et une collaboration étroite entre les acteurs de la santé sont des éléments essentiels pour améliorer la qualité des soins psychiatriques pour les personnes âgées en France.

Le développement des compétences en psychiatrie du sujet âgé est impératif. Les professionnels de la santé doivent recevoir une formation adéquate pour répondre aux besoins spécifiques de cette population vulnérable.

➔ Renforcer les compétences du personnel des EHPAD sur la psychiatrie du sujet âgé pour éviter les hospitalisations.



L'EXEMPLE

La convention-cadre à Paris pour la prise en charge des personnes âgées

Le centre d'action sociale de la Ville de Paris, le GHU Paris psychiatrie et neurosciences, l'ASM13 et les hôpitaux de Saint-Maurice sont engagés dans un partenariat depuis 2016 pour améliorer le parcours de soins des personnes âgées. Ce partenariat vise à favoriser l'hébergement des personnes âgées atteintes de maladies psychiatriques, faciliter la coordination des parcours de soins des résidents, et réduire l'impact des troubles psychiatriques sur l'autonomie fonctionnelle, la qualité de vie, la morbidité et la mortalité.

Ce partenariat vise notamment à renforcer les compétences des soignants, par exemple à travers des formations flash d'initiation à la psychiatrie.

Il est essentiel d'étendre la présence et l'intervention des équipes de psychiatrie dans les EHPAD. Pour ce faire, la téléexpertise peut jouer un rôle clé. L'idée est d'avoir une infirmière présente aux côtés du patient, établissant une visioconférence avec le médecin psychiatre pour obtenir un avis spécialisé.

- ➔ Organiser sur chaque territoire un accès direct en hospitalisation psychiatrique lorsque c'est indispensable pour la personne âgée, pour éviter le passage par les urgences.
- ➔ Développer des équipes mobiles dédiées aux personnes âgées, se déplaçant au domicile.

Une approche innovante serait de flécher les financements liés à l'unité d'hospitalisation de recours (UHR) vers les EHPAD spécialisés dans l'accueil de résidents anciennement suivis en psychiatrie.

En échange de ces financements, et de la garantie de pouvoir recourir à une expertise autant que de besoin, les EHPAD pourraient réserver des places spécifiques pour ces patients, contribuant ainsi à fluidifier leur parcours de soins.

En résumé, une filière de psychiatrie dédiée à la personne âgée, prenant en compte tous les lieux de résidence, un renforcement des compétences, et une collaboration étroite entre les acteurs de la santé sont des éléments essentiels pour améliorer la qualité des soins psychiatriques pour les personnes âgées en France.

- ➔ Mieux flécher les financements UHR vers les EHPAD.

I Prendre en charge la santé mentale des personnes handicapées

La présence d'un médecin psychiatre intervenant dans les structures médico-sociales par le biais de la demi-journée d'intérêt général (IJ) assure le parcours de soin et évite nombre d'hospitalisations.

- ➔ Assurer une présence active d'expertise psychiatrique dans les structures médico-sociales.

Des équipes mobiles devraient être spécialement dédiées au secteur médico-social ; et, selon les situations, soit issues de structures telles que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers d'accueil médicalisés (FAM) et les foyers de vie, soit issues du secteur sanitaire pour venir en appui des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

- ➔ Développer des équipes mobiles spécialisées.
- ➔ Favoriser une gouvernance propice au rapprochement entre le secteur médico-social et la psychiatrie.

Pour garantir une approche complète, il est essentiel d'intégrer une culture médico-sociale au sein des établissements de santé, en hybridant les compétences, et en favorisant l'acquisition de ces cultures professionnelles par les travailleurs sociaux. Cette démarche contribuerait à une meilleure compréhension des besoins des patients, et à une coordination accrue entre les secteurs médical et médico-social.

- ➔ Développer la filière intégrée entre le sanitaire et le médico-social.

Pour améliorer le parcours du patient entre les établissements sanitaires et médico-sociaux, il serait opportun de mettre en place des directions communes entre ces structures, lorsque cela est possible. Ces directions communes sont un des éléments qui faciliteraient l'articulation entre les dispositifs relevant de ces différents établissements. Mais toute autre forme de coopération visant à structurer une filière de soins dédiée à la psychiatrie du sujet âgé, ou aux personnes en situation de handicap, s'avère utile, voire nécessaire.

Cette intégration pourrait réduire le recours aux hospitalisations en psychiatrie en favorisant une prise en charge plus globale (USLD, EHPAD, MAS, FAM).

➔ Favoriser la mise en place de directions communes/modalités de coopération facilitant l'organisation en filières de soins.

Les difficultés de lisibilité de l'offre médico-sociale dédiée peuvent complexifier les coopérations entre la psychiatrie et le médico-social, et donc la fluidité des parcours de santé des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ; elles doivent être identifiées et décrites dans les PTSM avec au moins une fiche-action, et se traduire par des actions identifiées au sein des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM).

Souvent constatée, l'insuffisance de la formation des professionnels médico-sociaux et de santé aux spécificités du handicap psychique a amené un grand nombre de PTSM à retenir cette priorité de travail dans leurs fiches-actions.

