

Ministère de la Santé, la Famille
et les Personnes Handicapées

République Française

Mission Nationale d'Appui
en Santé Mentale

Compte-rendu d'activité
de la Mission Nationale d'Appui
en Santé Mentale

MARS 2004

<u>I/ REMARQUES GÉNÉRALES ET ACTIVITÉS INSTITUTIONNELLES</u>	4
<u>III/ LES SITES</u>	6
<u>A/ Le Sud Francilien</u>	6
<u>B/ L'Eure</u>	6
<u>C/ Les Ardennes</u>	6
<u>C/ 1. La problématique</u>	6
<u>C/ 2. Les solutions préconisées par la Mission</u>	7
<u>D/ Bordeaux</u>	8
<u>D/ 1. Les enjeux de la mission au Centre Hospitalier Charles Perrens (CHCP)</u>	8
<u>D/ 2. Les propositions de la MNASM</u>	8
<u>D/ 2.1. Une organisation verticale de l'établissement gage d'un redéploiement interne et d'une</u> <u>segmentation de l'activité pour peser sur les capacités hospitalières</u>	8
<u>D/ 2.2. Une organisation horizontale concrétisant les regroupements fonctionnels.</u>	9
<u>D/ 2.3. Le développement de l'amont et de l'aval</u>	9
<u>E/ Lyon</u>	10
<u>E/ 1. Les enjeux de la mission relative à l'intersecteur I 09 des Hospices Civils de Lyon</u>	10
<u>E/ 2. Les propositions de la MNASM</u>	11
<u>E/ 2.1. L'organisation interne du service</u>	11
<u>E/ 2.2. La position du secteur I09 dans la planification lyonnaise.</u>	11
<u>E/ 2.2.1. Le rattachement à une institution psychiatrique</u>	12
<u>E/ 2.2.2. Des formules intermédiaires</u>	12
<u>F/ La psychiatrie dans le Calvados (Mission en cours)</u>	13
<u>F/ 1. Le CHS du Bon Sauveur</u>	13
<u>F/ 2. La psychiatrie dans les centres hospitaliers généraux</u>	14
<u>F/ 3. La psychiatrie au CHU</u>	15
<u>G/ La Nouvelle-Calédonie</u>	16
<u>H/ UMD Bretagne</u>	16
<u>III/ COMMUNICATION, ENSEIGNEMENT, ET FORMATION</u>	17
<u>A/ "Pluriels" et la communication de la MNASM</u>	17
<u>A/ 1. "Pluriels" en 2003</u>	17
<u>A/ 2. Le site Internet de la Mission</u>	19
<u>A/ 3. Liste des membres du comité de rédaction</u>	20
<u>B/ Enseignement/formation</u>	20
<u>C/ L'ENSP</u>	21
<u>D/ La participation au D.U.</u>	21
<u>IV/ AUTRES ACTIVITÉS</u>	22

<u>A/ Pré-projet expérimental de télé-psychiatrie</u>	22
--	-----------

<u>V/ CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ MENTALE AUJOURD'HUI</u>	25
--	-----------

<u>A/ La psychiatrie générale</u>	25
<u>A/ 1. Remarques générales</u>	25
<u>A/ 2. Un contexte en pleine évolution</u>	26
<u>A/2.1. L'évolution des thérapeutiques</u>	26
<u>A/ 2.1.1. La place des psychothérapies</u>	26
<u>A/ 2.1.2. Peut-on parler de désinstitutionnalisation en France ?</u>	27
<u>A/ 2.1.3. Des combinaisons diversifiées</u>	28
<u>A/ 2.2. De la psychiatrie vers la santé mentale, les conséquences de la désinstitutionnalisation</u>	29
<u>A/ 2.2.1. Une évolution des demandes</u>	29
<u>A/ 2.2.2. Un problème de formation</u>	30
<u>A/ 3. Vers une déconnexion entre le dispositif psychiatrique et l'Hôpital Général ?</u>	31
<u>A/ 3.1. Les urgences</u>	31
<u>A/ 3.2. L'hospitalisation complète</u>	33
<u>A/ 4. La psychiatrie publique ou participant au service public est-elle encore en état de faire face à l'activité de secteur ?</u>	36
<u>A/ 4.1. La prédominance persistante de l'hôpital</u>	36
<u>A/ 4.2. Des pratiques qui tardent à s'affirmer</u>	37
<u>A/ 4.3. D'autres freins</u>	40
<u>A/ 5. Les malades mentaux handicapés psychiques hospitalisés au long cours : poursuite de l'hospitalisation ou réponse ambulatoire, sanitaire et non sanitaire ?</u>	41
<u>A/ 5.1. Un constat de plus en plus évident</u>	42
<u>A/ 5.2. Des études convergentes</u>	43
<u>A/ 5.3. Les expériences étrangères</u>	45

<u>B/ Quelle place pour le secteur psychiatrique dans la nouvelle planification sanitaire ?</u>	48
<u>B/ 1. L'intégration de la psychiatrie dans le droit commun de la planification hospitalière</u>	49
<u>B/ 1.1. Les nouveaux outils de planification sanitaire</u>	49
<u>B/ 1.1.1. Le SROS unique</u>	49
<u>B/ 1.1.2. Le territoire de santé</u>	50
<u>B/ 1.2. Le secteur psychiatrique, au tournant de son histoire ?</u>	52
<u>B/ 1.2.1. La définition du secteur psychiatrique</u>	52
<u>B/ 1.2.2. Avantages et limites</u>	53
<u>B/ 2. La conciliation de l'approche territoriale et sectorielle conduirait à une approche graduée des soins et à un changement de paradigme où, de principe, le secteur deviendrait, en fait, l'exception</u>	54
<u>B/ 2.1. Le secteur demeurerait un outil irremplaçable de distribution des soins</u>	54
<u>B/ 2.2. Le territoire concrétiserait l'intersectorialité géographique et fonctionnelle</u>	54
<u>B/ 2.2.1. Le regroupement géographique</u>	54
<u>B/ 2.2.2. Les regroupements fonctionnels</u>	56
<u>B/ 2.3. La conciliation de l'approche géographique et fonctionnelle</u>	56
<u>B/ 2.4. La collaboration avec le secteur privé</u>	57
<u>B/ 3. Conclusion</u>	58

<u>C/ La psychiatrie infanto-juvénile</u>	58
--	-----------

<u>D/ PMSI et psychiatrie</u>	59
<u>D/ 1. Le mécanisme de financement à l'activité pour le MCO risque de pénaliser les autres activités financées par dotation globale</u>	59
<u>D/ 1.1. La T2A et l'application de mécanismes de quasi marché</u>	59
<u>D/ 1.2. L'influence, éventuellement négative sur les autres disciplines</u>	59

<u>D/ 2. L’histoire difficile du PMSI Psychiatrique permet de relancer le débat autour de son élaboration.</u>	59
<u>D/ 2.1. Le retard pris dans la constitution de l’outil et sa faible opérationnalité</u>	60
<u>D/ 2.2. La constitution d’un nouvel outil offre l’opportunité de réouvrir un débat esquivé.</u>	60

LES PERSPECTIVES DE LA MNASM...... 62

I/ Remarques générales et activités institutionnelles

L'année 2003 et le début de l'année 2004 ont été marqués par des prolongements d'interventions effectuées en 2002. C'est la confirmation d'une évolution déjà engagée. Il en a été ainsi, par exemple, pour la Nouvelle Calédonie, le Sud Francilien, l'Eure. Il est souhaité, comme appui technique, un accompagnement dans la durée pour des enjeux variables. Pour deux sites (Sud Francilien, Nouvelle Calédonie) le travail entrepris a représenté de nombreux contacts dans la durée. Pour l'Eure, cette activité a représenté une quinzaine de déplacements à Évreux et à Rouen pendant l'année avec, comme objectifs, l'accompagnement de la crise de la psychiatrie euroise et le développement, sous couvert de l'ARH de Haute-Normandie, d'un projet expérimental de télé-médecine appliqué à la psychiatrie, lié à la crise euroise mais ne s'y réduisant pas. Un accompagnement proche et prolongé fait davantage percevoir les problèmes de proximité auxquels sont régulièrement confrontés les services extérieurs de l'État, qu'il s'agisse des blocages corporatistes ou personnalisés, dans des contextes locaux difficiles. Ces difficultés viennent s'ajouter aux problèmes démographiques et techniques, ou au contraire, dérogatoires, susceptible d'aider les pouvoirs publics sur ces points.

Dans la perspective d'une planification ultérieure amenée à prolonger les SROS actuels, certaines ARH sont à la recherche d'un accompagnement technique formalisé et régulier, global ou pour plusieurs départements.

Il en est ainsi pour l'ARHIF qui le souhaite, sans que cela n'empêche des saisines pour des problèmes particuliers : patients institutionnellement dépendants, hospitalisés ou non, au long cours en psychiatrie; suites de l'évolution sud essonniennne ; réflexions sur les centres de crise, etc.

L'ARH Rhône-Alpes entreprend la même démarche globale, ce qui ne nous dispense pas de donner un avis sur les évolutions du projet d'établissement de Saint-Égrève, ni de commencer classiquement l'étude de la psychiatrie ardéchoise.

Après Toulouse, l'Ariège, l'ARH Midi-Pyrénées nous a mandaté pour un retour dans le Lot et une mission dans le Tarn et Garonne. Une intervention est prévue en Guadeloupe pour la fin avril.

On voit donc s'associer des accompagnements régionaux et la nécessité, le temps passant, de revenir sur le lieu de saisines antérieures pour mieux mesurer les évolutions. Ceci nous permet d'apprécier, grâce à un regard rétrospectif, le degré de pertinence de nos analyses, stratégies et recommandations.

Comme chaque année, nous avons poursuivi notre participation aux comités techniques, réunions régulières DHOS-DGS, auxquels ont participé, de plus en plus, des représentants de la DGAS. Ces séances de travail ont porté sur l'information concernant les sites en cours ou susceptibles de le devenir, ou sur des thèmes particuliers : la loi quinquennale de Santé Publique, les leviers en psychiatrie, l'hospitalisation, l'articulation avec le médico-social, le PMSI, la télé-médecine, le rapport Cléry-Melin, etc.

Se sont ajoutés des thèmes traités en dehors des réunions régulières comme : l'HAD en psychiatrie, la réflexion sur la tarification des cliniques privées.

Nous avons aussi participé à certains travaux de la DREES à propos de l'évolution des rapports de secteur et de la MIRE pour la Santé Mentale.

Indépendamment du processus de planification, nous avons, cette année, à la demande de l'établissement, participé à une journée de réflexion sur la psychiatrie au CH de Beaumont (Val d'Oise).

Pour continuer à développer nos réflexions à propos de la psychiatrie et de son environnement, nous avons visité le Centre de crise du Dr Martin, à Paris, rencontré à deux reprises des équipes du CHS de la Chartreuse à Dijon, et celles du Dr Théodore (CHS de Ville-Évrard) dont l'unité d'hospitalisation, conjointe de celle du Dr Destal, vient d'être implantée dans Aubervilliers.

Nous avons reçu ou rencontré, à leur demande ou de notre propre initiative : Madame Claire Brisset, Défenseure des Enfants ; Monsieur Etienne Caniard, Madame le professeur Marie-Christine Hardy-Baylé, responsable médicale du Réseau Sud-Yvelines ; le Docteur Geffrier, médecin de l'ANAES, à propos d'une étude portant sur les hospitalisations sous contrainte en psychiatrie ; le Docteur Quétin, psychiatre, membre suppléant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, sur les urgences psychiatriques à Paris (SAMU/CPOA, généralistes, permanence des soins).

II/ Les sites

A/ Le Sud Francilien

L'établissement a proposé un projet qui doit faire l'objet d'un COM pour la psychiatrie. Le projet ne semble pas reprendre clairement, ni totalement les recommandations de la Mission, même validées par l'ARHIF. Le CHSF semble prioriser hôpital 2007 et peu la psychiatrie. La DASS du Val de Marne note que le projet du CH de Villeneuve Saint Georges, situé dans le Val de Marne mais desservant la population proche du Sud Essonne, n'intègre pas la dimension sud francilienne. Il faut s'attendre à ce que des nouvelles difficultés ressurgissent.

B/ L'Eure

En dehors du projet de télé-médecine, voir infra, l'ARH de Haute-Normandie a souhaité qu'un membre de la Mission, qui avait participé à l'analyse et aux recommandations, continue d'appuyer le chargé de mission pour la psychiatrie à la DRASS. Cet appui a pris la forme d'échanges téléphoniques réguliers et de documents, pour information réciproque et conseil, ainsi que de rencontres à Rouen avec l'ARH et la DASS, en présence des PU-PH sollicités comme appui direct, en bilan initial puis d'étape, au sein du groupe de travail ad hoc diligenté par l'ARH (élus du CG, de la Mairie d'Évreux, pouvoirs publics). La seule mobilisation observée a été régionale. Parmi les points positifs, une attention et une priorité reconnues comportant une traduction concrète pour la psychiatrie des deux départements, un désir réel de la communauté médicale à Sotteville et au CHU d'appuyer leurs collègues de l'Eure, ce dernier point n'étant pas initialement acquis. Cet environnement plus favorable bute sur le refus de la plus grande partie de la communauté médicale de Navarre, à Évreux, de s'impliquer et de construire des projets pourtant susceptibles d'être soutenus par principe, car pouvant modifier la structure du CHS de Navarre et apporter un soulagement à l'activité psychiatrique, tout en répondant mieux aux besoins de la population (UIA, rapports avec l'hôpital général, médico-social, organisation départementale, etc.). Seul le projet pour les adolescents a avancé. Il a été porté presque à bout de bras par les pouvoirs publics. Aucun professionnel n'a été recruté en appui, à ce jour, pour favoriser une réflexion sur les métiers et participer à une politique adéquate de recrutement paramédical. Si le blocage médical et l'atonie qu'elle génère persistent, on peut craindre le maintien d'un lent pourrissement scandé par quelques crises, l'appui de la Mission devenant difficile.

