

**Note et
propositions
portant contribution aux
travaux
de la Commission COUTY**

Réalisées par le groupe de travail animé par Michel-
Léopold JOUVIN

SOMMAIRE

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	3
INTRODUCTION	4
1 Évolution des métiers et formations, propositions diverses	6
<i>1.1S'agissant de la formation des professionnels de santé, et plus spécifiquement des professionnels exerçant en psychiatrie</i>	6
<i>1.2S'agissant des psychologues</i>	7
<i>1.3La formation des personnels infirmiers</i>	7
<i>1.4Les délégations de tâches</i>	8
<u><i>1.4.1 Le professionnel référent, relations public-privé</i></u>	
1.4.1.1 Le professionnel référent et le médecin généraliste	
1.4.1.2.1 Le professionnel référent ou « case manager »	
1.4.1.2.2 La présente mesure s'inscrit également dans les prises en charge visant plus particulièrement à la réhabilitation	
<i>1.5Le droit de tirage a priori</i>	10
<i>1.6Mutualisation et recensement des compétences dans une organisation territoriale synchronisée</i>	11
<i>1.7La mutualisation des moyens</i>	11
<i>1.8Proposition concernant la démographie médicale</i>	12
<i>1.9Démarche Qualité / Evaluation Certification en Santé Mentale</i>	12
2 L'organisation territoriale et la trajectoire des soins	14
3 Les modalités de financement permettant plus d'efficience dans la prise en charge	16
<i>3.1Les modalités de financement, stricto sensu</i>	16
<i>3.2Le financement du social et du médico-social, complément indispensable de la mise en œuvre de la politique de santé mentale</i>	17
<i>3.3Le recours au contrat</i>	19
CONCLUSION	20
ANNEXE	21

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Michel-Léopold JOUVIN, *Directeur d'hôpital, animateur du groupe de travail*

Monsieur Benoît AUBERT, *Sous-directeur MDPH, Assistant social*

Monsieur le Dr Bertrand BIVAUD, *Président de la CME, Médecin-Psychiatre*

Monsieur le Dr Michel BLANC, *Chef de pôle, Médecin-Psychiatre*

Monsieur le Dr Paul BONNAN, *Président de la CME*

Monsieur le Dr Roland BOUET, *Président de la CME*

Madame le Dr Diane DINGLI, *Médecin Psychiatre libéral*

Madame Francine CHAUMET, *Cadre de santé, Infirmière*

Monsieur Joseph HALOS, *Directeur d'hôpital*

Professeur Philippe-Jean PARQUET, *Professeur de psychiatrie*

Monsieur le Dr Claude PIGOTT, *Médecin Psychiatre libéral*

Monsieur le Dr Christophe SCHMITT, *Président de la CME, Médecin Psychiatre*

Monsieur Pierre WESNER, *Directeur d'hôpital*

INTRODUCTION

Depuis la mise en oeuvre de la circulaire du 15 mars 1960, les pratiques professionnelles ont considérablement évolué.

La mise en œuvre de la politique de secteur a permis le développement de nombreuses structures ambulatoires.

Cette pratique a eu pour effet de réduire de manière significative le nombre de lits d'hospitalisation complète.

Néanmoins le système psychiatrique de soins français reste trop centré sur l'hospitalisation à temps complet.

Il convient à cet égard de préciser que trop souvent, les conditions d'hospitalisation étaient plus que critiquables quant à la qualité des prestations offertes.

Il serait cependant illusoire de croire que le problème est réglé aujourd'hui.

De nombreux centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie offrent encore dans de nombreux cas, des conditions d'hospitalisation qui sont loin d'être à la hauteur des besoins du XXI^{ème} siècle.

L'hôtellerie laisse souvent à désirer et les prestations annexes, que tout patient est en droit d'attendre, sont loin d'être encore généralisées.

Par ailleurs, de nombreux problèmes subsistent, une hospitalisation inadaptée de personnes que l'on a tendance à qualifier, à tort, de chroniques.

Elles restent hospitalisées dans des conditions peu satisfaisantes alors même qu'elles pourraient espérer bénéficier de structures plus adaptées prenant véritablement en compte leur projet de vie.

Le secteur a montré par ailleurs ses limites en déviant peu à peu de sa conception originelle qui est d'assurer à tout patient une garantie de prise en charge dans la continuité et la proximité.

Trop souvent la notion de secteur s'est réduite à sa limite géographique, il n'est pas satisfaisant que des patients se voient refuser une modalité de soin au prétexte qu'ils relèvent d'un autre secteur.

Le parcours et les modalités de soins ne doivent pas différer en fonction de l'endroit où l'on réside.

Il est nécessaire de revenir à la conception originelle du secteur : continuité et proximité et d'y associer les notions de mutualisation et de coordination intersectorielle.

La coordination entre les divers acteurs qui peuvent concourir à traiter des patients atteints de troubles mentaux ou de handicaps psychiques reste trop souvent insuffisante.

De même, la prise en charge psychiatrique a parfois tendance à être trop omniprésente et à ne pas savoir suffisamment déléguer à des acteurs du médico-social et du social.

Pour répondre aux besoins des usagers, les professionnels se heurtent également à des phénomènes bureaucratiques qui retardent les réponses à apporter aux besoins.

Il en est ainsi notamment des orientations vers des structures ad hoc relevant de la MDPH, ou éventuellement des décisions d'attribution d'allocation adultes handicapés ou d'allocations logement.

Ces retards ont des effets iatrogènes chez les usagers. Il en est ainsi pour les usagers qui restent hospitalisés de façon injustifiée.

Ceci n'est pas seulement négatif pour les usagers eux-mêmes mais également en termes de coûts.

Pour ce qui est des coûts, l'on peut s'inquiéter de ce que les différences très significatives sont à constater quant aux moyens mobilisés par habitant. Ainsi le coût par habitant peut aller de 1 à 3.

Rien ne saurait justifier un tel écart.

Les arguments selon lesquels les patients avec des pathologies spécifiques entraîneraient des surcoûts ne peuvent constituer une explication.

Dès lors, se trouve interrogée l'organisation même de la chaîne de soins.

À ces écarts de prix s'ajoutent des écarts de ratios d'encadrement.

Il est à regretter que suivant l'endroit où l'on habite, le pourcentage de psychiatres par nombre d'habitants varie de manière très significative.

