



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2017 - 2018**

Date du Jury : **octobre 2018**

**L'articulation entre soins somatiques et soins
psychiatriques à l'heure des GHT.**

**Quelles opportunités offertes par un GHT spécialisé en santé
mentale dans l'amélioration de la prise en charge somatique des
patients ?**

Amélie JEAN

Remerciements

A ma maître de stage, très chère Cécilia,

Un immense merci pour tout. Ton accueil, tes conseils, le partage de tes expériences, ta patience m'ont été précieux. Je te souhaite le meilleur pour la suite, et aurai toujours plaisir à discuter avec toi autour d'un verre ou d'un café.

A mon directeur, cher Didier,

Je vous remercie de m'avoir accueillie si chaleureusement au sein de cette équipe de direction, de vous être toujours montré disponible et de m'avoir fait confiance en me confiant des dossiers qui vous tenaient à cœur.

A Madame la Directrice des Soins, chère Nadine,

Merci pour ta bonne humeur, ton humour et ta grande bienveillance, tout au long de mon stage. J'espère sincèrement avoir l'occasion de te recroiser au cours de ma carrière professionnelle.

A toute l'équipe de direction, Fabienne, Sarah, Bruno, Jean-François et Pierre,

Merci pour votre bienveillance, ainsi que pour l'autonomie que vous m'avez accordée sur les dossiers qui m'ont été confiés. J'ai eu beaucoup de chance d'être rapidement intégrée au sein de votre équipe et de pouvoir faire mes armes à vos côtés.

A mes chers collègues et voisins de bureaux, Sophie, Anaïs, Frédéric,

Un grand merci de m'avoir accompagnée avec bonne humeur, disponibilité et, surtout, avec humour pendant toute la durée de ce stage.

A l'ensemble des professionnels du GH Paul Guiraud et du GHT Psy Sud Paris,

Je vous suis profondément reconnaissante de vous être montrés disponibles, à l'écoute et prêts à partager votre expérience. Je remercie également celles et ceux qui m'ont encouragée et orientée dans la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à remercier tout particulièrement ceux qui m'ont accompagnée dans la réflexion et la rédaction de ce mémoire :

- M. le Docteur URREA, chef de service au GHPG

- Mme le Docteur CHAUMARTIN, chef de pôle au GHPG ;
- Mme CORNIGUEL, cadre supérieure de santé au GHPG ;
- M. le Docteur SARAVANE, pour sa vision, sa franchise et son partage d'expérience ;
- M. le Docteur MONTARIOL, pour son historique passionnant des enjeux de la prise en charge somatique ;
- Mme ALAMOVITCH, M. DUBOIS, M. MOURIER directeurs d'hôpital, pour leur écoute attentive et leurs partages d'expériences ;
- Les médecins du GHPG pour leur disponibilité ;
- Les professionnels de tous horizons pour avoir accepté d'échanger avec moi sur le sujet.

Un grand merci !

Sommaire

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 1 |
| Méthodologie | 4 |
| I. En dépit des réformes en faveur d'une meilleure coordination des soins, la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie, enjeu majeur de santé publique, reste limitée à l'initiative des établissements de santé | 7 |
| A. L'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie demeure limité, conduisant à de fortes disparités dans les prises en charge et limitant le suivi somatique des patients..... | 7 |
| B. Une prise de conscience récente de la nécessité de développer les soins somatiques en psychiatrie..... | 14 |
| C. Pour répondre à ces difficultés, plusieurs initiatives ont été développées afin de prendre en charge les patients atteints de pathologies mentales et présentant des troubles somatiques..... | 15 |
| II. Les opportunités liées à la mise en place des GHT en matière de prise en charge somatique : des initiatives afin de développer la coordination des soins, restant encore peu exploitées | 21 |
| A. La réforme des GHT, une opportunité pour la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie..... | 21 |
| B. Le développement des soins somatiques au sein d'un GHT spécialisé en santé mentale : le cas du GHT Psy Sud Paris..... | 23 |
| III. Quelles recommandations pour un parcours coordonné en santé mentale et une prise en charge globale du patient ? | 30 |
| A. Un exemple de prise en charge globale en établissement spécialisé : le projet d'extension du plateau de soins somatiques du GHT Psy Sud Paris via la mise en place d'un hôpital de jour somatique..... | 30 |
| B. Comment améliorer la prise en charge somatique au sein d'un établissement spécialisé en santé mentale ou établissement généraliste ?..... | 35 |
| C. Quelle politique sanitaire afin de sensibiliser et développer les prises en charges somatiques des patients atteints de troubles psychiatriques ?..... | 42 |
| Conclusion..... | 45 |
| Bibliographie..... | 46 |
| Liste des annexes | I |

Liste des sigles utilisés

ADESM : Association des établissements du service public de santé mentale
ANAP : Agence nationale de l'appui à la performance
ANP3SM : Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale
AOMI : Artériopathie Obstructive des Membres Inférieurs
AP-HM : Assistance publique – Hôpitaux de Marseille
ARS : Agence régionale de santé
AVC : accident vasculaire cérébral
BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
CATTP : Centre d'activité thérapeutique à temps partiel
CH / GH : Centre hospitalier / groupe hospitalier
CHU : centre hospitalo- universitaire
CISIH : Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine
CLUD : comité de lutte contre la douleur
CME : commission médicale d'établissement
CMP : centre médico-psychologie
CNAM : caisse nationale d'assurance maladie
CNQSP : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CPT : Communauté psychiatrique de territoire
CRPS : Centre de Réadaptation Professionnel et Social
CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
DAF : dotation annuelle de financement
ECG : électrocardiogramme
EEG : électroencéphalographie
EMSP : équipe mobile de soins palliatifs
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
EPS : établissement public de santé
EPSM : établissement public de santé mentale
ETP : éducation thérapeutique du patient
ETP : équivalent temps plein
FFP-CNPP : Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie
GAJ : glycémie à jeun
GGT : gamma-glutamyl transférase
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAS : haute autorité de santé
HDJ : hôpital de jour
HDJJA : hôpital de jour pour jeunes adultes

HUPS : hôpitaux universitaires Paris-Sud
IDE : infirmier diplômé d'état
IFSI : institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS : inspection générale des affaires sociales
IMC : indice de masse corporelle
IMV : intoxication médicamenteuse volontaire
MCO : médecine chirurgie obstétrique
OMS : organisation mondiale de la santé
ORL : oto-Rhino-Laryngologie
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PIE : pôle inter-établissements
PMP : projet médical partagé
PMSP : projet médico-soignant partagé
PRS : projet régional de santé
PTSM : projet territorial de santé mentale
RMM : revue de morbidité et de mortalité
ROSP : rémunération sur objectif de santé publique
SAU : service d'accueil des urgences
SROS : schéma régional d'organisation des soins
T2A : tarification à l'activité
TCA : trouble du comportement alimentaire
TSH : *thyroid-stimulating hormone*
ULPIJ : Urgences et Liaison de Psychiatrie Infanto-Juvenile
UMPS : unité médico-psycho-sociale
UNAFAM : union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

Le système de santé français se caractérise par la place à part entière des établissements publics de santé mentale, particulière en termes d'organisation territoriale des soins, mais également de représentations sociales. Cette « exception psychiatrique » fait aujourd'hui l'objet d'évolutions notoires sur le plan médical (progrès des neurosciences, logique de parcours global des patients) et organisationnel (question de l'intégration des EPSM aux GHT généraux, fin du droit de dérogation dans l'adhésion aux GHT...). Les EPSM (établissements publics de santé mentale) sont pour la plupart distincts des hôpitaux généraux, fruit d'un héritage historique profondément ancré. La normalisation du secteur et sa professionnalisation, plus récente, s'explique par l'apparition relativement tardive de traitements efficaces contre les symptômes des pathologies psychiatriques. Les EPSM, participant au service public de santé, se sont ainsi structurés sur un mode différent des autres établissements de santé, créant un décalage encore présent aujourd'hui.

Le secteur des soins psychiatriques concernait, en 2015, 2,4 millions de patients pris en charge dans les 569 établissements de santé disposant d'une autorisation de psychiatrie. En juin 2018, la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès BUZYN, présentait sa feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », déclinant 37 mesures. Parmi ces actions, trois concernent l'amélioration de la prise en charge de la santé somatique des personnes vivant avec des troubles psychiques. La prise en charge somatique des patients en psychiatrie reste spécifique et doit être distinguée des « soins primaires » dispensés en ville par les médecins généralistes.

La question de l'articulation entre les soins psychiatriques et les soins somatiques est centrale. Plusieurs études épidémiologiques ont en effet montré les écarts d'espérance de vie entre personnes souffrant de pathologies mentales et personnes non atteintes. Ainsi, une personne atteinte de troubles psychiatriques aurait deux à quatre fois plus de risques de mourir prématurément qu'une personne du même âge non souffrante, et jusqu'à 20 ans d'espérance de vie en moins, liée notamment à l'existence de comorbidités. A titre d'exemple, une étude réalisée auprès de 34 millions d'Américains a montré qu'un quart d'entre eux souffrait d'un problème psychiatrique et que parmi ces 25%, environ 68% était atteint d'une comorbidité somatique. A l'inverse, parmi les 58% de la population souffrant d'une pathologie somatique, seuls 29% souffraient d'une comorbidité psychiatrique (B.G. DRUSS et al, 2011).

Les cliniciens observent plusieurs corrélations entre les pathologies somatiques et psychiatriques : la pathologie psychiatrique est un facteur de risque de développement de problèmes de santé divers ; alors qu'une pathologie somatique peut être un facteur de décompensation chez les patients à risque. Ces liens interrogent la dualité, encore prégnante, entre les prises en charge somatiques et psychiatriques. A ce jour, plusieurs freins ont été identifiés dans la prise en charge somatique des patients atteints de pathologie mentale. Ils relèvent de facteurs sociaux et démographiques et peuvent être liés à la pathologie, aux professionnels de santé ou à l'organisation du système de santé (BYRNE, 2008 ; HUGHES et al, 2010).

Les patients atteints de pathologies psychiatriques doivent faire l'objet d'une attention particulière, notamment en ce qui concerne le dépistage, la surveillance et le suivi, s'avérant plus complexes. Face à ces difficultés de prise en charge et au constat d'un inégal accès aux soins, quelle réponse l'organisation hospitalière peut-elle apporter ? La mise en place des GHT a été l'occasion de repenser l'organisation des soins et les modalités de leur coordination sur un territoire donné. Dans ce cadre, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a entériné la création de 135 GHT (groupements hospitaliers de territoire), avec pour objectif de favoriser le travail en réseau des 850 établissements publics de santé. Parmi ces 135 GHT, seuls 5 étaient spécialisés en santé mentale. L'offre de soins de psychiatrie est en effet assurée par 84 EPSM et plus de 200 établissements publics de santé, incluant des prises en charges somatiques. Les établissements dit « MCO » représentent en effet 40% de l'offre de soins en psychiatrie.

La prise en charge des patients en psychiatrie est ainsi assurée par des acteurs, publics ou privés, selon le principe de la sectorisation. Les secteurs se trouvent regroupés au sein d'établissements généraux ou spécialisés. Suite à la réforme, plusieurs établissements spécialisés en santé mentale ont temporairement bénéficié d'une dérogation, mais ces derniers doivent, de plus en plus, travailler dans une logique territoriale de coopération. Ainsi, comment améliorer l'articulation entre soins somatiques et psychiatrique, afin d'assurer au patient un suivi global et de long terme, ainsi qu'un égal accès aux structures de soins les plus proches de son lieu de vie ?

La prise en charge somatique des patients atteints de pathologies psychiatriques fait référence à deux problématiques, intrinsèquement liées : celle de l'accessibilité des

soins dits « primaires » pour cette population et celle du développement d'une prise en charge adaptée et spécifique, dédiée aux patients hospitalisés.

A l'heure où le suivi somatique est plus que jamais nécessaire à la prise en charge des malades atteints de pathologies mentales, la mise en place des GHT constitue-t-elle une opportunité ou un frein à la réintégration de la médecine somatique en psychiatrie ? De la même façon, la construction d'un GHT spécialisé en santé mentale est-elle, en cela, pertinente et adaptée à l'objectif de prise en charge globale des patients ? Enfin, quels axes d'amélioration de l'offre de soins sont-ils envisageables afin d'assurer une réhabilitation de long terme ainsi qu'un suivi complet à la sortie d'hospitalisation des patients ?

Méthodologie

Le choix de cette thématique est lié au constat d'une inégale prise en charge somatique des patients en psychiatrie. En effet, au sein du groupe hospitalier Paul Guiraud (lieu de stage de direction), le suivi somatique des patients dépend essentiellement du dynamisme des médecins généralistes, qui ne disposent toutefois plus d'un large plateau technique permettant la réalisation d'examens approfondis. A ce jour, l'établissement est par ailleurs confronté à des grandes difficultés de recrutement de personnel médical, notamment en ce qui concerne les vacations de praticiens spécialistes.

Le GH Paul Guiraud étant également établissement support du GHT Psy Sud Paris, j'en suis venue à interroger le paradoxe entre l'objectif de renforcement d'une prise en charge globale – somatique et psychiatrique – et la défense de l'existence d'établissements – voire, de GHT – spécialisés en santé mentale.

Un travail de comparaison entre différents établissements – spécialisés en santé mentale ou généralistes – a ainsi été effectué, afin d'étudier les réponses apportées à l'enjeu de prise en charge somatique des patients en psychiatrie. Une dizaine d'acteurs – médecins psychiatres, généralistes, internistes, cadres infirmiers, directeurs – ont été interrogés sur le mode d'entretiens qualitatifs afin d'approfondir les possibilités d'amélioration de prise en charge.

Pour répondre à la question des modalités d'articulation entre soins psychiatriques et soins somatiques dans le contexte de la mise en place des GHT, ce mémoire procède en trois temps :

- Tout d'abord, il synthétise les travaux cliniques soulignant les difficultés de prise en charge somatique et les risques encourus, montrant en quoi cette problématique constitue un enjeu de santé publique majeur, dont les établissements doivent se saisir ;
- Ensuite, il retrace le contexte de la construction des GHT spécialisés en santé mentale, en s'appuyant sur l'exemple du GHT Psy Sud Paris et en faisant état des projets menés en matière d'articulation en soins psychiatriques et somatiques. Cet état des lieux est le fruit de plusieurs entretiens qualitatifs menés auprès de psychiatres, directeurs d'hôpitaux en hôpital général ou en EPSM, médecins généralistes et médecins dit « somaticiens » ayant longuement travaillé avec des patients hospitalisés en santé mentale.
- Enfin, il propose des axes d'améliorations et principes d'action afin d'assurer un égal accès aux soins somatiques et détaille les leviers à disposition des établissements pour proposer une prise en charge holistique de la santé des patients.

Cette étude sera centrée sur la prise en charge somatique des patients adultes hospitalisés dans des établissements de psychiatrie. Seront exclus du champ d'étude et des recommandations :

- Les modalités de suivi psychiatrique des patients hospitalisés pour des pathologies somatiques
- Les recommandations concernant le suivi somatique par la médecine de ville d'anciens patients hospitalisés en services de psychiatrie.
- L'analyse des comorbidités en pédopsychiatrie, qui varient de celle touchant le patient adulte.

I. En dépit des réformes en faveur d'une meilleure coordination des soins, la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie, enjeu majeur de santé publique, reste limitée à l'initiative des établissements de santé.

A. L'accès aux soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie demeure limité, conduisant à de fortes disparités dans les prises en charge et limitant le suivi somatique des patients.

a. Les études cliniques et données épidémiologiques se rejoignent sur le constat de fortes comorbidités et d'une plus grande vulnérabilité somatique liée à la pathologie mentale.

- La surmortalité des personnes atteintes de troubles mentaux

La question de la surmortalité des personnes vivant avec des pathologies mentales a longtemps été mise de côté, en raison d'une méconnaissance des comorbidités – qui sont l'association entre maladies somatiques et psychiques –, des difficultés de dépistage et de prise en charge. La surmortalité est connue depuis les années 1930 (PSYCOM, 2017) et croîtrait au fur et à mesure que l'espérance de vie de la population augmente. Au-delà des comorbidités, les traitements médicamenteux induisent des effets secondaires importants, augmentant les risques de diabète, obésité et maladies cardio-vasculaires. Au regard de la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est trois à cinq fois supérieur (OMS, 2015).

