

# La démographie médicale en psychiatrie

## *En phase avec le soin ambulatoire*

Henri Ey espérait 4000 psychiatres en 1966, chiffre qui a culminé récemment jusqu'à 13 254 psychiatres avec une importante féminisation et un âge moyen le plus élevé parmi les spécialités. Les projections généralement admises indiquent une diminution de 12 % d'ici 2010 et de plus de 40 % en 2020. Surtout, les psychiatres quelle que soit leur pratique (publique, libérale, associative) se concentrent dans les grandes agglomérations, surtout universitaires.

Les « zones blanches » existent et la MNASM en connaît la liste, liste qui indique que les facteurs à l'origine de cet état de fait alarmant ne sont pas univoques. Les solutions apparaissent multiples : la formation initiale en qualité et en volume concernant l'ensemble des professions, la régulation public-privé, la régulation géo-démographique, les relais et les complémentarités dans les prises en charge.

Ce numéro de Pluriels a été rédigé peu avant que le deuxième rapport public annuel de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) dont le président est le Professeur Yvon Berland, soit diffusé. L'Observatoire demande que les décisions sur le numerus clausus et les quotas de formation s'inscrivent dans des plans pluriannuels et qu'elles soient véritablement fondées sur les données démographiques régionales et nationales, que le suivi des postes hospitaliers réellement vacants constitue une priorité, que les besoins prévisionnels en effectifs soient « finement repérés ».

L'accent est mis sur « la nécessité d'une vision décloisonnée des différentes professions compte tenu de leur interdépendance technique comme économique, mais aussi d'une volonté de plus en plus claire de travailler ensemble ».

Pour ce qui concerne la psychiatrie, de moins en moins séparable de son contexte social et environnemental, on assiste à une évolution de la pratique davantage orientée vers les techniques psychothérapeutiques et relationnelles. Cette démarche essentiellement ambulatoire, repositionne la part exclusive des interventions de soin, qu'elles soient préventives, thérapeutiques ou de réhabilitation pour une part importante d'activité qui n'est pas l'apanage du psychiatre, à commencer par des actions coordonnées de réseau et de programmes en santé mentale.

Dans ce contexte, d'acuité quant à la nécessité de réponses, la psychiatrie garde la possibilité de mettre en œuvre des réponses utiles face à son contexte médical démographique et dans la continuité du secteur.

Gérard Massé, psychiatre,  
praticien hospitalier, chef de service  
CH Sainte-Anne (Paris), MNASM

## S O M M A I R E

- P2** La démographie médicale en psychiatrie : les voies du possible  
Pierre Juhan
- P3** Des transferts à quelles conditions ?  
Gérard Massé et Serge Kannas
- P5** Des médecins généralistes assistants en psychiatrie  
Jean-Yves Alexandre
- P5** L'expérience d'une psychologue  
Anne Waddington
- P6** Le service d'accueil infirmier à l'hôpital  
Pierre-Alain Pouyet
- P7** L'entretien infirmier au CMP.  
La psychiatrie de liaison à l'hôpital général  
Dominique Serre

---

## La démographie médicale en psychiatrie : les voies du possible.

Alors que les pouvoirs publics viennent d'engager, grâce au Plan de santé mentale du 20 avril 2005, un effort considérable de réorganisation du dispositif de soins en santé mentale, la question d'une présence médicale suffisante pour la prise en charge des patients reste largement posée même si plusieurs mesures, proposées dans le rapport Berland sur la démographie médicale, vont progressivement produire leurs effets.

De fait, alors que la situation de la France reste globalement très favorable, la densité moyenne des psychiatres est très élevée et a encore augmenté en 2004, la disparité de leur répartition dans les régions, les départements et surtout au sein de zones rurales, infra départementales, est devenue telle que le territoire national laisse désormais apparaître de véritables « zones blanches » ; il s'agit de cantons ou d'arrondissements, de secteurs, au sens de la sectorisation psychiatrique, où la présence médicale est d'ores et déjà devenue insuffisante pour assurer le maintien de la politique de secteur telle que voulue depuis 1960 ; ne rien imaginer de novateur - et de préventif - équivaut à laisser s'effondrer insidieusement tout un pan de notre système sanitaire avec, rapidement, des conséquences, d'ailleurs déjà visibles : malades errants de plus en plus nombreux, institutions d'hébergement de personnes âgées de plus en plus isolées, familles de malades se sentant abandonnées face à leurs difficultés.

Les présentes propositions se fondent donc sur les observations que la Mission nationale d'appui en santé mentale a pu faire dans ses rapports portant sur près des deux tiers des départements français : le processus de « désertification », pour reprendre un terme déjà ancien emprunté à l'aménagement du territoire, concerne certaines zones rurales et maintenant péri-urbaines où le nombre de psychiatres présents a baissé en deçà du minimum jugé nécessaire (on considère qu'un secteur de l'ordre de 70 000 à 100 000 habitants doit disposer d'un effectif moyen de cinq à sept praticiens hospitaliers pour offrir toute la palette de réponses, et fonctionne difficilement au-dessous de quatre ETP, ce qui correspond à un peu plus de trois ETP de présence réelle sur toute l'année) ; ce constat, lié à la vacance durable des postes mis au recrutement a été bien cartographié (en annexe du Plan psychiatrie et santé mentale, notamment). En métropole, il concerne prioritairement les départements au nord de la Loire, avec quelques exceptions comme l'Ardèche, et plusieurs départements d'Outre-Mer. Sachant que la pénurie entraîne la pénurie, celle-ci va probablement s'étendre et s'aggraver au cours des années à venir et devenir un phénomène de masse touchant également la périphérie des grandes agglomérations, sans facteur unique à l'origine de cette détérioration, et donc sans solution unique pour redresser la situation.