Il ne s'agit pas simplement d'un effet d'héliotropisme, à titre d'exemple, mais aussi d'un effet qui tient à une démographie médicale insuffisante en valeur absolue.

De même, les ratios d'effectifs de psychologues varient d'un territoire à un autre.

Sur ce point particulier, l'on ne peut faire l'économie de l'interrogation quant aux statuts spécifiques des psychologues aujourd'hui.

Rien ne justifie ce qu'il est coutume d'appeler le temps FIR.

Tout professionnel de santé a besoin de se former et de remettre ses pratiques en cause ainsi que de les actualiser.

En matière d'hospitalisation, la psychiatrie a progressé de manière très nette, particulièrement en ce qui concerne la prise en charge somatique.

Des réponses ont été mises en œuvre en vue de répondre à l'absence ou à l'insuffisance de réponse du MCO.

Il convient toutefois de noter que ces actions n'ont, à ce jour, pas fait l'objet de financements spécifiques.

Ces écarts significatifs de ratios de personnels ont conduit certains acteurs de terrain à rechercher des solutions innovantes fondées sur des délégations de tâches ou de transferts de compétences.

De même, ont été mises en œuvre des pratiques qui permettent à des patients chroniques de retrouver une place de citoyen avec des suivis allégés en mobilisant toutes les ressources possibles du patient lui-même, de sa famille mais aussi des acteurs autres que ceux spécialisés en psychiatrie qui apportent des réponses efficaces.

Afin d'être efficace, cela suppose aussi qu'une véritable coordination des acteurs, qu'ils soient publics ou privés, puisse être réalisée.

Cette coordination serait largement simplifiée si des méthodes de travail plus efficaces étaient mises en œuvre et singulièrement, si le dossier informatique du patient était mis en œuvre.

Le rôle de la psychiatrie, branche spécialisée de la médecine, n'a pas pour seule mission d'être curative.

Elle doit aussi s'inscrire dans une véritable politique de prévention, relevant d'une politique de santé mentale intégrée à la politique de santé publique.

Dans ces conditions, la prévention et le dépistage constituent les éléments indispensables de sa réussite.

Tout ceci suppose de redéfinir une véritable organisation territoriale, coordonnée et mutualisée mais aussi de se doter d'outils permettant de mobiliser les moyens financiers nécessaires à cette politique dans les conditions les plus efficaces.

1 Évolution des métiers et formations, propositions diverses, démographie médicale

Les pratiques professionnelles en psychiatrie ont considérablement évolué.

Aujourd'hui, le médecin psychiatre n'est plus systématiquement en première ligne lorsqu'il s'agit d'un primo entretien avec un patient.

Dès lors, l'on constate que très souvent, les infirmiers sont la cheville ouvrière qui va être à l'origine de la prise en charge.

D'autres acteurs aussi interviennent tels les assistants sociaux dans des équipes pluridisciplinaires.

De même les psychologues ont un rôle à jouer.

Cependant, encore trop souvent, ils agissent sans qu'un contrôle réel de leur activité soit effectué et sans que ce dernier s'inscrive dans un véritable travail d'équipe.

Pour autant, leur place est indispensable parmi les acteurs de la prise en charge.

Trop souvent leur activité professionnelle pose un problème ou plus exactement plusieurs.

Parmi ceux-ci, celui de la formation.

Il n'est pas rare qu'un psychologue se réfère à une orientation précise et ait de nombreuses difficultés à s'intéresser à d'autres techniques de soin que celles auxquelles il se réfère, voire à utiliser des outils pour lesquels, ou il n'a pas reçu la formation, ou dont il ne veut pas en faire usage.

En outre, le mode d'exercice des psychologues n'est pas sans poser problème.

Leur singulier statut conduit à ce qu'il exerce deux tiers du temps ce qui interroge aujourd'hui.

Si l'on peut concevoir qu'à l'instar de tous les personnels, ils puissent bénéficier de la formation continue, pour autant, rien ne justifie qu'un tiers de leur temps soit consacré à des recherches jamais identifiées et à des formations trop souvent non contrôlées.

Il n'est pas rare que tel ou tel chef de service se confronte à des refus d'exercice professionnel car non en adéquation avec les références théoriques de l'intéressé, ce qui est pour le moins regrettable.

Tous ces éléments conduisent à faire un certain nombre de propositions.

1.1 S'agissant de la formation des professionnels de santé, et plus spécifiquement des professionnels exerçant en psychiatrie

Tous les professionnels de santé, quelque soit leur place dans l'organigramme et dans la hiérarchie, ont des points communs dans leur base de formation.

Dans ces conditions, il pourrait être efficient mais également économiquement rentable de reconcevoir totalement le système de formation qui pourrait être fondé sur un système **d'unités capitalisables**.

Ainsi, pourquoi ne pas concevoir qu'un médecin, un infirmier, un psychologue, un assistant social, etc. ont besoin de compétences communes dans leur pratique.

Aujourd'hui, ces compétences sont dispensées de manière disparate dans des lieux différents et par des acteurs différents.

Il devrait donc être possible à l'avenir d'envisager de mettre à plat l'ensemble des formations et d'identifier tous les niveaux de compétences qui sont communs aux diverses formations.

Un tel mécanisme permettrait un autre avantage, c'est celui d'engager les formations sur un principe de réussite et non un principe d'échec.

Ainsi, aujourd'hui, lorsque l'on entreprend des études de médecine, si l'on échoue à l'un des niveaux de formation, l'on se retrouve sans qualification.

Il en est de même d'autres formations qui ne peuvent être validées que dès lors qu'elles sont allées à leur terme.

Le système d'unités capitalisables permettrait au contraire de valoriser tous les acquis.

En outre, il permettrait de développer une véritable promotion professionnelle à tous les âges de la vie et s'intégrerait très largement dans l'esprit des nouvelles dispositions portant sur le parcours de formation individualisé fondé sur le LMD.

1.2 S'agissant des psychologues

Il paraît aujourd'hui indispensable de préciser leur statut en le modernisant lequel doit conduire à intégrer leur pratique de manière claire, dans un dispositif coordonné de soin sachant que tout acte réalisé par eux doit faire l'objet d'une prescription ou à tout le moins d'une validation sous forme de prescription médicale.

Ensuite, il n'est pas possible de continuer à accepter que ces professionnels soient absents un tiers du temps alors même que les

besoins sont patents aujourd'hui en matière de prise en charge des usagers.