Plusieurs études ont montré que la cause principale de décès des personnes atteintes de pathologies psychiques est naturelle et donc non liée aux suicides. Une étude de cohorte menée en Suède, basée sur plus de 6 millions de personnes, a mis en évidence un excès de mortalité des patients atteints de maladie mentale. En effet, à la fin de la durée d'étude, 2,9% des patients souffrant de troubles psychiatriques sont décédés, contre 1,1% de la population générale. Toutes maladies confondues, les patients les plus jeunes et les patients souffrant d'addictions étaient les plus touchés (E. BJÖRKENSTAM *et al.*). Concernant l'espérance de vie, une étude australienne réalisée en 2013, et construite à partir d'une base de données de quasiment 300 000 patients ayant été en contact avec les services de santé mentale entre 1983 et 2007, a montré qu'environ 48 000 d'entre eux sont décédés durant la même période

(D. LAWRENCE *et al.*). Les auteurs concluaient donc que les patients, tous troubles mentaux confondus, avaient une espérance de vie de 13,5 ans plus courte en 1985, et de 15,9 ans plus courte en 2005.

L'assurance-maladie s'est également saisie de ce sujet et confirme l'existence d'une surmortalité des patients atteints de pathologies psychiatriques par rapport à la population générale (multipliée par deux à trois), ainsi qu'une mortalité prématurée (avant 65 ans) quatre fois supérieure à celle de la population générale chez les personnes souffrant d'un trouble névrotique ou de l'humeur ou d'un trouble psychotique ou addictif¹.

- Focus sur les patients atteints de schizophrénies

En ce qui concerne les patients schizophrènes, l'espérance de vie est réduite de 15 à 20 ans selon les études. L'apparition des traitements neuroleptiques et leurs complications métaboliques ne semble toutefois pas avoir majoré l'excès de mortalité au cours des dernières années.

Les comorbidités sont essentiellement cardiovasculaires car liées au syndrome métabolique et à l'obésité. En effet, les traitements neuroleptiques augmentent le risque de prise de poids, qui a été constatée chez 15 à 72 millions des patients. A titre d'exemple, la Clozapine conduit à une prise de poids moyenne de 4,45 kg (AUBINEAU, 2017). Les risques de développement de diabète, hypertension artérielle, dyslipidémies sont ainsi accrus. Le risque de développement de maladies cardiovasculaires (pathologies cardiaques et cérébrovasculaires) est également plus important et le risque de complications cérébrovasculaires constitue la première cause de mortalité chez ces patients. Les comorbidités sont également liées à la consommation de drogues. Ainsi, de 68% à 75% des patients schizophrènes fument, contre 25% à 35% du groupe contrôle qui ne souffre pas de maladie mentale (AUBINEAU, 2017).

Plusieurs hypothèses expliquent ces constats, à savoir : le mode de vie de ces patients (souvent sédentaire), les symptômes négatifs de la maladie, les effets secondaires des traitements. Ils sont également plus enclins à souffrir d'infections (VIH, hépatites) et complications buccodentaire ou obstétricales. Parallèlement, les patients schizophrènes semblent bénéficier de moins de traitement que la population générale. Les comorbidités peuvent être résumées dans le tableau suivant (S. LEUCHT *et al.*) :

¹https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/11/20/du-deni-la-prise-de-conscience-du-corps_852583

Table 1. Summary of physical diseases which occur with increased or decreased frequency in schizophrenia according to our review

| MeSH disease category | Physical disease with increased frequency in schizophrenia |
|---|--|
| Bacterial infections and mycoses | Tuberculosis (+) |
| Virus diseases | HIV (++) , hepatitis B/C (+) |
| Neoplasms | Cancer in general (-)* |
| Musculoskeletal diseases | Osteoporosis/decreased bone mineral density (+) |
| Stomatognathic diseases | Poor dental status (+) |
| Respiratory tract diseases | Impaired lung function (+) |
| Nervous system diseases | Extrapyramidal side-effects of antipsychotic drugs (+), motor signs in antipsychotic naive patients (+), altered (reduced) pain sensitivity (+) |
| Urological and male genital diseases | Sexual dysfunction (+), prostate cancer (-) |
| Female genital diseases and pregnancy complications | Obstetric complications (++) , sexual dysfunction (+), hyperprolactinemia related side-effects of antipsychotics (irregular menses, galactorrhea etc.) (+) |
| Cardiovascular diseases | Cardiovascular problems (++) |
| Skin and connective tissue diseases | Hyperpigmentation (+)†, rheumatoid arthritis (-) |
| Nutritional and metabolic diseases | Obesity (++) , diabetes (+), metabolic syndrome including hyperlipidemia (+), polydipsia (+) |
| Endocrine system diseases | Thyroid dysfunction (+), hyperprolactinemia (+) (side-effect of a number of antipsychotics) |

(++) very good evidence for increased risk (e.g. population-based studies), (+) good evidence for increased risk, (-) evidence for decreased risk.

The table does not list physical diseases that have only been shown to be related to the etiology of schizophrenia (e.g. influenza virus). There were no clearly increased rates of physical diseases in the categories 'parasitic diseases', 'digestive system diseases', 'otorhinolaryngological diseases', 'eye diseases', 'hemic and lymphatic diseases', 'congenital, hereditary, and neonatal diseases and abnormalities', 'immune system diseases', 'disorders of environmental origin', 'animal diseases', 'pathological conditions, signs and symptoms' or these diseases were listed in another category.

*The results on specific forms of cancer were mostly inconclusive due to contradictory results and limited power.

†A side-effect of chlorpromazine, probably not a problem of most other antipsychotics.

- Des comorbidités diverses ayant un impact sur la durée et la qualité de vie des patients

Les problèmes et pathologies somatiques des personnes souffrant de troubles mentaux sont liés à deux éléments essentiels :

- L'iatrogénie des traitements
- Les comorbidités, dont le spectre est large.

Comme l'a montré le Docteur AUBINEAU², les comorbidités concernent : le syndrome métabolique, l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle, les conséquences du tabagisme, les maladies cardiovasculaires, les troubles digestifs. Elles sont également liées à des infections diverses, des atteintes des voies respiratoires – notamment chez les patients tabagiques –, des cancers, des phénomènes de déshydratation, les maladies thromboemboliques veineuses et des atteintes digestives, ORL, urologiques, stomatologiques, ophtalmologiques, endocriniennes.

Il existe des comorbidités dites « hospitalières » liées à des temps d'hospitalisation en moyenne plus longs qui induisent un risque plus important de contamination. L'ensemble de ces comorbidités, dans leurs formes les plus graves, influent sur la durée de vie des patients, mais ont toujours un impact sur leur qualité de vie. Elles peuvent également entraîner un « sur-handicap », lié à cette sur-morbidité. De la même façon, la

² Ingrid Aubineau. *Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes*. Médecine humaine et pathologie. 2015

CNAM a précisé le sur-risque majeur de maladies cardiovasculaires et de cancers du poumon chez les personnes atteintes de pathologies psychiatriques. Ainsi, en 2016, ces patients, et notamment ceux présentant un trouble addictif, ont deux fois plus de risques d'être pris en charge pour une cardio-neurovasculaires (AVC, insuffisance cardiaque aiguë, AOMI, Embolie pulmonaire aiguë).

Par ailleurs, les traitements médicamenteux utilisés dans les pathologies psychiatriques induisent des effets secondaires importants, nécessitant un suivi somatique. Dans les cas les plus graves, les patients peuvent développer des pathologies pouvant aller jusqu'à engager le pronostic vital. C'est le cas par exemple du syndrome malin des neuroleptiques, qui se caractérise par une affection au niveau neurologique et se traduit, entre autres, par : une hypertension, de la tachycardie, une hyperthermie, une hypersalivation et des incontinences.

- La gestion complexe des comorbidités dans les situations d'urgence

Les comorbidités des patients souffrant de troubles mentaux sont également rencontrées dans les situations d'urgence vitale. Elles peuvent être le résultat d'une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) provoquant somnolence et pneumopathie d'inhalation ; des suites d'un accident (volontaire ou non) ou de plaies dans le cas d'automutilations. En cas de tentative de suicide, la prise en charge du patient est d'autant plus complexe qu'elle représente un enjeu vital et/ou urgent sur les plans somatique et psychiatrique. Deux cas peuvent alors se présenter, mettant en avant les difficultés liées au dualisme de l'offre de soins : le « patient nécessitant des soins psychiatriques mais dont l'état somatique est incompatible avec un transfert en milieu spécialisé » et le « patient présentant un trouble psychiatrique ancien, nécessitant une prise en charge somatique pour une maladie associée » (DENES *et al.*, 2011).

b. Des difficultés à plusieurs niveaux de la prise en charge des patients atteints de pathologie mentale et freins à l'accès aux soins somatiques

Les difficultés d'accès aux soins somatiques sont liées à différents facteurs directement liés aux troubles psychiques mais relevant aussi des soignants et de la fragmentation du système de santé. Il est possible de distinguer trois types de freins à l'accès aux soins somatiques (AUBINEAU, 2017) liées respectivement au :

- Système de soins, avec une séparation entre psychiatrie et soins somatiques
- Aux professionnels de santé
- Au patient et aux conséquences de sa maladie

1. *Plusieurs barrières relevant de l'organisation du système de santé et des structures hospitalières*

- Une articulation complexe entre soins somatique et psychiatriques (disparité de l'organisation de soins médicaux ; ruptures de continuité de prise en charge)

L'articulation entre les offres de soins s'avère complexe, car très duelle. Il n'existe pas de structure prenant en charge le patient dans sa globalité, sur les plans somatique et psychiatrique. La question de l'inégalité des soins pour les patients souffrant troubles mentaux sévères a été approfondie dans une étude de 2010 (D. Lawrence et al., 2010). Les auteurs mettent en avant la séparation entre prises en charge somatiques et psychiatriques qui induisent un manque de clarté sur le suivi. Les professionnels-mêmes auraient ainsi des difficultés à distinguer les acteurs pertinents de la prise en charge, ce qui pose également la question de la lisibilité de l'offre et de la communication entre professionnels de santé à l'hôpital comme en ville.

- Des difficultés d'accès aux soins somatiques liés à des barrières financières

D'une part, la différence des modalités de financement entre les soins hospitaliers somatiques et psychiatrique limite les modalités de coordination entre structures et alimente la dualité entre les deux modes de prise en charge. Par ailleurs, plusieurs études ont montré les liens entre la survenance de troubles mentaux et le niveau de précarité des patients (KOVESS, 2001). Cela traduit des difficultés plus grandes à accéder aux soins – notamment pour les soins non remboursés ou les patients ne disposant pas de couverture sociale – bien qu'ils soient suivis pour des pathologies psychiatriques. Il faut toutefois préciser que la représentation du lien entre santé mentale et précarité dépend de la construction sociale des normes et de ses effets stigmatisants, et que ce lien est également le produit de la répartition des territoires et des différences entre secteurs public ou privé. (BRESSION, 2003).

- Un manque d'information des proches et un niveau de prévention insuffisant

Le rôle de l'établissement de santé accueillant un patient est d'informer les proches – lorsqu'ils sont en contact avec le patient – des possibilités de sa prise en charge somatique. Les travaux menés dans plusieurs établissements en matière d'éducation thérapeutique des patients – impliquant parfois les familles – pourraient ainsi être étendus. En effet, les risques métaboliques encourus lors d'une sortie d'hospitalisation peuvent varier en fonction du mode de vie des patients (habitudes, alimentation ...).

- Des difficultés liées à l'observance des traitements

Les difficultés liées à l'observance des traitements des patients souffrant de pathologies mentales peuvent relever de la pathologie-même, qui rend plus difficile l'autonomisation du patient quant à la prise de ses médicaments. Par ailleurs, la présence d'effets secondaires majeurs, parfois difficilement compatibles avec le retour à un mode de vie « normal », favorisent l'arrêt soudain et volontaire des traitements médicamenteux. Les établissements, au même titre que les professionnels de santé, ont un rôle majeur dans la sensibilisation des patients à la prise de leurs traitements sur le long terme.

2. *Les professionnels de santé ont également un rôle majeur dans l'appréhension des signes cliniques de pathologies somatiques et le suivi des patients.*

- La persistance de phénomènes de stigmatisation

La prise en charge somatique des patients souffrant de pathologies mentale pâtit encore de préjugés persistants parmi les soignants à propos des troubles mentaux. Ils représentent en effet des patients difficiles à prendre en charge, qui impliquent un temps de consultation plus long et des examens cliniques parfois plus complexes. Ces réticences impliquent que de nombreuses maladies soient sous-diagnostiquées ou de façon tardive.

- Un manque de formation des médecins

La formation entre psychiatres et somaticiens reste différenciée, rendant difficile la détection de symptômes psychiques ou somatiques pour le médecin qui n'a pas été initialement formé en fonction. 45% des patients en psychiatrie seraient également atteints d'une maladie somatique (T. J. R. LAMBERT *et al.*), parmi lesquels 47% n'ont pas été diagnostiqués par le médecin référents. Au sein des médecins référents, l'étude a montré que 33% des non psychiatres n'ont pas diagnostiqué la pathologie psychiatrique, contre 50% des psychiatres. Par ailleurs, les médecins demeurent encore mal formés au travail en réseau, notamment au sein des établissements de santé. A titre d'exemple, une étude a montré que 70% des médecins généralistes n'ont jamais, ou de manière très irrégulière, eu de contact avec une équipe de santé mentale dans le public. De la même façon, 63% des médecins généralistes n'étaient pas, ou très peu, informés du diagnostic posé par un psychiatre que leur patient aurait consulté, et 58% d'entre eux n'étaient pas informés du traitement psychiatrique entrepris (H. VERDOUX *et al.*).

- Un défaut de coordination entre médecins généralistes et psychiatres

L'absence de coordination entre les médecins généralistes et les psychiatres fait l'objet d'une vaste littérature, portant sur : le phénomène de fragmentation des soins du patient ; la mauvaise gestion des traitements et l'augmentation de la iatrogénie ; les retards de diagnostic ; la perte d'information et la diminution de la confiance du patient. Ce manque de coordination est le résultat de facteurs d'ordre organisationnel (temps de la coordination, manque de disponibilité des praticiens) mais également liés à l'exercice (préférence des patients pour le suivi du médecin généraliste ; absence de langage commun entre médecin généraliste et psychiatre ; définition des rôles non consensuelle). A cela s'ajoutent des « particularités françaises » (Pr Christine PASSERIEUX – Centre Hospitalier de Versailles) : la prévalence du modèle d'une équipe pluridisciplinaire de soins en santé mentale ; une distinction difficile entre soins de premier et deuxième recours ; une démographie médicale inégalement répartie.

3. *D'autres freins relèvent des caractéristiques des patients et des conséquences de leur maladie.*

- L'impact psychosomatique et les difficultés à verbaliser les symptômes

La pathologie du patient représente un facteur limitant d'accès aux soins somatiques. En effet, les médecins attribuent régulièrement des explications somatiques à des expressions de la pathologie mentale, ce qui complique la distinction entre les symptômes. Les pathologies mentales influent en effet sur la perception de la douleur (SARAVANE, 2013). Le patient schizophrène peut par exemple être hypoalgésique au moment d'une crise psychotique. En effet, une altération du schéma corporel ou une perception différente de la douleur font varier la façon dont les symptômes somatiques sont ressentis et exprimés. Santé mentale et douleur partagent donc des mécanismes neurophysiologiques qui s'influencent mutuellement, ce qui rend complexe l'identification des symptômes et de leurs causes³.

- Le mode de vie du patient

Pour les patients atteints de pathologie mentale, le choix d'initier un traitement somatique n'est pas toujours considéré comme pertinent, particulièrement lorsque le patient a des chances de présenter des difficultés d'observance. Par ailleurs, les patients présentant des troubles mentaux sont généralement – en moyenne – plus isolés sur le plan social et familial, ce qui limite les possibilités de prévention et de dépistage de pathologies somatiques (S. BROWN *et al.*). Comme l'a précisé la présidente de

³ MARCHAND, SARAVANE, GAUMOND, DAMASIO, Santé mentale et douleur. Composantes somatiques et psychiatriques de la douleur en santé mentale, 2013

l'UNAFAM lors des dernières journées de l'ANP3SM, c'est à l'entourage du patient de rappeler la nécessité des analyses, examens ou rendez-vous médicaux. Elle a également rappelé la nécessité de reconnaître la prise en charge somatique des personnes souffrant de pathologies psychiatriques comme une priorité de santé publique.

