

FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'USAGERS EN PSYCHIATRIE

NATIONALES

A.I.V.I.
E.S.P.O.I.R.

PARIS

Le Club des Peupliers
Connexion +
Médiagora
Les Neveux de Rameau

ILE DE FRANCE

Esqui
Hémisph'Erik
Horizon Soleil
Le Trait d'Union

REGIONALES

A.A.P.I.
Alter Egaux
Amitié et Partage
L'Arbre de vie
L'Arbre à palabres
L'Arc-en-ciel
Arrimage
Artemem
ASA 82
Atelier Solid'air
Un Autre Regard 76
Bel Horizon
Bipolaires 64
Bi-Pôles 31
Le Bon Cap
Bon pied bon œil
Le Bout du Tunnel
Cezame
Le Chat qui tousse
Ch'tits Bonheurs
La Colombe Dignoise
Coop.1 Services
Dép'Agir
Destinée
D.I.R.H.E.
Entre nous plein Pau
L'Emeraude
Entraide et Renaissance
Entre Soi
Gémini
Icebergs
Janus 34
Les Joyeux sur le chemin
Le Kiosque 12
Juste Ensemble
Lucien Bonnafé
Les Nomades célestes
Nord Mentalités
Oasis
De l'Ombre à la lumière
O.S.E.
Parler c'est vivre
Un Pas en avant
Passage
Le Pas-Sage
Passerelle 01
Passe Muraille
Phobies Actions
Revivre Côte d'Or
Stop Galère
Le Sympa
Le Temps du lien
U.N.D.M.D.
Vannes Horizons

RAPPORT

De la Fnapsy

Commission « Soins Somatiques »

**« Les maisons médicales intégrées à un hôpital
spécialisé :**

Moyen de soin, prévention et dé stigmatisation »

Etabli avec le concours du Club Erasme, Club de réflexion et de proposition

Favoriser l'offre de soins somatiques à partir de l'hôpital psychiatrique Argumentaire en vue de la création d'une Maison de santé Au Centre hospitalier Sainte Marie de NICE

Préambule

Sur le plan de leur santé « somatique », les malades souffrant de troubles psychiques subissent des handicaps particuliers : non seulement leurs pathologies les éloignent des soins somatiques : difficulté, voire incapacité à engager une démarche de soins, intolérance des circuits de soins « ordinaires » à l'égard des malades mentaux, inadaptation des soins à ces patients, co morbidité..... En outre, les traitements médicamenteux qui sont prescrits pour les soins psychiatriques peuvent entraîner des effets secondaires bien repérés (surcharge pondérale, libido, dyskinésie, problèmes cardiaques, douleurs...), dégrader leur qualité de vie et peuvent interagir avec d'autres médicaments ou avoir une incidence sur d'autres affections somatiques. Ces effets secondaires des traitements médicamenteux et la gêne qu'ils occasionnent aux patients sont d'ailleurs souvent à l'origine de ruptures de soins psychiatriques qui font rentrer ces personnes dans une « spirale négative ».

L'accès aux soins somatiques par l'intermédiaire d'une hospitalisation ou de la fréquentation des services de l'hôpital spécialisé, au contraire, amène le patient à reprendre conscience de son corps et soin de lui-même, tant au niveau somatique que psychiatrique. Cela résulte en particulier de la consultation effectuée auprès de médecins somaticiens habitués aux pathologies, aux interactions médicamenteuses et aux réactions de ces patients. Egalement le fait de consulter pour des soins somatiques amène pour ces patients une facilité d'acceptation des soins psychiatriques.

Tant que le soin psychiatrique se déroule dans le cadre de l'hospitalisation complète, les problèmes somatiques les plus graves peuvent être diagnostiqués et pris en charge. Toutefois, même à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques, l'organisation et les ressources consacrées aux soins somatiques en hospitalisation complète, restent très souvent insuffisants et rares sont encore les établissements psychiatriques, comme l'hôpital Sainte Marie de NICE qui disposent d'une structuration et de moyens en personnel compétent suffisant^{1, 2}.

