

Les prises en charge psychiatriques en ville : vers un dispositif de soins partagés ?

Les trajectoires professionnelles des médecins généralistes comme des psychiatres partagent l'évidence des profondes mutations de la pratique libérale. Les progrès de la médecine n'expliquent pas seuls ces changements, ancrés dans une évolution sociétale portée par le politique, imposant au médecin un renouvellement de sa pratique. Celle-ci, intégrant les progrès du savoir et de la technicité, n'est cependant pertinente qu'humaniste et relationnelle. Le couple médecin malade est-il encore le paradigme du soin, alors que dès la prise en charge en ville, y compris pour la psychiatrie, d'autres espaces que ceux de la relation duelle existent, comme les échanges collaboratifs et la dimension pluridisciplinaire ?

L'évolution des cadres thérapeutiques

Les soins psychiatriques englobent la part de savoir, d'apprentissage, de technicité nécessaire à une pratique professionnelle. Toutefois, ils n'ont de sens que s'ils sont en mesure de s'adresser à un malade pris dans son unité telle que définie par la coexistence de la subjectivité et de l'objectivité [62]. De la même manière, la notion de soins psychiatriques de ville est liée à l'évolution du statut social du malade mental. L'histoire le voit quitter le monde de l'enfermement asilaire pour tendre vers une double reconnaissance, de son droit de cité et de sa maladie.

Les évolutions épidémiologiques, nosographiques, classificatrices portent aussi le risque de séparer la psychiatrie par territoire : la ville, l'asile, le secteur, l'hôpital, l'institution... Nous sommes loin de « Psychose, Névrose et Perversion » [23] qui définissant les grands fonctionnements psychopathologiques, scellait

les césures thérapeutiques en fonction des capacités du patient à demander des soins.

Le cloisonnement d'une psychiatrie de ville

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, traite de la coordination des soins et instaure le médecin traitant. Sourd à cette évolution majeure, le plan « psychiatrie et santé mentale » de 2005, tout en soulignant les limites et insuffisances des centres médico-psychologiques (CMP), affirme que « le CMP constitue historiquement le pivot du dispositif de soins en psychiatrie... comme premier interlocuteur pour la population... ». Dans ce paradoxe, définissant l'ambulatoire à partir du CMP structure issue de l'hôpital, la psychiatrie de ville, si elle ne vivait sa pertinence dans son impact thérapeutique sur le quotidien pathologique de ses patients, aurait pu y lire sa disparition.

Une évolution de la psychiatrie en ville est nécessaire et réalisable. Le terme « ambulatoire » devrait d'ailleurs être préféré à celui « en ville », qui est le titre de la contribution demandée, car il concerne la prise en charge de l'ensemble des patients psychiatriques non hospitalisés, et n'oppose pas les secteurs public et privé.

Une évolution nécessaire

Le médecin généraliste, confronté à la prévalence des troubles psychiatriques en soins primaires, se voit reprocher une surprescription de psychotropes et l'insuffisance du repérage des pathologies mentales. Parallèlement, sa responsabilité lui impose de ne pas sous-diagnostiquer les pathologies organiques, avec souvent une identification trop partielle des ressources psychiatriques à sa disposition.

Maurice Bensoussan
Psychiatre libéral
Patricia Lefébure
Médecin généraliste libéral

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

Le cloisonnement d'une psychiatrie de ville

Vu sur un forum de médecins libéraux il y a quelques semaines : « mon interne va faire sa thèse sur la collaboration médecins généralistes/psychiatres. Elle aimerait que vous remplissiez son questionnaire ». La première réponse a fusé quelques minutes plus tard : « pas la peine de regarder le questionnaire, il n'y a jamais de travail en commun avec les psychiatres. Jamais de courrier,

jamais de retour. Collaboration nulle ». Voilà, tout était dit.

Ce n'est qu'un ressenti. Mais hélas corroboré par les études faites notamment sur le territoire du Sud-Yvelines [71]. L'une auprès des généralistes en 2000, qui montrait que 80 % des adresses au psychiatre étaient sans retour d'information. L'autre auprès des CMP en 2008 (non publiée), qui montrait que sur les 161 patients vus

1 jour donné dans les 10 CMP, seuls 9 % avaient fait l'objet d'un courrier du psychiatre, et également 9 % d'un courrier du médecin traitant. Et seulement 3,7 % avaient bénéficié d'un échange ; les autres courriers étaient à sens unique. Plus les 82 % des dossiers dans lesquels on ne retrouvait donc aucune trace de communication dans un sens ou dans l'autre. 📧

Le médecin généraliste souffre de ne pas avoir un avis spécialisé sur un diagnostic, sur un traitement, sur l'indication d'une psychothérapie. Or le généraliste n'aime pas souffrir, il va avoir tendance à éluder les situations difficiles.