B. Une prise de conscience récente de la nécessité de développer les soins somatiques en psychiatrie

Face à ces difficultés et inégalités d'accès aux soins, la nécessité de développer les soins somatiques en psychiatrie reste relativement récente. Alors que le nombre de personnes suivies en psychiatrie augmente⁴, il est apparu indispensable d'apporter une réponse à ces inégales prises en charges.

a. Cette prise de conscience s'est traduite par plusieurs évolutions juridiques et institutionnelles

1. Diverses évolutions sur le plan juridique

La prise de conscience de l'importance des soins somatiques en psychiatrie s'est traduite par des évolutions juridiques. La loi n°2011-803 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » a introduit de nouvelles modalités concernant les hospitalisations sous contrainte. Ainsi, dans les 24 heures qui suivent l'admission en soins sous contrainte, le patient doit avoir bénéficié d'un examen somatique complet afin d'éliminer une origine organique des troubles. Le Ministère de la Santé a, par la suite, précisé le contenu de l'examen somatique⁵. L'examen doit ainsi comporter la mesure des paramètres suivants : vigilance, pression artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire, glycémie capillaire et, en cas d'agitation, la mesure de l'oxymétrie de pouls. La HAS recommande que la moindre anomalie conduise à une exploration approfondie.

La jurisprudence a également rappelé la nécessité d'une surveillance somatique tout au long de la prise en charge⁶, engageant si nécessaire la responsabilité des établissements pour défaut de prise en charge somatique.

⁴ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2003 : 56 % de personnes suivies en plus par les secteurs de psychiatrie entre 1989 et 1999, et une augmentation de 19,4% des consultations par les psychiatres libéraux entre 1992 et 2001.

⁵ « Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » émises en 2005 par la HAS

⁶ CAA Nancy 14 juin 2007 N° 06NC01049 et 06NC01112

La décision n°2015.0152/DC/SBPP du 10 juin 2015 du collège de la HAS a, par la suite, attribué le label méthodologique de la HAS à la recommandation de bonne pratique « Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère ou chronique », élaborée par la Fédération Française de Psychiatrie. Par ailleurs, le décret n°2016-995 portait sur la mise en place d'une lettre de liaison remise au médecin traitement par le médecin de l'hôpital. Dans le cas des établissements spécialisés en santé mentale, cela implique un lien entre le psychiatre hospitalier et le médecin traitant (médecin généraliste) du patient, à supposer que ce dernier en ait un. Ensuite, le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel a permis d'institutionnaliser le partage d'information entre professionnels de différentes spécialités.

En revanche, la présence de médecins somaticiens et l'exigence d'exams somatiques réguliers au cours de la prise en charge des patients ne sont, à ce jour, pas inscrites dans les textes.

2. La création des Journées nationales sur les soins somatiques en santé mentale

En 2002, se sont tenues les premières journées nationales sur les soins somatiques en santé mentale⁷. Elles ont été un moyen de communiquer sur l'importance de la prise en charge des soins somatiques des patients souffrant de troubles mentaux, et d'échanger sur les bonnes pratiques mises en œuvre au sein des établissements.

C. Pour répondre à ces difficultés, plusieurs initiatives ont été développées afin de prendre en charge les patients atteints de pathologies mentales et présentant des troubles somatiques

a. La mise en place d'un centre de consultations externe à l'établissement : l'exemple de CAPSOINS 17 au GH de La Rochelle

Le GH de La Rochelle est un établissement généraliste MCO disposant d'un établissement dédié à la psychiatrie de sept secteurs. A l'initiative du Pôle de psychiatrie et dans le cadre du plan autisme 2014-2017, le dispositif Cap Soins 17 a été mis en place, visant à faciliter l'accès aux soins somatiques aux personnes handicapées psychiques, autistes, hypocommunicants ou souffrant de troubles apparentés.

⁷ SARAVANE ; CASADEBAIG ; PHILIPPE, Soins somatiques en santé mentale : une question de dignité.

1. *Un dispositif complémentaire au médecin traitant, permettant d'assurer les soins primaires*

Cap Soins 17 ne se substitue pas au médecin traitant, mais propose une aide complémentaire dans la prise en charge des patients. La valeur ajoutée de ce centre relève de l'expertise de médecins somaticiens ayant un service de soins somatiques à leur disposition. En revanche, les rendez-vous ne sont donnés que sur courrier du médecin traitant, adressant le patient pour un bilan ou une consultation souhaitée. Il ne constitue ainsi pas une structure d'urgence ou de premier recours pour les patients souffrant d'un handicap psychique.

2. *Un dispositif à couverture départementale, spécialisé dans l'accueil des patients de 16 ans et plus*

La couverture territoriale du dispositif reste limitée (territoire Nord de la Charente-Maritime), et vise à répondre aux difficultés d'accès des établissements médico-sociaux à des structures de soins généraux.

Deux types de prestation sont proposés :

- Un bilan douleur dans le cadre d'une hospitalisation de jour, incluant au minimum une consultation d'évaluation par un médecin somaticien, un bilan sanguin, des examens radiologiques, un ECG et un bilan dentaire
- Des consultations ou/et examens externes et consultations spécialisées en lien avec l'hôpital général.

En revanche, ne sont pris en charge que les patients vivant en famille ou dans une structure médico-sociale, et n'accueille pas les patients souffrant d'un handicap sensoriel « pur ». La structure ne s'adresse pas aux patients hospitalisés mais s'inscrit en complément des prises en charge par la médecine de ville. Le principal bénéfice du dispositif consiste pour le patient à éviter une hospitalisation en urgence en psychiatrie, en cas de trouble du comportement lié à une plainte somatique méconnue. Ainsi, le dispositif permet la prévention et le dépistage d'un problème somatique qui conduirait à une hospitalisation non justifiée sur le plan psychiatrique.

b. La mise en place d'un centre régional de référence pour la douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare : l'exemple de l'EPS Barthélémy Durand

1. *Un centre régional de référence, centré sur la prise en charge de la douleur*

Ouvert en début d'année 2013 sur le site principal de l'établissement Barthélémy Durand à Etampes, le Centre régional douleur et soins somatiques en santé mentale, autisme, polyhandicap et handicap génétique rare accueille des patients souffrant de pathologie mentale. Les médecins du centre assurent également un travail de recherche médicale encore peu exploré. La création du Centre régional a pour objectif de lutter contre la douleur (psychique ou physique) via une prise en charge adaptée aux patients. Ainsi, les consultations peuvent durer jusqu'à 1h30 selon les pathologies, les examens cliniques ne pouvant être réalisés selon les mêmes modalités que pour un patient sans handicap.

2. *Un fonctionnement fondé sur la collaboration*

Le Centre, sous la responsabilité du Docteur SARAVANE, propose un travail collaboratif entre psychiatres et professionnels des établissements de santé et autres structures sociales et médico-sociales. L'objectif est de travailler en réseau, la création du Centre ayant été impulsée par l'Association nationale pour la promotion des soins somatiques en santé mentale (ANP3SM)⁸, en lien avec l'Université Paris-Sud.

c. L'inégale prise en charge somatique des patients hospitalisés dans des services de psy intégrés à des hôpitaux généraux

1. *Les résultats de l'expérimentation PSYSOMA à l'AP-HM*

Une initiative expérimentée en phase test entre 2009 et 2013, sur la base des entrées en hospitalisation somatique a montré que les patients présentant des troubles mentaux avaient un nombre plus grand d'hospitalisations – dont certaines auraient pu être évitées –, de passages aux urgences pour des pathologies plus sévères, des durées d'hospitalisation plus longues. La proposition a été faite de mettre en place un système d'avis somatique en service de psychiatrie, avec avis téléphonique spécialisé et consultation au lit du patient par des internistes. Le dispositif a été évalué et déclaré comme évaluation des pratiques professionnelles (EPP) auprès de la HAS. L'évaluation se décompose comme suit :

- Avant intervention, une étude quantitative sur les besoins d'avis somatiques et une étude qualitative du ressenti et besoins des médecins du secteur de psychiatrie
- Après intervention, un suivi quantitatif des avis somatiques en psychiatrie (en continu, aux urgences, sur l'extrahospitalier) et une étude qualitative du ressenti

⁸ Les missions de l'ANP3SM sont : promouvoir les soins somatiques et la douleur en santé mentale et chez les patients atteints de troubles du spectre autistique ; valoriser l'approche globale des patients atteints de pathologies mentales ; favoriser la coordination et la communication ; promouvoir la formation en médecine somatique et douleur.

et des besoins des médecins du secteur de psychiatrie concernant les avis somatiques

Les résultats sont présentés en *annexe n°1* et démontrent un temps de prise en charge somatique plus court et de meilleure qualité. Au regard des conclusions portées par le groupe de travail piloté par le Dr. Joktan GUIVARCH au CHU Sainte-Marguerite de Marseille, les souhaits des praticiens se portent aujourd'hui vers un temps de médecin généraliste dédié.

2. L'expérience du temps médical généraliste dédié dans un service de psychiatrie à l'hôpital général

Les établissements généraux intégrant des services de psychiatrie ont, parfois, mis l'accent sur la prise en charge somatique des patients hospitalisés pour troubles psychiatriques. Si la proximité des spécialités médicales induit que les patients auraient plus facilement accès aux soins somatiques dans un hôpital général, leur suivi somatique n'en est pas nécessairement mieux assuré. Le centre hospitalier René Dubos de Pontoise dispose de trois unités de 25 lits d'hospitalisation en psychiatrie adulte et a mis en place depuis 2011 un temps de médecin généraliste dédié, assurant deux vacations par semaine pour l'ensemble des trois secteurs.

En revanche, l'examen somatique n'est pas systématisé du fait de l'absence de temps médical suffisant pour l'ensemble des lits. Les infirmiers ont la charge de la prise des rendez-vous pour une consultation classique. Comme l'indique le rapport de visite du CGLPL de 2013, le médecin généraliste indiquait ne pas disposer de temps suffisant pour prendre en charge tous les patients, ni pour prendre contact avec les médecins généralistes traitants. Selon elle, « l'état de santé des patients psychiatriques nécessiterait une visite deux fois par semaine, ce qui implique la présence d'un médecin généraliste à mi-temps par unité »⁹.

3. L'UMPS du CHU d'Angers, réponse complémentaire aux situations d'urgence

Le CHU d'Angers a, depuis 1996, instauré une unité hospitalière spécifique, couplant une approche somatique et psychiatrique et intitulée « Unité Médico-Psychosociale » (UMPS), sur le principe des soins partagés en santé mentale. Cette structure propose une approche pluridisciplinaire dans un lieu commun et se caractérise par une compétence double des personnels médicaux et paramédicaux (DENES, GOHIER *et al.*, 2011). Ce type d'unité est relativement récent au regard des dispositifs de psychiatrie de liaison. A Angers, l'UMPS offre une réponse complémentaire au niveau des situations

⁹ Rapport de visite du CH René Dubos à Pontoise, CGLPL, 2013

aiguës : neuf lits sont dédiés à l'accueil des personnes « suicidantes » et onze à la prise en charge des situations médico-psycho-sociales complexe, en aval des urgences. Si le caractère intensif de la prise en charge ne permet pas un suivi de long terme par les professionnels, cette UMPS propose une réponse globale dans une unité de temps, de lieu et d'action¹⁰.

d. Une initiative internationale précurseur : l'exemple du « *reversed shared care primary care* » de l'hôpital général de Toronto

Les troubles cognitifs liés à la maladie mentale ne facilitent pas un accès aux soins médicaux « traditionnels » aux patients souffrant également de comorbidités. Devant ce constat, l'hôpital général *North Yorth* (Toronto) a mis en place un dispositif innovant, permettant l'accès, au sein de l'hôpital psychiatrique, à des soins somatiques primaires. Intitulé « *Reversed Shared Care Primary Care* » (soit une « consultation de soins partagés à l'inverse »), le dispositif associe un médecin généraliste et un infirmier spécialisé en soins psychiatriques, capables d'assurer la continuité des soins prodigués et la cohérence des diagnostics et traitements établis¹¹. Ce projet pilote était initialement destiné à des patients dits « précaires », faisant partie d'un programme de santé mentale et suivis pour des troubles à l'hôpital ou en extrahospitalier. L'étude menée par UNGAR, GOLDMAN et MARCUS a ainsi montré la nécessité d'apporter une réponse aux disparités de prise en charge en soins généraux pour les personnes atteintes de troubles mentaux, via le développement, l'évaluation et la mise en place de programmes de « soins collaboratif en santé mentale » (*collaborative mental health care*), afin d'inclure l'ensemble des membres de l'équipe de soins, comprenant la patient ainsi que ses proches. Ce type d'organisation implique cependant de disposer des structures de soins adaptées et moyens financiers correspondants.

¹⁰ DENES, GOHIER, RICHARD-DEVANTOY *et al.*, « Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale », *Santé Publique*, 2011/HS (Vol. 23), p. 167-174.

¹¹ UNGAR, S. GOLDMAN. M. MARCUS *Reversed Shared Care in Mental Health: Bringing Primary Physical Health Care to Psychiatric Patients*, T.

II. Les opportunités liées à la mise en place des GHT en matière de prise en charge somatique : des initiatives afin de développer la coordination des soins, restant encore peu exploitées

A. La réforme des GHT, une opportunité pour la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie

a. La réforme de 2016 : répondre à une meilleure coordination des soins à l'échelle des territoires

1. Une réforme ayant pour objectif de remettre la coordination des soins au cœur des enjeux hospitaliers

L'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a officialisé la création de 135 groupements hospitaliers de territoire, avec pour objectif de favoriser les synergies entre établissements via la mutualisation de différentes fonctions et le renforcement des coopérations. La réforme portait trois objectifs principaux : la prise en charge commune et graduée du patient ; la rationalisation économique et le renforcement des liaisons avec le CHU. L'enjeu était également de décloisonner l'organisation hospitalière, pendant longtemps segmentée (sanitaire / social ; médecine de ville / médecine hospitalière). La frontière entre les soins somatiques et psychiatriques ne fait pas exception à ces distinctions. La loi Touraine devait être ainsi un instrument de rénovation du service public hospitalier (R. ROCHE in Gestions hospitalières, juillet 2018).

Dans ce cadre, et comme l'indique le rapport intermédiaire Martineau / Hubert (2015) sur la mission GHT, plusieurs établissements spécialisés en santé mentale ont demandé des dérogations auprès des ARS, revendiquant les spécificités de leurs prises en charge présentées comme non compatibles avec des regroupements.

En 2016, il existait en métropole 5 GHT spécialisés en psychiatrie et 12 EPSM avaient obtenu une dérogation. Si la France compte 84 EPSM, l'offre de soins publique de psychiatrie est, dans les faits, assurée par 255 établissements publics de santé généraux, qui représentent à eux seuls 40 % de l'offre de soins publique de psychiatrie. De fortes disparités existent cependant en fonction des régions et territoires. L'offre de soins est, en outre, assurée par 266 établissements privés dont 109 à but non lucratif et 157 à but

lucratif. 93 % des secteurs de psychiatrie générale sont désormais gérés dans le cadre d'un GHT polyvalent.

2. *Un mode d'organisation relativement flexible permettant d'intégrer les spécificités de la psychiatrie*

En termes de gouvernance, la réforme des GHT prévoyait toutefois des modulations propres à la psychiatrie avec, par exemple, la possibilité de créer une sous-commission de l'instance médicale dédiée à la « filière santé mentale ». Par ailleurs, certains GHT ont prévu que l'un des établissements spécialisés en santé mentale puissent être établissement support de la filière psychiatrie et santé mentale, conservant ainsi une certaine autonomie de gestion dans le cadre des moyens spécifiques dont l'établissement dispose.

L'ADESM avaient par ailleurs formulé un ensemble de recommandations visant à assurer une bonne intégration des établissements spécialisés en santé mentale aux GHT, parmi lesquelles :

1. La contractualisation de l'association aux GHT généralistes en cas de dérogation, concernant le projet médical et les activités de liaison afin d'éviter « l'isolement de la psychiatrie »
2. En cas de GHT généraliste, le fait de confier le pilotage de la filière santé mentale à l'établissement spécialisé possédant cette compétence¹². C'est ce qui a, par exemple, été instauré au sein de l'EPSM de Quimper.