A l'hôpital psychiatrique, il est intéressant et important qu'un service de soins somatiques doté de praticiens assistés d'internes de médecine générale ou de spécialités autres que la psychiatrie, soit structuré³. Outre son rôle en matière de soins somatiques, ce service joue souvent un rôle moteur et coordinateur en matière d'hygiène, de nutrition, de lutte contre la douleur, contre les addictions...Il peut déceler et soigner des pathologies qui nécessiteront une attention particulière aux compatibilités de traitements somatiques et psychiatriques, etc.

¹ Paradoxalement, la prise en charge somatique des patients psychiatriques n'est pas mieux assurée quand les soins psychiatriques sont délivrés dans un hôpital général. On citera, à titre d'illustration, cette patiente souffrant d'une infection de la cornée (kératite) qui, traitée dans le service d'ophtalmologie d'un très grand établissement hospitalo-universitaire, a été « refoulée », en raison de ses troubles comportementaux, vers le service de psychiatrie de cet établissement, contaminant au passage un psychiatre et deux infirmières de ce service.

² Espérons que la loi du 5 juillet 2011 qui fait obligation aux établissements d'assurer un « examen somatique complet » dans les 24 heures suivant l'entrée en soins pour les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie incitera les établissements et les pouvoirs publics à renforcer et améliorer la prise en charge somatique de ces patients. Il est important que cet examen soit fait en toute indépendance.

³ La présence d'internes de médecine générale dans un tel service en psychiatrie est important : les internes, une fois leur formation achevée, auront acquis l'expérience de la prise en charge somatique de malades atteints de pathologies psychiatriques et seront mieux à même ultérieurement d'exercer les soins à ces patients en médecine de ville.

Pour cela il est important que les médecins du pôle « soins somatiques » ne soient pas sous la direction d'un chef de service d'un pôle psychiatrie. L'indépendance des services psychiatriques et somatiques permet le diagnostic croisé. Il permet en outre aux médecins du pôle « soins somatiques » d'échanger leurs informations, leurs bonnes pratiques et d'être disponibles pour tous les services de l'hôpital.

Concernant les examens complémentaires, s'ils ne sont pas dispensés dans l'établissement psychiatrique, l'accès aux soins somatiques peut être facilité par un conventionnement institutionnel avec les services d'établissements MCO (gynécologie,...). Il est également facilité par les liens tissés entre les somaticiens de l'hôpital psychiatrique et le réseau des médecins de ville. Cependant il faut rappeler qu'une maison médicale comportant des compétences multiples (laboratoire d'analyse, imagerie médicale, dentisterie, kinésithérapie.....) est un plus certain pour la prise en charges des patients.

Lorsque le patient est sorti de l'hôpital, les soins somatiques sont, trop souvent, purement et simplement abandonnés ou, au mieux, négligés.

Dans un contexte de rareté croissante de la ressource médicale, l'accès aux soins somatiques ambulatoires des patients atteints de pathologies psychiatriques est difficile et devient quasiment impossible dans certains cas, hors hôpital spécialisé. Non seulement les patients souffrant de troubles psychiques éprouvent souvent de grandes difficultés à mobiliser suffisamment leurs ressources internes pour accéder au système de soins ambulatoires (combien de R.V. ratés du fait de la pathologie psychiatrique ?), non seulement leurs « écarts » de comportement sont souvent mal tolérés par ce système (par les soignants comme par les autres patients en salle d'attente), mais quand ils arrivent à accéder aux soins somatiques, les médecins et autres personnels soignants sont souvent désarçonnés par ces patients et ont de la difficulté à ajuster leur prise en charge et à échanger (écouter, informer, convaincre) avec eux de la façon la mieux adaptée.

On a déjà signalé que l'un des problèmes majeurs auquel sont confrontés patients, familles ou aidants et soignants en psychiatrie est celui de la rupture des soins, source d'hospitalisations itératives dommageables mais souvent évitables. De ce point de vue, le contact régulier avec le système de soins somatiques ambulatoire, dépendant de l'hôpital spécialisé, permet des alertes et assure le maintien du contact avec le dispositif général de soins, y compris avec les soins psychiatriques.