➔ S'assurer que les PTSM intègrent l'offre psychiatrique ou de santé mentale à destination des publics en perte d'autonomie.

3

Renforcer les liens entre la psychiatrie et les partenaires territoriaux de la psychiatrie et de la santé mentale

I Évaluer, soutenir et développer les PTSM

Il est essentiel de mettre en place des mesures pour renforcer le fonctionnement des PTSM afin de garantir une meilleure prise en charge des patients dans chaque territoire. Pour ce faire, plusieurs actions peuvent être envisagées.

Il est impératif d'obtenir une évaluation préliminaire des PTSM, et d'initier la rédaction des versions actualisées et renforcées des PTSM existants (V2), en intégrant les impacts post-crise de la Covid.

L'existence d'un PTSM dans le domaine de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent constitue une étape importante.

Il est essentiel de garantir que chaque PTSM soit pourvu systématiquement d'un coordonnateur, chargé de mettre en œuvre les actions, d'organiser les rencontres entre partenaires, d'évaluer les actions, de renseigner les indicateurs attendus et de faire évoluer les partenariats. Le coordonnateur du PTSM a un rôle crucial pour coordonner les actions.

Il est tout aussi nécessaire de définir clairement le lien entre les acteurs, et la place de chacun dans le parcours de la personne, pour garantir l'existence de parcours sans rupture.

Cela implique que les actions entreprises par les PTSM soient alignées sur les besoins prioritaires des patients, en veillant à éviter toute interruption pouvant compromettre la continuité des soins.

➔ Dresser un bilan des PTSM et renforcer leur action.

Les PTSM doivent également être intégrés aux projets régionaux, en tant que déclinaison des objectifs nationaux en matière de santé mentale. Cette interconnexion permettrait d'assurer une cohérence et une harmonisation des actions entreprises à différents niveaux géographiques.

L'implication des élus locaux dans la réalisation des PTSM est essentielle pour assurer la continuité, la mise à jour et la poursuite des travaux engagés.

Enfin, il est primordial de définir précisément le rôle de chaque acteur impliqué dans le parcours de soins et de vie des patients, ainsi que la coordination.

➔ Associer les PTSM aux projets régionaux de santé (PRS).

I Développer et structurer les liens avec les institutions publiques locales

La psychiatrie est amenée, depuis l'avènement du secteur, à créer des liens avec les partenaires permettant l'inclusion des patients dans la cité. La réhabilitation psychosociale nécessite une bonne connaissance et un partenariat avec différents structures et dispositifs. Sans être exhaustif, on peut citer quelques partenariats essentiels.

La maison départementale des personnes handicapées (MDPH) joue un rôle central dans la reconnaissance du handicap psychique et dans la mise en place des compensations nécessaires.

Il est impératif d'établir des liens étroits entre la MDPH et les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Ceci est essentiel pour une meilleure compréhension des attributions de chaque acteur, dans le but de mieux servir les intérêts des patients.

Il est également essentiel de considérer la MDPH comme un partenaire actif au sein des PTSM. En collaborant au sein de ces projets, la MDPH renforce son rôle, et contribue de manière significative à la prise en charge holistique des personnes en situation de handicap psychique.

➔ **Structurer et développer les liens entre les établissements et la MDPH, notamment au travers des PTSM.**

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des entités partenariales d'une importance capitale dans la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques, ainsi que dans leur intégration au sein de la communauté. Leur rôle s'étend également à l'analyse collaborative des situations complexes auxquelles sont confrontés les travailleurs sociaux dans la cité.

Leur utilité indéniable souligne la nécessité de poursuivre leur développement au sein des villes. En effet, en favorisant la concertation et la coopération entre les professionnels de la santé mentale, les associations, les institutions locales et les habitants, les CLSM contribuent à créer un environnement propice au bien-être mental, et à la pleine participation sociale de tous les citoyens.

Pour renforcer encore davantage leur impact, il est impératif d'intégrer les CLSM aux contrats locaux de santé. Cette intégration permettrait de consolider leur positionnement au sein des politiques de santé publique locales, favorisant ainsi une approche holistique de la santé, incluant la dimension mentale et sociale.

➔ **Intégrer les CLSM aux contrats locaux de santé.**

L'accès au logement constitue un des enjeux majeurs dans le travail de réhabilitation.

Certains dispositifs méritent d'être soutenus, comme « un chez soi d'abord », qui propose aux personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sévères un accès direct à un logement stable, sans passer obligatoirement par un centre d'hébergement temporaire. Les liens de la psychiatrie avec les bailleurs sociaux doivent faire l'objet d'un partenariat renforcé pour aider les personnes à trouver un logement social sans stigmatisation.

➔ **Renforcer l'accès au logement pour les malades de psychiatrie.**

Un autre facteur essentiel de réhabilitation et de réintégration est celui du travail. Dans certains territoires, les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) mettent l'accent sur la réinsertion par le travail en faveur des travailleurs handicapés psychiques. Ces initiatives visent à favoriser une intégration professionnelle adaptée aux besoins spécifiques de cette population, et peuvent permettre d'évaluer les capacités professionnelles par des stages ou des essais programmés.