À cet égard, il faut bien considérer que tous les autres composants de la politique de santé publique interagissent avec la prise en charge des patients atteints de ce type de pathologie : tout ce qui est et sera entrepris pour, par exemple, améliorer le rôle et la formation des médecins

généralistes, qui sont souvent le premier recours, est donc essentiel. Il en va de même des dispositions que le Gouvernement a déjà prises, (relèvement des quotas d'étudiants en médecine, inter-régionalisation de l'examen classant), ou sur lesquelles la réflexion n'est pas encore achevée, comme la modification des règles d'installation.

Ce travail de la Mission nationale d'appui en santé mentale se borne donc à proposer des mesures concernant l'organisation des services, dans l'objectif de procéder à des expériences de remaniement du dispositif de prise en charge sur le fondement de l'article 131 de la loi du 9 août 2004 (pour les questions de compétence médicale) et des articles 6 et 8, alinéa XVI, de l'ordonnance du 04 septembre 2003 (pour ce qui est de la réorganisation, à titre expérimental, des soins). Le périmètre de l'expérience pourrait, conformément à la loi, être déterminé dans le(s) texte(s) fixant le statut juridique de cette expérience. La Mission nationale d'appui en santé mentale pourrait très rapidement faire des propositions à ce sujet et assurer, sur le fondement d'une saisine appropriée, l'évaluation de l'efficacité de ce dispositif remanié.

Quatre mesures semblent de nature à stabiliser la situation :

- l'organisation, dans le champ de la santé mentale, du transfert de compétences entre les professionnels ;
- la création de centres de régulation des appels téléphoniques concernant des demandes de prise en charge psychiatrique ;
- la modification des règles d'affectation des praticiens hospitaliers au profit du territoire de santé ;
- l'installation de réseaux de soins à distance (télé-psychiatrie).

### 1. L'organisation du transfert de compétence

Dans les départements où la crise de recrutement de nouveaux psychiatres remplaçant les départs (Ardèche, Deux-Sèvres, Eure, Guadeloupe, Seine-Maritime, etc.) est la plus aiguë, une des possibilités palliatives consiste à organiser le transfert des compétences des médecins vers d'autres professionnels. En effet, les textes successifs créant, depuis 1960, le secteur psychiatrique, ont fait du chef de service un véritable homme-orchestre : il établit les diagnostics, détermine les prescriptions, assure également le suivi thérapeutique au long cours (plusieurs mois voire plusieurs années), et joue enfin un rôle d'opérateur de soins pour établir les liens avec d'autres structures sociales et médico-sociales, de manière à fixer la meilleure trajectoire de soins pour les patients. Il s'agit donc d'un véritable challenge qui peut se transformer en pari impossible quand le nombre de médecins se réduit : il est donc temps de faire face résolument à cette situation d'autant que, la pénurie alimentant la pénurie, le temps joue contre toute tentation d'immobilisme.

Il s'agit donc, dans les départements champs de l'expérience, d'établir réglementairement la distinction entre les tâches *a priori* non transférables (diagnostic et prescriptions) et celles qui peuvent l'être (suivi des patients au long cours, prises en charge par psychothérapie de certains patients, rôle d'opérateur de soins). La délégation devra prévoir les professions bénéficiaires du transfert pour chacune des responsabilités : il s'agit, pour l'essentiel, des cadres infirmiers, dans certains cas des infirmiers, des psychologues, des cadres socio-éducatifs.

Le texte à prévoir devra s'inscrire dans la continuité de l'arrêté du 13 décembre 2004, qui prévoit ce transfert de compétence pour d'autres corps de métiers du soin (au demeurant moins déployés dans l'espace et

moins atteints par la pénurie que ne le sont les activités de la psychiatrie).

## 2. La création de centres de régulation des appels.

Le déficit de moyens médicaux, même s'il touche actuellement une superficie très réduite du territoire (des fractions de département) ainsi qu'une population encore numériquement marginale (de l'ordre de 1 à 2 % du total), conduit à des situations de souffrance aux conséquences parfois dramatiques chez ceux qui sont concernés : le premier sentiment, souvent exprimé par les malades et leurs familles, est celui de l'isolement et/ou de l'abandon. Souvent la première crise laisse l'entourage désemparé, sans ressource d'appui. Vient ensuite le temps de la découverte de la réalité de la maladie, parfois dans le cadre d'une hospitalisation dans un lieu éloigné du domicile où surgissent bien souvent des problèmes de transport. Il est donc essentiel de rompre cet isolement en créant, dans chaque département d'habitat dispersé et affecté par la pénurie de médecins, un centre de réception des appels exprimant une demande ou un besoin psychiatrique. Ce centre ayant une activité de régulation pourrait se créer par transformation ou reconversion d'un centre médico-psychologique ; il pourra le cas échéant disposer du standard téléphonique du centre hospitalier spécialisé ; dans tous les cas sa mission sera d'écouter et d'orienter l'appel, selon sa nature, vers les structures existantes.