Certes, on peut comprendre que cette proposition puisse ne pas réjouir les acteurs concernés, cependant, il convient de clairement réaffirmer les raisons qui motivent l'exercice de chacun dans des dispositifs de santé.

Chacun des acteurs est présent et rémunéré en vue de répondre à des besoins visant à satisfaire ce qu'attend le public des usagers.

1.3 La formation des personnels infirmiers

La mise en place d'un diplôme commun pour les personnels infirmiers a représenté une avancée certaine en matière de reconnaissance des titres et des métiers.

Cependant, il est à constater aujourd'hui qu'alors que les infirmiers ont progressé dans leurs compétences et leur capacité à exercer des soins somatiques en psychiatrie, ils restent des insuffisances en matière de formation spécialisée.

Dans ces conditions, beaucoup d'établissements organisent un tutorat en vue de compléter la formation des intéressés dans leur pratique professionnelle.

Une telle démarche présente certains inconvénients.

En effet, cela signifie que les infirmiers ne sont pas opérationnels immédiatement et donc cela représente une perte non négligeable en matière de temps soignant à laquelle s'ajoute le temps des professionnels plus aguerris qui assurent le tutorat.

Il paraîtrait donc opportun, en se fondant sur le principe exposé supra, d'envisager la mise en place de formations des infirmiers à géométrie variable.

Ainsi, si le programme était redécoupé en unités de valeurs, il serait possible de permettre aux intéressés, pendant leur cursus mais aussi au-delà, d'accumuler des unités capitalisables plus spécialisées dans un domaine ou dans un autre.

Une telle démarche permettrait de mettre sur le terrain de l'exercice professionnel en psychiatrie des infirmiers plus performants sans délais sachant qu'une telle mesure serait aussi applicable dans d'autres spécialités que la psychiatrie.

Elle permettrait en outre d'améliorer la mise en œuvre du LMD.

1.4 Les délégations de tâches

Lorsque l'on examine l'exercice professionnel en psychiatrie, l'on constate aujourd'hui déjà que *de facto*, un certain nombre de délégations de tâches existent.

Ont été évoqués supra, les primo entretiens.

Aujourd'hui, de fait, dans les CMP, il n'est pas rare que l'infirmier ou le psychologue voire l'assistant social soit conduit à réaliser des primo entretiens.

Tout est lié à la demande exprimée au départ par le consultant.

Il paraîtrait aujourd'hui opportun de formaliser ces délégations de tâches de manière claire.

En outre, à partir de l'expérience acquise, il pourrait être intéressant de mettre en œuvre ce qu'il conviendrait d'appeler le professionnel référent.

1.4.1 Le professionnel référent, relations public-privé

1.4.1.1 Le professionnel référent et le médecin généraliste

La sectorisation psychiatrique telle qu'elle a été mise en place à partir de la circulaire du 15 mars 1960 s'inscrit dans une démarche initiée par la loi du 30 juin 1838 où cette territorialisation est très clairement une mission de service public.

Elle prend en compte les notions d'hospitalisation sous contrainte, dérogatoire aux principes de liberté individuelle, qui ne saurait être soumis à des impératifs extérieurs, à l'ordre public et à la santé.

Elle permet de mettre à la disposition de personnes, que leur pathologie a plus ou moins exclues du champ social, des soins de proximité, continus et gratuits.

Il est donc nécessaire que l'ensemble du territoire national soit couvert par ce dispositif de soins psychiatriques publics sectorisé ou de territoire.

L'exercice psychiatrique privé, qu'il soit ambulatoire ou institutionnel, propose des soins alternatifs ou complémentaires au dispositif public.

Il est nécessaire que des partenariats, formalisés ou non, permettent aux usagers - en dehors des hospitalisations sous contraintes - d'accéder aux soins qu'ils choisissent et puissent circuler entre les deux systèmes, ce qui fonctionne de façon satisfaisante dans certaines régions.

La puissance publique a la responsabilité de répartir de façon harmonieuse, sur l'ensemble du territoire national, les moyens de

ces deux dispositifs (alternatifs et complémentaires) de façon que les usagers puissent choisir quel que soit leur domicile.

La coexistence de deux systèmes est également utile pour certains protocoles de prise en charge, en permettant d'alterner des séquences de soins différenciés susceptibles de se renforcer mutuellement.

À l'instar de ce qui se fait dans des pays voisins, il paraît opportun de désigner un **professionnel référent**, en l'occurrence infirmier qui serait le correspondant des médecins généralistes.

Dans de nombreux cas, en particulier lors des états dépressifs, le médecin généraliste est le premier acteur à intervenir dans le champ du soin.

Souvent, il assure même le traitement de ces états dépressifs sans autre recours à des spécialistes.

Il n'est pas rare que des problèmes en découlent notamment lorsque l'on constate l'excès de consommation des psychotropes sur le territoire national.

Dans d'autres cas, il se trouve parfois démuné et se voit contraint d'orienter le patient vers des structures spécialisées ou à recourir à l'hospitalisation alors que d'autres solutions pourraient être envisagées.

Aux Pays-Bas a été expérimentée cette technique du professionnel référent.

Il apparaît qu'elle est très efficace, qu'elle permet au médecin généraliste d'avoir une aide spécialisée à sa disposition et ainsi, d'éviter des hospitalisations non justifiées.

Dans d'autres cas, le professionnel référent fait le lien avec le secteur spécialisé et constitue un facilitateur afin de contribuer à des prescriptions médicamenteuses adaptées (cette expérimentation réalisée aux Pays-Bas a fait l'objet d'une communication lors d'un séminaire européen à Berlin).

Une telle approche suppose, tel qu'évoqué par ailleurs, une véritable coordination des acteurs et encore une fois, l'identification des compétences.

Au risque d'insister, le système d'information constitue un pré-requis d'une amélioration substantielle de l'organisation.

1.4.1.2.1 Le professionnel référent ou « case manager »

Ce professionnel référent serait à la fois un référent pour les patients suivis afin d'identifier en permanence un interlocuteur

auquel l'on peut s'adresser lorsqu'un patient exprime un certain nombre de besoins ou va faire l'objet d'un suivi spécifique.

Il est à constater aujourd'hui que la mise en œuvre des actions qui tournent autour de la prise en charge, qui s'écarte strictement du soin, relève par exemple du médico-social ou du social, pose de véritables problèmes de liaison.