France Travail peut, quant à lui, offrir des accompagnements spécifiquement conçus pour répondre aux défis liés aux handicaps psychiques. Ces programmes sont élaborés afin de fournir un soutien personnalisé, favorisant ainsi l'insertion professionnelle durable des personnes concernées.

Dans les établissements publics de santé mentale (EPSM), des conseillers d'insertion professionnelle sont déployés au sein d'unités dédiées à la réhabilitation psychosociale, pour renforcer le travail indispensable des assistantes sociales. Leur rôle consiste à accompagner, dès que possible, les personnes aptes à reprendre un emploi, en veillant à ce qu'elles bénéficient d'un encadrement approprié pour favoriser leur intégration dans le monde du travail.

➔ **Renforcer l'accès au travail.**

PARTIE 4



**DÉVELOPPER l'attractivité
des métiers de la psychiatrie,
et reconnaître les professionnels
qui les exercent**

Depuis le début de la pandémie de Covid-19, l'importance de la santé mentale pour tous semble mieux perçue. Cependant, la psychiatrie fait face à des défis majeurs pour attirer et fidéliser des professionnels qualifiés. Les stigmates persistants associés aux troubles mentaux, les craintes véhiculées par la société sur la potentielle dangerosité des personnes soignées, l'impression d'une incompréhension des personnes atteintes de troubles sévères, et le sentiment d'incapacité relationnelle dissuadent souvent les professionnels de la santé de s'engager dans des carrières psychiatriques, qui sont pourtant riches et diverses. La psychiatrie fait face à une démographie médicale extrêmement tendue : 30 % de postes vacants pour les postes de PH à temps plein, 50 % pour les postes à temps partiel. De même, les établissements sont en proie à des difficultés de recrutement de personnels paramédicaux.

Les professionnels de la psychiatrie sont confrontés à des conditions de travail difficiles, avec des effectifs limités, des exigences croissantes et des formations insuffisantes. Cette situation perçue ou réelle peut limiter l'attrait pour ces professions. Une meilleure valorisation des métiers en psychiatrie, à travers des programmes de formation, des campagnes de sensibilisation et une amélioration des conditions de travail, est essentielle pour encourager davantage de professionnels à choisir cette voie, et pour garantir des services de santé mentale et de psychiatrie de qualité.

En dépit de ces défis, des initiatives existent pour renforcer l'attractivité des métiers de la psychiatrie. Des programmes de mentorat, des incitations financières et des efforts pour réduire les stigmates liés aux troubles mentaux sont autant de pistes explorées pour susciter un intérêt accru pour ces professions. Il est impératif de créer un environnement propice au recrutement et au maintien de professionnels compétents en psychiatrie, répondant ainsi aux besoins croissants, actuels et à venir, de soins mentaux.

1

Communiquer sur la psychiatrie pour améliorer la connaissance de cette spécialité médicale et lutter contre les idées reçues

I Faire découvrir la psychiatrie aux jeunes générations

Le recrutement de psychiatres hospitaliers constitue un véritable défi d'attractivité, accentué par le fait que 25 % des psychiatres en poste ont dépassé l'âge de 65 ans. Les contraintes liées à l'hospitalisation des patients en soin sans consentement ont engendré une diminution de l'attrait pour cette profession. De plus, la psychiatrie demeure une spécialité méconnue des étudiants en médecine, souvent sujette à la stigmatisation tant pour la discipline que pour les psychiatres eux-mêmes.

Dans ce contexte, début 2024, le Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP) a lancé la campagne « #ChoisirPsychiatrie ». Visant à mieux faire connaître la psychiatrie aux étudiants en médecine, cette initiative doit être soutenue. Il est essentiel de briser les préjugés entourant la psychiatrie afin d'encourager davantage d'étudiants à s'engager dans cette spécialité.

Les campagnes visant à favoriser la déstigmatisation doivent également concerner les métiers de la psychiatrie, qui font souvent l'objet d'idées reçues. La déstigmatisation des questions relatives à la santé mentale, notamment chez les jeunes générations, s'est enclenchée à la suite du confinement. Il faut favoriser un nouvel intérêt pour la psychiatrie. Un programme spécifique de communication sur le contenu des métiers pourrait accompagner ce mouvement, et susciter des vocations. Une sensibilisation des conseillers d'orientation dans les lycées, avec une implication des IFSI et des professionnels de santé, doit être renforcée et généralisée.

- ➔ Développer et soutenir les campagnes d'information au profit des métiers de la psychiatrie.
- ➔ Favoriser les actions de sensibilisation par les IFSI auprès des conseillers d'orientation et auprès des lycéens.