C/ Les Ardennes

C/ 1. LA PROBLEMATIQUE

Appelée par l'ARH de Champagne - Ardennes et par la DDASS des Ardennes, pour l'évolution du paysage psychiatrique du département, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale s'est particulièrement attachée à travailler auprès du centre hospitalier spécialisé porteur de la discipline tant en psychiatrie adulte qu'en psychiatrie infanto-juvénile.

L'établissement de Belair à Charleville vivait une crise larvée avec une constante augmentation du nombre de patients dans les unités intra-hospitalières, des taux d'occupation saturés, une difficulté réelle pour "faire tourner" plus de 60% des lits, une augmentation des patients contraints, une dégradation ressentie des conditions de travail des professionnels.

À ceci s'ajoutent des problématiques connexes, l'implantation de lits de "psychologie médicale" au centre hospitalier général, la délocalisation de lits à Sedan, des structures ambulatoires diversifiées mais en règle générale mal installées et souvent saturées.

Le dispositif de psychiatrie infanto-juvénile vivait une coexistence douloureuse avec le dispositif médico-social, sans complémentarité avec celui-ci, mais en concurrence, la prise en charge des enfants de moins de trois ans et celles des adolescents devant être étoffée.

Le projet d'établissement, en cours d'élaboration, était en panne, reflétant l'insuffisance d'arbitrage des dilemmes évolutifs. Cette paralysie était maintenue par l'existence de conflits importants, internes à la communauté médicale : psychiatres / pédopsychiatres, et entre la communauté médicale et l'Administration de l'établissement.

C/ 2. LES SOLUTIONS PRECONISEES PAR LA MISSION

Le maintien dans les unités hospitalières de patients au long cours n'étant plus crédible pour la qualité de la réponse aux besoins, la première proposition a visé à créer des réponses où le projet de vie est déterminant, sans que les soins cessent. La création de structures médico-sociales adaptées s'impose y compris pour des projets gérontologiques.

Ces créations permettront de redonner de la fluidité à l'intra-hospitalier, avec l'apport d'unités intersectorielles dédiées à certains types de populations ou techniques de soins.

Les activités intersectorielles existantes (ex : urgences) devront se coordonner à cet ensemble.

Enfin l'instauration d'un travail décroisé entre psychiatrie générale et infanto-juvénile, puis entre celle-ci et le secteur médico-social, est la seule garantie d'une articulation des prises en charge, d'une meilleure prise en compte des enfants de moins de trois ans, des adolescents. Des lits pour adolescents difficiles et perturbateurs, mineurs, de durée brève avec protocolisation des prises en charge, compléteront le dispositif.

La rencontre, l'échange entre les professionnels (y compris au niveau des institutions départementales) oblige à des rapports moins distants et à un travail en commun, dans un lieu commun et sur des sujets précis, dépassant les collaborations ponctuelles pour créer un dispositif départemental.

D/ Bordeaux

D/ 1. LES ENJEUX DE LA MISSION AU CENTRE HOSPITALIER CHARLES PERRENS (CHCP)

L'ARH d'Aquitaine a confié à la MNASM le soin d'éclaircir une situation de conflits multiples au CH Charles Perrens et d'examiner les modalités d'un redécoupage sectoriel.

La visite des secteurs a permis de confirmer l'excellente réputation de l'établissement doté d'un corps médical brillant et de cadres soignants compétents développant de nombreux projets. La MNASM n'a pas rencontré d'opposition idéologique sur ses options d'organisation des soins : urgences et liaison, développement des alternatives et du secteur médico-social, regroupement géographique et fonctionnel autorisant une segmentation de l'hospitalisation pour améliorer sa fluidité.

Les difficultés relevaient, davantage, du positionnement des différents acteurs et, notamment, d'une équipe médicale ne parvenant pas à se fédérer autour de projets institutionnels forts, préférant perpétuer des conflits idéologiques, sociologiques et organisationnels anciens, dans un contexte théorique et économique radicalement différent, entre praticiens universitaires et non-universitaires. L'accompagnement et le pilotage global de l'institution par la Direction n'ont pas permis de limiter le défaut d'harmonisation du corps médical, permettant à des syndicats de se poser en arbitre, comme en témoigne la négociation relative à l'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail.

Dans ce contexte, la crise de la psychiatrie française marquée par l'inflation de la demande par rapport à une offre contrainte, le conflit des pratiques entre une option généraliste et une spécialisation affirmée, le changement des références trouvait, ici, un terrain particulièrement propice pour s'épanouir. L'absence de réel projet médical ne permettait pas la déclinaison d'un programme infirmier et social. La non régulation par le corps médical de divers problèmes médicaux contraignait la direction à arbitrer dans l'urgence et contribuait à détériorer le climat social de l'établissement.

D/ 2. LES PROPOSITIONS DE LA MNASM

La mission a permis au corps médical de mieux percevoir le danger que représentait l'absence d'unité institutionnelle. Les élections à la CME ont confirmé cette perception et le nouveau bureau réunit les différentes sensibilités médicales de l'établissement avec un réinvestissement, par les universitaires, du champ institutionnel et de leur établissement.

Ce préalable acquis, la Mission a pu dégager quelques grands axes de travail.

En psychiatrie générale :

D/ 2.1. Une organisation verticale de l'établissement gage d'un redéploiement interne et d'une segmentation de l'activité pour peser sur les capacités hospitalières

- ✓ la poursuite et l'achèvement des regroupements sectoriels en fédération et départements réduiraient dans la mégapole bordelaise, sans les combler, les écarts de moyens entre secteurs. Le redécoupage sectoriel n'aurait qu'un intérêt marginal, ne concernant plus que les services hospitalo-universitaires qui peinent à assumer leur charge sectorielle et d'enseignement.

Ce redéploiement interne des effectifs au sein et entre pôles géographiques de l'établissement constituerait la condition nécessaire, mais non suffisante, pour que les secteurs assurent leur missions de base, et la MNASM préconise le renforcement des effectifs soignants de façon étayée.

- ✓ l'élargissement de la maille sectorielle autoriserait une organisation thématique des soins : admissions de courte durée, hospitalisations sous contrainte, soins de suite, condition indispensable à la personnalisation des soins et à la fluidité des capacités compte tenu de l'action opérée tant sur l'amont que sur l'aval de l'hospitalisation.

D/ 2.2. Une organisation horizontale concrétisant les regroupements fonctionnels.

L'intersectorialité du Centre hospitalier Charles Perrens relève des stratégies sectorielles (fruit de la division médicale) sans définition d'une politique d'établissement au profit de pôles transversaux. Or, l'intersectorialité ne doit, en aucun cas, constituer un Aventin psychiatrique d'où l'on contemplerait un secteur condamné à une inefficacité, mais bien au contraire aider, enrichir et féconder la démarche sectorielle.

Pour mettre fin aux clivages médicaux, la MNASM préconise le rétablissement de l'unité de la prise en charge de la toxicomanie, la constitution d'une fédération de gérontopsychiatrie, la création d'un pôle de réadaptation et de réinsertion, une organisation horizontale au profit des exclus et l'intégration de la dimension universitaire.

D/ 2.3. Le développement de l'amont et de l'aval

L'organisation de l'activité pour soulager la pression sur les lits devrait s'accompagner d'un développement synchrone de l'amont et de l'aval à l'hospitalisation. La réorganisation des urgences spécialisées de Charles Perrens, leur transformation en centre de crise, le développement volontariste des unités alternatives éviteraient que l'hospitalisation ne demeure la réponse univoque aux problèmes de santé mentale. Prévenir l'hospitalisation précoce participerait, également, du processus de déstigmatisation, compte tenu de l'acquisition du statut de malade mental que représente cette hospitalisation spécialisée.

Éviter que des patients ne rentrent indûment à l'hôpital psychiatrique constitue une condition nécessaire mais non suffisante. La sortie de personnes hospitalisées au long cours qui ne tirent plus bénéfice de l'institution hospitalière, autoriserait, elle aussi, le désengorgement du parc hospitalier et le redéploiement des effectifs au profit de l'ambulatoire. Ici comme ailleurs, 30 à 40% des patients hospitalisés en service psychiatrique devraient pouvoir bénéficier de structures de suite ou médico-sociales, parfois déniées ou

négligées par la psychiatrie. Cette démarche concerne non seulement Charles Perrens mais, également, l'ensemble des établissements psychiatriques du département.

La segmentation verticale et horizontale de l'activité, le développement corrélatif de l'amont et de l'aval, participent du mouvement de désinstitutionnalisation qui autoriserait l'externalisation progressive des capacités et limiterait le périmètre de l'hôpital psychiatrique, réduisant son effet stigmatisant. Ce problème des capacités interroge aussi l'hospitalisation privée qui devrait réfléchir à sa complémentarité avec le secteur public.

En psychiatrie infanto-juvénile, le regroupement opéré en psychiatrie générale devrait mettre un terme, par une taille critique suffisante, au développement d'une psychiatrie infanto-juvénile à deux vitesses : l'une, universitaire, centrée sur les problématiques nouvelles et l'autre, sectorielle, repliée sur la population traditionnelle d'âge scolaire. Le renouvellement des conventions avec le secteur associatif rétablirait l'unité nécessaire à une gestion efficace des effectifs et des équipements. Elle permettra de développer des outils nouveaux tels des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel, (CATTP), particulièrement utiles.

La prise en charge de l'autisme nécessiterait la constitution d'un centre ressources, dépassant les clivages entre universitaires et non universitaires, la constitution d'une équipe mobile de crise sous forme d'hospitalisation à domicile (HAD) et la création d'un réseau associant les partenaires des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Le dispositif hospitalo-centré et très hiérarchisé, constitué autour des adolescents, doit s'accompagner d'une promotion des structures alternatives, d'une équipe de liaison en relation avec les urgences, de la constitution d'une fédération au sein de Charles Perrens ainsi que d'un réseau départemental associant les autres acteurs sanitaires concernés par cette thématique.

Des formules innovantes en partenariat avec le secteur judiciaire et les services sociaux de l'enfance devraient être initiés pour répondre à ces nouvelles demandes cantonnées aux frontières du soin.

Les urgences et la liaison pédiatrique du CHU de Bordeaux supposent la création d'une fédération avec confortant un PH régulateur. L'organisation des urgences sera la première étape d'une réponse à la maltraitance et aux abus sexuels.

Enfin, la petite enfance nécessiterait, outre la constitution d'une fédération, la mise en œuvre d'un dispositif fléché au sein des chaque secteur avec la désignation de personnes ressources, des consultations spécifiques et le développement de groupes parents-enfants.

Pour terminer, la coopération nécessaire entre le CH Charles Perrens et le CH de Cadillac devrait concerner prioritairement les urgences et la liaison, les adolescents ainsi que le secteur médico-social.

E/ Lyon

E/ 1. LES ENJEUX DE LA MISSION RELATIVE A L'INTERSECTEUR I 09 DES HOSPICES CIVILS DE LYON

Cette mission, qui associe la mission DHOS à la MNASM, a pour origine une situation conflictuelle entre un nouveau chef de service et son équipe.

Au-delà, ce conflit s'enracine dans une rupture de l'équilibre lyonnais entre les tenants des neurosciences et les partisans d'une approche psychodynamique. Il manifeste, également, les dysfonctionnements d'un service, enfermé du fait de son isolement institutionnel, dans une approche moniste de la psychiatrie, peu gagné par le multifactoriel qui imprègne conceptions et pratiques depuis plusieurs années.

La mission a donc effectué un double travail :

- ✓ de soutien auprès du service, confronté au deuil du père (décès brutal du précédent chef de service) afin de redonner, à travers une dynamique de projet de service, un peu d'espace à cette temporalité mortifère.
- ✓ de planification à moyen terme sur le maintien, ou non, de ce secteur au sein des Hospices civils de Lyon et, dans le cas d'une réponse négative, de réflexion sur la structure de rattachement adaptée.

E/ 2. LES PROPOSITIONS DE LA MNASM

E/ 2.1. L'organisation interne du service

La Mission mixte a analysé l'argumentaire du collectif s'opposant à la nomination du nouveau chef de service dont la diabolisation masquait une incapacité à trouver un équilibre institutionnel autour de projets fédérateurs et de responsables identifiés.

Validant le choix des différentes instances, elle a participé à la légitimation du nouveau chef, contribuant à dissocier phantasme et réalité (dont la confusion était entretenue par certains) et, ainsi, à amoindrir un collectif qui, majoritaire au départ, ne regroupe plus qu'une minorité de l'équipe médicale et soignante. Elle a déterminé un certain nombre d'axes de travail autour des urgences et de la liaison, des adolescents et a rappelé des données incontestables sur l'usage de tests, du médicament ou encore de l'hospitalisation.

Une dynamique positive de projet de service, avec le soutien de la direction du plan des Hospices Civils de Lyon et celle de Lyon-Sud est engagée.

E/ 2.2. La position du secteur I09 dans la planification lyonnaise.

L'isolement a beaucoup compté dans les modalités de cette crise. La redéfinition des relations du secteur avec son environnement lui permettrait de sortir de son isolement et de créer des liens avec d'autres équipes, notamment par la mise en place d'unités intersectorielles facilitant et garantissant la pluralité des approches thérapeutiques.