Le psychiatre de ville doit, lui, justifier de sa pratique, soit car elle serait réduite à la psychothérapie, soit car elle privilégie la chimiothérapie. Il se peut que la dimension intrinsèquement psychothérapeutique de l'exercice psychiatrique dérange au lieu d'inspirer le monde médico-administratif.

Il doit aussi se souvenir que ce sont les co-morbidités (cancers et maladies cardiovasculaires) qui réduisent l'espérance de vie de ses patients suivis au long cours. Co-morbidités dont la prévention passe par le généraliste.

Cloisonnement et coordination des soins

Le leitmotiv actuel affirmant une raréfaction de l'offre de soins en opposant « villes » et « déserts », au moment où les médecins en exercice n'ont jamais été aussi nombreux, s'inscrit dans un cloisonnement des pratiques, un allongement des délais d'attente en psychiatrie, tant dans le secteur public que libéral. Les services d'urgence deviennent la porte d'entrée du soin psychiatrique, pour un patient souvent livré à lui-même dans son accès aux soins, au moment où la santé est régionalisée, découpée en territoires, articulée autour de l'inflation des réseaux de soins.

Une évolution réalisable : deux exemples locaux de mise en place de dispositifs de soins partagés

L'expérience du Réseau Sud-Yvelines

Une expérimentation a été menée à partir de 2001 dans le Sud-Yvelines, et qui est maintenant considérée par les généralistes de ce territoire comme une organisation habituelle de soins psychiatriques. Il s'agit du Dispositif de soins partagés (DSP).

Partant du constat que les généralistes prennent en charge une grande majorité des patients souffrant de pathologies psychiatriques courantes, mais qu'ils sont parfois en difficulté, le service de psychiatrie de l'hôpital de Versailles a ouvert, dans le cadre d'un Réseau de soins, une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint. Une deuxième consultation de ce type a ouvert ensuite dans un CMP.

Il s'agit d'une consultation d'évaluation et d'orientation, préparée par un infirmier psychiatrique qui reçoit la demande du patient, et qui appelle ensuite le médecin pour comprendre les attentes de chacun. Le psychiatre évalue le patient sur 3 à 4 consultations maximum, à l'issue desquelles il oriente si nécessaire vers un CMP, une psychothérapie en ville, un suivi psychiatrique libéral, ou un simple retour vers le médecin traitant. Dans tous les cas, celui-ci est associé au plan de soins et donne son avis. Il reçoit évidemment un compte rendu final.

Les avantages de ce dispositif sont nombreux :

- Le fait que le psychiatre ne prend pas en charge les patients au long cours permet de ne pas emboliser

cette consultation, et le délai de rendez-vous est de 1 à 3 semaines.

- Le médecin traitant est valorisé dans cette approche, et se sent plus compétent. Il n'a plus peur de rechercher une pathologie psychiatrique parce qu'il sait qu'il peut être aidé en cas de besoin.

- Au fil des contacts répétés avec les spécialistes, le généraliste améliore réellement ses compétences. On le constate sur le taux de réorientation dès l'entretien infirmier : il passe de 23 % à 5 % entre 2002 et 2011¹, témoin que les recours se font à meilleur escient.

- Le patient peut avoir accès plus facilement à la psychiatrie, accompagné par son médecin traitant, sans être forcément « happé » par le système.

- Les psychiatres hospitaliers s'ouvrent sur les pathologies suivies essentiellement en ambulatoire et rencontrent des patients moins lourdement atteints. Ils ont ainsi une vision plus globale de leur spécialité.

Certains freins doivent cependant être notés :

- Le patient doit raconter son histoire à son médecin traitant, puis à l'infirmier psychiatrique, puis au psychiatre, puis à un autre professionnel s'il est réorienté à l'issue de l'évaluation. Cela peut paraître lourd, mais après dix ans d'existence du dispositif, aucune plainte de patient en ce sens n'est à recenser.

- Le temps de coordination est important. Il faut un infirmier qui réalise un premier entretien auprès du patient, puis appelle le médecin traitant, puis présente le dossier au psychiatre. Il faut que le généraliste écrive un courrier pertinent² : les bonnes questions s'il veut avoir les bonnes réponses. Il faut que le psychiatre réponde.

- Ce type de dispositif nécessite un véritable changement dans les pratiques hospitalières. Le psychiatre doit apporter une réponse en quelques consultations. Il doit accepter de laisser d'autres professionnels prendre en charge le patient. Il doit s'adapter au langage des généralistes.

L'exemple de Toulouse : innovation thérapeutique et résistance au changement

L'agglomération toulousaine dispose non seulement des moyens d'hospitalisation du secteur psychiatrique, de l'hôpital universitaire (CHU), mais aussi d'une forte offre de soins privée avec plus de 1 000 lits d'hospitalisation. Ces établissements s'articulent étroitement avec la médecine de ville, les psychiatres libéraux mais aussi les généralistes. En dépit de ces possibilités, mobiliser des capacités d'hospitalisation sans délai et sans programmation s'avérait difficile.