Or, si un référent était désigné et mettait en œuvre ce que les anglo-saxons appellent le « case management¹ », il est évident que seraient évités des retards dans la prise en charge et notamment dans l'ouverture de dossiers nécessaires à l'accompagnement du patient.

À titre d'exemple, c'est le cas lorsqu'il s'agit d'obtenir une allocation logement, une Allocation Handicapé (AAH) ou autre aide nécessaire et indispensable pour éviter une hospitalisation de longue durée contre-productive.

L'on évoquera à ce propos aussi une proposition qui serait de nature à rendre plus efficiente les prises en charge des usagers.

Cette dernière fera l'objet d'une précision quant aux modalités de financement dans le chapitre *ad hoc*.

La mesure consisterait en la mise en place d'un droit de tirage a priori.

1.4.1.2.2 La présente mesure s'inscrit également dans les prises en charge visant plus particulièrement à la réhabilitation

La présence durable dans les services de psychiatrie adulte de patients présentant des pathologies psychiques d'évolution durable indique l'incapacité des acteurs sanitaires et médico-sociaux à dégager des collaborations effectives.

Cette impuissance se double d'une difficulté à imaginer, à initier et à conduire des partenariats susceptibles de générer des modalités d'accueil, d'accompagnement et de soutien de ces personnes invalidées au sein de la cité.

On peut considérer qu'il n'y a pas globalement de problème de compétence, de défaillance, de mobilisation vis-à-vis des patients porteurs de handicaps psychiques.

Le constat de manque de dispositifs adaptés susceptibles d'accueillir ces personnes n'est pas nouveau.

Toutefois, les interfaces institutionnelles psychiatriques et médico-sociales, quand elles fonctionnent, s'appuient surtout sur des

¹ Cf. annexe 1

alliances locales d'équipes et de personnes portées par des « leaderships » volontaristes capables d'imposer une réponse tierce « transversale » aux références institutionnelles « verticales ».

Ces acculturations institutionnelles qui fondent ce pragmatisme sont souvent à l'origine de réponses innovantes, efficaces authentiquement porteuses d'une philosophie de projet de vie pour des personnes que le handicap psychique condamne encore trop souvent à un hospitalisme iatrogène, sans espoir.

Ces possibles qui émergent partout où des alliances tentent de se dégager de routines et de conformismes, administrativo-institutionnels, ne peuvent malgré tout représenter la référence dans la mise en œuvre de prises en charge de personnes handicapées psychiques « dépendant » de plusieurs champs de compétences (médical, psychiatrique, médico-social, éducatif, familiale..).

À partir de l'instauration systématique de référents susceptible de porter la cohérence et la coordination tant des soins que de l'information du suivi, dans les filières de prise en charge ; il semble incontournable de poursuivre cette logique de référence, dans la transversalité et la mutualisation.

Cette coordination de ressources dans l'élaboration et la conduite des projets existe chez les « anglo-saxons » par l'intervention du « case-management ».

L'objectif du « case manager » est d'assurer la réussite et la pérennité du projet de vie des personnes invalidées mais stabilisées cliniquement, trop souvent précarisées simplement du fait d'une maladie mentale chronique.

Ce « manager » aura donc compétence à conduire une trajectoire de prise en charge requérant sollicitations et interventions multidisciplinaires.

1.5 Le droit de tirage a priori

Le référent évoqué devrait pouvoir sans délai déclencher la mise en œuvre des allocations nécessaires à la prise en charge du patient.

Il porterait la responsabilité de sa décision dans le cadre de l'organisation territoriale responsable elle-même devant l'ARS.

Aujourd'hui, l'on sait qu'une AAH met de nombreux mois à être obtenue.

Or, pendant ce temps, le patient se trouve en souffrance ou hospitalisé de manière inadéquate alors même que le déclenchement des aides de manière immédiate permettrait de développer autour de

ce dernier un ensemble de dispositifs, de mobilisation de compétences visant à l'accompagner et à éviter la désocialisation.

Une telle démarche nous conduit aussi à revoir le principe des organisations à l'intérieur même des structures territoriales héritiers des actuels secteurs.

1.6 Mutualisation et recensement des compétences dans une organisation territoriale synchronisée

Tel que cela a été écrit par ailleurs, le secteur a apporté une avancée considérable. Cependant, il convient en gardant le principe de le faire évoluer vers une organisation territoriale à l'aire géographique plus étendue mais surtout en concevant les organisations de manière plus dynamique.

Dans ces conditions, plutôt que de raisonner en termes d'institution, CATTP, CMP, etc., il serait plus logique d'identifier l'ensemble des compétences et des ressources existant dans une organisation territoriale synchronisée.

Ainsi, sur un secteur donné, il ne serait pas forcément nécessaire d'avoir toutes les réponses en termes de compétences mais en tout état de cause, d'être capable d'identifier où se trouvent ces compétences et de les mobiliser.

Cela suppose bien évidemment de disposer d'outils fondés sur un système d'information performant qui fasse que l'on puisse identifier les compétences d'un secteur à l'autre sur l'organisation territoriale et ainsi faire appel à tel professionnel plus spécialement compétent dans telle ou telle technique.

Cela suppose aussi que cette organisation territoriale se fonde sur l'utilisation d'outils modernes telles la vidéo conférence et autres technologies qui éviteraient des déplacements trop souvent chronophages en vue d'organiser des réunions de professionnels voire d'échanger ou d'accompagner des patients.

La présente organisation mériterait bien évidemment des développements.

Dans l'hypothèse où ces idées seraient retenues, il est bien évident qu'il serait possible de développer l'ensemble de ces propositions afin de passer à leur mise en œuvre effective.

1.7 La mutualisation des moyens

La mise en œuvre du secteur a conduit à la multiplication des structures décentralisées.

Dans un premier temps, cette organisation a eu des effets positifs indiscutables.

Aujourd'hui, dans un univers contraint, il est évident que l'on constate, suivant les territoires, que de nombreux doublons existent en termes de structures décentralisées.

Il se peut ainsi que deux CMP se retrouvent distants de seulement quelques centaines de mètres au prétexte qu'il s'agit de deux secteurs différents.

Dans un but d'efficience, il serait opportun de mettre à plat l'ensemble des organisations des structures afin de les mutualiser.