Le problème du maintien de ce secteur au sein des HCL, ou de son éventuel rattachement à une des institutions spécialisées Lyonnaises (CH du Vinatier, CH St-Jean-de-Dieu ou encore Syndicat interhospitalier) constitue un problème récurrent. La crise actuelle lui donne une acuité particulière, exacerbée par l'offre du directeur du CH du Vinatier de rattacher ce secteur à son établissement.

E/ 2.2.1. Le rattachement à une institution psychiatrique

Deux rattachements sont possibles :

- ✓ le premier, qui privilégie la continuité géographique et la complémentarité entre psychiatrie générale et infanto-juvénile, conduirait à un rattachement à l'Hôpital St-Jean-de-Dieu. Toutefois, la diversité des statuts complique cette hypothèse.
- ✓ la seconde s'inscrit dans la création, à terme, de l'Hôpital Gynécologique, Pédiatrique et Obstétrique (HGPO) qui verra l'ensemble des disciplines pédiatriques et obstétricales situé sur le site du Vinatier. Dans ce contexte, une communauté d'établissements entre les deux hôpitaux a été récemment signée pour assurer la prise en charge psychiatrique infanto-juvénile et les urgences mère-enfant.

E/ 2.2.2. Des formules intermédiaires

L'absence de rattachement fait partie des conditions mises par le service au rétablissement du dialogue. Par ailleurs, une telle formule n'entre pas obligatoirement en résonance avec le souhait des autres secteurs. Si le maintien des équilibres, élément important du paysage psychiatrique lyonnais comme en témoignent les difficultés de mise en place du syndicat inter-hospitalier (SIH), ne saurait paralyser la réflexion. Il constitue, néanmoins, une contrainte à intégrer pour gérer ce problème dans le temps et favoriser, de façon consensuelle, les évolutions futures.

Soucieuse de ne pas envenimer une situation en voie d'amélioration, la Mission a favorisé une approche fonctionnelle privilégiant des formules intermédiaires qui permettent de réaliser, à moindre frais, une ouverture.

Le maintien géographique du service sur le site de Lyon-Sud demeure fondamental. En effet, la fermeture de l'Hôtel-Dieu située dans la presqu'île va conduire à un renforcement du pôle des urgences, de gynécologie-obstétrique et de néo-natalité de l'hôpital Lyon-Sud avec un accroissement corrélatif de l'activité de psychiatrie des urgences et de liaison.

Les axes de travail à développer sont les urgences, notamment celles autour de l'adolescent, la liaison avec le MCO et la rééducation fonctionnelle ainsi que la prise en charge séquentielle du petit enfant.

Les collaborations extérieures concerneraient, en priorité, les liens fonctionnels avec les divers services de psychiatrie des HCL (psychiatrie infanto-juvénile de l'hôpital Debrousse, de l'hôpital neurologique, du pavillon N d'Edouard Herriot) afin de disposer d'une offre cohérente pédo/psychiatrique au sein des HCL.

Le second axe de collaboration externe toucherait le SIH sur la psychiatrie de liaison et les adolescents.

F/ La psychiatrie dans le Calvados (Mission en cours)

Il n'existe pas une psychiatrie dans le Calvados mais plutôt trois qui coexistent : celle du CHS du Bon Sauveur, la psychiatrie des hôpitaux généraux et enfin celle du CHU. Ayant terminé les visites des sites, la Mission peut en dresser un bilan.

F/ 1. LE CHS DU BON SAUVEUR

Le CHS du Bon Sauveur comprend six secteurs de psychiatrie générale et deux de psychiatrie infanto-juvénile. L'incapacité à délocaliser deux secteurs sur le CH de Lisieux depuis vingt ans apparaît comme un symptôme, justifiant l'homéostasie de l'établissement au travers du fantasme de son démantèlement. Le projet d'établissement n'a pas permis la définition d'une politique de soins, fondant un programme immobilier, logistique et social.

Face à l'inflation quantitative et qualitative des demandes, le CHS se trouve en position difficile faute d'avoir su adapter son offre de soins. Les principales difficultés concernent l'absence d'une maîtrise de l'amont et de l'aval, le développement inégal de l'ambulatoire, une intersectorialité balbutiante et, dans ces conditions, une pression sur ses lits. La solution au problème de Lisieux est technique. Seule, la définition d'une politique médicale permettra de redonner sens au travail des soignants.

La faible implication du CHS au SAU le conduit à subir les demandes d'hospitalisation faute d'agir sur elles, l'hospitalisation demeurant le mode de réponse unique et obligé à la crise. L'absence d'aval bloque, sans raison sanitaire, une capacité importante en lits de moyen et long séjour, réduisant les lits actifs à la portion congrue. L'absence de liens institutionnels avec le Département comme de cadre socio-éducatif dans l'établissement pénalise ses efforts de redéploiement.

L'ambulatoire demeure inégalement développé. Le caractère tardif de son développement constitue un des facteurs du maintien d'une capacité importante des lits. Sa rationalisation, son investissement par les médecins, l'extension de ses horaires d'ouverture et le rapprochement des lieux de soins au domicile des patients constituent autant d'obligations à atteindre.

De la même façon, l'intersectorialité demeure balbutiante, limitée dans le projet d'établissement à la gestion des patients dépendants, sans mention de leur articulation avec le secteur médico-social. Les regroupements géographiques qui, dans une mégapole de la taille de Caen, permettraient de rationaliser et de fluidifier l'hospitalisation, ne sont pas évoqués.

La forte pression sur les lits n'est pas étonnante alors même que le CHS dispose d'une capacité très supérieure à la moyenne nationale. La réduction du quart des capacités en lits prévu par le projet d'établissement constitue, alors, une véritable gageure, impossible à réaliser sans remettre en cause le fonctionnement médical et hospitalier dans sa globalité.

L'absence de projet médical se traduit par la carence d'un plan directeur immobilier qui ne saurait, toutefois, justifier le défaut de maintenance du patrimoine qui conduit les patients et les personnels à être hospitalisés ou à travailler dans des conditions difficiles, renforçant, ainsi, le caractère stigmatisant de l'institution.

La délocalisation des secteurs de Lisieux et de la Côte Fleurie doit, pour ne pas emboliser la réflexion de l'établissement sur son devenir, se cantonner à la résolution de problèmes techniques : recrutement des personnels médicaux et soignants et choix d'un emplacement.

Pour avancer dans la résolution de ces problèmes, il importe que le corps médical crée, au-delà des réflexions individuelles, une identité collective garante de la définition d'une politique médicale et base d'un programme infirmier et social. Seul un projet médical sera de nature à redonner sens à l'action des soignants, qui sont compétents et motivés et, notamment, à leurs cadres qui ont assumé, dans des conditions difficiles, une lourde responsabilité, au-delà des textes.

F/ 2. LA PSYCHIATRIE DANS LES CENTRES HOSPITALIERS GENERAUX

La psychiatrie des centres hospitaliers de Vire et de Bayeux est issue du mouvement de désinstitutionnalisation sectoriel qui a vu un certain nombre de secteurs rattachés aux hôpitaux généraux. Sans politique globale, relevant du coup par coup, ce rattachement de secteurs s'est, souvent, réalisé dans des conditions difficiles avec peu de moyens, des conflits idéologiques forts et un environnement MCO méfiant. Les conditions objectives de rattachement, l'action des individus et leurs orientations thérapeutiques aboutissent, à partir d'un socle commun, à des pratiques et des résultats disparates même si les modalités structurelles de rattachement d'un secteur unique à l'hôpital général continuent de fragiliser le dispositif.

Partageant avec Bayeux le même souci de désinstitutionnalisation, les conditions objectives de Vire facilitent l'intégration de la discipline. Sans concurrence avec le MCO, la psychiatrie viroise, du fait de son poids, des effectifs dont elle dispose, a pu, à la fois, se poser en partenaire des autres disciplines et poursuivre sa politique de désinstitutionnalisation. À partir de capacités et de moyens plus faibles, la diminution de nombre de lits opérée par le secteur du Bessin a fragilisé le dispositif, l'empêchant de poursuivre son mouvement vers l'ambulatoire. Toutefois, Bayeux, contrairement à Vire, ne rencontre pas, du fait de sa situation géographique privilégiée, de difficultés de recrutement médical.

La promotion d'une psychiatrie sociale et communautaire, facilitée par des effectifs plus conséquents, constitue une autre différence. La psychiatrie viroise apparaît comme un réel modèle d'adaptation de l'offre de soins pour une réponse optimale aux nouvelles demandes adressées à la discipline.

Et pourtant, dans un cas comme dans l'autre, le trait marquant de cette psychiatrie à l'hôpital général réside dans sa fragilité.

Les équipes médicales et, en particulier, leurs chefs de services sont épuisés. Le départ à la retraite des pères fondateurs du secteur (cela vaut surtout pour Vire) risque de signer la fin de l'expérience. Les équipes soignantes qui ne bénéficient, ni des supervisions ni des formations, ni d'échanges suffisants avec d'autres équipes psychiatriques, ne peuvent pas investir les nouvelles modalités de soins. La gestion des ressources humaines (mobilité insuffisante des personnels entre l'intra et l'extra, prise de poste au lieu de résidence administrative et non sur le lieu de travail) accentue cette impression d'une psychiatrie parfois figée dans ses acquis.

L'autre dénominateur commun réside dans l'incapacité (et cela s'avère d'autant plus inquiétant dans le cas de Vire qui ne ménage pas ses efforts pour l'éviter) à supprimer la pression sur les lits.

Alors que Vire et le Bessin constituent des zones plutôt rurales où les phénomènes de banlieue, la dissociation des liens sociaux et familiaux, les addictions (alcool et drogue) s'avèrent moins prégnants que dans les mégapoles, les phénomènes de violence, le recours à l'agir mettent en difficulté les meilleurs modèles de désinstitutionnalisation (Vire), laissant pendante la question du nombre de lits nécessaire pour répondre à cette inflation quantitative et qualitative de la demande.

Le soutien par les autorités de tutelle, mais aussi par le CHS, de ces secteurs s'avère particulièrement important, non seulement pour les populations et les établissements concernés mais, bien davantage, encore, par le caractère emblématique de ces implantations à l'hôpital général dont l'éventuel échec renforcerait l'opposition à la priorité que constitue la délocalisation des secteurs de Lisieux et de la Côte Fleurie.

F/ 3. LA PSYCHIATRIE AU CHU

En ne produisant pas les informations relatives aux différentes unités du centre Esquirol, le système d'informations pénalise le service, interdisant toute identification de l'activité et des moyens des fonctions assumées par le service. L'ébauche d'une comptabilité analytique des trois fonctions exercées constitue l'indispensable premier pas à la connaissance et à l'éventuel renforcement des moyens, voire des capacités, souhaités.

Le dialogue et la promotion d'activités intersectorielles avec les autres partenaires institutionnels constituerait une seconde étape. Le projet adolescents ou encore celui de l'unité fermée, pour intéressants qu'ils soient, ne peuvent trouver de solution dans le seul CHU mais bien davantage dans le cadre territorial de la communauté urbaine voire du département comme l'y invite la nouvelle planification hospitalière (ordonnance dite de simplification administrative du 6 Septembre 2003, projet de circulaire relative aux SROS de troisième génération, rapport Cléry-Melin).

Les décideurs du CHU semblent se situer, pour partie, dans ce mouvement. Le champ de la discipline psychiatrique (en dépit des orientations cliniques du service qui partage la sémiologie du MCO), ses modalités de fonctionnement, l'image qu'elle renvoie (malades vécus comme perturbateurs et infirmiers comme revendicateurs), sa relative richesse médicale dans un CHU faiblement médicalisé, l'isolement du secteur, la marginaliseraient au sein du CHU, l'excluant ainsi des priorités budgétaires de l'établissement en dépit d'incontestables services rendus au MCO par le biais des urgences et de la liaison et en dépit des priorités de santé publique qu'elle représente.

La Direction Générale déclare soutenir cette discipline tout en s'étonnant qu'elle ne relève pas, dans sa globalité, du CHS du Bon Sauveur, source de redéploiement des moyens départementaux. Toutefois, le développement de la discipline dans un cadre inter-institutionnel et territorial n'est pas acquis pour autant.

La MNASM a poursuivi son approche par l'organisation de tables rondes avec les différents acteurs du monde sanitaire mais aussi médico-social et social avant de formuler des propositions.

G/ La Nouvelle-Calédonie

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a été saisie par le gouvernement de Nouvelle-Calédonie pour l'aide à l'élaboration du projet d'établissement du CH spécialisé de Nouville.

Rappelons que ce dernier représente la seule possibilité institutionnelle concernant l'offre de soins en psychiatrie sur l'ensemble calédonien.

La Mission a rappelé la nécessaire élaboration d'un SROS (ici STOS de santé mentale) permettant l'élaboration d'une politique globale multipartenariale et multifocale dans laquelle le projet s'inclurait mais qui, actuellement, est manquante.

L'élaboration du projet s'est fait sur place par le croisement des travaux, des groupes thématiques de réflexions, l'approfondissement et l'enrichissement de ces réflexions grâce aux données disponibles localement. Un soutien constant par Internet constitue un travail utile pour l'élaboration et la finalisation du projet. Rendus nécessaires du fait de la distance, le temps passé sur place étant limité, ces contacts permettent une construction dans la durée et une expertise à distance. Ce dossier est considéré comme toujours en cours par la Mission Nationale.

H/ UMD Bretagne

L'expertise de la MNASM a été sollicitée par l'ARH de Bretagne pour aider à la mise en place d'une UMD en centre Bretagne.