Il est possible que ce second point soulève plus de scepticisme que d'enthousiasme : à quoi bon une porte d'entrée unique si les moyens restent identiques ? En réalité la rareté accrue des moyens médicaux dévolus à la psychiatrie, la difficulté croissante à distinguer, au premier abord, un trouble mental sévère et une crise passagère, imposent, au contraire, de renforcer la coordination de l'ensemble et ce, au plus près des usagers (cf. le rapport annuel 2004 de la Mission nationale d'appui en santé mentale). D'une manière générale, et la remarque vaut tout autant pour les départements bien dotés, le levier d'action stratégiquement déterminant dans le dispositif soignant actuel, pour en accroître l'efficacité, est de renforcer la cohérence de l'ensemble : identifier un lieu et définir une activité de régulation des appels qui peut aussi, éventuellement, être adossée au SAMU/SMUR, est, de ce point de vue, une pièce supplémentaire, essentielle, dans l'édifice.

## 3. La modification des règles d'affectation des praticiens.

L'inégalité de la couverture des besoins dans ces zones rurales ou périurbaines concernées par la pénurie n'est pas homogène dans l'espace. Les malades les plus proches du chef-lieu et/ou du centre hospitalier spécialisé bénéficient, de fait, d'une prise en charge moins diminuée : dans de nombreux cas, désormais, la variable déterminante est la distance ou, plus encore, le temps de transport pour atteindre le malade ou pour qu'il atteigne le lieu de soin. Par ailleurs, l'organisation territoriale en secteurs établit, parfois, des frontières infranchissables pour les équipes et incompréhensibles pour les malades et leurs familles. Dès lors que la pénurie est toujours relative, d'un secteur à un autre d'un département, il est manifeste que l'égalité d'accès au soin n'existe plus et que, probablement le risque de perte de chance est avéré.

La proposition consiste donc à modifier les règles d'affectation, pour tous les postes à pourvoir, ceux actuels et ceux à venir et, dans ces départements, de ne plus affecter les praticiens dans un service/secteur, mais dans le territoire de santé, avec une lettre de mission, par exemple délivrée par

le DDASS, prévoyant des obligations de service pour les malades de tout le territoire. Il semble nécessaire d'accompagner ce type d'affectation d'une sur-rémunération : la prime multi établissements, prévue par la circulaire du 13 octobre 2000, peut servir de base utile de départ pour fixer les conditions de rémunération de ces nouvelles sujétions.

## 4. L'installation de réseaux de soins à distance.

Il est paradoxal de constater que la télépsychiatrie reste, globalement, très peu développée dans notre pays, au contraire de la télé médecine, alors que le câblage est désormais une priorité d'aménagement du territoire et que la France dispose du savoir technologique et des opérateurs nécessaires. Cette réticence semble liée à la difficulté d'expérimenter une relation de soins autrement que dans la coexistence physique du soignant et du soigné. En réalité, l'analyse du fonctionnement des hôpitaux montre bien que les images sont de plus en plus souvent interprétées puis retransmises depuis un lieu éloigné du patient, et que les résultats d'examen sont adressés, eux aussi à distance : soin et présence médicale ne sont pas toujours organiquement liés, et nécessité doit désormais faire loi.

S'agissant des pathologies psychiatriques, certaines situations ou certaines populations se prêtent d'ailleurs bien à l'association d'un suivi à distance : accompagnement des malades au long cours, pathologies peu évolutives une fois le diagnostic et la prescription établis, prise en charge de populations spécifiques comme les détenus. Organiser les soins dans ces cas, grâce à la vidéo transmission à destination du praticien hospitalier du secteur, responsable du réseau, permettrait d'améliorer le suivi médical et de gagner du temps de transport pour les malades et les soignants.

La disposition réglementaire devra préciser les modalités de financement et le mode d'évaluation de ce type d'infrastructure, les aspects techniques, juridiques et déontologiques devront être également précisés, en particulier le fait que le médecin reste responsable du soin prodigué ainsi que du type de patients susceptibles d'entrer, ou non, avec leur accord, dans la file active relevant de ce type de suivi.

Pour ces propositions, qui constituent un ensemble cohérent, la Mission nationale d'appui en santé mentale se propose d'établir une procédure d'évaluation de leur efficacité au terme de la période actuelle de mise en place des SROS, pour des sites qui en seraient demandeurs.

Pierre Juhan, directeur d'hôpital, MNASM

## Des transferts à quelles conditions ?

Le métier de psychiatre peut être considéré comme constitué de trois volets :

- Celui de médecin spécialiste, diagnostic, certificat, prescription, (volet 1) et de responsable médico-légal, via une formation clinique, pharmacologique et scientifique appropriée à ces missions.
- Celui de psychothérapeute individuel, de famille ou de groupe (volet 2), comportant de nombreuses approches théorico-pratiques diverses. Les volets 1 et 2 qui concernent plutôt les soins directs, sont plutôt référés à un patient, et s'exercent principalement en présence de celui-ci.

● Celui d'opérateur en santé mentale (volet 3), ou de dirigeant/responsable dans le domaine, via la conception, la promotion, la direction ou la mise en œuvre d'actions de santé mentale diversifiées et complexes auprès de patients dans le cadre d'activités cliniques, ou bien au bénéfice d'institutions ou de populations dans le cadre d'actions de structure, de projets ou de programmes. Il s'agit d'actions indirectes, de santé publique, non référées à un patient identifié.