Une telle mutualisation de compétences ne serait en rien contradictoire avec la garantie que sur un secteur donné, les patients ont des réponses à leurs besoins.

Au contraire, ces mesures seraient de nature à éviter les cloisonnements.

En outre, elles simplifieraient la mutualisation des compétences.

Elles permettraient de mettre en œuvre une proposition formulée par ailleurs qui viserait à ce que ces structures assurent des réponses quasiment 24 heures sur 24 à tout le moins sous forme de permanence à domicile.

1.8 Proposition concernant la démographie médicale

Il serait illusoire de penser que seul l'héliotropisme ou l'attrait de Paris ou la région parisienne soient à l'origine d'une démographie insuffisante sur l'ensemble du territoire.

À l'instar d'autres disciplines, l'on vit les conséquences de la mise en œuvre du *numerus closus* dont il n'est pas certain qu'il soit de nature à régler les problèmes.

En effet, cette approche est quelque peu malthusienne et présente l'inconvénient de faire une sélection *a priori*.

Il serait beaucoup plus souhaitable d'opérer des choix par une sélection *a posteriori*, c'est-à-dire plutôt en fin de cursus.

Dès lors que la formation pourrait se faire dans des lieux à la fois d'hospitalisation publique et d'hospitalisation privée.

Il devrait être possible de multiplier les lieux de stage de mieux satisfaire les besoins en personnel médical.

Dans l'attente d'une éventuelle réforme qui pourrait intervenir, il convient en tout état de cause de permettre que la mesure visant à ce que des médecins généralistes puissent se spécialiser en psychiatrie soit conservée.

Les mesures évoquées supra concernant des unités capitalisables devraient être mises en œuvre.

En effet, c'est à la fois par une politique de la réussite et de la promotion que l'on satisfera les besoins.

Si les bons choix ne sont pas faits, l'on prend le risque que dans des années, qui ne sont pas si lointaines, en dépit des délégations de tâches, l'on se retrouve dans une situation où la démographie médicale singulièrement spécialisée en psychiatrie ne répondra pas aux besoins.

Par ailleurs, au moment où l'Europe met en œuvre la « carte bleue » équivalent de la « green card » des Etats-Unis d'Amérique, visant à permettre le recrutement d'étrangers compétents y compris dans le champ de la santé, il pourrait être opportun de mettre sur le marché des médecins bien formés dont certains pourraient être appelés à s'exporter dans d'autres pays de l'Union Européenne, plutôt que de continuer à faire appel à des professionnels issus de pays qui souffrent d'un manque de médecins supérieur au nôtre.

1.9 Démarche Qualité / Evaluation Certification en Santé Mentale

Il est également fondamental que l'approche de la discipline psychiatrie / santé mentale par le biais de son évaluation, de sa certification soit renforcée.

Certes, ceci peut paraître secondaire en comparaison de l'immense chantier de l'organisation des structures adonnées à la discipline ; cependant ne pas traiter de la certification HAS, c'est se priver d'un formidable levier d'actions en terme de réorganisation dynamique de la discipline :

- La certification peut être discriminante (y compris financièrement)
- La certification doit être coordonnée avec l'environnement (social, médico-social),
- La certification doit produire une valorisation et des incitations renforcées.

S'il est un domaine où les relations avec les usagers, les utilisateurs, leurs proches et les aidant est important, c'est bien dans le domaine qui nous concerne (la santé mentale).

Au moment où l'on veut responsabiliser les usagers, la démarche qualité et son moment fort la certification, constituent un excellent terrain de dialogue.

Ce n'est d'ailleurs pas une approche totalement innovante que de mettre en place des programmes de certification de la discipline, ce

contrôle externe existe notamment en Grande Bretagne, le contrôle par certification des trust et notamment la certification spécifique assurée par le monitor est généralisée.

Dans le domaine de la santé mentale, l'Organisation Mondiale de la Santé a de son côté édité un guide sur l'amélioration de la qualité des services en santé mentale.

On peut sans difficulté affirmer que, soit les services de psychiatrie et santé mentale, soit les établissements mono-disciplinaires, se sont très largement impliqués dans les premières démarches HAS puisque d'ores et déjà une cinquantaine d'établissements mono-disciplinaires ont suivi l'expertise de la V2.

Pourtant, on peut regretter qu'au moment de la diffusion du manuel définitif de la V2010 de l'HAS, des programmes identifiés santé mentale ne soient pas inscrits. On peut se réjouir de la qualité réelle de ce manuel et de l'intégration de deux critères :

- Critère 19C risques suicidaires,
- Critère 19D, hospitalisations sous contraintes,

qui concernent la psychiatrie et la santé mentale. Mais, allant plus loin, des pratiques exigibles prioritaires (P.E.P.) devraient concerner la psychiatrie et la santé mentale. La coordination renforcée et le développement du maillage socio sanitaire territorial, devrait être une P.E.P. La restriction au minimum justifié de toute forme d'isolement (contentions, chambres d'isolement, etc) devrait également être qualifiée de P.E.P. Cette pratique exigible prioritaire devrait être accompagnée d'un indicateur et de définitions claires.

Trois évènements simultanés renforcent la capacité à avancer dans ce domaine de l'évaluation :

- Les premières visites en milieu hospitalier psychiatrique du Contrôleur Général des lieux de privation de liberté,
- La publication par la MeaH d'un ouvrage intitulé : « les indicateurs en psychiatrie analyse de l'activité, mesure de l'efficience »,
- La publication, comme indiqué ci-dessus, du manuel qualité V2010 de l'HAS

2 L'organisation territoriale et la trajectoire des soins

Le secteur va bientôt avoir 50 ans.

La situation de la psychiatrie n'a plus rien à voir avec celle de 1960.

Pour autant la philosophie du secteur : garantir des soins accessibles partout sur le territoire dans une continuité relationnelle, n'est pas à remettre en cause même si les modalités de son organisation se doivent d'évoluer.

Il faut souligner l'aspect précurseur de la sectorisation qui était avant l'heure, une proposition d'organisation territoriale de l'offre de soins.

Elle s'inscrivait dans une logique articulant prévention, soins primaires et soins de suite.

Il ne faudrait pas sous le prétexte que d'aucuns ont mis en place des organisations sectorielles rigides et refermées sur elles-mêmes de rejeter la notion de sectorisation.

Ce serait méconnaître qu'il existe des organisations sectorielles performantes et ouvertes sur l'extérieur.