Les GHT polyvalents ne font que peu figurer parmi leurs priorités le développement des soins en psychiatrie ou leur articulation avec les soins somatiques. Un seul GHT annonçait dans la version initiale de son projet médical partagé la nomination d'un représentant de la psychiatrie au sein des 5 vice-présidents d'instance médicale. Deux GHT garantissaient un département d'information médicale (DIM) spécifique à la psychiatrie. Plusieurs GHT ont, enfin, envisagé la mise en place d'un pôle inter-établissement concernant la psychiatrie, sans toutefois insister sur leur articulation avec les soins somatiques.

b. Des EPSM en marge de la réforme : entre dérogations et projets de GHT spécialisés

Plusieurs établissements spécialisés en santé mentale ont fait le choix de déroger à la réforme, face à la crainte de voir glisser les moyens alloués aux soins en psychiatrie

¹² Communiqué de l'ADESM du 11 mars 2016

– encore sous forme de dotation – vers d’autres disciplines médicales. La « spécificité psychiatrique » était revendiquée par la majorité de la communauté médicale. C’est ainsi que le président de la conférence des présidents de commission médicale d’établissement (CME) des centres hospitaliers spécialisés (CHS), Christian MÜLLER, a justifié la "circonspection" de ces établissements vis-à-vis des groupements hospitaliers de territoire (GHT). A l’échelle nationale, alors que la ministre précédente avait annoncé en 2014 la possibilité pour les EPSM d’appartenir à plusieurs GHT, Agnès BUZYN a annoncé en septembre 2017 la fin prochaine de ces dérogations. Elle a réaffirmé en 2018 que les « établissements de soins psychiatriques ne peuvent plus rester à l’écart de la réflexion globale de réorganisation de l’offre de soins » et qu’il « est impératif d’organiser des filières de soins qui associent la santé mentale et la santé somatique. Nous traitons une seule et même personne dans sa globalité ». Les ARS ne reconduiront donc pas les dérogations dont bénéficient certains établissements psychiatriques.

En matière d’articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques, la mise de côté des établissements spécialisés en santé mentale constitue un obstacle majeur, en dépit des efforts des établissements à développer les soins généraux. Toutefois, comme le précisent Gérard MASSE et Emmanuel VIGNERON¹³, le « GHT est une forme de territorialisation de la politique de santé ». Ils soulèvent des enjeux que l’histoire de la psychiatrie a portés depuis les années 1960. Le GHT doit ainsi permettre aux établissements spécialisés d’accompagner les projets pour la psychiatrie d’une réflexion entre établissements, tout en garantissant le maintien de budgets propres à la santé mentale.

B. Le développement des soins somatiques au sein d’un GHT spécialisé en santé mentale : le cas du GHT Psy Sud Paris

a. Contexte de mise en place du GHT Psy Sud Paris

La convention constitutive du GHT Psy Sud Paris a été adoptée en juin 2016. Le GHT a pour objectif de concourir à une « amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, pour lesquels la coordination des parcours de santé incluant les dimensions, non seulement sanitaire, mais également médico-sociale et sociale, est un enjeu déterminant »¹⁴ y compris dans des situations de précarité et de cas complexe. C’est donc un établissement spécialisé, étroitement lié aux Hôpitaux Universitaires Paris Sud de l’AP-HP.

¹³ GHT, psychiatrie et santé mentale : Les inquiétudes sont-elles fondées ? [Article] / Massé, Gérard ; Vigneron, Emmanuel in Gestions hospitalières, n° 556, mai 2016, pp.265-269

¹⁴ Projet médico-soignant partagé du GHT Psy Sud Paris

La construction d'un GHT spécialisé en psychiatrie est passée par l'élaboration d'un Projet médico-soignant partagé, s'attachant à répondre aux enjeux de consolidation des activités existantes, de développement et de mutualisation d'activités médicales, médicotechniques et de soins. L'objectif est d'organiser un maillage territorial qui permettra le renforcement des coopérations existantes et la structuration de filières et de parcours de soins mieux coordonnés en psychiatrie.

La mise en place du GHT via l'adoption de la convention constitutive a été confrontée à des enjeux politiques et résistances de la part de la communauté médicale. En revanche, l'identité portée à travers la création d'un GHT spécialisé en psychiatrie a également permis de trouver des thématiques de travail communes. La difficulté principale résidait dans le caractère bi-départemental des secteurs desservis par les établissements du GHT, dont l'établissement support également présent sur deux départements. La constitution d'un GHT spécialisé associant ces trois établissements n'était en cela pas une évidence sur le plan géographique, ce qui a constitué un frein à la constitution d'une dynamique commune (*cf. annexe n°2*).

b. La thématique de l'articulation, fil conducteur du PMSP adopté

Le GHT Psy sud Paris a fait le choix d'élaborer un « projet médico-soignant » partagé (PMSP) afin de souligner l'enjeu de l'étroite collaboration entre professionnels médicaux et soignants au bénéfice du parcours de soins des patients. Tous les groupes de travail relatifs au PSMP sont donc pluri-professionnels et inter-établissements. Les principes de la méthodologie d'élaboration du projet médico-soignant partagé du GHT Psy Paris Sud étaient fondés sur la participation de tous les acteurs et le pragmatisme. Le projet médico-soignant a été coordonné par un comité de pilotage, dont les travaux seront repris par le comité stratégique, la commission médicale de groupement et la CSIRMT de groupement. Le comité de pilotage de préfiguration était constitué des directeurs, présidents de CME, vice-présidents de CME, directeurs des soins, directeurs de la stratégie. Parmi les thématiques validées par le comité de pilotage, plusieurs ont émergé et ont permis la mise en place de groupe de travail dédié. Ainsi l'articulation des filières somatiques et psychiatriques constituait l'un des axes stratégiques du PMSP du GHT Psy Sud Paris. Pour chacun des axes¹⁵, les travaux initiaux ont été organisé en deux phases :

¹⁵ Ci-après les groupes de travail du PMSP : Articulation entre la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile / Prise en charge psychiatrique en périnatalité / Filière urgences – SAU / Articulation des filières somatiques et psychiatrique / Articulation des offres sanitaires, sociales et médico-sociales / Offre de soins en santé mentale pour les populations précaires / Prise en charge

- Un état des lieux permettant de réaliser un bilan de l'existant pour chaque établissement, des coordinations entre établissements et hors périmètre du GHT. A partir de cet état des lieux, les groupes devaient faire émerger les premières perspectives d'évolution et de coopération ;
- L'élaboration d'un projet thématique avec plan d'actions, décliné en fiches actions.

Ces deux étapes ont fait l'objet de restitutions partagées entre groupes devant le comité de pilotage, permettant ainsi de valider les états des lieux et les projets à décliner par thématique.

- Les soins somatiques, non-inscrits parmi les filières prioritaires du PMSP

Le GHT Psy Sud Paris n'a pas inscrit la thématique de l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques parmi les 5 filières dites « prioritaires » du PSMP. Cela s'explique par un réseau déjà fortement développé de médecins généralistes, réalisant des consultations dans les structures intra hospitalières comme extrahospitalières, pour ce qui concerne l'établissement support.

En effet, le service des spécialités médicales dispose déjà d'un réseau de 21 médecins somaticiens (dont 13 médecins généralistes) répondant aux demandes des unités d'hospitalisations et centres médico-psychologiques (CMP) et centres de réadaptation professionnelle et sociale (CRPS). Les soins somatiques sont effectués sur le site principal de l'établissement Paul Guiraud par une équipe médicale et paramédicale spécifiquement formée. L'établissement dispose également d'un plateau médicoteknique permettant d'assurer certains actes (EEG, odontologie, dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, ORL, pneumologie, rhumatologie) et de dispenser des soins d'accompagnements et de soins palliatifs. L'équipe mobile en soins palliatifs (EMSP) est ainsi mobilisable en cas de nécessité. Le service est organisé autour de trois axes stratégiques :

- La prévention, via des actions d'éducation thérapeutique spécifiques
- Le dépistage et traitement des affections somatiques
- La formation

A ce jour, les établissements partis du GHT Psy Sud Paris ne disposent pas de services de soins somatiques dédiés. Ils travaillent en étroite collaboration avec les CHU, les médecins libéraux, centres de santé et cliniques privées. Concernant la Fondation

sectorielle et articulation avec la médecine de ville / Projet pharmaceutique et biologique de territoire / Prévention et prise en charge des addictions / Dispositif partagé de l'offre de thérapie familiale / Prévention des risques psycho-sociaux / Filière de prise en charge des psycho-traumatismes

Vallée (établissement pédopsychiatrique partie au GHT Psy Sud Paris), les équipes de l'ULPIJ (Urgences et Liaison de Psychiatrie Infanto-Juvenile) se trouvent au sein du CHU de Bicêtre et sont donc en lien direct avec les services de pédiatrie de l'établissement.

c. Quelles réponses peuvent-elles être apportées par un GHT spécialisé en santé mentale ?

1. *Le développement d'un pôle inter établissement dédié aux soins somatiques des patients hospitalisés : l'exemple du GHU Paris Neurosciences*

- La mise en place d'un pôle dédié aux soins somatiques et transversal afin de consolider la médecine de liaison

Le GHU Paris Neurosciences est le fruit de la fusion de trois établissements spécialisés en santé mentale (Sainte-Anne, Maison Blanche, Perray Vaucluse), disposant chacun de médecins généralistes dédiés à la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie. Le GH Sainte-Anne disposait jusqu'en 2004 d'un service de chirurgie dédiée aux patients souffrant de pathologies psychiatriques, et assurant un égal accès à des soins spécialisés via une garde commune et la mutualisation des spécialistes. De la même façon, l'hôpital Maison-Blanche disposait de son propre service de soins somatiques ayant comporté 15 lits d'hospitalisation de médecine puis un hôpital de jour somatique jusqu'en 2007. Alors que les établissements se sont restructurés, les trois modes de prise en charge somatique ont demeuré. La constitution du GHT (qui prendra la forme d'une fusion d'établissements en 2019) a été l'occasion de mettre en commun les bonnes pratiques et outils à disposition de chacun des sites (par exemple, vacations communes, mutualisation de l'astreinte téléphonique en cours de réflexion...).

Un pôle inter-établissement, sur le même modèle que le pôle inter-établissement Précarité, a récemment été instauré, dans une logique de transversalité. Si les services somatiques des trois établissements n'ont pas la même organisation interne, l'objectif est d'homogénéiser l'offre et de promouvoir une médecine de liaison dynamique sur l'ensemble du GHT. Ce pôle avait également pour objectif de mettre en commun les ressources en soins somatiques. Notons qu'au sein du GHU Paris Neurosciences, le développement des soins somatiques s'est fait de façon distincte et a précédé la mise en place du GHT.

- Une homogénéisation des pratiques en cours et une déclinaison opérationnelle à venir

Le PIE se heurte toutefois à des modes d'organisation différents et l'harmonisation des pratiques reste en cours. Par exemple, l'un des établissements se caractérise par la présence, fortement ancrée, des médecins somaticiens sur chacun des sites de l'établissement pratiquant des consultations systématiques des entrants, alors qu'un autre établissement fonctionne sur un mode d'organisation différent, en ne programmant des consultations somatiques qu'à la demande du médecin psychiatre. A terme, ces modes d'organisation sont amenés à converger.

En matière de gouvernance, le PIE a permis la mise en place d'un comité consultatif, composé de médecins généralistes et psychiatres issus de la CME. Ils assurent le lien entre les spécialités et défendent la conception holistique de la prise en charge des patients. Le PIE doit également permettre le développement de partenariats à plus large échelle avec les SAU, les centres de santé et la médecine de ville parisienne. En revanche, les liens avec le pôle neurosciences et la PASS odontologie restent à ce jour limités.

A ce jour, le PIE porte un projet d'hôpital de jour somatique, d'une capacité de 5 à 10 lits, qui permettrait de regrouper les examens et bilans d'un patient sur une même journée. A cette ambition est adossé le projet PSYSOM, déjà en place, destiné à doter tous les patients consultant en CMP d'un médecin traitant. Il se heurte actuellement à des difficultés de financement, notamment en ce qui concerne la mise à disposition de locaux. Toutefois, la mise en place du PIE a permis l'émergence d'une coopération sur le mode fonctionnel. Il constitue également une vitrine pour le groupe hospitalier, soulignant la nécessité des prises en charge somatiques des patients et forme déjà une dizaine d'internes par semestre. Le GHT a, dans ce cas, permis de cristalliser les démarches déjà entreprises pour le développement des soins somatiques.

2. Plusieurs réponses peuvent être apportées par la mise en place de GHT spécialisés en santé mentale

A l'instar du GHU Paris Neurosciences, le GHT spécialisé peut être un moyen d'entériner les démarches entreprises en interne à chaque établissement et de favoriser les transversalités. La transformation institutionnelle des établissements vers un GHT peut également être l'occasion d'introduire de nouvelles questions. A ce titre, les travaux liés à la constitution du GHT sont également l'opportunité de nourrir les réflexions sur les bonnes pratiques en matière de prise en charge somatique, de façon à harmoniser les méthodes de travail dans un sens commun et adapté aux besoins des patients.

En collaboration avec le service des spécialités médicales du GHT Psy Sud Paris, et à l'initiative de l'établissement support Paul Guiraud, les réflexions portent à ce jour sur :

- La mutualisation de l'offre d'éducation thérapeutique et de santé publique au niveau du GHT
- L'intensification des liens avec les établissements MCO et les réseaux de santé du territoire
- L'amélioration de l'articulation avec les médecins généralistes de ville (nouvelles organisations, nouveaux partenariats).

La mise en place d'un GHT spécialisé constitue ainsi une assise, un point de référence sur un territoire dans le développement de partenariats. De par son effet taille, il peut constituer le centre de gravité d'un réseau étendu de partenariats avec les autres structures sanitaires, sociales ou médico-sociales et la médecine de ville. La mise en place d'un GHT spécialisé en santé mentale permet également le développement de filières de soins en psychiatrie spécialisées (par exemple, les soins intensifs, soins aux détenus, prise en charge des psychotraumatismes ...) à la disposition des patients. Une offre diversifiée et « à la carte », c'est-à-dire adaptée au mieux au patient, doit pouvoir être à la disposition des personnes souffrant d'une pathologie mentale.

Dans son rapport de novembre 2017¹⁶, l'IGAS préconisait de calquer les zones des CPT avec celles couvertes par chaque GHT. L'inspection précise que « l'offre de soins connaît des évolutions divergentes : alors que le dispositif sectorisé propose des soins de plus en plus diversifiés et implantés dans la cité, le dispositif non sectorisé reste centré sur une hospitalisation indifférenciée et des consultations libérales ». En effet, les acteurs de la psychiatrie doivent faire correspondre cinq récents outils organisationnels, à savoir : les PRS, le projet d'établissement, le PMP de GHT, la convention constitutive des CPT et le PTSM. Face à cette superposition, la simplification paraît nécessaire au développement d'une politique territoriale de santé cohérente. La correspondance entre les périmètres des CPT et GHT permettrait de simplifier le cadre territorial de la santé mentale, permettant à la CPT de devenir « la construction du partenariat dont le dispositif de soins psychiatriques du GHT a besoin ».

Le GHT, spécialisé en santé mentale ou polyvalent, est ainsi un outil parmi d'autres, à mettre en cohérence avec l'élaboration des objectifs définis pour la psychiatrie.

3. L'existence de plusieurs freins au développement des filières somatiques par le biais d'un GHT spécialisé en santé mentale

- Le nécessaire maintien d'un certain hospitalo-centrisme de l'offre de soins

¹⁶ Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 – IGAS – novembre 2017

Bien que la possibilité de créer des GHT spécialisés en psychiatrie ait été donnée par les ARS aux EPSM, plusieurs freins demeurent dans l'extension et le développement de filières de prise en charge somatique dédiées à ces patients.

D'une part, la constitution d'un GHT spécialisé maintient une forme d'hospitalo-centrisme, à l'heure de la coordination des différentes offres de soins. D'autre part, la psychiatrie française se caractérise par une très forte intégration des soins à la « cité » et une implantation dense de structures extrahospitalières permettant une prise en charge ambulatoire de moyen à long terme. Dans ce cadre, le regroupement de plusieurs établissements à vocation psychiatrique maintient, dans un premier temps, les potentiels soins somatiques aux unités d'intrahospitalier.