Nous pensons que les volets 2 et 3 ne relèvent pas exclusivement du métier de médecin et sont partageables, au titre de démarches personnelles et de formation, par les autres métiers de la santé mentale.

Les infirmiers, les éducateurs et leurs cadres respectifs travaillent, de moins en moins exclusivement, dans les hôpitaux ou les institutions. Ils sont de moins en moins gardiens dans les asiles ou les structures éducatives, exercent de façon croissante sur le terrain, au sein de la communauté. Nombreux parmi eux se montrent de fait, avec l'expérience acquise ou grâce à une formation, d'excellents thérapeutes et opérateurs en santé mentale.

Il en est de même des travailleurs sociaux, qui ont été placés sous une tutelle médico-centrique dès l'instauration de la politique de secteur. Ils ont pourtant été, dès avant son instauration officielle, les premiers et remarquables opérateurs en santé mentale dans la communauté. Ils devraient s'épanouir de nouveau sur ce terrain.

La question des psychologues paraît semblable. Même si l'on peut s'interroger sur les aléas d'une formation beaucoup trop théorique, l'expérience montre que, comme pour les autres métiers, ils sont en mesure - ils le montrent quotidiennement - d'être psychothérapeutes et d'animer des programmes de santé mentale. On peut considérer qu'ils sont scandaleusement sous-recrutés et sous-utilisés par rapport aux besoins des patients et des structures qui servent ces derniers, au regard du nombre de psychologues formés et sans emploi. Ce même raisonnement pourrait s'appliquer aux rééducateurs.

La question de la place des médecins généralistes est plus complexe. Tout d'abord ils délivrent, dans la pratique, des soins et un accompagnement au bénéfice de nombreux patients présentant des troubles avérés, modérés ou légers, pour lesquels ils sont le principal recours. Ce nombre pourrait et devrait s'accroître, y compris pour des cas plus graves, si leur formation initiale à la psychiatrie et à la santé mentale était moins modeste et entretenue régulièrement; s'ils bénéficiaient, de la part du dispositif spécialisé, d'une réponse prompte et systématique, et d'une activité de liaison continue authentique. Ils peuvent exercer dans le secteur public comme internes ou assistants généralistes, mais dans ce cas leur activité n'est reconnue que comme suppléance sous-formée et sous-payée d'un dispositif pénurique sur le plan médical. L'expérience montre que cela n'est pas sans retentissement sur le nombre d'indications d'hospitalisation ou sur la durée des séjours, car ces professionnels ont tendance à prendre moins de risques. Au bout de quelques années de formation combinée académique et « sur le tas » ils peuvent, maintenant, devenir psychiatres hospitaliers. C'est une façon déguisée de revenir aux anciens CES sans passer par l'internat.

Les médecins généralistes ont incontestablement accès, comme les autres métiers de la santé mentale, à l'exercice de la psychothérapie et aux missions d'opérateurs en santé mentale, aux mêmes conditions de

durée d'exercice et de formation, la question de la déontologie étant réglée pour eux.

Le problème de la délégation ou du transfert de tâches ne se pose pas, uniquement, dans un contexte de pénurie mais, également, parce que les nombreux autres métiers que nous avons évoqués ont accru, au fil de leur expérience et de leur formation initiale plus longue et plus approfondie qu'il y a vingt ou trente ans, savoir faire et compétences. Ceci rend plus contestable encore leur subordination complète aux psychiatres dans les actions psychothérapeutiques et de programme. Malgré les démentis, c'est une situation caricaturale encore souvent rencontrée dans le secteur public.

C'est pourquoi nous préconisons la voie qui consiste à permettre aux médecins psychiatres de continuer l'exercice des trois volets de leur métier, tout en ouvrant explicitement l'accès des autres métiers de la santé mentale aux volets 2 et 3. Il s'agit de pérenniser et de consolider l'apport des médecins au sein de la psychiatrie et de la santé mentale, sans les « rabattre » exclusivement sur le volet 1 du diagnostic et de l'expertise. Cette évolution, si elle est retenue, doit s'accompagner d'un cadre juridique qui assure des garanties de qualité de contenu de formation, d'obligation dans la déontologie et de clarté dans la responsabilité pour les autres métiers, ainsi que de mesures organisationnelles susceptibles de mieux identifier les équilibres entre les métiers. Enfin, on voit mal comment cette responsabilité accrue pourrait être reconnue sans sa contrepartie en matière de rémunération. Ce dernier point représente une condition de l'assouplissement des acteurs et de la réussite du transfert de tâches.

La formation elle-même, pour assurer des métiers et des pratiques renouvelés, au sein d'un équilibre entre les métiers, transformé et clarifié, doit évoluer.