La création d'une UMD en Bretagne, déjà mentionnée dans plusieurs rapports (Zambrovsky, Fuchs-Barré, Massé) compte tenu de la saturation des quatre unités existantes et de la nécessité de desservir l'Ouest de la France, a été réactualisée lors de l'élaboration du SROS de Bretagne.

Le choix du CH Plouguernevel, comme site d'accueil de cette structure, proposé par la MNASM, lors d'une de ses missions, a été acté lors d'une rencontre entre la DHOS et les trois ARH de Basse-Normandie, Bretagne et des Pays de Loire. Le promoteur a déposé un projet qui nécessitait d'être amélioré avant sa concrétisation.

Un groupe de travail réunissant des représentants et experts des régions concernées, la MNASM et ses experts représentants des UMD, s'est fixé pour mission de construire le projet médical de l'unité, déterminer la capacité adéquate, définir les articulations nécessaires avec les secteurs psychiatriques et intégrer dans le projet architectural les différentes contraintes d'une telle unité.

La Mission a retravaillé avec ses experts le projet médical qui a été accepté par l'ensemble du groupe de travail. D'autres réunions se tiendront afin de préciser le projet architectural et l'articulation de cette UMD avec les secteurs. Le dossier devrait être terminé pour la fin mai 2004.

III/ communication, enseignement, et formation

A/ "Pluriels" et la communication de la MNASM

A/ 1. "PLURIELS" EN 2003

De février 2003 à janvier 2004, "Pluriels" a publié 5 numéros, dont deux numéros doubles (soit un ensemble de 72 pages équivalent à neuf numéros de huit pages).

Deux de ces cinq numéros ont exprimé des prises de position de la MNASM : "L'organisation de la santé mentale en Haute-Garonne" n° 36/37 et "Les réflexions de la MNASM sur le rapport Clery-Melin" n° 41.

- ✓ N° 35 (février 2003) - 8 pages - **Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques: 10 ans après**

Une révision des missions des CDHP

Les Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques ont été créées par la loi du 27 juin 1990 en vue d'examiner la situation des personnes hospitalisées pour troubles mentaux et contrôler les hospitalisations sous contraintes. Leur composition a été renforcée par la loi du 4 mars 2002. Elles comportent maintenant 6 membres, 2 psychiatres, 1 magistrat, 2 représentants d'associations agréées de malades et des familles, 1 médecin généraliste.

Leur quatrième journée nationale en novembre 2002, a marqué une nette volonté de conseiller des tutelles.

Ce mouvement des CDHP illustre la volonté de certains membres des commissions, de participer plus effectivement à la mise en œuvre des objectifs qui leur sont confiés.

L'augmentation des hospitalisations sous contrainte a suscité une demande de modification de la procédure émanant à la fois de l'ADESM et de la FHF.

Ce numéro 35 de "Pluriels" souligne la nécessité de mettre à la disposition des missions confiées par le législateur aux commissions des moyens à leur hauteur.

- ✓ N° 36/37 (avril - juin 2003) - 16 pages - **L'organisation de la santé mentale en Haute-Garonne** : Un site d'urgence intégré, quatre pôles d'hospitalisation, plus d'ambulatoire.

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a présenté, le 25 février dernier, aux différents acteurs de la santé mentale de la Haute-Garonne, le rapport qui lui avait été demandé, en septembre 1999 et lui avait été confirmé, après l'explosion de l'usine AZF, en décembre 2001, par l'ARH Midi-Pyrénées.

Ce rapport, dont nous publions dans ce numéro une large synthèse, propose que la réorganisation du système de santé mentale en Haute-Garonne s'articule autour de trois idées-force : un développement de la prise en charge ambulatoire s'appuyant sur un dispositif d'urgence intégré et gradué, une nouvelle répartition en quatre pôles d'hospitalisation de proximité et une coordination entre les hôpitaux publics (CHU de Toulouse et CH Gérard Marchant) et les cliniques privées qui, avec plus de 1000 lits, représentent 10% des capacités totales de la psychiatrie privée en France.

Ce numéro 36 de "Pluriels" présente, à la suite de la synthèse du rapport, les réactions des acteurs concernés.

- ✓ **N° 38** (septembre 2003) - 12 pages - **Santé Mentale : les travaux de la DREES et de la MIRE**. Un pont entre le soin et le social

La DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), créée en 1998, est une direction commune au Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées et au Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité. La DREES et la MIRE (Mission de la Recherche en liaison avec le Ministère de la Recherche), qui lui a été rattachée, sont idéalement situées pour servir de pont entre les aspects du soin et ceux de l'action médico-sociale et sociale et donc, dans le domaine de la santé mentale, pour examiner et confronter les initiatives et les efforts des professionnels du soin et ceux des sciences humaines, dans le meilleur intérêt des usagers et des citoyens.

Ce numéro 38 / 39 de Pluriels, mis en œuvre, sous l'autorité de la Directrice de la DREES a pour objet de mieux faire connaître les travaux qui prennent, chaque année, plus d'ampleur, en vue de constituer un système fiable d'informations en santé mentale et de conduire des recherches qui doivent permettre une adaptation dynamique des structures et des professions en faisant connaître l'évolution de besoins.

- ✓ **N° 39/40** (novembre - décembre 2003) - 24 pages - **La santé mentale des personnes âgées**. L'âge et la santé mentale.

Les effets de la canicule ont attiré l'attention sur la fragilité du grand âge. Cette fragilité n'est pas seulement physique, elle est aussi mentale. C'est dans cette conviction que nous avons demandé à "*L'office Aquitain de recherches, d'études, d'information et de liaison sur les problèmes des personnes âgées*", de bâtir, avec nous, un numéro de "Pluriels" sur l'aspect social et médico-social des troubles mentaux de l'âge. Ce numéro n'a pas la prétention de couvrir l'ensemble de la problématique de ces troubles et nous avons l'intention de le faire suivre d'un autre qui s'intéressera, plus précisément, à la place de la psychiatrie dans la prise en charge de la santé mentale des vieillards. Mais, dès à présent, il attire l'attention sur le fait que la santé mentale est, chez les personnes âgées, la clef de leur santé générale. La solitude et l'abandon ou elles sont reléguées ou elles se relèguent elles-même, majorent dangereusement les atteintes qu'elles subissent et, principalement, les dépressions où la dépréciation de soi. D'où l'importance ici soulignée, des réseaux de proximité et de la formation de leurs professionnels, la nécessité de protéger l'individu en le respectant afin de lui conserver ou de lui rendre le juste souci de soi, sans lequel la vie perd son sens, et de réveiller notre société au soin et à la considération due à l'autre, quelque soit l'âge auquel la médecine, la chirurgie et l'hygiène lui ont permis d'arriver.

- ✓ **N° 41** (janvier 2004) - 12 pages - **Développement de la psychiatrie et promotion de la santé mentale**. Le rapport d'étape de la Mission Cléry-Melin

/Pascal /Kovess. Les réflexions de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale.

Ce numéro de "Pluriels" est construit sur la connaissance préalable du rapport, il vise à apporter les éclairages et les réflexions de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale sur les propositions.

Le rapport se présente sous la forme d'axes prioritaires déclinés en plans d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale :

- organiser l'offre de soins de première ligne et sensibiliser le grand public,
- réduire les inégalités de l'offre de soins et favoriser l'efficacité, la proximité et la souplesse des soins grâce à des leviers innovants,
- développer la psychiatrie infanto-juvénile,
- spécifier la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées,
- réformer l'espace médico-judiciaire,
- développer la démarche qualité et les actions de formation,
- développer la recherche,

Cette forme présente l'avantage d'une cohérence entre les mesures proposées et les objectifs recherchés. Nous en partageons de nombreux points, opérationnels car relevant directement d'une politique de santé mentale, et d'autres points, même s'ils le sont moins directement, qui relèvent de politiques publiques. Pour ce qui concerne la partie hospitalière des propositions, certaines d'entre elles mériteraient d'être confrontées aux éléments de diagnostic de la situation actuelle relevés dans le rapport.

Un certain nombre d'indicateurs ou d'outils visant à mesurer le degré de mise en œuvre des actions proposées, leur contribution aux priorités fixées, ainsi qu'une plus ample argumentation sur le chiffrage des mesures ou leur source de financement seraient utiles.

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, qui a participé aux groupes de travail organisés par les rapporteurs, se doit de les remercier pour l'avoir conduite dans des réflexions plus approfondies sur la construction d'un système de Santé Mentale et sur la place de la psychiatrie dans ce système. La MNASM a pu ainsi élargir les domaines où son expertise est déjà reconnue.

A/ 2. LE SITE INTERNET DE LA MISSION

A la fin de l'année 2003, nous avons commencé la mise en place d'un site Internet, à moyens constants. Ce site, destiné à présenter la mission, son réseau de correspondants, les rapports publics et publiés, ainsi que les numéros de "Pluriels", devrait être accessible courant 2004. Il va favoriser et élargir la consultation des études sur sites, compléter et démultiplier le lectorat de "Pluriels", favoriser l'échange d'informations avec des professionnels issus de disciplines différentes et connexes.

Les membres de la mission, ainsi que le comité de rédaction de "Pluriels" étudient l'éventualité de créer, en plus de la revue actuelle, dans les mois à venir, un numéro diffusé uniquement par Internet avec une périodicité plus courte et un contenu moins orienté sur des analyses approfondies de thématiques particulières, délivrant plutôt des informations ponctuelles sur tout ce qui interpelle le champ de la santé mentale.

A/ 3. LISTE DES MEMBRES DU COMITE DE REDACTION

En 2003, les membres du comité ont été renouvelés

- ✓ Mme Ermatinguer Bauden Hausen, UNAFAM
- ✓ M. Christian Bonal, MNASM
- ✓ Mme Carole Festa, MNASM
- ✓ Mme Finkelstein, FNAPSY
- ✓ Docteur Jean Furtos, Praticien Hospitalier
- ✓ Docteur Catherine Isserlis, CH de Versailles, Hôpital Richaud
- ✓ M. Marcel Jaeger, Directeur de Buc-Ressources
- ✓ M. Alain Jourdain, Enseignant chercheur À l'ENSP
- ✓ Docteur Serge Kannas, MNASM
- ✓ M. Raymond Lepoutre, MNASM
- ✓ Mme Martine Mandopoulos-Clemente, Directrice adjointe du CH D'Arpajon
- ✓ M. Jean Claude Mie, Directeur de L'EPS de Perray-Vaucluse
- ✓ M. François Mousson, Infirmier général ASM 13
- ✓ Docteur Éric Piel, Praticien hospitalier
- ✓ Mme Sarah Saragoussi, Chargée de mission, EPS Maison Blanche
- ✓ M. Rémy Seguin, Chargé de communication au CH Esquirol

B/ Enseignement/formation

Nous avons achevé l'accompagnement et l'encadrement de Raphaël Schwob, interne de santé publique adressé par l'ARHIF, qui vient de soutenir sa thèse de médecine sur les urgences psychiatriques en Île de France.

Nous avons encadré le stage du Docteur Hisashi Wada, psychiatre japonais qui a passé un an au sein de notre équipe. Il a participé à de nombreux groupes de travail, aux interventions à Bordeaux et dans les Ardennes, comme à des visites sur site plus ponctuelles. Son stage s'est achevé par la rédaction d'un mémoire sur "*Les évolutions récentes de la santé mentale au Japon, comparaison avec la situation française*".

Le Docteur Serge Kannas a continué notre séminaire de sensibilisation à l'approche systémique et à la thérapie familiale, avec les docteurs Guillibert et Robin, à l'Hôpital Européen Georges Pompidou, pour les internes en psychiatrie franciliens, séminaire ouvert aux autres professions.

Nous avons été invités au congrès de l'UNAFAM à Versailles et à celui concernant la réhabilitation psychosociale à Angers, à Moulin-Yzeure à une journée concernant les patients psychotiques et leur famille.

Nous avons animé une soirée concernant l'épistémologie, l'éthique et la pratique de l'urgence psychiatrique au Collège de Philosophie de la Sorbonne (responsable : Professeur Detraz).

Nous avons été invités, à l'IFSI du CHS de Paul Guiraud Villejuif pour évoquer les aspects structurels et de formation dans les situations de violence et d'insécurité dans les services d'urgence et de psychiatrie.

Nous sommes intervenus au Conservatoire National des Arts et Métiers (responsable : Professeur J. de Kervasdoué) pour parler de psychiatrie et de santé publique. Nous avons participé à une journée du GRAPHE à Esquirol sur le thème : urgences, territoires, continuité des soins, etc.

Nous avons participé à des interventions auprès d'organismes de formation des infirmiers, psychologues, éducateurs (ERAP...).

Exceptionnellement, nous avons été invités à Liège (Belgique) pour parler d'intervention d'urgence et de crise à des professionnels non médecins : travailleurs sociaux, psychologues et éducateurs, dans le cadre d'une aide au travail communautaire.

Nous sommes sollicités, actuellement, pour coordonner l'appui technique à une équipe de psychiatrie grecque, à Salonique, sous l'égide du Ministère grec de la santé, avec des équipes françaises de Gap et de Marseille, dans le cadre de l'aide à l'implantation d'une équipe mobile de psychiatrie intervenant au domicile.

C/ L'ENSP

Comme chaque année, les contacts institutionnels entre l'École et la Mission ont donné lieu à deux grandes actions.