- Les hôpitaux généraux restent les structures de recours pour les soins somatiques spécialisés

Par ailleurs, face à des soins de médecine de plus en plus spécialisés, le passage à l'hôpital général dans le cas de certaines pathologies demeure indispensable. En effet, les établissements spécialisés en santé mentale – tout comme les GHT spécialisés – ne disposent pas des marges suffisantes à la mise en place de plateaux techniques ou moyens de prise en charge de médecine spécialisée, à la hauteur de l'offre de soins proposée par les hôpitaux généraux.

- L'absence de remise en cause de la dualité des soins somatiques et psychiatrique, et leur impact sur les représentations sociales de la psychiatrie

Enfin, la constitution de GHT spécialisés en santé mentale alimente la dualité des soins somatiques et psychiatriques, qui n'est pas nécessairement un facteur d'attractivité pour les praticiens spécialistes et somaticiens. Elle entretient la tradition de fermeture et d'isolement, liée à l'histoire asilaire, des établissements spécialisés en santé mentale. Dans une logique de déstigmatisation de pathologies psychiatriques, la prise en charge des patients à l'hôpital général pourrait être favorisée, au même titre que les patients ne souffrant pas de pathologie mentale.

III. Quelles recommandations pour un parcours coordonné en santé mentale et une prise en charge globale du patient ?

A. Un exemple de prise en charge globale en établissement spécialisé : le projet d'extension du plateau de soins somatiques du GHT Psy Sud Paris via la mise en place d'un hôpital de jour somatique

a. Identification des priorités concernant la prise en charge des patients hospitalisés en intra hospitalier sur le site principal du GH Paul Guiraud

1. Pérenniser l'offre de soins somatiques déjà en place au sein du GH Paul Guiraud

Au sein du GH Paul Guiraud, établissement support du GHT Psy Sud Paris, le service des spécialités médicales est intégré au Pôle Clinique Transversal. Les médecins généralistes interviennent ainsi dans l'ensemble des unités de l'intrahospitalier et sur la majorité des structures extrahospitalières de l'établissement. Le service des spécialités médicales dispose à ce jour d'un plateau technique relativement réduit, mais proposant toujours des consultations spécialisées (cardiologie, Csih, dermatologie, gynécologie, ophtalmologie, ORL, pneumologie, rhumatologie, odontologie ; consultation d'endocrinologie ; consultation neurologie-EEG ; radiologies conventionnelles). Face à l'évolution technique des dispositifs médicaux et aux difficultés de recrutement de l'établissement, le médecin chef de service a toutefois revu les priorités en matière de prise en charge somatique. Le projet développé est ainsi axé autour des objectifs suivants :

- Développer l'offre de soins somatiques sur les secteurs (missions préventives, curatives, en intra comme en extrahospitalier ; offre de soins de préventions, assurée par des paramédicaux et médecins généralistes)
- Acquérir un holter ECG et un spiromètre (mesure des capacités pulmonaires), afin de compléter l'offre de soins proposée
- Assurer le recrutement de praticiens hospitaliers : ophtalmologue et endocrinologue (en priorité) puis neurologue, cardiologue, pneumologue et dentiste. Les actes de gynécologie pourront être assurés par des médecins généralistes
- Assurer le recrutement de paramédicaux suivants : pédicure, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue et neuropsychologue cognitif.

2. Les projets d'extension de l'offre de soins somatiques

Dans le cadre de la construction d'un GHT spécialisé en santé mentale, il paraît nécessaire de développer une offre de soins somatiques large, adaptée aux différents besoins des patients. La stratégie est double : il s'agit, d'une part, d'étendre l'offre de consultations somatiques dans les structures extrahospitalières (CMP, CATTP, HDJJA...) et d'autre part, de proposer l'ouverture d'un hôpital de jour pluridisciplinaire permettant un bilan somatique complet du patient. A terme, l'ouverture de lits somatiques d'hospitalisation continue pourra être envisagée et proposée à des patients extérieurs, notamment pour la prise en charge des post-urgences ou des troubles du comportement alimentaire (TCA). Ce projet fait l'objet d'une réflexion au sein de l'équipe de direction.

L'offre de soins de prévention sera assurée par des équipes pluridisciplinaires (IDE + médecin généraliste) et concerneront les soins dentaires, l'hygiène, l'alimentation, la prévention des infections sexuellement transmissibles, la gynécologie et sensibilisation aux violences faites aux femmes, l'asthme, le diabète et l'addictologie.

3. Propositions de redéploiement d'une équipe mobile spécialisée

La prise en charge somatique des patients hospitalisés pourrait également organisée à travers le déploiement d'une équipe mobile spécialisée. Elle assurerait ainsi la fonction d'interface entre l'établissement psychiatrique et les médecins ou structures de soins polyvalentes (hôpital général ; centres de santé ; centres privés). Par ailleurs, elle permettrait de sensibiliser le patient à l'importance d'un maintien du suivi médical, aux signes d'alertes quant aux comorbidités et effets iatrogènes des traitements et à l'informer de l'offre de soins somatiques à sa disposition. Pour l'établissement, la mise en place d'une telle équipe mobile implique de dédier au moins 3 ETP de soignants spécifiquement formés. L'activité multi-sites propre à la psychiatrie doit également être prise en considération.

b. Un projet d'hôpital de jour en cours de réflexion, dont l'opérationnalité nécessitera la levée de plusieurs freins

1. Evaluation des besoins et ajustement des capacités

- La création d'un hôpital de jour dédié aux patients souffrant de troubles mentaux

Une hospitalisation de jour se caractérise par une prise en charge ayant une date d'entrée et de sortie identiques. La structure de l'hôpital de jour pourra être adossée aux structures déjà existantes en ville, et doit se faire le relai entre la médecine hospitalière et les soins de ville, le temps de l'hospitalisation ou de la reprise d'un suivi classique par les

libéraux. Elle constitue une offre de soins complémentaire, et vise à combler un manque quant à l'accès des personnes handicapées psychiques aux soins dits « classiques ».

Conformément au guide méthodologique de l'ANAP (« *Conception et création d'une unité ambulatoire. Repères méthodologiques* » - décembre 2017), la prise en charge ambulatoire des patients est soumise à trois prérequis :

- Une unité de lieu (accessibilité, taille critique compte tenu du nombre de patients du nombre de patients accueillis)
- Une équipe pluridisciplinaire
- Un parcours patient préétabli mais personnalisé

L'hôpital de jour « handicap psychique & soins somatiques » a pour objectif d'offrir une prise en charge pluridisciplinaire aux personnes atteintes de pathologies psychiatriques, et dont le handicap génère une rupture de soins, une angoisse ou des troubles du comportement. Il doit pouvoir constituer une porte d'entrée sur les consultations proposées vers le service des spécialités médicales de l'établissement ou vers des plateaux techniques de plus grande envergure. L'objectif est d'offrir une prise en charge spécialisée aux patients : hospitalisés, suivis en ambulatoire, en addictologie, en hôpital de jour psychiatrique (y compris jeune adulte) ; et de constituer un point de relai fondamental avec la médecine de ville.

L'offre de soins proposée comportera les éléments suivants : un bilan de santé simple ; des examens complémentaires ; des traitements ou soins spécifiques ; un programme d'éducation thérapeutique. Ces derniers pourront être combinés selon différents programmes de soins.

- Des interrogations quant aux modes de fonctionnement

La capacité prévue pour cet HDJ serait de 10 à 15 lits à ce jour, avec possibilité d'ouverture aux personnes ne faisant pas partie de la file active de l'établissement, mais relevant toutefois des secteurs du GHT Psy Sud Paris. L'organisation des locaux autour d'un « circuit patient » cohérent doit être revue dans le cadre des travaux du schéma directeur immobilier. Les locaux devront comporter :

- Un espace accueil / secrétariat
- Un espace lieu de vie
- un espace de repos (un lit d'urgence, médicalisé ou de repos)
- Une salle d'activités
- 8 salles de consultations équipées (médecine, odontologie, gynécologie, cardiologie, ORL, neurologie, pédicurie, échographie)
- Un espace de radiologie conventionnelle
- Bureaux médicaux

- Estimation des ressources humaines dédiées pour l'HDJ et le service Spécialités médicales (par création ou redéploiement de postes)

| | Fonction | ETP déjà présents | ETP souhaité | Coût moyen annuel (brut + charges) | Total coûts annuels (estimations) |
|-----------------------|-----------------------------------|-------------------|----------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| Personnel médical | Chef de pôle | 1,00 | 1,00 | 134 426,11 € | 134 426,11 € |
| | Chef de service | 1,00 | 1,00 | 134 426,11 € | 134 426,11 € |
| | Médecin généralistes PH | 1,00 | 1,00 | 134 426,11 € | 134 426,11 € |
| | Médecins généraliste contractuels | 5,00 | 4,00 | 77 182,80 € | 308 731,20 € |
| | Internes | 3,00 | 4,00 | 39 329,04 € | 157 316,16 € |
| | Neurologue | 0,60 | 1,00 | 112 114,78 € | 112 114,78 € |
| | Odontologiste | 0,80 | 1,00 | 56 710,51 € | 56 710,51 € |
| | ORL | 0,20 | 0,20 | 70 508,42 € | 14 101,68 € |
| | Cardiologue | 0,20 | 0,50 | 78 717,20 € | 39 358,60 € |
| | Gynécologue | 0,50 | 0,00 | 43 779,43 € | - € |
| | Rhumatologue | 0,20 | 0,20 | 72 643,55 € | 14 528,71 € |
| | Dermatologue | 0,20 | 0,20 | 71 951,70 € | 14 390,34 € |
| | Endocrinologue | 0,00 | 0,50 | 78 318,91 € | 39 159,46 € |
| | Ophthalmologue | 0,40 | 0,20 | 71 819,13 € | 14 363,83 € |
| | Pneumologue | 0,20 | 1,00 | 42 082,90 € | 42 082,90 € |
| Personnel non médical | Cadre de pôle | 0,50 | 0,50 | 67 708,00 € | 33 854,00 € |
| | Cadre de santé | 1,00 | 1,00 | 58 243,00 € | 58 243,00 € |
| | IDE | 8,10 | 7,50 | 52 571,00 € | 394 282,50 € |
| | Aide-soignant | 1,00 | 1,00 | 42 350,00 € | 42 350,00 € |
| | Pédicure-podologue | 0,40 | 0,40 | 39 312,37 € | 15 724,95 € |
| | Manipulateur radio | 1,90 | 1,90 | 47 542,00 € | 90 329,80 € |
| | Diététicienne nutritionniste | 2,40 | 1,00 | 47 542,00 € | 47 542,00 € |
| | Kinésithérapeute | 0,00 | 0,50 | 47 542,00 € | 23 771,00 € |
| | Orthophoniste | 0,00 | 0,50 | 47 542,00 € | 23 771,00 € |
| | Psychologue / neuropsychologue | 1,00 | 1,00 | 47 542,00 € | 47 542,00 € |
| | Secrétariat médical | 1,00 | 1,00 | 37 990,00 € | 37 990,00 € |
| | ASHQ | 3,00 | 2,00 | 36 140,00 € | 72 280,00 € |
| Total | 34,60 | 34,10 | 1 790 461,06 € | 2 103 816,74 € | |

2. Des enjeux financiers qui restent à préciser

La mise en place d'un hôpital de jour en établissement de santé mentale implique la coexistence de deux modes de financement distincts. En effet, le fonctionnement pérenne d'un HDJ pluridisciplinaire est conditionné par l'accord d'une autorisation de tarification à l'activité, car il serait impossible de simplement « transformer » des lits de psychiatrie classiques en lits d'HDJ de médecine. Sur le plan financier, la tarification d'actes de médecine implique l'élaboration d'un dossier d'autorisation spécifique, en cours pour le GH Paul Guiraud. Une autre possibilité consiste à construire un projet présentant un mode de financement innovant, sur la base de l'article 51 de la LFSS 2018.

Concernant les ressources humaines, le changement d'échelle induit par le GHT doit pouvoir permettre la mutualisation des ressources et une plus grande attractivité en matière de recrutement de praticiens.

3. Des enjeux forts d'attractivité pour le GHT

- Analyse des freins et obstacles, sur les plans : clinique, humain, financier, organisationnel

Si le développement d'un plateau de soins somatiques intégré à l'échelle d'un GHT spécialisé constitue l'assurance d'un meilleur accès aux soins des personnes hospitalisées, il pose toutefois un enjeu de positionnement, notamment vis-à-vis des hôpitaux généraux à proximité du GHT. C'est le cas pour le GHT Psy Sud Paris, dont les établissements parties ont déjà développé des partenariats rapprochés avec les Hôpitaux Universitaires Paris Sud (HUPS) de Bicêtre, Bécélère et Paul Brousse. La grande proximité géographique des sites de Bécélère avec le site de Clamart du GH Paul Guiraud en est un exemple. Par ailleurs, des équipes du GHT spécialisé sont déjà intégrées aux SAU des hôpitaux universitaires (HUPS et CHU Ambroise Paré).

Par ailleurs, la mise en place d'un hôpital de jour à l'échelle du GHT serait cohérente avec l'un des axes majeurs du projet médico-soignant partagé, concernant l'articulation avec le secteur médico-social. Le GHT Psy Sud Paris – au même titre que de nombreux acteurs de la psychiatrie – entretient des liens étroits avec des structures d'accueil médico-sociales. Plusieurs conventions sont à vigueur, et ces liens sont amenés à se resserrer autour de nouveaux modes de coopérations. Par exemple, le site de Paul Guiraud accueille déjà en son sein à Villejuif une Maison d'Accueil Spécialisée. L'offre d'hospitalisation de jour pourrait ainsi être un « relai » de soins somatiques, ouverts aux résidents de ces structures.

Sur le plan organisationnel, la construction d'un réel circuit patient implique toutefois une réorganisation spatiale des unités (*cf. annexe n°3*).

- Analyse SWOT du projet à J0

| Forces | Faiblesses |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Equipe pluridisciplinaire constituée - Locaux et espace disponibles (cf. annexe 3) | <ul style="list-style-type: none"> - Modèle médico-économique incomplet - Organisation non pérenne en cas de simple autorisation MCO - DPI actuellement spécifique à la psychiatrie (en cours de changement) |
| Opportunités | Menaces |
| <ul style="list-style-type: none"> - Nomination d'un nouveau chef de pôle - Schéma directeur immobilier en cours d'élaboration > investissements importants | <ul style="list-style-type: none"> - Recrutement de deux spécialistes complémentaires - Départ en retraites à venir de 3 spécialistes - Acculturation au codage de MCO |

Cf. en *annexe n°5* (modèles MCO extraits des repères méthodologiques de l'ANAP pour la conception et création d'une unité ambulatoire) :

- Schéma organisationnel de la prise en charge en hospitalisation de jour
- Surface utile à la création d'un HDJ
- Modèle de circuit patient d'un HDJ médical.

B. Comment améliorer la prise en charge somatique au sein d'un établissement spécialisé en santé mentale ou établissement généraliste ?

Plus largement, les établissements spécialisés en santé mentale – qu'ils soient partie à un GHT spécialisé ou polyvalent – pourraient développer l'accès aux soins somatiques de leurs patients à travers plusieurs modalités.

Notons que les soins primaires¹⁷ doivent être distingués des soins de médecine « polyvalente » dispensés en établissement de santé. En effet, le fait de dédier un médecin généraliste à la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie n'implique pas la dispensation de soins primaires, mais bien de soins somatiques spécifiques adaptés au tableau clinique du patient et répondant à un besoin donné. Si la médecine polyvalente ne fait pas l'objet d'une spécialité médicale, elle est présentée comme intermédiaire, entre la médecine interne et la médecine générale. Elle constitue en cela une spécificité. Il faudra donc faire la distinction entre la réponse apportée aux besoins en soins primaires des personnes ayant un handicap psychique des besoins de prise en charge somatique au moment de l'hospitalisation pour des raisons psychiatriques.