● Pour les psychiatres il s'agit de rendre obligatoire, ou de consolider, dès la formation initiale et, à défaut, pour les psychiatres déjà en exercice qui ne la possèderaient pas, par le biais de la FMC ou d'autres formules, l'apprentissage d'au moins un modèle d'expérience psychothérapeutique ou sociothérapeutique comportant, pour le praticien, la reconnaissance d'une qualification professionnelle et, pour l'usager, l'information adéquate. Cela concerne aussi bien le travail avec les familles, les couples ou les systèmes micro-sociaux plus larges. On ne peut se contenter en effet, à l'heure actuelle, d'un apprentissage complètement à titre privé ou isolé, « sur le tas », sans compagnonnage ou formation authentiques reconnus et valorisés, la question étant balayée car le psychiatre est considéré, de droit, comme psychothérapeute, ce dont l'expérience ne rend pas compte. Pour ce qui concerne le volet d'opérateur en santé mentale, les exigences sont analogues : doit-on, en effet, attendre qu'un praticien ait accumulé dix à quinze ans d'expérience sur le terrain, pour qu'on pense qu'il soit capable d'animer et de mettre en œuvre efficacement un programme basique, généraliste, sectoriel, de santé mentale dans la communauté, ou de participer à des programmes d'action davantage thématiques, mono, multi, ou supra-sectoriels, en partenariat avec des dispositifs sanitaires et non sanitaires (urgence-crise, liaison sociale et médico-sociale, suicide, éducation sanitaire, détection précoce, travail avec les patients difficiles, au long cours, prévention des phénomènes de « porte tournante »). Comme pour le reste, cet apprentissage ne peut s'improviser sur le terrain, au gré de contraintes locales

ou d'appétences personnelles. Il doit faire l'objet d'une formation stabilisée, reconnue et évaluable.

● Pour les non-médecins, on peut développer des considérations identiques. Des garanties de durée d'exercice, d'accréditation pédagogique et des obligations déontologiques sont indispensables. Le droit et l'organisation des services devraient être réévalués pour faciliter ou clarifier les espaces de changement, trancher des dilemmes organisationnels, clarifier les règles de responsabilité.

Il s'agit ici, sans renoncer à la qualification du métier d'origine, de reconnaître officiellement des fonctions qui ne s'inscrivent pas actuellement dans la diversité hospitalière des métiers, en partie ou en totalité : psychothérapeutes et opérateurs en santé mentale. Les personnels non-médicaux accrédités à ces fonctions se verraient reconnaître, au sein des services où ils travaillent :

- la capacité à exercer effectivement une activité de psychothérapeute ou d'opérateur en santé mentale, dans le respect de l'organisation du service, sous la responsabilité ou la supervision du responsable médical ou d'une personne mandatée à cet effet ;

- cette capacité serait liée au professionnel accrédité dans ce ou ces domaines, reconnue et respectée dans sa compétence technique et indépendante du « bon vouloir » hiérarchique ou idéologique du médecin-chef de service, y compris par la transposabilité de cette reconnaissance d'un service à un autre ;

- cette capacité pourrait s'accompagner, autant que nécessaire, de la délégation d'autorité de la part du responsable médical, indispensable à la mise en œuvre de la mission d'opérateur (responsabilité de programmes ou d'actions thématiques au sein d'un service ou d'un secteur). On n'est plus très éloigné d'une fonction d'encadrement... et de ses conséquences en termes de rémunération.

**Gérard Massé<sup>1</sup> et Serge Kannas<sup>2</sup>**

1. Psychiatre, PH, chef de service au centre hospitalier Sainte-Anne (Paris), MNASM.

2. Psychiatre, PH, MNASM.

## Des médecins généralistes assistants en psychiatrie.

Dans le Nord Pas-de-Calais, près du tiers des postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie est aujourd'hui vacant, soit près d'une centaine. Le secteur libéral y est peu développé, voire totalement absent dans certaines zones. Des secteurs commencent à ne plus être couverts. La situation démographique sera aggravée par les départs à la retraite prévus dans les prochaines années.

Ce déficit freine le développement de notre discipline qui était restée longtemps trop cantonnée dans ses quatre CHS, mais dont le dynamisme a été, ces dernières années, tout à fait exemplaire, là où un minimum de moyens a pu être réuni.

Face à cette catastrophe qui touche également d'autres spécialités médicales, la région s'est mobilisée (Conseil régional, ARH, DRASS, Faculté de Médecine, Conseil de l'Ordre, Conférences des présidents de CME, FHF,

Syndicats médicaux). Les modalités de préparation des étudiants lillois au concours de l'internat ont été revues (les internes venant d'autres facultés retournant trop souvent dans leur région, à l'issue du DES). Le nombre de places qui leur est proposé en Psychiatrie a été augmenté (25 par an, au lieu de 15, depuis 2005).

Parallèlement, la région a fait le choix d'encourager la formation de médecins généralistes qui souhaitent acquérir une compétence en psychiatrie. Un diplôme universitaire (DU) de psychiatrie générale a été créé à l'initiative du Pr. M. Goudemand, dès 1999. Il s'effectue sur trois ans (enseignements théoriques validés par la remise de travaux écrits les deux premières années, présentation d'un mémoire la dernière année). Son obtention permet, de plus, en application de dispositions transitoires heureusement régulièrement prorogées, de s'inscrire, au concours national de praticiens hospitaliers, à condition de pouvoir attester également, de fonctions d'au moins quatre ans, dans un établissement ou un service de psychiatrie. Pour permettre à ces médecins d'acquérir une formation pratique, les établissements les plus importants de la région se sont attachés à créer des postes d'assistant généraliste, par reconversion de postes d'interne demeurant vacants, et favoriser leur formation théorique. Prenant au départ en charge uniquement les problèmes somatiques, ils sont amenés à assurer progressivement les soins psychiatriques encadrés par les praticiens du service, à l'hôpital puis en ambulatoire. Ils participent au tour de garde avec les internes. Des échanges entre secteurs (plus rarement) permettent d'enrichir leur expérience. Vingt-huit médecins originaires de la région ont réussi ce DU depuis sa création. Dix-sept ont été reçus au concours de PH. (Source : SROS N.PdC 2006-2010), avec souvent d'excellentes notes dès les épreuves écrites. Ces médecins sont restés ensuite dans la région, mais pas obligatoirement dans les services ou les établissements où ils ont été assistants. Leur formation, par ailleurs souvent complétées par des DU spécialisés (addictologie, psychiatrie légale, etc.) et une sensibilisation à une technique psychothérapique choisie, leur ont permis d'être aujourd'hui parfaitement intégrés aux équipes médicales. Certains ont dénoncé un risque de sous formation par rapport à la voie de l'Internat de spécialité. Avec le recul ces propos apparaissent non fondés. Ils témoignent, par contre, d'une méconnaissance de la réalité des besoins et des disparités démographiques régionales.