- ✓ Une action de formation continue étalée sur trois journées faisant appel à des professionnels différents et d'horizons variés, pour mettre en exergue la diversité des problématiques de santé mentale (à ce titre le bureau de santé mentale de la DGS est régulièrement sollicité sur l'aspect programmation).
- ✓ Une action de formation initiale des élèves inspecteurs, médecins inspecteurs, élèves directeurs d'hôpitaux, apportant une sensibilisation aux questions de santé mentale, tant au niveau institutionnel que des pratiques soignantes et/ou administratives. Cette formation donnant lieu à la correction de mémoires et à des tutorats d'élèves.

D/ La participation au D.U.

Nous avons participé, comme chaque année, à des séances d'enseignement dans le cadre du DESU de Paris VIII à propos de la thérapie familiale, de l'intervention d'urgence psychiatrique et de crise ; à l'enseignement du Professeur Raynaud (DIU) à propos de psychiatrie et Santé Publique.

IV/ Autres activités

A/ Pré-projet expérimental de télé-psychiatrie

À la demande et sous la direction de l'ARH de Haute-Normandie, dans la suite des recommandations exposées par la Mission à propos des problèmes de démographie médicale en milieu rural et dans le département de l'Eure en particulier, le Docteur Serge Kannas a participé à la réflexion visant à mettre en place un projet expérimental de télé-médecine appliqué à la psychiatrie.

La France est l'une des initiatrices de la télé-médecine. Pourtant, celle-ci a peu, voire très peu, irrigué la psychiatrie française, sauf dans un contexte sporadique de formation au bénéfice des professionnels, académique ou non, favorisé par quelques universités, sociétés savantes ou laboratoires pharmaceutiques.

Les seuls exemples opérationnels, pour la psychiatrie, concernent des pays étrangers qui s'y sont engagés pour des raisons de développement et d'innovation technologique, de contraintes liées à l'immensité de leur territoire, d'une très faible densité de professionnels spécialisés par rapport à la population, poussant à une rationalisation extrême de la ressource rare, ou du fait de la combinaison de plusieurs de ces paramètres : États-Unis, Canada, pays scandinaves, Australie, Nouvelle-Zélande, Afrique, etc.

Dans tous ces pays, on retrouve à l'origine, davantage d'exemples d'une assistance aux professionnels de première, voire de deuxième ligne que d'accès direct des patients, et d'utilisation du téléphone plutôt que de la vidéo-consultation. On peut supposer que la rareté de l'utilisation en routine de la télé-médecine psychiatrique, en France, repose sur des obstacles de plus en plus faiblement techniques ou matériels et de coût mais qui sont, également, culturels, éthiques, déontologiques, juridiques, cliniques et idéologiques. Le caractère spécifique et déterminant du *dialogue singulier* en psychiatrie ne laisse pas place à l'hypothèse de la présence *non physique* d'un praticien consultant alors même que de nombreux psychiatres ont fait l'expérience positive, avec le réseau de soins primaire, les patients et leur famille, d'une régulation téléphonique systématique voire d'une intervention intensive au téléphone, y compris dans des contextes d'urgence et de crise.

L'exercice de la psychiatrie en France est exposé, de plus en plus, aux trois paramètres qui poussent à l'utilisation de la télé-médecine :

- ✓ la France dispose d'un fort potentiel de réalisation et de développement dans le domaine de la communication. Elle est l'un des pays les plus performants au monde dans ce domaine et l'un des plus anciens dans sa tradition d'applications à la médecine. Elle est inscrite, très largement, dans le progrès technologique qui élargit, dès maintenant, les possibilités, en particulier de transmission fiable, de bonne qualité, confidentielle et sécurisée, de données de son et surtout d'image, par toutes les formes d'accès à Internet à haut débit. Le coût baisse, à niveau constant et l'installation, le fonctionnement et la maintenance sont acceptables et, de plus en plus, économiquement intéressants si l'on

compare le coût de la présence matérialisée, ou dématérialisée, d'un professionnel spécialisé ;

- ✓ les logiques d'inégalité territoriale s'imposent impitoyablement et l'exode rural, l'urbanisation croissante, l'installation quasi exclusive des spécialistes au sud de la Loire et dans les grandes villes amplifient et renforcent ces inégalités et la distance à parcourir pour accéder au spécialiste ;
- ✓ la démographie déclinante, planifiée ou non, des psychiatres, sans organisation en bon ordre de cette rétraction quantitative via une substitution éclairée et préparée par une formation appropriée à partir des métiers non médicaux de la psychiatrie ou de la santé mentale, laisse encore certes, en théorie, d'importantes marges de manœuvre. En réalité, ces phénomènes de déclin démographique sont déjà à l'œuvre, de façon ancienne, ou vont le devenir rapidement, dans les zones rurales, à la périphérie des grandes agglomérations urbaines (cf. les régions de Haute-Normandie, Centre, Picardie, Champagne-Ardenne et même à la grande périphérie de la région Île de France, liste non exhaustive susceptible de s'accroître considérablement). Dans ces parties de région, la combinaison de ce que nous venons de rappeler peut devenir dévastatrice pour toute planification de santé publique en psychiatrie et rompre irréversiblement avec le principe d'équité dans l'accès aux soins.

Il devient, dès, lors intéressant, important, nécessaire et légitime d'étudier, de façon expérimentale, dans un délai à la fois significatif et limité (12 à 24 mois, précédés et suivis d'un semestre de préparation et d'évaluation), *la faisabilité générale d'un travail de télé-médecine en psychiatrie*, sous tous ses aspects possibles : faisabilité technique et matérielle, coût, contraintes cliniques, éthiques ; acceptabilité par les usagers et partenaires, difficultés juridiques, déontologiques et réglementaires ; analyse des aléas, incidents de toute nature, évaluation de l'efficacité thérapeutique comparée empiriquement à la pratique clinique ordinaire, et enquête de satisfaction auprès des différents utilisateurs. Il est normal que ce projet implique une région qui est déjà, particulièrement et gravement, exposée au problème d'accès aux spécialistes : la Haute-Normandie.

Il s'agirait d'insister en priorité sur le *travail effectué par des psychiatres consultant à distance du lieu de présence physique des clients*.

Le contenu de ce travail serait double, programmé et non programmé :

- ✓ dans le cadre d'un travail programmé, il s'agirait d'effectuer des consultations directes auprès de patients et de leur famille demandeurs, acceptant ou autorisant ce mode de relation. Il pourrait s'agir d'une consultation unique d'évaluation, de conseil ou de relais mais également, pour étudier la faisabilité et les difficultés, d'un travail thérapeutique au plus long cours permettant d'évaluer un certain degré de suivi sur plusieurs mois. Ce travail pourrait concerner, également, des professionnels du secteur public ou privé, des structures de soin ou sociales, pour leur permettre d'accéder, dans un délai raisonnable, à un avis spécialisé. Le lieu où se rendraient les utilisateurs pourrait être un CMP ou un lieu sanitaire non spécifique mais facile d'accès : consultation hospitalière, par exemple. Sous réserve d'une réflexion ultérieure, les enfants ne seraient pas inclus dans ce travail.
- ✓ dans le cadre d'un travail non programmé, il s'agirait d'étudier la faisabilité et les aléas d'un couplage permanent entre un service d'urgence d'hôpital général, à Évreux ou à Vernon, par exemple, et un service d'urgence psychiatrique fonctionnant 24/24, (l'unité

ÉRIC, à l'EPS Charcot, dans les Yvelines), au double niveau clinique et de l'assistance aux professionnels, en temps réel.

Pour le fonctionnement, l'organisation et le coût, des rencontres préparatoires seraient organisées entre les consultants extérieurs et les partenaires locaux pour présenter le projet, définir l'acceptation des principes, négocier les modalités et obtenir les autorisations et les collaborations nécessaires, médicales, paramédicales, administratives, des pouvoirs publics, ordinales, etc.

Deux sites seraient retenus dans l'Eure, l'un pour le travail programmé (cf. infra), impliquant une liaison discontinue avec les consultants et une négociation sur la gestion des intervalles entre les consultations, l'autre, comportant une liaison continue, pour l'urgence. De trois à cinq sites seraient retenus pour les consultants extérieurs dont l'un sur ÉRIC au CHS Charcot (Plaisir 78), un ou deux à Rouen, et deux à Paris.

Sept praticiens seraient retenus pour tenter cette expérience, cinq à Paris et deux à Rouen (pour impliquer la région et les partenariats), qui y consacraient deux heures tous les quinze jours sur toute l'année pendant un à deux ans), 28 heures médicales effectives mensuelles, ou sept heures par semaine seraient mises à disposition, sans compter la gestion de l'équipe ÉRIC, médicale et paramédicale. Tous les praticiens possèdent une expérience clinique approfondie et ancienne, l'habitude du travail en réseau, d'évaluation et des contextes d'urgence et de crise. En même temps, la diversité de leurs approches cliniques et thérapeutiques est indispensable pour ne pas influencer, par elle-même, le dispositif, même si le sens du service public et leur goût pour l'innovation/expérimentation les réunit.

À l'issue de l'expérience, une évaluation de l'impact sera entreprise et publiée, portant sur la faisabilité, le coût, les avantages, les inconvénients, les limitations voire les risques de l'expérience.

Les coûts comportent : personnel, équipement et fonctionnement, ce dernier budget étant le plus élevé. Compte tenu du temps passé en consultations, réunions sur place, réunions de travail et rencontres, l'équivalent d'un temps plein annuel d'assistant spécialisé pourrait être mis à la disposition de la structure pivot, à répartir (EPS Charcot, ou Ste-Anne, ou autre) pour compenser le temps médical utilisé. Coût : 53.400 euros par an. Équipement : huit sites à équiper d'un téléviseur et d'un ordinateur comportant, entre autres, webcam et micro. Coût maximum : $4000 \times 8 = 32.000$ euros. Ce coût pourrait être diminué car certains sites sont déjà équipés, en grande partie, et le matériel est réutilisable. Fonctionnement : coût de la liaison Internet à haut débit, permanente, entre l'EPS Charcot (ÉRIC) et un site de l'Eure, coût de la même liaison, dix heures par semaine sur toute l'année, entre les sites de l'Eure, de Rouen et de Paris. Coût de la préparation technique et de la maintenance. Coût de la documentation : 8.000 euros une fois, coût des rencontres avec des équipes étrangères ayant développé cette pratique : 15.000 euros une fois. Coût d'une assurance professionnelle spéciale des établissements et des praticiens pour couvrir le sur-risque en responsabilité civile.

À la date de la rédaction de ce rapport, l'ARH et l'État peuvent s'engager financièrement sur un projet simplifié, la collaboration d'un secteur de psychiatrie de l'Eure est obtenue, dont le praticien responsable serait chef de projet, ainsi que celle de psychiatres du CHU et de Sotheville, et des parisiens. Quatre sites seraient retenus, deux à Louviers (Eure), deux à Rouen, un à Paris. L'urgence ne serait pas incluse dans un premier temps.

V/ Considérations générales concernant l'évolution de la santé mentale aujourd'hui

A/ La psychiatrie générale

A/ 1. REMARQUES GENERALES

Pour l'essentiel, les remarques générales et les thèmes transversaux abordés lors de notre dernier rapport demeurent d'actualité. Il est apparu nécessaire d'approfondir certains de ces thèmes tout en abordant d'autres.

Ce rapport est l'occasion de nous interroger avec nos commanditaires sur les obstacles ou les dilemmes qui grèvent une évolution positive du système de santé mentale, ainsi que sur notre place et la pertinence de nos interventions, sur site ou auprès de nos interlocuteurs que nous accompagnons et/ou qui nous pilotent.

La crise de la psychiatrie, depuis de nombreuses années, est une crise de sens. Elle rejoint la crise du système sanitaire, les transformations profondes des besoins et des représentations sociales comme de la société.

C'est, également, une crise de l'adéquation qualitative et quantitative de ses ressources humaines qui persiste.

L'ébranlement actuel de l'appareil hospitalier, pour des raisons analogues à celles qui affectent la psychiatrie, amplifie le phénomène, car cette dernière y est institutionnellement rattachée mais, aussi, en raison du poids de la part hospitalière dans son offre.

S'y ajoute, pour des raisons spécifiques, la crise plus particulièrement hospitalière de la psychiatrie : augmentation des admissions, saturation des taux d'occupation dans les zones urbaines, montée inexorable du taux de patients hospitalisés sous contrainte, accroissement des événements de violence et de l'insécurité, persistance du maintien dans l'hospitalisation, un jour donné, d'un tiers de patients hospitalisés à l'année, etc. Comme en ont témoigné les États Généraux de la Psychiatrie à Montpellier, tout ceci replace l'hospitalisation et les besoins des institutions au cœur des débats alors que ces derniers devraient concerner le développement de l'ambulatoire et les besoins des patients, même s'il peut paraître facile d'opposer les uns aux autres.

Malgré la prudence affichée par les associations de patients et de familles et leur revendication d'une hospitalisation accessible, respectueuse des besoins et de la dignité des personnes, c'est vers l'ambulatoire que converge l'essentiel des attentes et des manques constatés. Le combat de l'UNAFAM pour la reconnaissance du handicap psychique en est une illustration remarquable.

Comme pour toutes les crises lorsqu'elles ne sont pas résolues et durent, les questions persistent et s'accumulent. Certains événements, pour aussi limités qu'ils semblent être,

développent un écho médiatique traduisant une résonance particulière car, à travers eux, c'est bien une crise faite d'attentes et de représentations qui se laisse percevoir plus ou moins confusément. L'accumulation et la persistance des interrogations suscitent, également, la demande de rapports. Le Ministre de la Santé a confié une telle tâche à Philippe Cléry-Melin, aidé par Jean-Charles Pascal et Viviane Kovess. Le rapport d'étape qu'ils viennent de remettre développe la problématique de la psychiatrie et de son environnement.