I Favoriser les stages en psychiatrie pour susciter des vocations

— LES EXTERNES —

Les services de psychiatrie offrent la possibilité d'accueillir des externes, sans se limiter aux seuls services universitaires, souvent en nombre insuffisant pour accueillir l'ensemble des externes. Au concours de l'internat, la psychiatrie figure parmi les dernières spécialités choisies, et le nombre de postes disponibles n'est pas intégralement pourvu. Cette situation s'aggrave année après année, posant un défi majeur pour la spécialité. Pourtant, l'expérience montre que la réalisation d'un stage au cours de l'externat est souvent un facteur de choix pour une spécialité lors de l'internat.

- ➔ Systématiser la réalisation d'au moins un stage en service de psychiatrie durant l'externat.
- ➔ Développer les possibilités pour les externes d'effectuer leur stage dans des établissements hors CHU autorisés en psychiatrie.

— LES INTERNES —

L'entrée en vigueur d'une nouvelle maquette de l'internat cette année, avec une durée de formation de 5 ans en DES permettant une spécialisation plus approfondie en pédopsychiatrie, en psychiatrie de la personne âgée, en psychiatrie légale et en psychiatrie périnatale, représente une évolution significative. L'impact de cette réforme sur les choix des étudiants en médecine se manifesterà dans les années à venir, et il est nécessaire de suivre attentivement son influence sur la spécialité de la psychiatrie.

Afin d'attirer de futurs psychiatres vers les services hospitaliers, il est impératif que les internes aient la possibilité d'effectuer des stages dans les différents services et établissements. Il est essentiel de rappeler que les soins psychiatriques à l'hôpital sont principalement dispensés dans des services non universitaires. La diversité des approches théoriques et des pratiques cliniques des praticiens hospitaliers doit être pleinement intégrée dans le cursus des études médicales et de l'internat. Une trop forte concentration des internes dans les services universitaires limite la richesse et la diversité de leur formation à la psychiatrie de secteur, contribuant ainsi à la difficulté de recrutement dans les centres hospitaliers spécialisés.

- ➔ Favoriser la présence d'un nombre pertinent d'internes au sein des services afin de garantir la qualité et l'individualisation de la formation des internes.
- ➔ Assurer un meilleur équilibre dans la répartition des agréments de stages d'interne et dans la

répartition des internes sur le territoire afin de favoriser leur implantation à l'issue de l'internat.

- ➔ Favoriser l'universitarisation des terrains de stage des internes en dehors de CHU pour améliorer la répartition des internes et favoriser l'attractivité des territoires.

— LES INFIRMIERS —

Les infirmiers bénéficient de trop peu d'heures de cours sur la psychiatrie, et les stages n'y sont pas systématiques. Il arrive parfois qu'un stage effectué dans le secteur médico-social soit comptabilisé comme de la psychiatrie. Pour autant, la réalisation d'un stage en psychiatrie peut être un facteur décisif pour le choix de l'orientation professionnelle de l'infirmier.

- ➔ Favoriser la réalisation d'au moins un stage en psychiatrie stricto sensu pendant les études infirmières.
- ➔ Dissocier les stages de formation en psychiatrie et en santé mentale, par rapport au médico-social.

— LES PSYCHOLOGUES —

Les demandes de stage de la part des étudiants en psychologie, notamment en master, sont nombreuses mais pas toujours honorées.

- ➔ Mieux valoriser la place des stagiaires de master 2, inciter à leur accueil avec un quota minimal de stagiaires par établissement.

Structurer une démarche territoriale pour attirer et fidéliser les professionnels de la psychiatrie

Le renforcement de l'attractivité de l'exercice en établissement passe également par l'existence d'une participation à des actions de recherche. Un autre vecteur important d'attractivité est celui posé par la constitution de fédérations régionales de recherche en psychiatrie et santé mentale, consacrées par l'instruction du 30 mars 2023 relative au soutien de la structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie et santé mentale.

Suite aux Assises de la santé mentale, le développement de postes hospitalo-universitaires territoriaux favorise une fédération d'établissements autour de projets universitaires de recherche et de formation. Si 12 postes ont d'ores et déjà été créés, la demande est forte pour développer de nouveaux postes sur d'autres territoires.

- ➔ Augmenter le nombre de postes hospitalo-universitaires à vocation territoriale.
- ➔ Recruter et développer les postes de praticiens partagés. Ces modalités d'organisation peuvent être facteur d'attractivité pour certaines fonctions, entre service universitaire et service non universitaire, par exemple.



L'EXEMPLE

Le cas du projet PLUTON

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Lille et le groupement hospitalier de territoire (GHT) Psy Nord-Pas-de-Calais développent un travail collaboratif baptisé « Pluton », qui représente une initiative majeure. Cette collaboration a joué un rôle crucial dans la promotion de l'attractivité des secteurs hospitaliers qui connaissaient des difficultés particulières. La dynamique territoriale instaurée par ce projet, et notamment la présence d'un poste HU territorial, a également été bénéfique pour accompagner les internes dans leur parcours professionnel.

Renforcer la formation des professionnels

I Consolider la formation initiale et continue des infirmiers

La formation initiale des infirmiers est insuffisante pour permettre à de jeunes professionnels d'être armés et prêts à exercer en psychiatrie. Le volume d'heures de formation théorique et pratique n'est pas en adéquation avec les attendus lors de la prise de poste.