¹⁷ Définis par l'OMS comme des « soins de santé essentiels universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la communauté du pays »

a. Développer une action d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement, déterminante dans le suivi des patients hospitalisés en psychiatrie

D'une part, l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins somatiques doit être intégré au projet médical même, et faire partie des enjeux de l'hospitalisation en psychiatrie. A ce titre, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est pratiquée après autorisation de l'ARS dans différents établissements, et comporte des axes somatiques distincts des problématiques liées aux soins psychiatriques. Selon l'OMS¹⁸, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Ainsi, le GH Paul Guiraud dispose depuis 2010 d'une autorisation spécifique d'éducation thérapeutique comportant un volet « soins somatiques ». Elle fonctionne sur le principe de pratiques avancées en soins infirmiers et est donc essentiellement assurée par des infirmiers, sous la responsabilité d'un praticien. Les thématiques abordées concernent les comorbidités induites par l'usage des traitements psychotropes autour de trois programmes en lien avec le diabète, le syndrome métabolique et l'asthme/ BPCO (Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive) chez les patients schizophrènes. Par ailleurs, des consultations cliniques de prévention et d'éducation à la santé sont assurée par des IDE autour de l'hygiène, la santé sexuelle, la prévention des maladies cardiovasculaires et de l'insuffisance veineuse, la gestion de la douleur, la vaccination. Les pharmaciens assurent également un versant plus spécialisé autour de la prise en charge médicamenteuse.

b. Mettre en cohérence la formation des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) avec les recommandations institutionnelles de prise en charge

1. *Réaliser systématiquement un examen somatique complet initial puis régulier*

A l'admission du patient, une évaluation globale du risque métabolique et cardiovasculaire est recommandée. La Fédération française de psychiatrie (FFP-CNPP) a formulé en juin 2015 un ensemble de recommandations de bonnes pratiques afin d'améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Ces recommandations portent sur :

¹⁸ Rapport de l'OMS-Europe, publié en 1996, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998

- Le dépistage et la surveillance des comorbidités
- L'évaluation de la balance bénéfico-risque via une collaboration psychiatre / médecin généraliste et de la mise en place d'un traitement psychotrope
- La promotion de la coordination
- L'identification claire du soignant assurant le suivi somatique
- La recherche systématique des facteurs de risque cardiovasculaires et des addictions
- L'évaluation du mode de vie du patient
- La réalisation des actes suivants : mesure de l'IMC, ECG initial et de suivi
- La réalisation d'un examen somatique aux urgences avec suivi dans le dossier
- La mise en place de groupes de psychoéducation

En matière de biologie, un bilan sanguin d'admission comporte : numération, formule, ionogramme, créatininémie, urémie, protidémie, calcémie, glycémie à jeun (GAJ), transaminases hépatiques, GGT, TSH, TP, cholestérol et triglycérides. Le bilan d'entrée doit comporter l'ensemble de ces éléments.

Au-delà des examens somatiques, l'accent doit également être mis sur la formation à la prise en charge de la douleur, dont la traduction et la verbalisation chez les patients souffrant de troubles mentaux varient. A ce titre, le Réseau Francilien Douleur et Soins Palliatifs en Santé Mentale a formulé un ensemble d'objectifs sur lesquels les établissements peuvent se calquer. Ils concernent la sensibilisation et la formation des professionnels (notamment au dépistage), l'accès aux soins et la coordination des prises en charges via la mise en place de filières.

2. *Inciter à une meilleure prescription des psychotropes*

Sur le plan clinique, il est de la responsabilité de l'établissement de fournir l'ensemble des recommandations aux praticiens en matière de prescription des psychotropes, sur lesquels l'assurance-maladie porte un regard relativement critique. En effet, elle suggérait dans son rapport publié en juin 2018 (*Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2018 (loi du 13 août 2004)*) d'introduire des indicateurs de prescription dans la ROSP des médecins traitants. Concernant les hospitaliers, elle propose également la définition commune d'une stratégie afin d'améliorer la pertinence des prescriptions de psychotropes chez les personnes bipolaires. Au sein des établissements, il est envisageable que le service Qualité – Gestion des risques, en lien avec les praticiens médicaux et pharmaciens, élabore un guide de bonnes pratiques de prescription afin de sensibiliser aux effets iatrogènes et sur la base des recommandations de la HAS (cf. *Prescription des Psychotropes chez le Sujet Agé (Psycho SA) - Programme Pilote 2006-2013*).

Dans une optique d'amélioration de la qualité, la systématisation des RMM (revue de morbidité et de mortalité), impliquant les équipes de somaticiens ayant participé au suivi du patient, pourrait être envisagée. Elles permettent une analyse collective et systémique d'un cas, après la survenue d'un décès ou d'une complication. De la même façon, l'automatisation de la dispensation à délivrance nominative permet de lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse via un médicament sous forme unitaire, mieux tracé et dont l'administration est sécurisée.

3. *Introduire de nouvelles modalités de formation des professionnels de santé*

- A destination des personnels médicaux

La psychiatrie constituant une spécialité médicale, les praticiens hospitaliers disposent des connaissances de médecine générale qui précèdent leur internat. Il pourrait toutefois être envisagé de rendre obligatoires un certain nombre de stages dits « somatiques » dans des services de médecine polyvalente à destination des futurs praticiens psychiatres. Cela impliquerait une réforme du cursus des études médicales, dans une logique transversale et pluridisciplinaire, et ne devant pas empiéter sur le temps de spécialisation du praticien. La sensibilisation des médecins au dépistage et traitement précoce des pathologies chroniques nécessiterait en outre d'être renforcée.

Par ailleurs, des stages ou temps d'échanges de bonnes pratiques pourraient être instaurés sur le mode de la formation continue, à destination des praticiens des établissements de santé spécialisés, de façon à améliorer leur connaissance des acteurs territoriaux de santé et partenaires dans la prise en charge des patients.

- A destination des personnels paramédicaux

De la même façon, les paramédicaux pourraient avoir accès à des formations de sensibilisations aux comorbidités et effets iatrogènes qui doivent être dépistés en priorité dans les services de psychiatrie. A ce jour, les étudiants d'IFSI ont un stage obligatoire en service de « psychiatrie ou santé mentale » d'une durée de 8 semaines. Il pourrait être envisagé d'étendre cette période. Il est également possible de former à l'échelle de chaque service un « infirmier référent » dans la surveillance métabolique et le suivi somatique du patient. Cette expérience a notamment été étudiée parmi les patients schizophrènes ayant consulté en CMP à Versailles (*Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes* - AUBINEAU, 2016) présentant des résultats concluant en matière de suivi des facteurs de risques.

4. *Etendre les projets d'éducation thérapeutique en établissement spécialisé en santé mentale ou service de psychiatrie*

Intégrée à la V2014 du manuel de certification de la HAS, la place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) est centrale dans la réhabilitation aux soins somatiques des personnes suivies en psychiatrie. A l'instar de plusieurs projets mis en œuvre dans les établissements –soutenus par les ARS et figurant dans les recommandations de la HAS, les démarches d'ETP peuvent être étendues sur les structures intra et extrahospitalières. En CMP, elle permet notamment une réintégration vers les soins ambulatoires de la cité. L'objectif est d'amener le patient à réintégrer le système libéral pour assurer un suivi somatique durable. En établissement de santé, le rôle des pharmaciens est majeur dans la conduite d'ateliers thérapeutiques. C'est pourquoi ils doivent travailler en étroite collaboration avec les IDE formés et médecins généralistes sur différentes thématiques.

5. Donner les moyens aux praticiens hospitaliers de travailler en collaboration avec les médecins traitants

Les établissements ont également la responsabilité de donner aux praticiens hospitaliers les moyens de mieux travailler en collaboration avec la médecine de ville et en son sein, notamment avec les médecins généralistes. Pour cela, la mise en place de plateformes d'échange d'informations communes doit être généralisée. La télémédecine a un rôle déterminant à jouer en matière de couverture des besoins de santé et a pour vocation de faire du lien avec les médecins généralistes, les centres de santé et les hospitaliers. L'établissement doit ainsi doter chaque médecin d'une messagerie sécurisée et le former à son utilisation. Les travaux liés au Dossier Médical Partagé (DMP), dont le projet est piloté par l'Assurance Maladie, doivent être vecteurs de nouveaux échanges permettant d'avoir, à terme, un dossier patient unique accessible à tous les praticiens.

c. Dans les services de psychiatrie intégrés à l'hôpital général, dédier un temps de praticien somaticien à la prise en charge des patients

Sur le modèle du CH René Dubos de Pontoise, il est envisageable de dédier un temps de médecin somaticien aux services de psychiatrie. Cela implique les leviers suffisants sur le plan financier, mais permettrait en revanche une économie sur les transferts de patients vers les SAU ou services médicaux au besoin. Ces consultations conjointes constituent un dispositif « apprenant » développant les connaissances et applicable à un territoire de santé.

d. Disposer d'une offre « au plus près » du lieu de l'hospitalisation psychiatrique

L'architecture propre aux hôpitaux psychiatriques est souvent le symbole de leur place particulière par rapport aux autres établissements de santé. En effet, les bâtiments dédiés à la psychiatrie – qu'ils soient dans un établissement ou polyvalent – se caractérisent par leur fermeture et leur manque d'accessibilité.

Afin de permettre une meilleure intégration de la psychiatrie à l'hôpital, il s'agirait de favoriser les constructions ouvertes sur l'extérieur, par exemple via des secteurs « fermés / fermables », en opposition aux unités ouvertes où les patients peuvent circuler librement. A l'hôpital général, l'objectif serait de rapprocher les services de psychiatrie des services de médecine, avec des zones dédiées aux patients en hospitalisation libre et aux patients hospitalisés sous contrainte¹⁹. Ce, dans une logique de déstigmatisation mais aussi d'accessibilité en cas de besoin d'explorations fonctionnelles ou d'exams complémentaires.

e. Développer les partenariats avec la médecine de ville afin de favoriser l'accès aux soins des personnes souffrant de troubles mentaux

1. *Travailler directement avec la médecine de ville afin de préparer la sortie du patient*

Afin de développer les partenariats avec la médecine de ville, Michel LAFORCADE (Rapport relatif à la santé mentale – octobre 2016) proposait les évolutions suivantes :

1. « Mise en place d'une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint pour que les médecins généralistes reçoivent l'avis d'un professionnel de psychiatrie ;
2. Mise en place d'un numéro unique pour les médecins généralistes afin qu'ils adressent un patient vers le secteur psychiatrique adéquat ;
3. Systématiser l'envoi d'un courrier détaillé entre médecin généraliste et psychiatre (conformément aux recommandations de bonne pratique de la CNQSP (collège national pour la qualité des soins en psychiatrie) et labellisé par la HAS. »

Il peut être également envisagé la mise en place d'un moteur de recherche national, permettant à tout généraliste du territoire de trouver le secteur de prise en charge psychiatrique et le CMP correspondant à la commune de résidence d'un patient. La coopération avec les centres de santé pluridisciplinaire peut également permettre la mise

¹⁹ JAGLIN Cécile, BUBIEN Yann, mars 2017, Architecture pour la psychiatrie de demain (ouvrage)

en place de plages horaires dédiées aux patients souffrant de pathologies psychiatriques. Dans une logique de déstigmatisation, cela leur permettrait ainsi d'être pris en charge dans des structures de soins « classiques » mais sur un temps adapté à leurs besoins.

- f. Saisir l'opportunité des réorganisations liées aux GHT, afin de créer une filière d'articulation de médecine polyvalente dédiée au sein de chaque établissement

Le GHT peut également être une opportunité afin de créer une filière somatique dédiée à la psychiatrie et dotée de médecins polyvalents spécialisés. Cette coordination permet un repérage des patients pour une orientation adéquate et une amélioration du travail en réseau des établissements. La FHF a récemment publié un rapport dédié à la médecine polyvalente, présentant un ensemble de recommandations et parmi celles-ci, des mesures de d'organisation hospitalière afin de développer la médecine polyvalente, notamment au sein des CHS spécialisés. Elle préconise par exemple, la création d'équipes mobiles de « médecine hospitalière » et le travail en réseau au niveau des GHT.

- g. Protocoliser l'accueil aux urgences, lieu d'articulation entre équipes pluridisciplinaires

Les urgences générales sont le lieu d'accueil d'équipes pluridisciplinaires, pouvant appartenir à des établissements différents. La prise en charge d'un patient aux urgences doit être encadrée par un protocole fixe, visant en premier lieu à éliminer toute cause somatique aux symptômes avant de rediriger le patient vers les équipes de psychiatrie. Cela implique un bilan somatique complet, précédant l'examen psychiatrique du patient. Parallèlement, il serait opportun de mettre en place des équipes spécialisées ou équipes ressources dans les centres hospitaliers généraux afin d'accueillir les personnes souffrant de handicaps psychiques.

C. Quelle politique sanitaire afin de sensibiliser et développer les prises en charge somatiques des patients atteints de troubles psychiatriques ?

a. En finir avec la dualité psy/soma : « un bon psychiatre est d'abord un bon médecin »

La question de l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques pose, plus largement, celle du dualisme entre les médecins psychiatres et autres spécialistes. Or, le psychiatre est avant tout un médecin et, suivant cette logique, la place de la psychiatrie à l'hôpital général – au même titre que toute autre spécialité médicale – est pleinement justifiée. Dans une logique de déstigmatisation, il paraît en outre important de ne plus « exclure » la psychiatrie des autres services, en en faisant un lieu de prise en charge classique. Toutefois, l'éparpillement des secteurs semble déconseillé, les experts ayant retenu le chiffre de trois secteurs de psychiatrie adulte et un de psychiatrie infanto-juvénile regroupés au sein d'un établissement.

Dans ce contexte, il en va de la responsabilité du gouvernement de porter une politique sanitaire claire sur l'avenir des services de psychiatrie. Si la psychiatrie doit toutefois « vivre une réforme culturelle et organisationnelle qui nous concerne tous et qui atténuera les différences actuelles entre le public, le privé et l'associatif » (MASSE, VIGNERON, 2016), elle ne peut se faire aux dépens de ses moyens attribués sur un mode différent.

b. Impliquer les ARS dans le déploiement de politiques territoriales en matière de santé mentale, visant à répondre à cet enjeu de santé publique

L'assurance-maladie propose de favoriser le développement et le renforcement d'une offre de soins médicaux somatiques, dédiée aux publics atteints de pathologies psychiatriques lourdes, et d'adapter les campagnes et actions de prévention cardiovasculaire et de dépistage des cancers aux spécificités de ces populations.

Conformément aux objectifs soulignés par le Ministère (et présentés par le Ministre en juin 2018), le développement de partenariats doit pouvoir être accompagné par l'action des ARS et impliquer les secteurs de psychiatrie mais également les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les plateformes territoriales d'appui et les établissements sociaux et médicosociaux. Le rôle de ces acteurs sera ainsi déterminant dans le dépistage des pathologies somatiques et la prévention auprès des patients. Il est nécessaire que les acteurs s'approprient le projet et pour cela, les ARS ont un rôle à jouer en matière de sensibilisation aux enjeux de la prise en charge somatique des patients. Elles peuvent notamment intégrer des volets dits

« somatiques » aux PTSM devant être co-élaboré par les acteurs de terrain et présenté aux ARS d'ici 2019.

c. Enrichir le manuel de certification selon un protocole de prise en charge plus complète

La certification de la HAS a placé la lutte contre la douleur parmi les pratiques exigibles prioritaires, incluant les établissements spécialisés en santé mentale. Au-delà de la création des CLUD (comité de lutte contre la douleur), plusieurs initiatives ont émergé afin de sensibiliser les acteurs aux différences de perception de la douleur chez les patients souffrants de pathologies mentales ou handicaps. En mai 2018, des travaux ont été lancés à la HAS afin de développer de nouveaux indicateurs en santé mentale, notamment sur la prise en charge somatique et concernant les structures intra et extrahospitalières.

d. Impulser une réforme du financement des établissements de santé

En France, la santé mentale représente 14,5% des dépenses totales de l'assurance-maladie, représentant le second poste de dépenses le plus importants (plus de 20 milliards d'euros en 2016, et 7 millions de personnes prises en charges). Afin de mieux anticiper les coûts de prise en charge des pathologies chroniques (psychiatriques et somatiques), la CNAM propose de prendre en compte la gravité des pathologies somatiques des personnes hospitalisées en EPSM dans l'affectation de la DAF. La DAF se compose d'un critère dit « activité », mesuré par l'indice de financement à l'activité ; d'un critère de file active, mesuré par un indice de financement par patient et d'un critère populationnel, mesuré par le ratio dépenses d'assurance-maladie par habitant sur un territoire. Il pourrait être envisagé d'introduire ainsi être envisagé d'introduire critère axé sur le tableau clinique du patient permettant de mesurer le nombre de patients présentant des pathologies somatiques et impliquant un suivi particulier. Ainsi, cette modulation serait incitative et accorderait aux établissements spécialisés une marge permettant de développer les prises en charge somatiques des patients.