C'est pourquoi il a semblé utile que notre rapport d'activité, comme chaque année, prolonge concrètement les interrogations provoquées par nos interventions sur site, dans leur actualité et avec le recul et la responsabilité que nous confère, une certaine expérience. Ce rapport a été enrichi par les échanges et les élaborations permises par nos rencontres régulières avec les représentants des bureaux des trois directions (DGAS, DGS, DHOS) comme celles avec les ARH et les services déconcentrés de l'État.

Nous avons élargi notre propos à nos commentaires induits par le rapport Cléry-Melin. Nous sommes en accord avec de nombreuses propositions directement opérationnelles car dépendant directement d'une politique de santé ou de santé publique concernant la psychiatrie. Ces propositions impliquent une hiérarchisation appelant à des choix ou à des priorités, quant aux conditions d'existence ou de provenance de ressources nécessaires. Son opérationnalité, dépend de politiques publiques de santé, souvent non exclusivement psychiatriques, ou en interface avec le champ sanitaire et interministériel (Famille, Handicap, Exclusion, Éducation Nationale, Justice, Intérieur, etc.).

Enfin, nous différons, sur certains points de l'analyse des rapporteurs ou de leurs choix, inducteurs implicites de stratégies. Nous insistons davantage sur ce qui, selon nous, pose problème et fait débat.

A/ 2. UN CONTEXTE EN PLEINE EVOLUTION

A/ 2.1. L'évolution des thérapeutiques

Depuis les années soixante, la psychiatrie française, comme la plupart de ses homologues étrangères dans les pays développés, a rompu avec l'enfermement asilaire et la ségrégation des malades mentaux. L'offre thérapeutique est devenue principalement non hospitalière : 75% des files actives sont *ambulatoires* dans le secteur public ou assimilé, bien davantage si l'on ajoute aux cliniques la pratique libérale de consultation (50% des 13.000 psychiatres français), sans compter l'exercice ambulatoire non répertorié de nombreux psychologues non hospitaliers et de psychothérapeutes de toute appartenance.

A/ 2.1.1. La place des psychothérapies

Cette transformation extrêmement profonde des contextes de traitement a modifié, en retour, les pratiques et les traitements eux-mêmes. L'exercice de la psychothérapie¹ a pris

¹ Nous nous référons à une définition très proche de celle que comporte le rapport Cléry-Melin : il s'agit d'interventions ou d'actes relationnels, s'appuyant sur des mécanismes psychologiques aux formes et à partir de modèles multiples, utilisant des techniques suffisamment standardisées et éprouvées à partir d'évaluations, structurées dans le temps et susceptibles d'obtenir des résultats, inscrites dans un contexte de soins ou de santé, défini et reconnu comme tel au regard d'une réglementation publique.

toute sa place dans cette transformation, dans le secteur public mais non uniquement, car les conditions de la *rencontre intime* entre praticien et patient se sont transformées. La *forme et le sens* de la clinique, y compris pour les maladies mentales graves, s'en sont trouvées profondément modifiées, et la *prédominance ou le quasi-monopole des traitements chimiothérapeutiques* dans la thérapeutique en général doivent être relativisés.

En même temps, si ce dernier point concerne presque exclusivement le métier de médecin comme prescripteur, ou de spécialiste qu'est le psychiatre, l'exercice de la psychothérapie *n'est pas son apanage*. Ceci interroge le rôle respectif des psychiatres et des autres métiers intervenant en santé mentale, au moment où le nombre de psychiatres va diminuer, dans une évolution où, malgré les apparences, la part des traitements proposés et nécessaires devient de plus en plus psychothérapeutique ou encore, pour le formuler autrement, moins dédiée, proportionnellement, aux psychotropes.

On assiste à un double mouvement contradictoire : d'un côté la demande de psychothérapie ou d'écoute qualifiée (au sens où elle nécessite un savoir-faire particulier obtenu par un apprentissage codifié, qui ne peut se confondre avec la qualité basique et humaine d'empathie) ne cesse de croître. Elle n'a jamais été aussi élevée pour les raisons évoquées, ce qui peut nécessiter d'encadrer ce champ d'activité. De l'autre, les promesses de la chimiothérapie et de son contexte, la neurobiologie, la génétique moléculaire ou l'imagerie médicale, les neurosciences, n'ont jamais été autant considérées comme la seule source *sérieuse* de progrès en psychiatrie et autant l'objet de recherches et donc de financements appropriés, au moins au niveau international.

C'est pourquoi, la question de la psychothérapie représente un enjeu extrêmement important, à la fois comme participant, elle aussi, à l'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des soins et au maintien du caractère humain de la psychiatrie (et peut-être, au-delà, de la médecine et de la santé). C'est ainsi qu'il faut comprendre la résonance de l'amendement Accoyer et son parallèle dans le rapport Cléry-Melin. On mesure cet enjeu à travers l'évolution qui traverse la discipline.

Depuis le milieu du siècle dernier et la découverte de la paralysie générale (syphilis tertiaire du cerveau), les aliénistes, les neuropsychiatres, les neurologues puis les psychiatres et, enfin, les chercheurs, nous promettent régulièrement un "grand soir" neuro-bio-pharmacologique, qui n'est pas advenu. Il ne s'agit pas de minimiser, ici, l'apport considérable des neuroleptiques dans le traitement des psychoses, découverte d'ailleurs française (1952), mais de cerner mieux les limites actuelles du modèle anatomo-clinique puis biologique des maladies et des troubles mentaux dans les connaissances et les traitements, et d'éclairer son contexte.

A/ 2.1.2. Peut-on parler de désinstitutionnalisation en France ?

Il apparaît frappant de constater à quel point, pour beaucoup, l'année 1952 marque l'avènement d'une psychiatrie *vraiment* scientifique et le début des progrès déterminants de la discipline. La comparaison a souvent été effectuée avec l'émergence des traitements efficaces contre la tuberculose, quelques années auparavant, et avec leurs effets sur les patients et les institutions qui les accueillaient : les sanatoriums. Mais si ces derniers ont, quasiment tous, fermé leurs portes en quelques années, se reconvertissant d'ailleurs souvent en lieux psychiatriques, il n'en a pas été de même, pour les établissements psychiatriques, puisque la

question du devenir de concentrations hospitalières encore importantes continue à se poser en France, en 2004.

Le courant, international, de désinstitutionnalisation, s'est amorcé dans notre pays dès avant le début des années cinquante, à partir de la réflexion de psychiatres associant, dans l'humanisation de l'asile, une meilleure formation des gardiens qui n'étaient pas encore des infirmiers, l'utilisation de la psychanalyse et du milieu hospitalier comme outil thérapeutique, pour une remise en question radicale, au bénéfice des patients, des pratiques qui régnaient dans les institutions psychiatriques.

Ces réflexions professionnelles se sont inscrites dans l'évolution de la société : influence des mouvements droits de l'homme, traumatisme de l'expérience concentrationnaire pendant et après la guerre, analogies entre institution totalitaire et asile développées par la sociologie, etc. Ces mouvements ont suscité et amplifié, dans la plupart des pays développés, un regard critique sur l'hôpital psychiatrique et ses pratiques les plus directement ségrégatives². C'est ce double mouvement, professionnel et sociétal, que la découverte des neuroleptiques (1952) puis des antidépresseurs (1958) et des anxiolytiques (1960) a facilité et accéléré.

Pour se représenter cette évolution, on peut se référer à l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie et à la chute des DMS entre 1950 et 2000. Ces indicateurs, certes grossiers, apparaissent homogènes. Le nombre de lits est passé de 120.000 à 43.000 ce qui est moins, proportionnellement, que pour d'autres pays comparables, et a été obtenu plus tardivement. En 1950, la durée moyenne d'hospitalisation en psychiatrie publique était de 300 jours, de 240 jours en 1970, 18 ans après l'introduction des neuroleptiques, 12 ans après celle des antidépresseurs et 10 ans après celle des anxiolytiques. Elle devient de 60 jours en 1990 et tend vers 30 jours en 2000 et au-delà. L'évolution observée semble liée à l'impact de la mise en place d'un dispositif cohérent public (le secteur, avec des Centres Médico-Psychologiques sur tout le territoire) et privé (de 2.000 à 13.000 psychiatres pendant cette période, surtout après 1970), massivement équipé et plus accessible, prescrivant davantage de médicaments, dépistant mieux et prévenant également mieux les rechutes.

Le rôle de la loi d'orientation de 1975 en faveur des handicapés, si décriée par les psychiatres, a permis à de nombreux patients de quitter l'hôpital en leur permettant l'obtention d'une résidence extérieure. Il en est de même pour les indices de planification poussant à la diminution du nombre de lits. Les évolutions actuelles de la psychopharmacologie, pour intéressantes qu'elles soient et malgré leur notoriété, ne traduisent pas de nouvelle avancée. Elles ne sont pas plus actuellement le témoin, en dehors d'hypothèses de recherche non applicables directement, de découvertes déterminantes à propos des mécanismes pathologiques en cause dans le domaine des troubles mentaux ou de leur traitement.

A/ 2.1.3. Des combinaisons diversifiées

La progression de l'efficacité des thérapeutiques psychiatriques, depuis plus de cinquante ans, est liée à *l'existence de combinaisons diversifiées entre traitement médicamenteux et interventions non chimiothérapeutiques, psychothérapeutiques et psychosociales*. Ces dernières ne renouvellent pas seulement la compréhension des situations. Elles

² Cf. le film de Georges Franju (1959) : « La tête contre les murs ». On peut y ajouter « Shock Corridor » (1963) de Samuel Fuller et, plus près de nous, « Vol au-dessus d'un nid de coucou » (1975), de Milos Forman.

contribuent à humaniser les pratiques, à favoriser l'alliance thérapeutique avec le patient et son entourage, à améliorer l'observance médicamenteuse, à soutenir et accompagner les familles, etc. Cette combinaison diversifiée n'exerce donc qu'un effet palliatif. Elle induit un effet majeur, évalué, sur la détection précoce, la prévention des rechutes, la fréquence et la durée des hospitalisations, le fardeau des proches. Elle retentit, positivement, sur l'équilibre entre temps de maladie et temps de normalité, à laquelle elle contribue à donner davantage de place, à la satisfaction et la qualité de la vie du patient et de son entourage³.

A/ 2.2. De la psychiatrie vers la santé mentale, les conséquences de la désinstitutionnalisation

Les demandes ambulatoires augmentent et concernent, non seulement, des maladies mentales au sens classique du terme (psychoses, troubles de l'humeur, etc.) mais aussi des troubles mentaux, nébuleuse des "crises" et des "états limites"⁴ avec, pour conséquence, l'émergence d'une psychiatrie dont la clinique, l'éthique, l'organisation et les modalités de réponses sont de moins en moins coupées et différenciables du contexte micro et macro social dans lequel les symptômes se manifestent et se maintiennent.

A/ 2.2.1. Une évolution des demandes

Les demandes des patients deviennent de plus en plus bruyantes, agies, exigeant une immédiateté de la réponse se traduisant par l'urgence médicale ou sociale, dans des lieux et à des moments très différents de la consultation classique. Elles sont souvent « *impossibles* », contradictoires, demande et refus à la fois, ou refus malgré le caractère intense ou extrême de la symptomatologie. La personne qui souffre n'est pas nécessairement celle qui présente les symptômes, ni même celle qui demande⁵. L'atténuation des comportements aigus ou de crise obtenue, une fois apaisés ou contrôlés par la chimiothérapie, demeure la nécessité du suivi des troubles ou des pathologies, envisagés dans une perspective holistique. La chimiothérapie n'est pas efficace dans un tiers des états dépressifs ou psychotiques et, en particulier, dès que se posent des problèmes de comorbidité complexes, de nosographie ou de compliance.

Ceci suppose que des stratégies *non chimiothérapeutiques* de clarification de la demande de la personne et de son environnement, d'alliance thérapeutique permettant un moindre déni des troubles et l'acceptation d'un traitement, soient des *préalables* et le *cadre continu* d'accompagnement de la cure ambulatoire des cas complexes, ne fût-ce que pour en rendre possible et rationnelle la partie de prescription qu'ils nécessitent.

La rupture, observée dans la pratique italienne à partir de la loi 180 de 1978, et les commentaires qu'elle suscite, rendent assez fidèlement compte de ces changements majeurs : « *la réforme psychiatrique, en réalité, a posé les conditions pour que se produisent de profondes transformations culturelles et opérationnelles. En libérant le malade mental de la ségrégation de l'asile, elle a créé l'exigence d'une rencontre plus intime avec les intervenants, elle les a mis en contact avec le lieu social où la souffrance naît et se manifeste. Cette réforme a induit une conception de la maladie mentale qui, au lieu d'être expulsée et*

³ Dixon, L. & Lehman, A. (1995) : *Family interventions for Schizophrenia*, Schizophrenia Bulletin, **21**, 631-643, et Mari, J. & Steiner, D. (1996) : *Effects of family interventions for those with Schizophrenia*, in Schizophrenia Module of the Cochrane Database of Systematic Review, n°3.

⁴ Kannas, S. (2003) : Crise de la Société, crise de la psychiatrie, dans le cadre de la journée de l'ASM XIII de 2002, in *L'information psychiatrique* (2003), volume 79, n°2, février, pp. 147-150.

⁵ Cf. Neuburger, R. (1992), *L'autre demande*, ESF éd., Paris.

mise à distance comme un accident de nature obscure, acquiert à nouveau la dignité d'un évènement douloureux dans l'histoire d'une personne, à réintégrer dans sa trajectoire existentielle et requérant, surtout, capacité de compréhension et d'écoute⁶ ».