Prendre en compte le contexte local et la mission de santé publique :

Il faut noter que, souvent, les personnes souffrant des troubles psychiques les plus sérieux sont exclus du marché du travail et disposent de ressources financières faibles. Leur accès aux soins s'en trouve limité. En outre, dans certaines régions comme la Côte d'Azur ou la Région parisienne, et dans beaucoup de grandes agglomérations, il est difficile, sinon impossible, de trouver des médecins spécialistes de secteur 1 qui ne pratiquent pas de dépassements d'honoraires, ce qui réduit encore davantage la possibilité d'accès à des soins spécialisés pour des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité extrêmes.

Les actions de santé publique, de dépistage et de soins doivent pourtant être proposées à ces patients peu « requérants », s'ils ne sont pas réalisés en médecine de ville.

Quelles solutions pour des patients peu « requérants » ?

Droits réels et droits formels

Pour les patients suivis en soins psychiatriques sur le mode ambulatoire, on a vu qu'il était souvent difficile de les faire bénéficier des soins somatiques dont ils ont besoin. Cet état de chose est la source d'un préjudice réel et grave et il convient de réfléchir aux solutions possibles pour améliorer cette situation et faire en sorte que, comme n'importe quel citoyen, le malade souffrant de troubles psychiques puisse bénéficier des soins somatiques que requiert son état. De plus le suivi des soins somatiques améliore grandement le suivi des soins psychiatriques, tant par la multiplication des contacts avec le corps médical, que par la prise en compte des effets secondaires et de la personne en tant que telle.

Les solutions pour favoriser le maintien de l'accès à ces soins somatiques sont diverses mais doivent prendre en compte le contexte et l'environnement géographique et démographique de résidence des patients (entre le rural et l'urbain, suivant la densité du réseau de transports urbains et périurbains...).

La recherche de la meilleure insertion sociale et la volonté de déstigmatiser les personnes souffrant de troubles psychiques porte naturellement à rechercher un meilleur accès au dispositif général de soins somatiques. Mais on a déjà montré que toute l'évolution, en particulier la démographie des professions de santé, va dans le sens contraire : à vouloir affirmer de façon abstraite l'existence de droits formels, on risque de régresser dans l'accès aux droits réels.

La grande majorité des établissements psychiatriques et des psychiatres ont jusqu'à présent été opposés à la création de dispositifs spécifiques d'accès aux soins somatiques pour les patients souffrant de troubles mentaux. Cette position pouvait peu être se soutenir, tant que l'accès aux soins somatiques « de droit commun » était encore possible, à défaut d'être facile. On pouvait penser que les soins qui étaient dispensés aux patients souffrant de troubles psychiatriques dans un milieu ordinaire avaient pour bénéfice secondaire une intégration dans le circuit normal de soins somatiques ambulatoires, puisqu'ils étaient ainsi placés sur un pied d'égalité avec les autres citoyens pour leur santé « physique ».

Non seulement il a été démontré que tel n'était pas le cas (étude de l'ARH Ile de France sur les soins somatiques dans les hôpitaux généraux ayant un service psychiatrique), mais, ces dernières années, les difficultés d'accès au dispositif général de soins ambulatoires qui se sont accrues pour la population dite « normale » ont encore bien plus aggravé les difficultés de cet accès pour les patients souffrant de troubles psychiatriques sévères, surtout lorsque ceux-ci présentent une symptomatologie un peu spectaculaire.

Faut-il, dès lors, s'accrocher à tout prix à la volonté de faire partager formellement aux malades mentaux le sort commun du reste de la population au risque de les priver, réellement, des soins somatiques que peut requérir leur état de santé physique ?