Doubler le nombre d'heures de formation en psychiatrie dans la formation initiale des infirmiers.

- ➔ Augmenter de 25% les places en 1^{re} année d'IFSI d'ici à 2050.
- ➔ Rendre obligatoires les cours magistraux de formation à la psychiatrie dans la formation des IDE.

- ➔ Développer les programmes de formation continue et de mentorat au sein des établissements lors de la première année de prise de poste.
- ➔ Mettre en place du tutorat d'intégration, et valoriser cette fonction, qui nécessite du temps dédié.
- ➔ Donner aux établissements les moyens de mieux encadrer les étudiants et les nouveaux recrutés.
- ➔ Former par la simulation en santé mentale pour compléter les actions de formation continue.

II Développer le recours aux infirmiers en pratique avancée (IPA) et favoriser leur formation

La fonction d'IPA est un métier nouveau, qui doit pouvoir s'intégrer dans une gradation de soins, notamment pour appuyer les médecins dans la réalisation de certaines tâches. L'intégration d'IPA dans les équipes de soin doit être réfléchie au préalable, et leur rôle défini en fonction des parcours patients au sein de chaque équipe. Le poste d'IPA doit s'entendre comme un poste supplémentaire et pas en substitution, ce qui implique d'anticiper les départs en formation d'IPA pour garantir les ressources paramédicales nécessaires au sein du service.

- ➔ Augmenter le nombre d'IPA en formation sur les 5 prochaines années, afin de prévoir la présence d'au moins un IPA par secteur psychiatrique sur l'ensemble du territoire.
- ➔ Favoriser une meilleure reconnaissance salariale de ce métier pour renforcer son attractivité.

Pour les IPA, le départ en formation est souvent compliqué en raison des contraintes personnelles et familiales. De plus, pour les établissements, il est difficile de laisser partir durant deux années des professionnels. Une reconnaissance des acquis de l'expérience et un développement des enseignements à distance permettraient de mieux gérer ces contraintes, et faciliteraient le départ en formation des IPA.

- ➔ Définir les modules pouvant faire l'objet d'une formation à distance.
- ➔ Faire un bilan des formations d'IPA au regard aussi des attendus des acteurs professionnels de terrain.

La formation des IPA étant universitaire, l'adaptation, le déploiement et les modalités pédagogiques du référentiel de formation sont laissés à l'autonomie de l'université. Il en résulte une grande disparité des contenus et des méthodes pédagogiques entre les lieux de formation.

- ➔ Faire un bilan des formations d'IPA, et rechercher l'harmonisation des contenus de formation dispensés en psychiatrie/santé mentale.

Pour les professionnels issus des outre-mer, le départ en formation en métropole peut être compliqué à gérer sur le plan financier.

- ➔ Prévoir des modalités d'indemnisation afin d'éviter un renoncement à la formation par les professionnels ultra-marins.
- ➔ Développer les enseignements en distanciel.
- ➔ Soutenir la création d'un enseignement IPA dans les départements d'outre-mer.

Faire évoluer les statuts des professionnels pour une meilleure reconnaissance

I Mieux reconnaître l'exercice à l'hôpital des médecins

Le peu d'attractivité de la discipline médicale et le choix d'un exercice libéral ou dans le secteur privé entraînent une distorsion de l'offre, au détriment des parcours de soins des patients. Le questionnement d'une reconnaissance de l'exercice en milieu hospitalier s'impose, à défaut d'une régulation.

Au sein des établissements, une recherche d'équité doit être la règle : attribution des primes, répartition de la pénibilité, participation à la permanence des soins...

- Recourir à la prime de solidarité territoriale pour dépanner les établissements en difficulté.
- Favoriser l'accueil et la reconnaissance des médecins étrangers en aplanissant les difficultés administratives, en facilitant la délivrance de visa, et en proposant une rémunération en rapport avec les compétences exigées.

I Reconnaître les métiers de la psychiatrie

En ce qui concerne la rémunération des IPA, après 2 ans de formation complémentaire, ceux-ci voient leur rémunération augmenter d'environ 50 euros par mois : une revalorisation s'impose pour développer le nombre et la fonction d'IPA.

- Garantir aux IPA une rémunération en cohérence avec leur niveau de formation.

Depuis longtemps, la psychiatrie a cherché à diversifier et à développer des possibilités d'expression des personnes hospitalisées en développant les compétences artistiques, l'expression écrite, la communication par différents vecteurs (théâtre, peinture, arts, musique...). Ces activités se font généralement au sein des hôpitaux de jour et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), mais également dans les services pour patients hospitalisés au long cours. Ces activités sont très utiles dans les services d'entrée pour apaiser les tensions et gérer la violence. Le recrutement de personnels formés à ces approches thérapeutiques n'est pas récent, et ces professionnels sont considérés comme faisant partie des équipes de soin (art-thérapeute, musicothérapeute, ergothérapeute, etc.).