A/ 2.2.2. Un problème de formation

Il en résulte que le psychiatre et son équipe sont, de plus en plus, confrontés à des situations dont ils reconnaissent davantage le lien avec le contexte social de la personne malade, et qui se présentent, de plus en plus, cliniquement intriquées avec ce dernier. Or le praticien n'est pas préparé et, en général, peu formé à cette évolution, aux outils et à la réactivité temporo-spatiale qu'elle nécessite. Il peut répugner à s'engager, craignant, à juste titre, d'être entraîné vers une « psychiatisation » du social, d'autant plus que, comme nous l'avons déjà évoqué, *les techniques médicales (diagnostic et prescription) sont moins opérantes, seules, dans ces contextes intriqués.* D'une façon générale, *la position de tous les intervenants se modifie.* Dans ces contextes de demande et d'intervention au plus près du lieu de vie des patients et d'émergence des situations de crise, «[les professionnels]... commencent à ressentir l'inadéquation de leurs outils habituels et à mûrir l'exigence d'acquérir de nouvelles compétences susceptibles de se mesurer aux nouvelles formes dans lesquelles ils se confrontent à la souffrance. La rencontre avec le malaise psychique dans le contexte où il naît impose qu'on ne peut pas seulement le gérer, le traiter ou le réduire au silence. On doit surtout le comprendre dans la plénitude de l'acceptation du terme. Il doit donc être accueilli et, en même temps, rendu à ses significations, reconnu comme partie intégrante des expériences vécues par la personne et de ses relations avec les autres. Voilà pourquoi [c'est nous qui soulignons] la psychothérapie se propose comme instrument privilégié pour un processus de cette nature et commence à être appliquée de façon diffuse au sein des services publics [de santé et du social] par des intervenants professionnels issus de métiers différents⁷ ».

Autre conséquence directe de la prédominance ambulatoire des réponses : en réduisant de façon très importante la fréquence, la durée et la proportion des traitements hospitaliers au sein de la thérapeutique en général, ce qui est positif, la psychiatrie a transféré, de fait, l'essentiel de la charge du soin du patient à sa communauté, au premier chef sa famille. Celle-ci est donc devenue, si elle n'a jamais cessé de l'être, l'aidant naturel de première ligne, de première intention, non seulement interlocuteur mais partenaire des soins à part entière, voire cothérapeute dans les cas les plus graves. Majoritairement, les psychiatres, les médecins, les autres intervenants, ont été peu formés à cette conséquence pourtant majeure⁸, ou renâclent à en tenir compte. Souvent ils la découvrent à leurs dépens ou à ceux des familles. Des interventions médico-psycho-socio-familiales, ou éco-systémiques, souvent appelées psychosociales ou psycho-éducatives, deviennent, ou le devraient, représenter des formes d'intervention psychothérapique complexe combinées avec les prescriptions, pour le traitement en routine des cas compliqués.

Simultanément, les intervenants rencontrent, de moins en moins, un malade durablement irresponsabilisé. Ils sont confrontés à une séquence de maladie où le patient continue d'être, en même temps, un sujet responsable, un citoyen, le membre d'une famille, d'une entreprise, d'un réseau social, même s'il est en crise avec ces derniers. Les professionnels doivent donc développer, s'ils veulent améliorer les soins ou les interventions

⁶ Onnis, L. (2004, à paraître): *La formation en thérapie systémique*, Thérapie Familiale, Genève-Paris.

⁷ Onnis L. (2004), idem.

⁸ Cf. le livre blanc de l'UNAFAM (2001).

qu'ils prodiguent, des outils nouveaux correspondant à un mode d'exercice et à des pratiques différentes, où le médical est en interaction constante avec le non médical⁹. L'action psychothérapique devient le cœur de l'intervention, que des médicaments soient, ou non, prescrits.

Là encore, il semble que la mesure, en termes de conséquences pour les soins, n'a pas toujours été prise par une formation appropriée, ce qui s'applique à l'ensemble des métiers, mais prévaut largement pour les psychiatres ou les médecins. Rappelons que la France est au premier rang de la consommation de psychotropes et que nul praticien ne reçoit, dans son cursus académique, ou de formation, un apprentissage à la mise en œuvre de stratégies thérapeutiques non médicamenteuses. Existe-t-il un lien entre ces deux faits ?

A/ 3. VERS UNE DECONNEXION ENTRE LE DISPOSITIF PSYCHIATRIQUE ET L'HOPITAL GENERAL ?

Depuis les années soixante, une partie non négligeable de la psychiatrie publique sectorisée et non sectorisée est rattachée à l'hôpital général (30% des lits), la présence de la psychiatrie aux urgences, jusqu'en 1995, y étant irrégulière. Dans certains cas, ce rattachement ne correspond pas à une implantation sur le site. La psychiatrie demeurait à l'écart du site principal de l'établissement (La Rochelle, Béziers, Annecy, Le Havre, etc.) et conservait toutes les caractéristiques de fonctionnement et les problèmes d'évolution des CHS classiques. Pour d'autres, (Thionville-Metz, Pontoise, Cahors, etc.), l'hospitalisation psychiatrique est implantée dans l'intra-muros de l'hôpital général.

A/ 3.1. Les urgences

Parallèlement, les rapports concernant les urgences hospitalières et pré-hospitalières, (Steg, Barrier), ont mis l'accent sur l'importance de la reconnaissance, de l'organisation, du fonctionnement et de la médicalisation des urgences. Le rapport Massé (1992) insiste sur la nécessité, pour la psychiatrie, de parachever son développement sectoriel et de poursuivre sa modernisation par un rapprochement opérationnel, aussi systématique que possible, avec l'hôpital général. En 1995 et 1997, deux décrets concernant les urgences et leurs plateaux techniques gradués rendent obligatoire la présence ou la disponibilité de la psychiatrie au sein des urgences des hôpitaux généraux. Si ces données n'ont pas nécessairement, initialement, de liens entre elles, leur convergence et leur caractère obligatoire reflètent une politique publique caractéristique d'un fort rapprochement entre la psychiatrie et les disciplines MCO à l'hôpital général, à commencer par les urgences.

Si l'on jette un regard rétrospectif sur cette période et les multiples lieux de transformation qu'elle a induits, on remarque :

La plupart des SAU et de nombreux UPATOU disposent d'une présence ou d'une disponibilité psychiatrique, les cultures du MCO et de la psychiatrie se reconnaissent et se respectent davantage. Toutefois, de nombreux problèmes subsistent. En règle générale, si l'équipement a été mis en place, les missions et le fonctionnement des urgences

⁹ Cf. Furtos, J. et Laval C., les différents travaux de l'ORSPÈRE et les numéros de Rhizome à propos de la clinique psychosociale et Kannas, S. (2002) : la clinique psychosociale, épistémologie de l'observateur et théorie du saucisson entier, in *La Santé Mentale des Français*, sous la direction de Lepoutre R. et de Kervasdoué J., Odile Jacob éd., Paris.

psychiatriques n'ont pas été définis explicitement¹⁰ même si, probablement, des réponses différentes et acceptables peuvent être proposées.

Le dilemme principal demeure. Le psychiatre urgentiste doit-il être *portier* : traitement bref, tri, orientation rapide, peu ou pas de lits de très court séjour dédiés, ou non, à la psychiatrie, ou *concierge*¹¹ : inclusion d'un traitement *de crise* d'une certaine durée, en général de 48 à 72 heures, sous forme de lits dédiés, au sein ou à proximité des urgences, c'est à dire sur le site de l'hôpital général, pour traiter dans un temps bref ce qui peut l'être, évaluer ce qui ne relève pas encore d'une hospitalisation spécialisée inévitable ou donner le temps d'éviter une admission spécialisée en préparant le retour à une réponse ambulatoire sûre.

Cette dernière option doit-être privilégiée¹² car c'est celle que préfèrent les médecins non psychiatres, les usagers et leur famille. Elle apparaît, en outre, la moins stigmatisante. Les études sociologiques¹³ concernant les représentations sociales de la folie, la construction d'une identité de malade mental par le patient, sa famille et son environnement, le risque d'un retentissement ultérieur iatrogène ou stigmatisant, confirment que l'admission à l'hôpital psychiatrique constitue l'événement constitutif de la bifurcation, même s'il s'est banalisé et malgré la qualité améliorée de certains accueils. Cette option reconnaît, comme principale porte d'entrée indifférenciée du dispositif sanitaire, les urgences médico-chirurgicales, en sachant que leur croissance provient d'une insuffisance de la réponse ambulatoire ou pré-hospitalière préventive d'amont. Cette réponse, au sein des urgences, tient compte du nombre significatif d'urgences mixtes et bénéficie du plateau technique du MCO. Elle sépare le moins possible le patient de son entourage, les hôpitaux généraux étant, le plus souvent, plus proches et plus accessibles dans la cité que les hôpitaux psychiatriques. Il est plus facile d'évaluer et d'organiser, à partir de cette proximité, une réponse ambulatoire progressive et sa consolidation. Enfin, sur le plan de la santé publique, l'option de l'intervention de crise permet d'optimiser la répartition entre réponse ambulatoire et hospitalière grâce à ce dispositif tampon, dont l'objectif est de limiter les indications de l'hospitalisation psychiatrique, ce qui participe à la diminution de la pression qui s'exerce sur ses lits. Il apparaît logique que la politique de désinstitutionnalisation puisse s'exercer, dès l'entrée, par une porte indifférenciée, dans un lieu et à un moment où des décisions irréversibles ne sont pas encore prises puisqu'on dispose d'un peu de temps, plutôt qu'à l'hôpital psychiatrique¹⁴. La création d'UIA (unités intersectorielles d'admission) et la visite de certaines d'entre elles qui fonctionnent (Navarre, dans l'Eure, Marchand, à Toulouse, etc.), au sein du CHS, ne fait que renforcer l'impression qu'elles ne jouent pas vraiment le rôle d'un dispositif d'urgence : tri et

¹⁰ Cf. Kannas, S. (2002) : La question des urgences psychiatriques du point de vue de la santé publique ; la diversification graduée d'amont de l'hospitalisation psychiatrique, in *La Santé Mentale des Français*, sous la direction de Lepoutre R. et de Kervasdoué J., Odile Jacob éd., Paris.

¹¹ L'expression est d'A. Andréoli, Professeur de psychiatrie et responsable des urgences psychiatriques et du CTB (centre de thérapie brève) aux Hôpitaux Universitaires de Genève.

¹² Cf. Kannas, S. (2002) : impact du modèle d'intervention de crise sur l'évolution des urgences et des systèmes de soins psychiatriques, communication à Barcelone (Congrès Mondial des urgences psychiatriques) et à Nice (Congrès de l'Association Francophone d'Études et de Recherches sur les Urgences Psychiatriques).

¹³ Cf. les nombreux travaux de la sociologie/anthropologie américaine (Goffman), française (Foucault, Ehrenberg), belge (Verhaegen) et australienne (Barrett).

¹⁴ Intervention de crise alternative à l'hospitalisation auprès de patients primo-arrivants dès l'arrivée à l'hôpital psychiatrique : influence sur l'hospitalisation, immédiatement et à 24 mois, comparaison avec une cohorte témoin, in Kannas, S. (1998) dir. : *Rapport pour l'INSERM-CNAMTS, contrat 4AE205 portant sur l'étude d'impact d'un service mobile d'urgence psychiatrique sectorisé*, pp. 57-63. Noirot, M.N., Kannas S. & al. (1999) : *influence sur l'hospitalisation psychiatrique d'une intervention de crise au moment de l'admission. Étude à 24 mois*, in : *Revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale*, n° 32, pp. 64-67.

alternative à l'institutionnalisation même si, parfois, elles s'intitulent service d'urgence. Par contre, elles remplissent une fonction d'*accueil hospitalier permanent* et d'organisation adaptée et sécurisée des admissions, ce qui n'est pas exactement la même mission.

Ce constat rétrospectif justifierait une enquête nationale approfondie, exhaustive, à propos du fonctionnement des urgences psychiatriques et de l'impact (flux, trajectoires, hospitalisations sous contrainte, etc.) des décrets de 1995 et 1997. En attendant, nos observations indiquent la prédominance du modèle de l'urgentiste *portier*, qui oriente rapidement ses patients perturbateurs. Peut-être faut-il y voir une des explications possibles de la progression spectaculaire des hospitalisations sous contrainte à partir des urgences, car les patients sont plus efficacement orientés en psychiatrie par un dispositif d'urgence mieux équipé et la contrainte permet de forcer, plus facilement, l'entrée d'un dispositif saturé ou peu coopératif.

A/ 3.2. L'hospitalisation complète

Si l'on considère l'hospitalisation et son implantation, les mêmes arguments concernant l'implantation des urgences à l'hôpital général valent pour l'implantation de l'hospitalisation psychiatrique. De nombreux problèmes demeurent, à quelques exceptions près, dès lors que celle-ci s'effectue à l'hôpital général. Soit, on observe la persistance de quasi CHS ou de quartiers psychiatriques distincts du site MCO. Ils présentent, alors, les mêmes caractéristiques de fonctionnement et les mêmes problèmes évolutifs que leurs homologues indépendants. On y retrouve les mêmes rapports ambivalents entre psychiatrie et MCO, y compris au niveau des urgences et de la liaison. Toutefois, la pression exercée ayant été plus forte sur la psychiatrie lorsqu'il s'agissait de la même entité juridique, les réponses souhaitées de sa participation ont été obtenues de façon plus précoce que lorsque l'arrimage entre hôpital général et psychiatrie a été négocié à partir d'un CHS. Pour l'essentiel, la généralisation d'un vrai métissage demeure à advenir.