Ce constat consensuel des années 90, précédant l'explosion de l'usine AZF et de l'hôpital psychiatrique situé à proximité, conduit des psychiatres travaillant dans une clinique privée, aux urgences psychiatriques

1. Bilans d'activité RPSM 2003 et 2011.

2. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique?xtmc=&xtrc=1

et au CHU à s'engager dans une pratique d'admissions non programmées. Soutenues par leurs établissements respectifs, plusieurs conventions sont élaborées dont la chronologie laisse deviner le long et sinueux chemin parcouru. La première en 2003 concerne la clinique privée et l'hôpital psychiatrique, la seconde en 2004 les praticiens du CHU et de la clinique privée, en 2006 ce sont ces deux établissements par leurs directeurs généraux qui signent une convention, avant qu'en 2010 l'agence régionale de l'hospitalisation (devenue ARS) alloue enfin des moyens spécifiques pour cette organisation.

Ce partenariat public-privé permet aux urgences du CHU d'orienter, sans délai et sans sélection de pathologies, dans une clinique privée de moins de 120 places plus de patients que dans l'ensemble du dispositif d'hospitalisation du secteur psychiatrique de la ville. Cet établissement, de surcroît orienté vers une pratique de la pédopsychiatrie, met aussi à disposition des urgences, des lits d'aval pour des mineurs de plus de 16 ans en structurant un projet médical spécifique à cette tranche d'âge, problématique, de par sa dimension, charnière.

La synergie médico-administrative nécessaire pour porter de telles innovations va se perdre dans le double mouvement de la création des agences régionales de santé (ARS) et du changement d'actionnaire de la clinique. Ces moments de désorganisation-réorganisation permettent une alliance paradoxale portée par l'objectif commun de cliver missions de service public et prestations lucratives. Des logiques opposées s'accordent : du côté de la tutelle, le culte de l'immobilisme où après avoir prêté serment, certains s'affranchissent de toute objectivité ou recherche de preuves, et du côté de l'actionnaire, l'optimisation lucrative. La séparation est aboutie entre un service public en mal d'adaptation, en quête de moyens, et une hospitalisation privée, qui avec des ressources quatre à cinq fois moindres fait encore des bénéfices. Qui a intérêt à promouvoir un modèle de santé s'inspirant de ce que les fast-foods sont à la restauration ou les meubles en kit à l'ébénisterie ?

Pérenniser les améliorations organisationnelles

Pour améliorer l'accès et le parcours de soins en psychiatrie tant en hospitalisation qu'en ambulatoire, l'Union régionale des professionnels de santé de Midi-Pyrénées et le CHU gérant en particulier les urgences et la psychiatrie décident de promouvoir une organisation de soins partagés telle que décrite précédemment dans l'exemple du réseau Sud-Yvelines. Prenant modèle de dispositifs existants en Ile-de-France, cette organisation part de la demande de soins, qu'elle émane du médecin traitant, du patient, d'un tiers... pour organiser sa régulation et orienter le patient ou le praticien vers le professionnel ou le dispositif de soins le plus pertinent. Chacun de ses membres est impliqué, le médecin traitant, le généraliste membre du réseau, le psychiatre ou tout autre professionnel de santé grâce à l'organisation d'un partage d'information entre professionnels sur le modèle de la


recommandation médecin généraliste – psychiatre de la HAS³. La même articulation est prévue avec l'ambulatoire des secteurs de psychiatrie partenaires, les services d'urgence de la ville, les hôpitaux et cliniques intéressés. Elle concerne aussi toute forme de sortie d'hospitalisation.

L'implication d'acteurs institutionnels doit pérenniser ce dispositif de soins partagés basé sur les échanges collaboratifs et centré sur le patient, indépendamment du point de départ de la demande de soins, l'hôpital, le malade, la ville...

Conclusion

Surmonter les résistances au changement, dégager les indispensables complémentarités pour améliorer l'efficacité de notre système de soins, suppose outre l'indépendance des médecins, une réelle capacité d'évaluation de la qualité du dispositif par les professionnels.

Les expériences présentées montrent qu'il est possible d'instaurer des soins collaboratifs entre généralistes et psychiatres, ou entre ville et hôpital, pour améliorer la qualité des soins. Ces expérimentations, liées à la volonté des acteurs, ne doivent pas rester l'exception. Le temps de coordination est un acte à part entière, il doit être reconnu et valorisé en tant que tel. Les nouveaux modes de rémunération en maison de santé pluridisciplinaire constituent une timide avancée mais avec un tel encadrement qu'il est impossible de les généraliser.

Les médecins libéraux de proximité sont prêts à systématiser leur collaboration entre eux et avec leurs confrères hospitaliers. Accordons-leur les outils indispensables pour développer ces espaces de coordination. 

3. Recommandation élaborée par le CNQSP labélisée par la HAS.