Plus récemment, avec la reconnaissance des bienfaits de l'activité physique et de la nécessité d'améliorer la santé physique des patients, et la prise en compte de la gestion des émotions par des approches corporelles, de nouveaux professionnels sont intervenus. Ainsi, le recours à des kinésithérapeutes, des enseignants en activité physique adaptée (APA), des diététiciens et des professionnels

sont intervenus. Ainsi, le recours à des kinésithérapeutes, des enseignants en activité physique adaptée (APA), des diététiciens et des professionnels formés aux différentes techniques de relaxation favoriserait le processus de prise en charge.

Dans les hôpitaux, ces métiers fort utiles dans les équipes de soin sont souvent mal reconnus, voire ne disposent pas d'un statut adapté (par exemple les APA). De ce fait, les établissements rencontrent des difficultés à recruter certains métiers paramédicaux, qui se consacrent à d'autres secteurs avec un niveau de rémunération plus attractif, et ce, alors même que ces professionnels sont indispensables.

- Donner aux APA un statut à la hauteur de leur niveau de formation.

En ce qui concerne les psychologues, une politique ambitieuse de reconnaissance et de fidélisation doit être entreprise, alors que l'exercice libéral constitue un attrait important pour les professionnels.

- Réaliser au sein de chaque région une cartographie de l'ancienneté des psychologues, et engager un plan de stagiairisation des professionnels disposant de plus de 2 ans d'ancienneté.
- Développer la titularisation des psychologues en organisant des concours réservés.

I Encourager l'exercice professionnel en UMD ou UHSA

Enfin, une proposition d'intéressement financier pour les professionnels de la santé qui exercent en UMD ou UHSA mérite d'être sérieusement prise en considération. Cette incitation financière peut contribuer à attirer et à maintenir des professionnels qualifiés dans ces structures, où leur expertise est essentielle pour répondre aux besoins complexes des patients en psychiatrie.

- ➔ Encourager l'exercice dans les unités les plus difficiles par une meilleure reconnaissance.

4

Améliorer les conditions de travail en établissement psychiatrique et redonner du sens au travail

I Développer de nouveaux rythmes de travail

L'une des réponses permettant d'améliorer les conditions de travail au sein des établissements psychiatriques est l'exploration de **nouvelles organisations de travail**, répondant mieux aux attentes des professionnels en ce qui concerne l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle et en lien avec une évolution de l'offre de soins.

Les professionnels, souvent les plus jeunes, expriment le souhait d'un passage de leur rythme de travail en 12 heures ou un passage à la semaine en 4 jours. De nouvelles organisations hybrides peuvent être proposées avec, dans une même équipe, des rythmes de travail différents et/ou des horaires

décalés, s'adaptant à la charge en soins et à l'organisation des soins de l'unité. L'adhésion de l'équipe au projet doit être pleine et entière, et ne doit pas occulter une réflexion au sujet des synchronisations des temps des personnels médicaux et des personnels non-médicaux, ainsi qu'une réflexion sur les modalités permettant de garantir les temps de pause. Si cette organisation est souhaitée par les professionnels, elle doit néanmoins faire l'objet d'une évaluation.

- ➔ Favoriser l'adaptation des rythmes de travail au regard des aspirations des professionnels.

I Répondre aux enjeux de charge en soins

L'un des éléments identifiés comme étant source d'amélioration des conditions de travail est celui de la charge en soins. C'est pourquoi il est nécessaire d'interroger ce sujet pour mieux mettre en adéquation les ressources des équipes avec les besoins d'organisation de la prise en soins.

- ➔ Documenter la notion de charge en soins au regard de la lourdeur des patients pour proposer des guides d'organisation pertinentes.
- ➔ S'appuyer sur le travail des DIM et sur les données d'information médicale pour étayer cette documentation.

Les postes vacants se concentrent souvent sur les secteurs d'hospitalisation. Ce constat est la conséquence des sujétions, mais pas uniquement. Il est nécessaire de s'interroger sur la nature des activités, la place de l'hospitalisation en psychiatrie, avec un besoin de confronter les points de vue sur ces questions entre professionnels travaillant en intra-hospitalier et les professionnels exerçant en ambulatoire, en hôpital de jour, en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), etc. Il convient de travailler sur le contenu de l'hospitalisation, ce qui amènera à aborder les questions des organisations et des conditions de travail des personnels.

Il est nécessaire de mieux organiser les soins dans les unités d'hospitalisation, et de permettre une réelle prise en charge psychiatrique et psychologique des patients en crise. Cela passe notamment par le renforcement de la pluridisciplinarité et de la complémentarité des compétences en hospitalisation complète.

- ➔ Interroger la place de l'hospitalisation complète en psychiatrie, pour mieux faire correspondre les conditions d'hospitalisation des patients et la représentation que les professionnels ont de leur métier.

L'accompagnement relationnel et clinique des patients en crise, en chambre d'isolement ou pas, avec ou sans contention nécessite la présence de

deux soignants par patient pour un accompagnement optimum. L'effectif nécessaire pour l'ensemble des patients d'une unité d'entrée accueillant des patients en crise est conséquent, et n'est pas toujours soutenu et/ou possible, ce qui ne crée pas les conditions pour une pratique soignante satisfaisante. Les contraintes administratives des pratiques d'isolement/contention ont entraîné un véritable alourdissement de la procédure pour les professionnels en psychiatrie.