**Jean Yves Alexandre**

chef de service EPS de Lommelet, agglomération lilloise

## L'expérience d'une psychologue.

J'ai occupé pendant onze ans le poste de psychologue au sein d'une équipe mobile d'urgence et de crise<sup>1</sup>, pour laquelle j'avais animé une réflexion pluridisciplinaire de plusieurs années. J'y avais la responsabilité, sur site, des prises en charge, aussi bien d'urgence que de crise, que je menais avec un infirmier. Ce qui entraînait dans le domaine spécifiquement médical (traitements, HDT, sorties d'essais) était discuté avec le psychiatre dès que nécessaire. La décision finale était alors collégiale. En ce qui concerne les urgences traitées à domicile, afin de respecter le schéma de responsabilité médicale tel qu'il existe, j'intervenais, soit avec un psychiatre, soit avec un infirmier quand le médecin généraliste

pouvait être présent. Nous évitions, cependant, cette organisation pour les troubles sévères qui nécessitaient un acte médical rapide, dans un souci de sécurité pour tous. J'ai assuré des gardes de nuit, la prise en charge des lits porte, la gestion téléphonique des urgences et les prises de décisions qui en découlaient. Je travaille, maintenant, dans un CMP<sup>2</sup>, où mes responsabilités sont au moins équivalentes et où un projet de gestion de crise est en préparation, avec psychologues et infirmiers en première ligne assistés d'un psychiatre coordinateur. Cette place m'a été rendue possible parce qu'une confiance s'est construite au cours d'années d'exercice en commun. C'est aussi en fonction de cette expérience que j'ai été choisie pour mon poste actuel. Ni mon titre, ni (et surtout pas) mes études universitaires, n'ont à voir dans cette histoire car ils ne donnent aucune crédibilité. Si l'on veut accroître les responsabilités de la profession un changement dans les mentalités et pratiques sont indispensables à plusieurs niveaux :

1. L'UNIVERSITÉ : les études doivent être totalement revues dans le fond comme dans la forme : sélection en amont, stages qui se rapprocheraient plus de l'externat et internat du cursus médical, contenus sans luttes de chapelle, et peut-être une année supplémentaire de spécialisation. Il ne me semble pas adapté que les psychologues deviennent prescripteurs.

2. LES PSYCHOLOGUES : ils doivent être plus présents sur les structures (abandon du tiers temps), participer aux mêmes rythmes (astreintes, gardes...), travailler en équipe, accepter (dans le privé), dès lors qu'il y a remboursement, un contrôle du nombre d'actes (comme les kiné, par exemple).

3. TUTELLES : le salaire doit être en proportion. Il fait aussi partie de la crédibilité ! Les actes devront être remboursés.

4. STRUCTURES HOSPITALIÈRES : les psychologues devront avoir une représentation et un pouvoir consultatif et décisionnaire dans les instances.

Anne Waddington, CMP Castres.  
Docteur F. Pinel, Hôpital de Lavaur

1. ERIC. Équipe rapide d'intervention de crise. Hôpital Charcot. G.XI. Plaisir. 78370.  
2. CMP Castres. Docteur F. Pinel. Hôpital de Lavaur. 81.

## Le service d'accueil infirmier à l'hôpital

Depuis sa création en septembre 1992 le service d'accueil infirmier (SAI) tient un rôle pivot au sein de l'organisation générale de notre hôpital.

Ouvert 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année, il est composé de quatre infirmiers et d'un cadre de santé supérieur, la nuit la relève est assurée par un cadre de santé de nuit.

Ce service est sous la responsabilité directe de l'infirmier général, un psychiatre référent y est rattaché pour un dixième de temps. Outre un rôle de « superviseur », sa mission est surtout de servir de lien entre le SAI et ses collègues, en aucun cas il ne se substitue à eux pour gérer les problèmes pouvant se présenter à l'accueil.

Comme le stipulait la circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatrique, le SAI est le pôle unique permanent de réponse d'où peut être joint le médecin, l'administratif et/ou le surveillant chef de garde. Sa mission première est l'accueil des patients et de leurs familles. Néanmoins limiter sa charge de travail à la seule prise en charge des admissions et à la régulation des hospitalisations sous contraintes serait trop restrictif.

Situé à proximité de l'entrée principale de l'établissement, les infirmiers du service se trouvent régulièrement engagés en première ligne pour répondre aux différentes demandes et sollicitations extérieures.