La France a beaucoup changé en 50 ans et l'on ne peut que constater la très grande hétérogénéité des secteurs sur le territoire français, en effet quoi de plus différent qu'un secteur situé dans les Vosges, dans le 8ème arrondissement de Paris, dans les quartiers nord de Marseille, ou en Martinique ?

Les dimensions géographiques, mais aussi démographiques sont elles aussi très différentes.

Les réponses, tant sur le plan des moyens que de l'offre de soins, ne peuvent dans ces conditions être calquées sur un modèle unique.

Il faut reconnaître que l'organisation des secteurs a engendré des rigidités, en particulier en ce qui concerne l'appartenance géographique, qui sont mal comprises par les patients et leur entourage.

Le principe du libre choix de son médecin mais aussi des modalités thérapeutiques peut être en conséquence mis à mal.

Le principe de la sectorisation apporte la garantie d'une accessibilité des soins psychiatriques sur l'ensemble du territoire, il permet d'offrir par le biais des CMP un maillage de proximité.

Il garantit pour les patients nécessitant des soins au long cours, une continuité des soins couplés avec une continuité relationnelle.

Mais la sectorisation doit être débarrassée des rigidités et ne pas être paradoxalement un facteur d'exclusion, la notion d'hors secteur ne devrait pas exister.

Les dimensions géographiques et démographiques des secteurs doivent être adaptées en fonction de la situation locale, en tenant compte de dimensions critiques qui elles pourraient être fixées à titre indicatif.

Le secteur est un concept qui n'est pas différemment du territoire.

Il est à concevoir comme une unité de base du territoire offrant une réponse de proximité.

L'organisation territoriale des soins en santé mentale en France est principalement centrée sur le dispositif hospitalier et pourtant 80% des patients sont pris en charge exclusivement dans le dispositif ambulatoire.

Il est nécessaire de garder une attache géographique précise et de garantir une offre de soins psychiatrique généraliste.

L'attache géographique garantit une réponse sans tergiversation quelle que soit la nature des troubles.

L'offre de soins doit être à la base généraliste, même s'il peut exister des spécialisations, afin d'éviter un tri entre les patients.

Des offres de soins non sectorisées peuvent exister à condition qu'elles s'inscrivent dans la complémentarité et la cohérence.

Il faut résolument organiser les soins autour du Centre Médico-Psychologique qui devrait être l'instance de premier recours.

Il est nécessaire de trouver une autre dénomination pour le CMP, pourquoi pas s'inspirer de la dénomination italienne et proposer la dénomination de Centre de Santé Mentale.

Le CSM représente la plus petite unité territoriale, il a pour vocation de desservir une aire géographique dans un souci de proximité.

Pour autant le principe du libre choix du patient de l'équipe qui va s'occuper de lui doit être la règle.

Le CSM est l'instance organisatrice du parcours de soins du patient.

Le CSM a donc pour vocation de répondre aussi bien aux demandes de soins programmées que non programmées.

En dehors des situations d'urgence avérées qui doivent obligatoirement passer par les dispositifs d'urgence de l'hôpital général, toute demande de soins doit transiter par le CSM.

Cela suppose qu'il n'y ait pas de délai de réponse, que les heures d'ouverture soient larges, qu'une permanence des soins puisse être organisée 24h/24 à l'échelle de plusieurs CSM avec par exemple la mise en place de permanences à domicile.

Le CSM est l'interlocuteur de premier recours des patients, de leurs familles, des médecins généralistes, des autres partenaires ...

Le CSM est donc l'initiateur du parcours de soins du patient.

Le CSM doit disposer d'un ensemble de réponses et de moyens thérapeutiques.

Il peut disposer de ses propres structures (hospitalisation temps plein, hôpital de jour, CATTP, autres alternatives à l'hospitalisation) ou les partager avec d'autres CSM.

L'équipe du CSM reste référente tout au long de la trajectoire de soins du patient, assurant ainsi la continuité et la cohérence du parcours de soins.

Pour autant, il convient de pouvoir identifier sur un territoire donné toutes les compétences spécifiques ou spécialisées qui peuvent être mutualisées.

C'est donc moins en termes d'institution figée qu'il faut raisonner mais en termes de coordination de moyens.

3 Les modalités de financement permettant plus d'efficience dans la prise en charge

Aujourd'hui, l'exercice dans le champ de la santé mentale montre avec évidence les difficultés à coordonner les diverses actions dans l'intérêt des usagers.

Il est très souvent difficile d'articuler les actions du sanitaire, du médico-social et du social.

En outre, tel qu'il a été évoqué supra, trop souvent les procédures sont trop longues en vue de permettre l'obtention des aides justifiées.

Tout ceci doit contribuer à s'interroger sur les modalités de financement et l'organisation territoriale.

3.1 Les modalités de financement, stricto sensu

Aujourd'hui dans le champ du MCO, la tarification à l'activité est la règle.

En psychiatrie s'est développée la valorisation de l'activité psychiatrique qui, pour autant, n'est pas encore en relation avec les financements.

L'on peut, sans crainte de se tromper, dire que cette évaluation de l'activité est de plus en plus exhaustive.

Elle se heurte peut-être cependant à la finesse de l'analyse des actions.

Il n'en reste pas moins que les bases de la mise en place d'une tarification à l'activité pour la psychiatrie sont réunies.

Une telle modalité de financement présente de nombreux intérêts.

D'une part, il est juste que les moyens financiers soient en conformité avec l'activité réellement réalisée.

Ce n'est pas le cas aujourd'hui dans la mesure où, tel que nous l'évoquions, trop souvent, les écarts de financement sont particulièrement importants.

En outre, tout le monde gagnerait à ce que l'action et les soins développés en psychiatrie soient clairement identifiés.

Il convient, pour cela, de lever quelques obstacles qui ne sont insurmontables tel de bien définir non pas une tarification à la pathologie ou au GHM, mais d'identifier ce qui est réellement réalisé.

A titre d'exemple, le suivi d'un enfant ou d'un pré-adolescent ne se limite pas à l'entretien avec l'intéressé et peut être doublé voire quadruplé dans la mesure où il est nécessaire d'avoir des informations émanant des parents ou de la fratrie.

C'est donc bien la prise en compte des actes, qui est nécessaire, laquelle pourrait être pondérée par les pathologies.