Ne serait-il pas intéressant de réfléchir à un dispositif de soins somatiques qui puisse les accueillir, favoriser le maintien de liens avec le système de soins, donc favoriser la bonne observance y compris des traitements psychiatriques, sans pour autant leur réserver une exclusivité d'accès ? Ne serait-il pas intéressant d'expérimenter des solutions originales et d'en évaluer l'impact sur le physique mais aussi, éventuellement, sur l'observance des soins psychiatriques, après quelques temps (18 à 24 mois)?

Ne serait-il pas intéressant de proposer cet accès aux soins également aux personnes non malades psychiatriques par le biais d'une maison médicale intégrée à l'hôpital spécialisé mais ouverte à l'extérieur. Une telle proposition favoriserait également la déstigmatisation et l'équilibre comptable de cette maison médicale (T2A)

Pour la création d'une maison de santé « en périphérie » d'un établissement psychiatrique

Pour un établissement desservant la population d'une agglomération importante, urbaine, implanté dans un quartier mal pourvu en structures de soins somatiques ambulatoires, ne convient-il pas de s'interroger sur la pertinence de créer une « maison médicale » (centre de santé) en « périphérie » de l'hôpital psychiatrique, accessible à la fois aux patients hospitalisés, aux patients psychiatriques suivis en ambulatoire, mais aussi à la population du quartier si celle-ci le désire ? Cette maison médicale permettrait de développer la qualité de la prise en charge somatique pour les patients adultes en organisant les diverses prises en charge somatiques nécessaires à ces patients (consultations de cardiologie, gynécologie, dermatologie, neurologie, ophtalmologie, dentiste, addictologie, laboratoire, imagerie médicale...) ? Outre sa mission de soins cette maison pourrait développer des actions d'éducation sanitaire et d'éducation thérapeutique, mener des actions de dépistage et, plus largement de prévention.

Il serait intéressant que cette maison puisse assurer la continuité des soins ambulatoires en addictologie éventuellement engagés au cours de l'hospitalisation. Les comorbidités entre pathologies psychiatriques et addictions sont fréquentes et souvent la rechute de la pathologie addictive ou l'abandon de ces soins est aussi à l'origine d'une réacutisation de la pathologie psychiatrique.

Aussi, l'association des prises en charge ambulatoires des addictions et des pathologies somatiques apparait pertinente.

La présence d'une telle maison médicale éviterait les inconvénients pratiques et financiers entraînés par le déplacement, le transport et l'accompagnement des patients hospitalisés (hospitalisation libre mais surtout sous contrainte).

Dispositif réglementaire

La forme d'organisation que pourrait adopter cette « maison médicale » pourrait être soit celle d'un centre de santé soit celle d'un pôle de santé.

Aux termes de l'article L 6323-1, les centres de santé « sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article [L. 322-1](#) du code de la sécurité sociale. »

Mais un centre de santé peut s'intégrer au sein d'un « pôle de santé ». Les pôles de santé « assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5.

Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale. »

Le choix de la structure juridique et de la forme d'organisation nécessite une discussion avec le gestionnaire de l'établissement psychiatrique, les services déconcentrés (ARS) le Ministère de la Santé, notamment sur l'extension des missions (soins exclusifs de premier recours, agrément concernant les soins d'addictologie etc) et le mode d'organisation envisagé (recours ou non à des professionnels libéraux en plus des médecins salariés...)

Il serait pertinent également de discuter d'une telle implantation avec les associations d'usagers, les services municipaux et bien entendu les responsables citoyens.

Conclusion

Nous avons au sein du CH Sainte Marie à Nice un pôle existant de « soins somatiques et addictologie » en place depuis de nombreuses années préfigurant, hormis l'accès extérieur, un tel service.

La rénovation prévue en 2014 de l'hôpital permettrait parfaitement l'établissement d'une maison médicale telle que décrite ci-dessus, les moyens médicaux, personnel et matériel, étant déjà opérationnels, le bénéfice à attendre d'une telle configuration serait la possibilité de compléter les ressources médicales grâce à la facturation des actes.

La commission « soins somatiques » FNAPSY

Le 4 septembre 2011