Par ailleurs, la question du passage à la T2A des établissements spécialisés en santé mentale demeure en suspens sur le plan national. Il est donc nécessaire que les établissements trouvent un modèle alternatif permettant de coupler des modes de financement différents. A ce titre, l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale de 2017, définissant un cadre d'expérimentation pour accompagner le

déploiement de nouvelles organisations en santé et nouveaux modes de financement, constitue un levier indispensable.

Le système de financement à la T2A étant lui-même critiqué²⁰, la réflexion sur le modèle de financement unique d'un hôpital général – intégrant des services psychiatriques et généraux – ou spécialisé mérite d'être approfondie. Au regard des évolutions socioéconomiques, démographiques et sanitaires, un système prédictif fondé sur l'utilisation de bases de données communes et agrégées à grande échelle et plaçant la prévention au cœur des enjeux de santé publique, pourrait être envisagée. Une réforme du financement allant vers une tarification au parcours, plutôt qu'à l'épisode de soins, est également en cours d'élaboration.

²⁰ VERAN, Olivier. Rapport sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé. 2016, 133 pages.

Conclusion

Réinterroger la pertinence du maintien d'établissements spécialisés en santé mentale, à l'heure de la coordination des soins dans une logique de parcours patient global

La psychiatrie française se trouve aujourd'hui à un tournant. Précurseur en matière de territorialisation des soins, elle accuse toutefois un certain retard en matière de pluridisciplinarité et de transversalité des prises en charge. Si les inégalités d'accès aux soins en santé mentale ont été réduites, la prise en charge somatique des patients souffrant de pathologies psychiatriques reste à améliorer. Les établissements publics de santé ont, à cet égard, des marges de manœuvre afin de développer une prise en charge globale, que ce soit au niveau des soins primaires ou en termes de prévention des comorbidités et effets iatrogènes des traitements.

En revanche, les services de psychiatrie doivent se détacher d'objectifs considérés comme « hospitalo-centrés » et innover afin de proposer aux patients – en hospitalisation complète, partielle ou en ambulatoire – des prises en charge somatique et psychiatrique, répondant à une réelle logique de parcours. A ce titre, la fonction de coordonnateur de parcours est soulignée par plusieurs projets régionaux de santé (PRS). Plus largement, la réduction des inégalités et l'atteinte des défis de santé publique ne seront possibles qu'à travers la diversification des modes de soins psychiatriques et l'articulation entre établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Les initiatives locales et propositions des professionnels en établissements ne pourront, par ailleurs, se passer d'une politique de santé mentale impulsée à l'échelle nationale. Celle-ci doit d'abord passer par une décision commune de rattachement des établissements psychiatriques à des structures de soins polyvalentes de type « MCO » afin d'acculturer les professionnels au travail en réseau et de favoriser les synergies entre disciplines. Ce changement ne sera possible qu'avec l'appui d'une réforme pérenne des modes de financement de la psychiatrie. L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général pourra redonner à cette spécialité sa place au sein des autres spécialités médicales, participant du mouvement de déstigmatisation des pathologies mentales.

Il revient enfin aux institutions nationales d'informer et prendre les mesures nécessaires concernant les risques liés à la démographie médicale, notamment en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Discipline à part entière, la prise en charge efficace des patients en pédopsychiatrie sera un levier permettant de désengorger les services de psychiatrie adulte, et ne peut être envisagée de façon distincte des autres spécialités médicales.

Bibliographie

TRAVAUX UNIVERSITAIRES

- Dr VERMELEN Philippe, « Dix ans après le rapport Massé La psychiatrie à l'hôpital général : mérites et limites », in *Revue hospitalière de France*, n° 490, 2003/01-02, pages
- MARIOTTI Pascal, 2017, « Établissements du service public de santé mentale Quel management territorial ? », in *Revue hospitalière de France*, n°576.
- BRUNN Matthias, CHEVREUL Karine, « Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Concepts, évaluations et enseignements internationaux », *Santé Publique* 2013/1 (Vol. 25), p. 87-94. DOI 10.3917/spub.1d
- BETREMIEUX Marc, « Quelle psychiatrie dans un système de santé moderne ? », *L'information psychiatrique*, 2015/5 (Volume 91), p. 359-363. DOI : 10.1684/ipe.2015.1342.
- Dr CHENEAU, 2013 « Evaluation de la prise en charge somatique d'un patient adulte admis en établissement public de santé mentale, exemple du GHGM la Roche-sur-Yon », thèse de médecine
- DENES Damien *et al.*, 2011 « Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale », *Santé Publique IHS* (Vol. 23), p. 167-174.
- AUBINEAU Ingrid, 2015, « Comorbidités, disparité des soins, et évolution de la prise en charge somatique des patients schizophrènes. Médecine humaine et pathologie », thèse de médecine.
- REYES Lazare, PATENOTTE, Florence SABIN, Sophie, STRIZYK Anastasia juillet-août 2016, « Groupement hospitalier de territoire Paris-Psychiatrie & Neurosciences. Itinéraire d'un GHT singulier » [Article] / in *Revue hospitalière de France*, n° 571, pp.39-45.
- MASSE Gérard, VIGNERON Emmanuel, mai 2016, « GHT, psychiatrie et santé mentale : Les inquiétudes sont-elles fondées ? » [Article] in *Gestions hospitalières*, n° 556, pp.265-269
- JAILLET Caroline « Evaluation de la santé somatique des patients admis en psychiatrie d'adulte : exemple du centre hospitalier de Mâcon »
- GUILLE, JM., 2009, « Logique de performance et soins psychiques. *Perspectives Psy* », 48(2), 113–116
- SARAVANE Djéa, 2013, « La perception et l'évaluation de la douleur chez le schizophrène », *revue Oncologie*.
- T. UNGAR, S. GOLDMAN. M. MARCUS “*Reversed Shared Care in Mental Health: Bringing Primary Physical Health Care to Psychiatric Patients*”.

- J. CANTORI, S. SAVELLI. 1989 « L'avenir du centre hospitalier spécialisé au sein du système de santé mentale ».
- DRUSS, ZHAO, VON ESENWEIN, MORRATO, MARCUS, 2011, « *Understanding excess mortality in persons with mental illness: 17-year follow up of a nationally representative US survey* », Rollins School of Public Health, Department of Health Policy and Management, Emory University, Atlanta,
- Frédéric BOUSQUET, 2016, « Panorama des dépenses de psychiatrie en France », *Revue française des affaires sociales* 2016/2 (), p. 31-34
- « L'organisation des soins en psychiatrie », 2016, in *Revue française des affaires sociales*.
- Maryse BRESSON, « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie* 2003/2 (n° 115), p. 311-326. DOI 10.3917/cis.115.0311
- DUPONT, LAGUERRE, VOLPE « Soins sans consentement en psychiatrie – comprendre pour bien traiter » - Presses de l'EHESP, 2015

RAPPORTS INSTITUTIONNELS

- HAS, « Isolement et contention en psychiatrie générale », Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2017, 45 pages
- LAFORCADE, Michel. Rapport relatif à la santé mentale. 2016, 190 pages.
- VERAN, Olivier. Rapport sur l'évolution des modes de financement des établissements de santé. 2016, 133 pages.
- MARTINEAU, HUBERT, mai 2015, Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire
- Dr MASSE Gérard, 1992, La psychiatrie ouverte, une dynamique en santé mentale
- Étude sur l'accès aux soins somatiques des personnes avec TSA, CREAIs Nouvelle-Aquitaine, octobre – novembre 2017
- FHF, Médecine polyvalente à l'hôpital – rapport et recommandations établis par la Fédération Hospitalière de France – juin 2018
- Rapport de l'Assurance Maladie, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018, 7 juillet 2017
- ANESM – « Synthèse des résultats de l'appel à contribution – qualité de vie : handicap les problèmes somatiques et les phénomènes », 2017
- PSYCOM – Soins somatiques et psychiatrie, 2016

OUVRAGES

- JAGLIN Cécile, BUBIEN Yann, Architecture pour la psychiatrie de demain, mars 2017, Presses de l'EHESP, 192 p.
- FOUCAULT, Michel. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard, 1976, 688 p.
- KOVESS MASFETY Viviane, 2001, Précarité et santé mentale. Rueil-Malmaison : Doin, 103 p.
- DENES, GOHIER, RICHARD-DEVANTOY *et al.*, 2011, « Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale », *Santé Publique, /HS (Vol. 23)*, p. 167-174.

TEXTES JURIDIQUES

- Edit de 1656 « du Roy, portant établissement de l'Hôpital général, pour le renferment des pauvres mendiants de la ville et Fauxbourgs de Paris »
- Loi n°7443 sur les aliénés du 30 juin 1838
- Circulaire du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux
- Décret du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique
- Circulaire du 19 décembre 2001 relative à la mise en œuvre du PMSI psychiatrique

SITES INTERNET

- <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/28/surmortalite-des-patients-psychiatriques-prescription-des-antidepresseurs-inappropriée-la-cnam-appelle-agir-859402>
- http://www.ch-epsan.fr/media/websites/epsan/pdf/journees_etude/jimcgp2016/charmet_quelle_place_pour_la_psychiatrie_dans_les_gh.pdf
- <http://www.ascodocpsy.org/>
- https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-améliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique

Liste des annexes

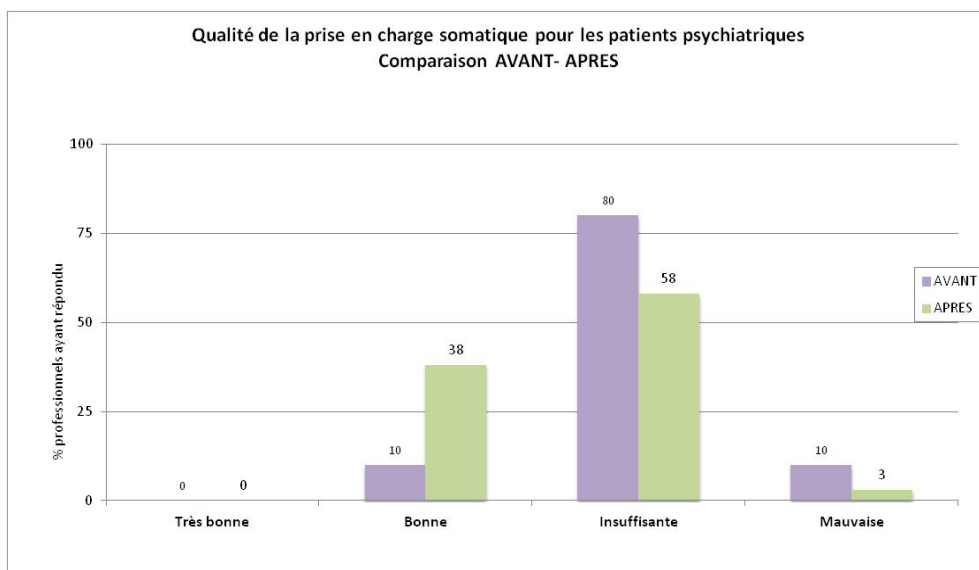
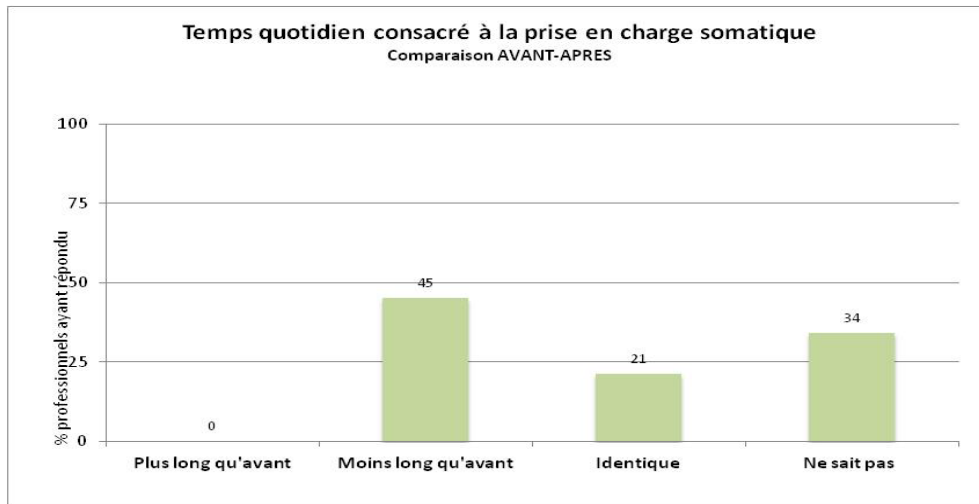
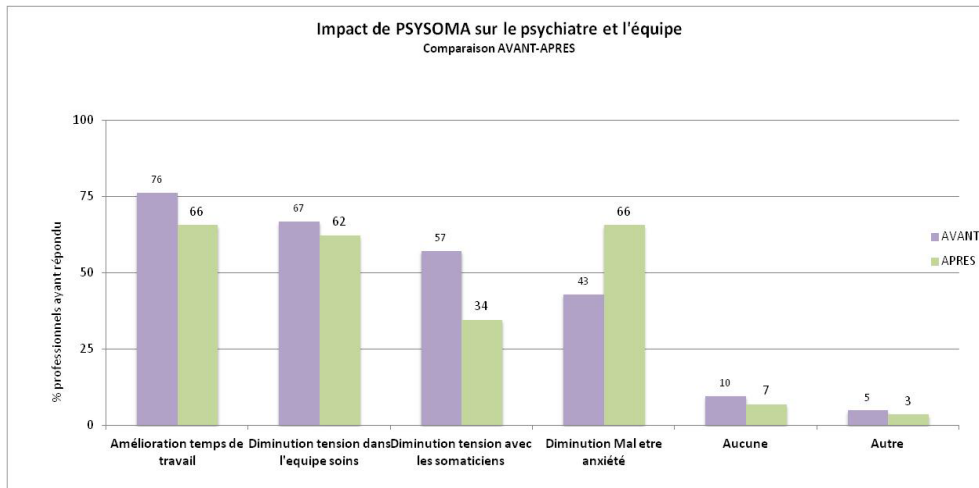
Annexe n°1 : résultats de l'étude PSYSOMA, AP-HM

Annexe n°2 : Territoire desservi par le GHT Psy Sud Paris

Annexe n°3 : plan des spécialités médicales et organisation d'un circuit patient

Annexe n°4 : Entretiens qualitatifs menés dans le cadre des recherches

Annexe n°1 : résultats de l'étude PSYSOMA, AP-HM

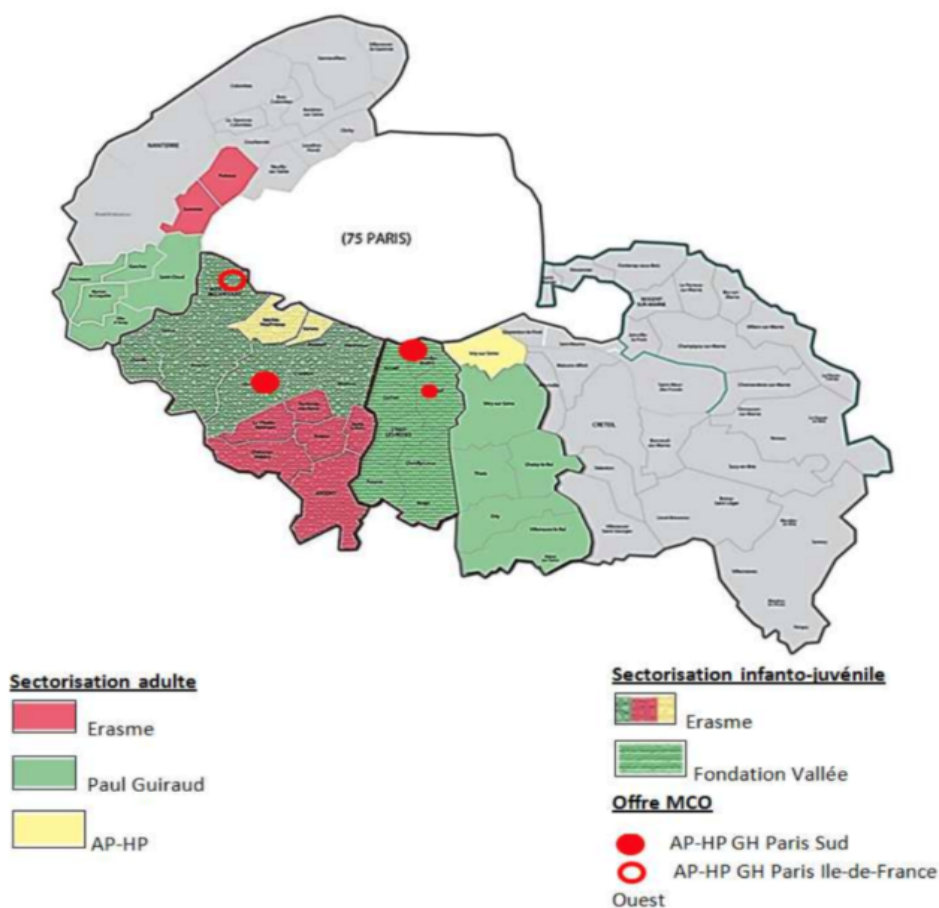


Source :

« Prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie au CHU de Marseille : résultats de l'étude PSYSOMA » Dr. Jokthan Guivarch Service de pédopsychiatrie du Pr. Poinso - CHU Sainte Marguerite Marseille Faculté de Médecine de Marseille

Annexe n°2 : Territoire desservi par le GHT Psy Sud Paris

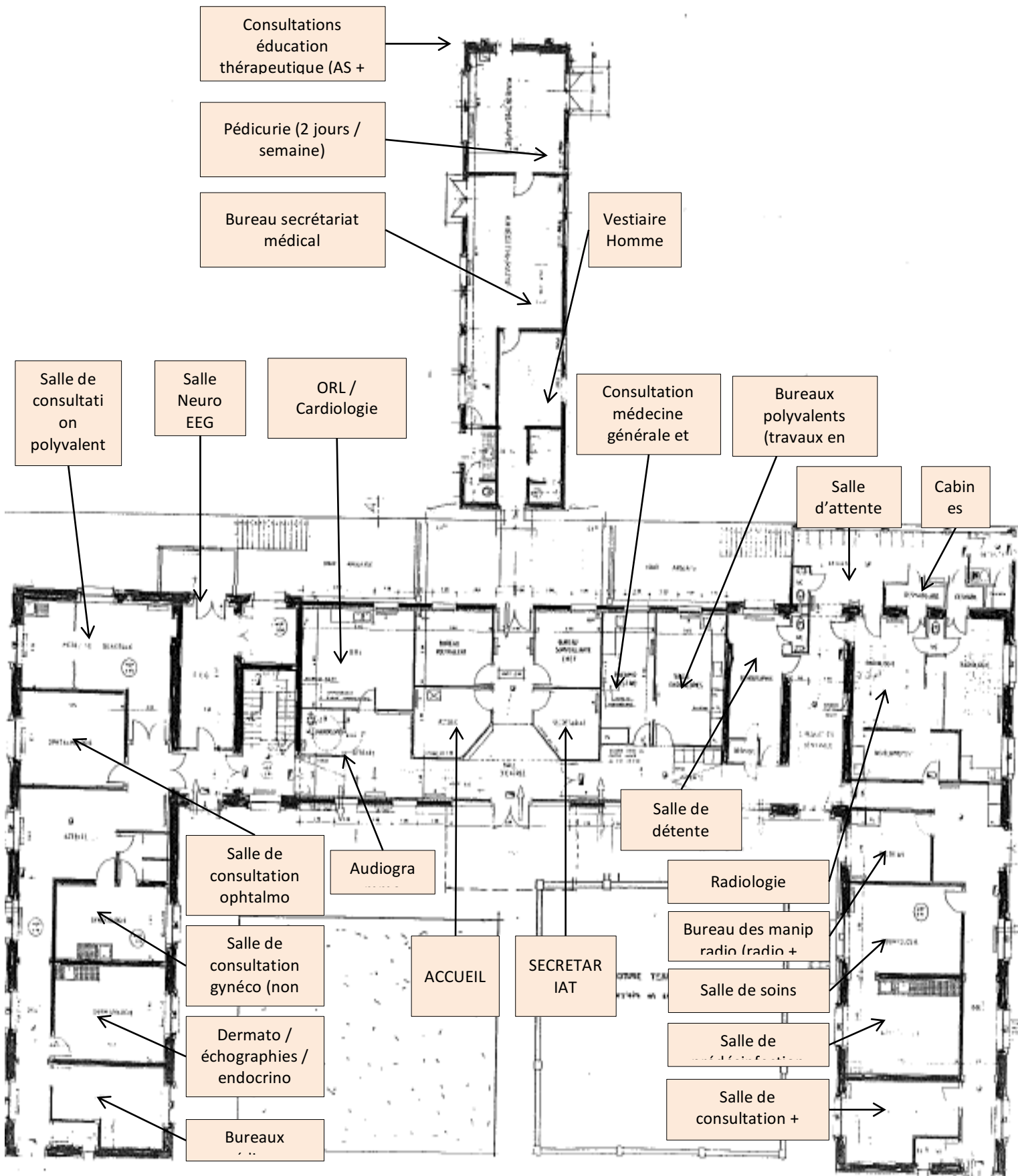
1. Territoire desservi



Grâce à 16 secteurs de psychiatrie générale et 4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, le GHT Psy Sud Paris dessert un territoire de 1 289 723 habitants.

| Etablissement | Nombre d'habitants 0-19 ans | Nombre d'habitants plus de 20 ans | Total |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------|
| EPS Erasme | 299 244 | 186 222 | 485 466 |
| EPS Paul Guiraud | -* | 699 488 | 699 488 |
| Fondation Vallée | 104 769 | -* | 104 769 |
| TOTAL | 404 013 | 885 710 | 1 289 723 |

Annexe n°3 : plan des spécialités médicales (existant) et organisation d'un circuit patient

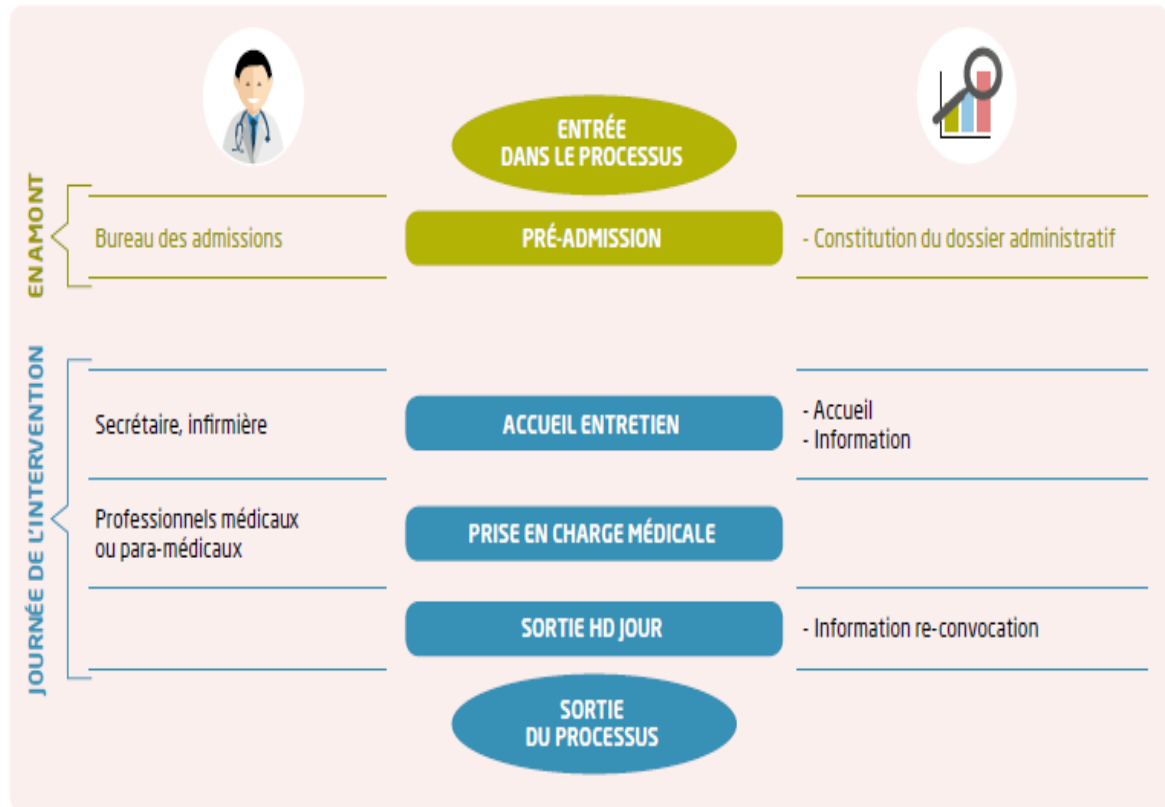


Annexe n°4 : Entretiens qualitatifs menés dans le cadre des recherches

| Nom | Profession | Structure |
|-----------------------------|---|--|
| Dr. CHAUMARTIN Nadia | Médecin généraliste – chef de pôle – Spécialités médicales | GH Paul GUIRAUD |
| Dr. URREA Philippe | Médecin généraliste – chef de service | GH Paul GUIRAUD |
| Mme CORNIGUEL Jacqueline | Cadre supérieur de santé – Fédération des spécialités médicales | GH Paul GUIRAUD |
| Mme ALAMOVITCH Nathalie | Directrice d'hôpital – Directrice des Affaires juridiques et usagers et référente du PIE soins somatiques | GHU Paris Neurosciences |
| M. Yann DUBOIS | Directeur d'hôpital – Directeur général | EPSM de QUIMPER |
| Dr SARAVANE Djéa | Praticien hospitalier spécialiste de la douleur – chef de service ; président d'honneur de l'ANP3SM | Centre régional douleur et soins somatiques – EPS Barthélémy Durand |
| Dr Philippe MONTARIOL | Praticien hospitalier – chef du pôle soins somatiques | GHU Paris Neurosciences |
| Pr. Emmanuelle CORRUBLE | Chef de service - Service Hospitalo-Universitaire de Psychiatrie et Addictologie de Bicêtre | CHU Kremlin Bicêtre |

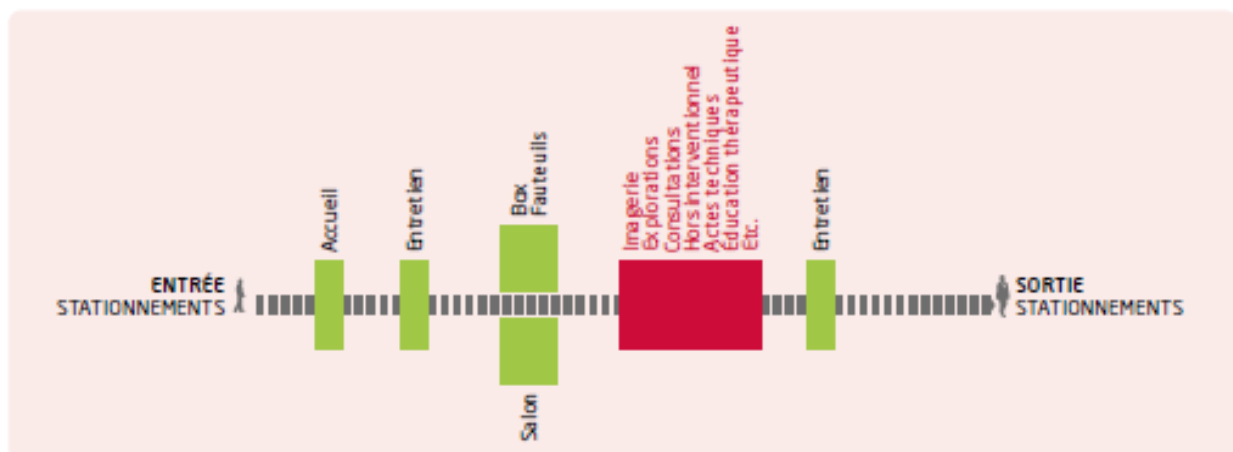
Annexe n°5 : repères méthodologiques à la création d'une unité ambulatoire - ANAP

Figure 9: Schéma organisationnel de la prise en charge en hospitalisation de jour



| HÔPITAL DE JOUR MÉDECINE | | | | |
|--|-----|-------------------|--------------------------|--|
| SERVICES, UNITÉS FONCTIONNELLES | Nb. | SU m ² | SUT m ² | Commentaires |
| ACCUEIL | | | | |
| Accueil | 1 | 25 | 25 | À dimensionner au cas par cas, en fonction du nombre d'ETP L'un des bureaux doit pouvoir recevoir du matériel standard d'auscultation |
| Attente | 1 | 20 | 20 | |
| Sanitaires | 2 | 4 | 8 | |
| Bureaux entretiens | 1 | 12 | 12 | |
| Bureau polyvalent | 1 | 12 | 12 | |
| Bureau cadre | 1 | 12 | 12 | |
| Sous-total 1: accueil | | | 89 m² | |
| H0J MÉDECINE 25 places | | | | |
| Boxes Individuels | 7 | 15 | 105 | Conception à voir: espaces fermés, semi-ouverts, autres? |
| Salles fauteuils | 6 | 25 | 150 | 3 fauteuils |
| Éducation thérapeutique - salle de groupe | 1 | 25 | 25 | En fonction: peut être dans l'unité ou hors de l'unité |
| Poste de soins | ens | 25 | 25 | Poste de soins: partie administrative et préparation soins |
| Blocs sanitaires | 3 | 4 | 12 | |
| Retour sale - vidoir - lave bassin | 3 | 4 | 12 | Un local LB et le retour sale IDE |
| Sous-total 2: prise en charge UCA | | | 329 m² | |
| LOGISTIQUE MÉDICO-TECHNIQUE | | | | |
| Stockage matériel roulant | 1 | 15 | 15 | |
| Stockage petit matériel | 1 | 12 | 12 | |
| Office alimentaire | 1 | 12 | 12 | Encas |
| Linge propre | ens | 6 | 6 | Armoires de dotation |
| Linge sale et DASRI | 1 | 9 | 9 | |
| Local ménage | 1 | 6 | 6 | |
| Salle de détente personnel | 1 | 12 | 12 | |
| Sanitaires personnel | 2 | 4 | 8 | |
| Sous-total 3: logistique médico-technique | | | 80 m² | |
| TOTAL SURFACE UTILE | | | 498 m² | |

Figure 10: Circuit patient - Hôpital de jour médical



| | | |
|---|--------|--------------|
| JEAN | AMELIE | Octobre 2018 |
| DIRECTEUR D'HOPITAL Promotion 2018 | | |
| L'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques à l'heure des GHT. | | |
| PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Aucun | | |
| <p>Résumé :</p> <p>La prise en charge des pathologies mentales occupe une place à part entière dans le système de soins français, alimentant la dichotomie entre les soins psychiatriques et soins somatiques. Pourtant, la question de l'articulation entre ces deux modes de prise en charge constitue un véritable enjeu de santé publique. Compte-tenu des écarts d'espérance de vie entre personnes souffrant de pathologies mentales ou non, les études épidémiologiques font deux constats majeurs : d'une part, l'existence de plus grandes comorbidités et effets iatrogènes liés aux traitements des personnes atteintes de pathologies mentales ; d'autre part, le constat d'une plus grande inégalité d'accès aux soins somatiques pour ces personnes souffrant d'un handicap psychique.</p> <p>Ces patients doivent donc faire l'objet d'une attention particulière, notamment en ce qui concerne le dépistage, la surveillance et le suivi médical. Face à ces difficultés de prise en charge et au constat d'un inégal accès aux soins, plusieurs initiatives locales ont permis la mise en place de structures ou organisations de soins transversales dédiées. La réforme des GHT peut en ce sens constituer une opportunité de repenser l'organisation des soins psychiatriques et somatiques, et les modalités de leur articulation sur un territoire donné. Dans ce cadre, la pertinence de la mise en place de GHT spécialisés en santé mentale peut être saisie afin de proposer une offre de soins adaptée au profil spécifique de ces patients, ou reste à interroger.</p> | | |
| <p>Mots clés :</p> Santé mentale ; psychiatrie ; somatique ; comorbidités ; hôpital de jour ; GHT ; filière ; médecine polyvalente ; pôle inter-établissement ; filière ; coopérations ; médecine générale ; soins primaires ; iatrogénie médicamenteuse ; territorialisation des soins | | |

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.