- ➔ Faire évoluer la réglementation sur l'isolement /contention pour en faire un outil applicable et utile à la protection des droits des patients.

Réduire la contrainte administrative pour donner du temps auprès des patients

La demande est générale en psychiatrie pour que se mette en place une véritable évaluation **pour diminuer les contraintes administratives et logistiques** pesant sur le travail des soignants. Il s'agit de libérer les soignants de certaines tâches administratives et de traçabilité, afin de renforcer le travail auprès des patients.

- ➔ Interroger la pertinence de certaines traçabilités et simplifier la rédaction des rapports d'activité. De façon générale, interroger la pertinence des tâches annexes sans lien direct avec la prise en charge du patient.
- ➔ Favoriser le développement et la mise à disposition d'outils d'aide à la décision : tableaux de bord, rapports d'activité automatisés, requêtes sur bases de données effectués par les services d'information médicale, au profit des services de soins.
- ➔ Développer des outils numériques adaptés à la psychiatrie et ergonomiques, pour faciliter la traçabilité de l'ensemble des professionnels.

Un autre élément essentiel à l'existence de bonnes conditions de travail, ce sont des locaux permettant de bonnes conditions d'accueil, agréables, et adaptées pour les professionnels et les patients.

- ➔ Disposer d'un schéma directeur immobilier pour proposer des conditions de travail adaptées et agréables.
- ➔ Assurer les conditions d'un entretien et d'un renouvellement régulier des locaux existants.
- ➔ Disposer d'un plan d'investissement national pour permettre une mise aux normes des unités d'hospitalisation selon les textes des autorisations en psychiatrie.

Partager les contraintes au sein des établissements et sur les territoires

Les difficultés d'attractivité des établissements psychiatriques se concentrent principalement sur les services intra-hospitaliers. En effet, ces services accueillent les patients les plus complexes, et ceux pour lesquels il est nécessaire d'assurer une permanence des soins.

- ➔ Assurer un meilleur équilibre des sujétions entre médecins d'un même établissement, afin de ne pas créer des inégalités entre professionnels qui conduiraient à rendre moins attractifs certains postes.

De fait, la concentration de la contrainte liée à la permanence des soins génère une moindre attractivité de certains postes au regard des attentes des professionnels et de l'équilibre vie privée/vie professionnelle. Dès lors, il est nécessaire de garantir une équité de traitement entre professionnels, et une implication de tous pour partager cette contrainte.

Développer la délégation de tâches et faire évoluer les missions des professionnels

Sur le plan territorial, instaurer un schéma de permanence des soins commun entre établissements publics, publics/privés et publics/libéraux pour concrétiser la notion de « responsabilité collective ».

Définir au niveau national et à l'échelon local les modalités de cette délégation de tâches

La délégation de tâches doit faire l'objet d'une structuration précise. Il convient donc de définir ce que le médecin délègue comme actes, missions, de quelle façon, et quel est le niveau de responsabilité qui est délégué. Il est nécessaire de développer les protocoles de coopération pour expliciter ces liens. Cela passe par le développement des prises en charge pluriprofessionnelles, et la valorisation des modèles de soins partagés. En somme, il s'agit de passer d'une logique de délégation d'actes à une logique de délégation de compétences.

- ➔ Développer des protocoles locaux de coopération.
- ➔ Positionner le médecin en tant que garant de la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

Reconnaître l'expertise des psychologues et renforcer leur rôle dans l'évaluation des patients

Les psychologues sont un rouage essentiel du suivi des patients accueillis en psychiatrie. Une meilleure reconnaissance de leurs missions et de leur rôle est nécessaire pour garantir l'attractivité de leur métier à l'hôpital. Si les psychologues ont fait l'objet de nouvelles propositions, notamment dans le cadre des assises de la santé mentale (dispositif MonPsy, augmentation de leur nombre en CMP et dans le champ de la précarité), la dynamique doit également s'étendre aux établissements, pour fidéliser ces professionnels dans un contexte de difficultés de recrutement.

- ➔ Faire évoluer les missions des psychologues, et structurer différemment le parcours des patients, en facilitant l'accès direct aux psychologues en CMP, pour répondre plus rapidement à la demande des patients.
- ➔ Reconnaître le statut des psychologues et leurs expertises particulières, et développer leur structuration en collège.
- ➔ Penser et développer la délégation de tâches, renforcer leurs responsabilités.

- ➔ Développer le positionnement de psychologues en prévention et protection de l'enfance au niveau des maisons de santé, pour désengorger les CMP et permettre l'accès direct.

Renforcer le rôle des infirmiers

Aujourd'hui, les IDE n'ont pas le droit réglementairement de faire une consultation, un bilan, un entretien en 1^{re} intention en dehors des délégations de tâches.