De multiples situations peuvent se présenter :

- des familles, des amis, des voisins, se présentent souvent en quête de renseignements, désireux de faire soigner ou hospitaliser un proche qui, lui, est généralement peu demandeur de soins. Maîtrisant le plus parfaitement possible les différents modes d'hospitalisation en psychiatrie, connaissant précisément le réseau de soins mis en place sur le département, les infirmiers du service sont à même d'écouter, de comprendre la demande et de renseigner le plus justement possible en fonction de leurs connaissances ;

- pour les demandes d'hospitalisation non prévues et donc non gérées en amont, les infirmiers, après un entretien d'accueil privilégiant l'écoute du patient et de son entourage, évaluent la réelle nécessité de soins et le degré de souffrance que présente la personne. L'appel au médecin pour confirmer ou infirmer l'hospitalisation n'est pas systématique. Dans certains cas, une prise de rendez-vous sur l'hôpital ou sur une de ses structures extérieures peut satisfaire la demande. Parfois, c'est la demande même de soins qui peut être rediscutée, après évaluation, il peut apparaître que le problème psychiatrique passe loin derrière une urgence somatique ou un vrai problème social ou d'hébergement. L'orientation et le relais se font alors, naturellement, vers les structures médicales ou sociales les plus adaptées.

L'infirmier au service d'accueil ne se substitue jamais au médecin mais de par sa compétence propre et son expérience, il peut le soulager efficacement de certaines tâches.

### Téléphone Azur « Écoute, Détresse, Suicide »

Un second type d'activité incombe aux infirmiers du service accueil : la réponse téléphonique aux personnes en situation de détresse psychologique ou de risque de suicide. Le nombre de décès par suicide a connu en France une augmentation importante au cours des deux dernières décennies.

En région Rhône-Alpes, si la situation est plus favorable, elle cache des disparités importantes, l'Ardèche se situant dans la moyenne régionale, à l'exception des personnes âgées de 35 à 64 ans dont le taux de suicide est plus élevé.

Face à ce constat, le Préfet de région a annoncé, en 1997, un Programme régional de santé sur ce thème, placé sous le pilotage de la DRASS.

Dans le cadre évoqué ci-dessus et suite à des travaux de groupe, l'objectif du Centre hospitalier Sainte Marie de Privas a été de mettre à la disposition de la population de l'Ardèche un numéro d'appel téléphonique permettant la mise en contact de personnes en détresse psychologique avec des professionnels de santé formés à l'écoute.

La réponse téléphonique permet :

- à toute personne (adulte ou adolescent) d'exprimer ses préoccupations, sa détresse sur ses difficultés personnelles ou celle d'un proche ;
- de prévenir un acte suicidaire par l'écoute, les répondants ayant la charge d'évaluer l'importance de la menace de passage à l'acte et de nouer un dialogue, d'apprécier la situation de crise ;
- une orientation et un relais vers des institutions ou des personnes ressources.

La ligne téléphonique est ouverte 24 heures sur 24, 365 jours par an. Dans la journée, le numéro azur est pris en charge par les infirmiers du service d'accueil, puis la nuit, par les cadres de santé et les soignants de l'équipe de renfort.

La mise en place du numéro azur, 0.810.20.15.15 « Écoute, Détresse, Suicide », a eu lieu le 3 janvier 2000. La majorité des appels (78%) correspond aux objectifs fixés, les autres sont liés à diverses demandes de renseignements concernant le suicide ou la psychiatrie générale. Une partie importante des appels est orientée par le Centre 15, qui reste à l'écoute des conversations engagées.

Sur l'ensemble des appels identifiés :

- 71% sont des femmes ;
- 37,5% ne sont pas connus de la psychiatrie de secteur.

La plupart des personnes qui appellent, traversent une profonde crise. Ce lien téléphonique devient pour elles un exutoire, le moyen de trouver quelqu'un de neutre et de bienveillant qui les entendra et les aidera à mettre des mots sur leur souffrance.

L'écouter doit faire preuve d'empathie, il se doit de rester réservé et de connaître ses limites.

Le téléphone ne peut autoriser une psychothérapie, trop d'éléments de communication échappent au soignant, mais c'est peut-être ce sentiment d'anonymat qui permet à la personne en souffrance de se retrouver et de commencer à se reconstruire « face » à cette voix qui restera inconnue.

**Pierre-Alain Pouyet**

responsable du service accueil infirmier, CHSM Privas

## L'entretien infirmier au CMP

### La psychiatrie de liaison à l'hôpital général.

Le décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, stipule dans son article 6 que l'infirmier est habilité à pratiquer sous prescription médicale l'entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques à visée thérapeutique ou psychothérapeutique

### La psychiatrie de liaison à l'hôpital général

La présence de la psychiatrie à l'hôpital général s'inscrit comme tout autre spécialité dans la mission de service public. La grande majorité des urgences psychiatriques (ivresse pathologique, tentative de suicide, anxiété majeure, dépression à expression somatique, décompensation psychotique, polytoxicomanie...) arrive dans les services d'urgence médicale. La nécessité d'une réponse au plus près de leur émergence impose une collaboration de tous les professionnels de santé. Ainsi le patient est traité dans sa globalité : sa souffrance morale en relation ou non avec sa souffrance physique est prise en compte.