L'exercice en psychiatrie vivrait donc une double évolution largement engagée : l'amélioration de la qualité chaque jour davantage démontrée notamment lorsque l'on constate que de nombreux établissements sont certifiés V2 et par ailleurs, la clarification des actes en psychiatrie par la mise en place de protocoles et de référentiels clairement définis.

Une telle approche serait une incitation à fonder davantage encore les soins en psychiatrie sur des méthodologies clairement validées.

Rien interdit, du fait de spécificités territoriales, de pondérer d'un coefficient multiplicateur les coûts ainsi, suivant que des territoires sont très concentrés ou au contraire très étendus, il doit être possible d'avoir une approche médico-économique adaptée.

Il convient également d'envisager et ce, dans les meilleurs délais et avant toute réforme, de valoriser l'activité en soins somatiques réalisée dans les établissements spécialisés en psychiatrie.

En effet, la qualité des soins somatiques en psychiatrie s'est considérablement améliorée au cours des années à tel point que la plupart des établissements n'ont plus recours à l'hôpital général pour traiter des patients en soins palliatifs lors de cancers lourds ou d'autres pathologies.

La plupart du temps, ils ont complété leurs équipes médicales par la présence de médecins généralistes qui interviennent dans l'ensemble de l'établissement.

Tous ces soins lourds ont un coût qui, historiquement, ne sont pas financés par la dotation globale actuelle attribuée en psychiatrie.

Il serait donc indispensable que sans plus attendre, la tarification à l'activité MCO s'applique immédiatement en complément de ressources dans les établissements spécialisés en psychiatrie.

Au-delà de cette tarification à l'activité, il n'est pas interdit d'envisager que cette dernière soit complétée par des MIGAC singulièrement en vue d'assurer la charge des permanences des soins qui pourrait être clairement définie quant à leur organisation.

3.2 Le financement du social et du médico-social, complément indispensable de la mise en œuvre de la politique de santé mentale

Depuis 30 ans, le nombre de places d'hospitalisation à temps plein dans les hôpitaux psychiatriques a beaucoup baissé.

C'était nécessaire pour améliorer l'accueil dans ces hôpitaux et permettre le retour à une certaine vie sociale de beaucoup de patients.

Cependant les contraintes de cette vie sociale n'étaient pas toujours adaptées à ces personnes.

Beaucoup d'entre elles sont confrontées à des conditions de vie précaires, à des rechutes plus ou moins brutales, à des ruptures de prise en charge.

Les dispositifs du secteur psychiatrique sont des outils de soin qui ne répondent que partiellement aux besoins d'accompagnement dans leur vie quotidienne de ces personnes.

Le champ social et médico-social propose des outils complémentaires prenant mieux en compte cette dimension de la vie quotidienne mais ne permet pas - le plus souvent - de répondre aux troubles comportementaux et à la souffrance psychique de ces personnes.

Par nature, la plupart des dispositifs sociaux ou médico-sociaux sont peu ou non médicalisés.

Le clivage est donc souvent trop important entre la prise en charge du secteur psychiatrique et les accompagnements sociaux ou médico-sociaux.

L'expérience montre des partenariats réussis quand les professionnels peuvent s'enrichir mutuellement de leurs compétences.

Cette complémentarité nécessaire ne doit pas réaliser une substitution des moyens de l'un (secteur sanitaire) vers l'autre (secteur social),

Il s'agit bien de partenariat et de complémentarité.

D'ailleurs il semble également nécessaire que les structures sociales ou médico-sociales soient mieux équipées en moyens propres au plan sanitaire.

Par exemple, dans certaines structures une simple prescription médicamenteuse peut désorganiser un accompagnement, ou encore la tolérance au quotidien de certains comportements nécessite un éclairage professionnel in situ.

Tel qu'évoqué, la prise en charge d'une personne atteinte de troubles mentaux aujourd'hui ne nécessite pas automatiquement une prise en charge strictement sanitaire.

Au contraire, il est nécessaire, dans l'intérêt des usagers, d'articuler les prises en charge autour de véritables projets de vie.

Ceci est vrai non seulement pour les patients qualifiés autrefois de chroniques qu'il faut bien reconnaître aujourd'hui depuis la mise en œuvre de nouvelles législations à savoir le handicap psychique comme une spécificité.

Dès lors, pour certains, les réponses seront assurées par la prise en charge dans des structures ad hoc type FAM, MAS et autres structures de vie, pour d'autres, il conviendra de les accompagner dans un univers directement intégré dans la cité, ce qui nécessite de mobiliser divers moyens.

Il était évoqué, parmi les propositions, l'idée du droit de tirage a priori.

Pour que ce droit de tirage a priori puisse être efficace, il convient de disposer d'une délégation de crédit.

La solution pourrait donc consister en une évaluation de l'ensemble des moyens dévolus à l'action sociale et médico-sociale en direction des personnes handicapées psychiques ou atteintes de troubles mentaux, de forfaitiser ces crédits sous forme de capitation territoriale, c'est-à-dire au prorata du nombre d'habitants sur un territoire donné.

Les crédits seraient dès lors délégués à des établissements de territoire, entité juridique chargée de la mise en œuvre d'une prise en charge coordonnée dans le champ de la santé mentale.

Le financement serait donc d'une part à la T2A et d'autre part fondée sur une globalisation de ces moyens par délégation de crédits.

La gestion de ces crédits sociaux et médico-sociaux s'exercerait sous contrôle de l'ARS.

Bien évidemment, dès lors qu'une allocation aurait été attribuée, pourrait s'effectuer un contrôle a posteriori afin de valider la pertinence des choix opérés.

L'efficacité du dispositif et son efficacité globale serait à assurer par la responsabilisation de l'établissement de territoire qui répondrait sur ses deniers propres des engagements qu'il a réalisés.

Dans l'hypothèse où des tirages de crédits auraient été opérés par l'attribution d'allocations injustifiées, il appartiendrait donc à l'établissement de territoire d'en assumer la responsabilité en étant pénalisé à hauteur des crédits utilisés de manière inopportune.

L'on opposera sans doute qu'une telle organisation ne s'inscrit pas dans la tradition de l'organisation française,

Cependant, aujourd'hui, la France est un des membres de l'Europe et ne peut que gagner à s'inspirer de pratiques qui ont fait leur preuve au-delà des frontières du territoire national.