- ➔ Étudier la possibilité d'intégrer réglementairement dans les missions infirmières la possibilité de réaliser des consultations d'entretien et de bilan.
- ➔ Créer un module de formation continue spécifique, ainsi qu'un codage de cette activité.

Faire évoluer la composition des équipes

Avec l'avènement de la réhabilitation psychosociale, de nouveaux intervenants viennent enrichir et diversifier les soins, les accompagnements, et les étayages nécessaires à la réinsertion pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques chroniques ou de handicap psychique. Par exemple, ce sont les case managers, les infirmières de coordination, les conseillers d'orientation professionnelle qui renforcent le travail des assistantes sociales, les pairs aidants qui témoignent de leur parcours auprès des patients et aident à l'accompagnement vers les groupements d'entraide mutuelle (GEM).

Les personnels de l'éducation, éducateurs spécialisés, enseignants APA, éducateurs jeunes enfants peuvent apporter une aide supplémentaire dans certains services.

- ➔ Faire évoluer la composition des équipes de soins non médicales en intra-hospitalier (intégrer plus de pluriprofessionnalité) et dans les hôpitaux de jour.

I Développer le management participatif à tous les niveaux

Le rapport Claris a souligné l'importance de faire évoluer la gouvernance dans les établissements comme facteur d'attractivité pour les médecins, les cadres, et afin de redonner du sens aux différents professionnels de santé. Plusieurs enquêtes ont montré qu'il y a eu finalement peu d'évolution, et que les modalités managériales sont variables en fonction des établissements. Certaines préconisations semblent indispensables pour améliorer le quotidien des équipes de soin.

- ➔ Développer la formation au management pour l'ensemble des responsables médicaux, paramédicaux et administratifs. La formation managériale des médecins doit être soutenue.
- ➔ Dans l'organisation des établissements, renforcer la place du service, le binôme chef de service/cadre de santé et le pilotage des projets de service par le binôme.

Cet essor managérial doit favoriser la délégation de gestion (crédits de remplacements, petits investissements du quotidien, formation, actions et initiatives relatives à la qualité de vie au travail, etc.).

- ➔ Systématiser la rédaction d'une charte de gouvernance à l'échelle des établissements.
- ➔ Développer la rédaction de chartes décrivant les modalités de travail au sein des services, notamment entre médecin-chef et cadre.
- ➔ Renforcer la concertation préalable avec les responsables médicaux dans la nomination des cadres de pôles et des cadres de proximité, pour garantir l'intégration de ces professionnels dans les services de psychiatrie.
- ➔ Reconnaître une organisation des psychologues dans la gouvernance institutionnelle, notamment par le biais des collèges des psychologues, afin de les intégrer dans les décisions institutionnelles.

ANNEXE





Composition du groupe de travail

Membres du groupe de travail

D^r Sylvie Péron (Présidente du groupe de travail FHF Psychiatrie, CH Laborit), **François-Jérôme Aubert** (CH Esquirol), **Thierry Biais** (CH Charles Perrens), **Jean-Yves Boisson** (EPSM du Loiret), **D^r Sylvie Boivin** (EPSM Finistère sud), **P^r Olivier Bonnot** (CNUP, EPS Barthélémy Durand), **François Caplier** (EPSM Lille-Métropole), **D^r Jean-Marc Chabannes** (APHM), **P^r François Chollet** (CHS Gérard Marchant), **D^r Marie-José Cortes** (SPH, CH François Quesnay), **Guillaume Couillard** (GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **Claude Finkelstein** (FNAPSY), **D^r Alain Fuseau** (GH du Havre), **P^r Raphaël Gaillard** (GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **Ida Jighai** (EPSM de la Guadeloupe), **Anne Larue** (CH Montperrin), **Étienne Lesecq** (GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **D^r Christophe Libert** (API, GHU Paris Psychiatrie & neurosciences), **Pascal Mariotti** (ADESM, CH du Vinatier), **Pascale Mocaër** (CHU de Limoges), **D^r Christian Müller** (EPSM de l'agglomération lilloise), **D^r Marie-Noëlle Petit** (ANPCME, CH de Montfavet), **D^r Florence Raffeneau** (CH Laborit), **P^r Anne-Catherine Rolland** (CHU de Reims), **D^r Christophe Schmitt** (Président de la conférence des PCME de CHS, EPSM Metz-Jury), **P^r Jean-Louis Senon** (Université de Poitiers), **D^r David Travers** (CHU de Rennes), **Aurélien Sourdille** (FHF).

Participants thématiques au groupe de travail

Hélène Gendreau (FHF), **D^r Mathilde Horn** (CHU de Lille), **Gladys Mondière** (FFPP), **François Pacaud** (FFPP), **Cindy Pages** (CH du Vinatier), **Annick Perrin-Niquet** (CEFI-Psy), **Sarah Sabé** (CHU de Lille), **D^r Nathalie Salomé** (CH Esquirol), **P^r Pierre Thomas** (CHU de Lille).

Coordination

D^r Sylvie Péron (Présidente du groupe de travail FHF Psychiatrie, CH Laborit) et **Aurélien Sourdille** (FHF)



FHF

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