Une convention lie les deux établissements : l'hôpital général des vals d'Ardèche avec l'hôpital spécialisé Sainte Marie, sur le site de Privas. Une présence de la psychiatrie 24 heures sur 24 n'étant pas justifiée, il a été convenu que les interventions pourraient se faire dans les 24 heures du lundi au samedi matin. L'équipe comprend trois psychiatres, un psychologue à temps partiel ainsi que l'équipe infirmière du CMP du secteur de Privas.

Depuis ces deux dernières années, seules les infirmières et la psychologue interviennent régulièrement à l'hôpital général du fait d'une forte diminution du nombre des psychiatres.

Nous tenons à souligner que ce rôle représente une mission difficile pour l'infirmière qui doit évaluer et donner un avis sur une problématique multifactorielle face à un patient, une équipe en place, un entourage familial en souffrance. L'infirmière doit se faire une place, se faire reconnaître dans sa spécificité et résoudre les problèmes logistiques, (lieu et espace de travail identifié à créer dans notre cas). Elle représente le lien entre les divers protagonistes lorsque le patient est orienté dans une autre structure. Elle assure les transmissions à l'équipe receveuse. Elle est en phase avec le problème récurrent de lits disponibles dans les hôpitaux, cliniques etc. Elle subit les pressions dues aux difficultés conjoncturelles de chacun. Elle est en première ligne et c'est aussi elle qui négocie, qui explique, qui transmet et qui transcrit toutes ces données.

### Évolution des missions au cours de ces dernières années en CMP.

La démographie médicale déclinante des psychiatres, dont fait état le rapport de la mission d'appui en santé mentale sur la psychiatrie ardéchoise de novembre 2004, nous touche déjà sévèrement puisqu'elle se solde par trois psychiatres en moins sur le secteur depuis deux ans.

L'infirmier plus disponible que le médecin est de plus en plus sollicité en première ligne et se voit confronté au double impératif qui est, à la fois, de répondre à la demande croissante des patients en souffrance et de rester dans la limite de ses compétences et des actions reconnues par les textes législatifs.

Le métier d'infirmier notamment en CMP évolue, se transforme, alors même que l'on parle ou reparle de notre diplôme unique (décret et arrêté du 23 mars 1992) et du contenu tout à fait insuffisant du programme en psychiatrie. Tutorat ? Spécialisation en psychiatrie ? Le débat est ouvert.

### Évolution des pratiques

Le médecin chef du secteur a conduit une politique de soins visant à

répondre à ces nouvelles conditions en édictant des principes de base :

- affirmation de sa complète responsabilité dans toutes les actions qu'ils délèguent aux infirmières ;
- reconnaissance des compétences infirmières dans leur spécificité de fonction ;
- délégation de l'entretien de première intention pour toutes les demandes ;
- synergie au sein de l'équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologues, assistante sociale) ;
- élaboration du protocole d'entretien infirmier de première intention.

### Un métier en évolution, de quelles compétences avons-nous besoin ?

L'analyse des pratiques a lieu au cours de réunions cliniques régulières conduites par le médecin chef et les psychiatres référents. Ces rencontres ne sont pas toujours suffisantes et l'essentiel pour l'infirmière est d'acquérir un recul nécessaire dans la rencontre thérapeutique, prendre une distance suffisante par rapport au contexte souvent éprouvant du contact en première intention.

La réactualisation des connaissances : des savoirs spécifiques, c'est-à-dire l'accès à la formation continue de façon adaptée répondant avec précision aux demandes des infirmiers, doit être prioritaire comme l'appropriation des outils, les

développer, en acquérir d'autres, travailler sur des techniques de soins.

La recherche d'outil d'évaluation spécifique est tout aussi importante, comme optimiser les ressources du réseau impliquant la communication avec les partenaires.

Pour réaliser un travail de qualité, il apparaît indispensable de disposer d'un lieu, d'un temps, d'une écoute auprès de tiers qualifiés (psychiatre, psychologue).

Le cadre de l'unité a également un rôle à jouer dans l'accompagnement des infirmiers au niveau de l'analyse des pratiques.

L'augmentation des besoins en formation des infirmiers est en rapport avec l'évolution de plus en plus complexe de leurs missions. Pour y répondre, du moins en partie, nous avons mis en place un groupe de « réflexion clinique » conduit par les deux psychologues de la structure.

Enfin la perspective à venir ne serait-elle pas dans une redéfinition du diplôme infirmier en psychiatrie ?

**Dominique Serre**

cadre de santé, CMP 07G03 Privas Le Cheylard

**Vos expériences et réactions nous intéressent :**

**[mission@mnasm.com](mailto:mission@mnasm.com)**

## Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver  
tous les numéros de Pluriels  
sur le site :  
**[www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)**

La lettre  
de la  
Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

**Directeur de la publication :**  
Gérard Massé

**Rédacteur en chef :**  
Raymond Lepoutre

**Ont participé à ce numéro :**  
Jean-Yves Alexandre  
Pierre Juhan  
Serge Kannas  
Pierre-Alain Pouyet  
Dominique Serre  
Anne Waddington

PLURIELS, 5 avenue d'Italie, 75013 Paris  
Téléphone 01.53.94.56.90 - télécopie 01.53.94.56.99.  
E-mail : [mission@mnasm.com](mailto:mission@mnasm.com)