Ces modalités de financement sont organisées de manière analogue dans le cadre des trust britanniques.

Une telle organisation suppose une souplesse de gestion et donc la possibilité de mobiliser des compétences en fonction des réponses à apporter aux besoins.

Cela suppose donc une politique des ressources humaines adaptée.

3.3 Le recours au contrat

Afin d'optimiser la gestion des ressources humaines dans un dispositif territorial, il devrait être possible de recruter des personnels contractuels afin de ne pas faire dépendre les réponses aux besoins des usagers de l'existence de structures a priori mais de pouvoir parfaitement adapter les réponses à la demande.

Une telle démarche supposerait que l'établissement de territoire puisse être, dans certaines circonstances, acheteur de prestations.

C'est en développant des organisations innovantes qu'il sera véritablement possible de gagner en efficience dans les prises en charge tout en évitant des dérives de coûts qui sont souvent induites par la rigidité des organisations institutionnelles.

De telles organisations ont déjà été mises en œuvre et ont largement dépassé le temps de l'expérimentation.

Pour autant, les rigidités actuelles, tant réglementaires que bureaucratiques, freinent toute initiative.

La meilleure qualité du soin au sens large peut donc se fonder moins sur des organisations rigides institutionnalisées, que sur la mobilisation de ressources fondées sur des compétences identifiées et surtout sur une véritable responsabilisation des acteurs.

Il est parfaitement impossible d'obtenir les meilleurs résultats dès lors que les acteurs sont l'objet de tracasseries permanentes et de contrôles bureaucratiques.

Tout montre qu'un acteur professionnel responsabilisé et dûment récompensé pour son engagement est toujours fondé à augmenter ses performances.

Notre réflexion organisationnelle doit être fondée d'abord sur la définition des objectifs, lesquels tournent tous autour de la satisfaction des besoins des usagers.

Il n'est plus possible aujourd'hui de concevoir ce qu'il est coutume d'appeler le service public comme une institution figée mais au contraire, d'envisager des réponses adaptées et souples afin de gagner en efficience.

CONCLUSION

Le temps imparti n'a pas permis de traiter en profondeur l'ensemble des thèmes qu'il aurait été souhaitable d'aborder.

Cependant, les présentes réflexions et singulièrement, les propositions faites, sont, semble-t-il, de nature à proposer des pistes de modernisation de l'exercice en santé mentale et plus particulièrement de cette discipline de la santé spécialisée indispensable au bien commun qu'est la psychiatrie.

Il est évident que, pour un certain nombre de propositions, il n'était pas possible de les formuler de manière détaillée quant à leur mise en œuvre.

Dans l'hypothèse où elles retiendraient l'attention, il est parfaitement possible de passer à la phase opérationnelle et d'élaborer concrètement la mise en place des dispositifs.

Il en est ainsi, singulièrement, quant aux modalités de financement innovantes qui sont proposées pour le financement du médico-social et du social.

Ces propositions tiennent compte de diverses exigences fondées sur la recherche de qualité, sur une efficacité accrue de l'exercice en santé mentale et par voie de conséquence d'une meilleure satisfaction des besoins des usagers, mais aussi sur l'intégration d'une véritable réflexion médico-économique.

L'expérience enseigne que ce n'est pas le « toujours plus » de financements qui permet la réalisation de l'efficacité et de la qualité mais surtout la recherche du « toujours mieux ».

Dans cette perspective, il paraît indispensable, eu égard aux missions accomplies et au mode d'exercice, de conserver une organisation particulière de ce que nous préconisons être l'établissement de santé mentale de territoire, lequel bien évidemment aurait à maintenir des liens fonctionnels avec le MCO.

En effet, tel qu'il a été évoqué, à l'inverse de l'hôpital général qui est hospitalo-centré, en dépit de liens fonctionnels avec l'exercice de l'ambulatoire, l'exercice en santé mentale et singulièrement en psychiatrie s'est déplacé vers l'ambulatoire, l'hospitalisation ne constituant plus qu'une phase particulière dans la trajectoire de soin.

C'est cette dimension spécialisée qu'il nous faut intégrer dans la réflexion d'aujourd'hui si l'on veut que la psychiatrie continue de se moderniser et gagne en efficacité et en qualité.

ANNEXE

Une réponse possible le « case management » et les « cases managers ».

Le « case management » vient, au sein d'un programme de soins en complément d'autres itinéraires cliniques : un itinéraire clinique est un ensemble de méthodes et d'instruments.

Alors que les programmes de soins s'efforcent d'apporter une réponse à la question « quoi », les itinéraires cliniques répondent avant tout à la question « comment ».

De manière générale, on distingue trois méthodes :

- 1) Les itinéraires cliniques standardisés
- 2) Les itinéraires cliniques spécifiques au patient (« customised »)
- 3) Le « case management »

1) Les itinéraires cliniques standardisés

Les itinéraires cliniques standardisés sont utilisés pour un processus de soins bien prévisible au niveau d'un groupe de patients.

Les itinéraires cliniques standardisés sont utilisés pour un processus de soins bien prévisible au niveau d'un groupe de patients.

2) Les itinéraires cliniques spécifiques au patient (« customised »)

Les itinéraires cliniques spécifiques aux patients (« customised »).

En l'occurrence, l'itinéraire clinique n'est pas organisé au niveau du groupe de patients, mais bien au niveau du patient individuel.

Un tel itinéraire clinique est indiqué lorsque les soins au niveau du groupe sont imprévisibles, mais ne le sont pas pour un patient individuel, dès que ses différents besoins sont concrètement pris en compte.

3) Le « case management »

Le « case management » constitue une troisième méthode.

Les populations de patients qui ont un parcours peu ou pas prévisible entrent ici en ligne de compte.

Une concertation interdisciplinaire quotidienne est nécessaire.

Le « case management » est indiqué pour ces populations.

Le « case management » se concentre sur l'orchestration de l'équipe pour une population de patients spécifiques difficilement prévisibles.

Nécessité de travail de coordination, de renforcement d'accompagnement pouvant être intégré dans le projet de vie personnalisée de la personne dans le cas où sa situation est connue et validée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées dont il dépend.

Le « case management » vient donc en partie répondre à une partie des demandes des patients de psychiatrie.

Reste à définir le pourcentage de personnes dépendant de ce type de prise en charge (il est de 20%, cf. site www.nkp.be (rub itinéraire clinique)).