Lorsque l'hospitalisation psychiatrique¹⁵ est présente sur le site de l'hôpital général, elle est souvent très pauvre et aspirée par les besoins du MCO, alors que le seul plateau technique de la psychiatrie est son personnel (cf. les conditions, caricaturales, de l'hospitalisation psychiatrique au CHR de Metz, vers 1995). En général, le développement extra-hospitalier, dans la communauté, est insuffisant voire inexistant, même si plusieurs services coexistent au sein du même établissement. Lorsqu'un seul service d'hospitalisation psychiatrique existe, la situation, souvent, est encore pire, et de nombreux exemples montrent que la viabilité de telles organisations apparaît incertaine, réversible ou impossible (Lillebonne, Fécamp, Vernon, Sedan, Lisieux), à telle enseigne qu'une circulaire de la DHOS déconseille explicitement cette formule.

Aux nombreuses raisons, financières, culturelles, organisationnelles, qui président aux difficultés d'implantation des unités d'hospitalisation psychiatrique à l'hôpital général, s'ajoutent la crainte de problèmes de sécurité et de surveillance provenant des malades psychiatriques perturbateurs ou dangereux, du point de vue de l'hôpital général et le besoin, du point de vue des psychiatres, d'espaces importants que nécessitent légitimement certains malades au long cours. L'architecture, l'immobilier, la réserve foncière des hôpitaux généraux

¹⁵ Cf. Kannas, S. (2002) : la place de l'hospitalisation dans le dispositif de psychiatrie générale, in *La Santé Mentale des Français*, op. cit.

interdisent souvent, bien évidemment, des réponses complètes de qualité, ou servent de prétexte pour différer ou empêcher de véritables réponses intégrées. Le résultat s'observe dans la multiplication de réponses psychiatriques *a minima* au sein des hôpitaux généraux. Elles privilégient, souvent, l'accueil de patients anxio-dépressifs, peu perturbateurs, sans contrainte, et la mise en place, par défaut, de filières psychiatriques à deux, voire trois vitesses, comportant des circuits invraisemblablement longs et perturbants pour les patients (la caricature étant Paris), et le recul/retour en rase campagne (au sens propre et figuré) vers les CHS mieux organisés, plus contenant pour les patients sous contrainte, parfois implantés en milieu rural.

Difficultés d'obtenir une reconnaissance des fonctionnalités des urgences psychiatriques à l'hôpital général, difficultés ou obstacles nombreux quant à l'implantation de lits-portes, dédiés ou non, difficultés et obstacles dans l'implantation d'une hospitalisation psychiatrique accueillant les patients les plus graves, y compris sous contrainte. On peut se demander, dans ces conditions, si la politique de rapprochement entre la psychiatrie et l'hôpital général, dont les décrets de 1995 et 1997 ne sont qu'un maillon, n'est pas en train de revenir subrepticement en arrière, sous la forme de nombreuses décisions de compromis ou de recul, subies ou acceptées, laissant place au retour à un développement séparé et croissant entre les deux dispositifs, ce qui ne peut que bénéficier au maintien de CHS renforcés.

Dans cette perspective, la position du rapport Cléry-Melin, mérite d'être relevée. Elle est, certes, favorable *au rapprochement des unités d'hospitalisation dans la cité* (proposition 2.2.2.). Mais il est ajouté qu'il faut : « ... *ne plus créer des unités d'hospitalisation isolées qui ne permettent pas d'organiser efficacement la permanence des soins [recommandation officielle, déjà ancienne, de la DHOS]. Le transfert de la psychiatrie à l'hôpital général, justifié par le besoin de rapprochement avec le somatique, a trouvé là ses limites* ». Cette position doit être rapprochée de la proposition II 30 concernant *les UIA* [unités intersectorielles d'accueil ou d'admission] *et l'application du protocole de soins dit de 72 heures*. Rappelons que ce protocole, élément de proposition d'une réforme de la Loi du 27 juin 1990 qui n'a jamais été entreprise, est virtuel. Il concerne, en réalité, l'organisation de la réponse aux urgences, la réponse immédiate de post-urgence étant contenue dans la mise en oeuvre du modèle d'intervention d'urgence et de crise (72 heures). La conjonction (UIA et protocole de 72 heures) proposée par les rapporteurs fait, explicitement, converger la réponse à l'urgence et les UIA vers le CHS, position que nous ne partageons pas : elle ne peut que renforcer la désintringation potentielle, déjà à l'oeuvre, entre psychiatrie et MCO, et freiner la possibilité de désinstitutionnalisation, alors que les lits de CHS sont saturés.

Les rapporteurs n'interdisent pas l'implantation d'unités d'hospitalisation psychiatrique dans la cité, proposition qui figurait dans les recommandations du rapport Piel-Roelandt. La plupart des unités existant en France sont situées en Région Parisienne : la clinique Rémy de Gourmont (deux secteurs) à Paris, dépendant de l'EPS de Maison Blanche, les deux dispositifs bisectoriels de Bondy et d'Aubervilliers ainsi que les unités mono-sectorielles d'Evry et Corbeil, dépendant de l'hôpital Sud Francilien. À la clinique Rémy de Gourmont, le dispositif est saturé et s'appuie, en permanence, sur des unités de Maison Blanche situées à Neuilly-sur-Marne, même si la clinique accueille des hospitalisations sous contrainte. À Bondy et Aubervilliers, il n'existe pas de malade demeurant sur le site de Ville-Évrard, le fonctionnement paraît satisfaisant et intégré aux urgences à Bondy. La situation semble moins claire avec Avicenne (Hôpital Franco-Musulman) pour la structure du secteur d'Aubervilliers, où l'on perçoit une certaine inquiétude. Dans les unités du Centre Hospitalier Sud Francilien implantées dans la communauté, la situation est difficile : faible nombre de lits, saturation et débordement constant de l'occupation entraînant des circuits dysfonctionnels pour les

patients, problèmes majeurs et permanents d'insécurité, fuite de nombreux professionnels créant une spirale péjorative. La Mission a proposé, pour garantir la viabilité de telles unités, la mise en place de SUPRES (Service d'Urgences Psychiatriques Renforcé d'Évaluation et de Soins), sur le modèle stéphanois, dans les SAU des hôpitaux généraux d'Évry et de Villeneuve-Saint-Georges, à proximité des urgences. Ils devraient comporter un nombre significatif de lits (12 chacun) d'accueil pour 72 heures et être organisés dans l'objectif de traiter immédiatement et contenir les patients difficiles pour qu'ils ne soient adressés dans les unités d'hospitalisation qu'à des conditions acceptables pour elles, et pour leur servir de recours immédiat en cas de besoin.

Le lieu d'implantation de la porte d'entrée du dispositif psychiatrique est donc crucial pour les besoins du patient. Les activités d'urgence, de consultations non programmées, de première consultation, doivent être les moins stigmatisantes possible et offrir le maximum de choix d'orientation. Pour remplir ces objectifs, les réponses les plus ouvertes se situent du côté des urgences de l'hôpital général, du CMP, d'un centre de crise¹⁶ ou d'une équipe mobile, et doivent comporter un travail de crise (urgence et post-urgence). Ces objectifs sont moins bien atteints si la porte d'entrée est implantée au CHS, *même si celui-ci est situé en ville* (Aix, Le Havre, La Rochelle, Annecy, etc.) car la stigmatisation, l'absence de choix non psychiatrique, sont souvent identiques à celles d'un CHS éloigné. Les nouveaux patients passent par les urgences et ne souhaitent pas se rendre à l'hôpital psychiatrique, où qu'il soit. Seule une partie des patients connus de la psychiatrie acceptent ou s'y rendent spontanément. Le problème est le même pour l'implantation de l'hospitalisation, au moins pour ce qui concerne la prise en charge de l'acuité, de brève ou de longue durée qui, selon nous, doit être graduée, ou segmentée. L'activité d'urgence psychiatrique représente le premier segment, de brève durée, et ne doit pas fonctionner seule. Elle doit s'articuler avec ses interfaces sanitaires, ambulatoires et hospitalières, et non sanitaires. Elle doit remplir une fonction de régulation et de sécurisation des flux d'admission en unité d'hospitalisation psychiatrique, deuxième segment de plus longue durée.

Enfin, un dernier point concerne l'évolution de la démographie médicale en psychiatrie. Toutes les réflexions concernant l'implantation, la gradation des réponses urgence/hospitalisation, vont être dépendantes de la permanence médicale des soins et de ses contraintes, dans un contexte d'urbanisation croissante. Les pôles de garde médicale, y compris spécialisée, devront se restructurer pour restreindre leur nombre et consolider les zones où les flux sont les plus significatifs. Une telle évolution ne peut bénéficier, à terme, qu'à l'hôpital général. C'est pourquoi il importe d'être attentif à toutes les formes d'organisation de la psychiatrie qui, tout en respectant et amplifiant le travail communautaire, ne l'éloignent pas de l'hôpital général.

En résumé, ou l'on accepte les arguments techniques amenés de part (MCO) et d'autre (psychiatrie), qui traduisent la difficulté d'implanter significativement la psychiatrie à l'hôpital général, et la tendance que reflètent les propositions du rapport Cléry-Melin s'accroît. On peut revenir progressivement, alors, à une présence minimale, sans permanence, de la psychiatrie aux urgences et au-delà, à un déséquilibre renforcé par la présence d'un maximum de psychiatres publics restant au sein des CHS, pour en garantir la

¹⁶ Ceux-ci, lorsqu'ils sont implantés dans la cité, et non aux urgences, sont exposés aux mêmes dilemmes que les CHS situés dans la ville : persistance, de fait, d'un double circuit des accueils entre patients primo-arrivants (aux urgences préférentiellement) et les patients connus de la psychiatrie (au centre de crise), double circuit d'urgence et arbitrage de plus en plus difficile à réaliser entre ces circuits, du fait des contraintes s'exerçant sur la permanence médicale.

permanence médicale. Ce serait le retour à un développement séparé. Ou bien, on assume une politique de rapprochement opérationnel fort entre psychiatrie hospitalière et hôpital général. Cela suppose de vaincre les difficultés de tous ordres amenées par les uns et par les autres, auxquelles s'ajouteront la précarisation induite par la démographie médicale psychiatrique et la permanence des soins, ainsi que la nécessité de faire coexister ce processus d'arrimage avec le maintien ou le développement d'une politique ambulatoire des soins.

A/ 4. LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE OU PARTICIPANT AU SERVICE PUBLIC EST-ELLE ENCORE EN ETAT DE FAIRE FACE A L'ACTIVITE DE SECTEUR ?

Il est permis de se demander si l'état actuel de la psychiatrie permet, sans mystification, qu'on continue à vouloir lui faire porter, à la fois, les soins hospitaliers, les soins ambulatoires, la prévention et la réinsertion, ainsi que les multiples missions programmatiques ou pré-programmatiques qui la sollicitent.

Poser une telle question peut sembler provocateur, paradoxal et à contre-courant des préconisations accumulées. Plusieurs obstacles de taille demeurent.

A/ 4.1. La prédominance persistante de l'hôpital

Quelle doit être la place de l'hôpital ? Cette question, comme celle du recours à l'hospitalisation constitue un enjeu majeur, même si les apparences vont dans un certain sens: l'activité globale des lits à temps plein diminue, la "pression" sur les lits croît, ses clients exclusifs ne constituent que 9% de la file active d'un secteur tandis que 80% de celle-ci inclut des patients qui n'ont jamais été hospitalisés. Le nombre de lits temps plein occupés a été réduit de 120.000 à 43.000 environ, en cinquante ans, et les durées moyennes de séjour ont baissé de 300 jours à environ 35 durant la même période. De nombreuses raisons maintiennent l'importance de l'hospitalisation complète, sans même tenir compte des raisons de crise (augmentation des admissions, etc., cf. supra), qui la ramènent au devant de la scène.

L'hospitalisation est la réponse la plus coûteuse en moyens, comme toute activité fonctionnant 24h/24 avec des professionnels qualifiés. Les dépenses de fonctionnement et d'équipement d'un secteur psychiatrique sont, en général, proportionnées à sa capacité en lits. L'hôpital draine, en moyenne, près de 80 % des ressources. Ceci permet de déduire, a contrario, ce qui reste affecté au travail dans la communauté, quarante ans après l'instauration de la politique de secteur. L'utilisation de l'hospitalisation dans la décision de soins, ses conséquences sur la capacité, la taille de l'outil, constituent un enjeu stratégique et financier considérable pour l'ensemble du dispositif de santé mentale.

L'unification du dispositif sectoriel, grâce à la loi de 1985, a confié à l'hôpital la gestion de l'activité extra-hospitalière, ce qui a renforcé une certaine cohérence. Cette union a, paradoxalement, légitimé et conforté la matrice déjà très hospitalo-centrique d'un dispositif dont on voulait déplacer l'équilibre vers l'ambulatoire, en dehors de l'hôpital. Elle a créé les conditions d'un conflit d'intérêt potentiel et permanent en déléguant l'initiative des progrès et du développement du travail dans la communauté à une entité dont les intérêts propres sont parfois très antagonistes de cette dernière mission.

L'activité ambulatoire est censée réduire la part de l'hospitalisation dans les soins, ce qui a pu être perçu comme pouvant mettre en danger le site hospitalier et ses emplois. De plus elle prélève, pour son développement, des ressources sur un budget hospitalier contraint et

affecté, déjà en partie, à la nécessaire et coûteuse modernisation de l'intra-muros. En 1985, on ne percevait pas encore l'ampleur de la crise de l'hôpital et l'on pouvait espérer, légitimement, un transfert de ressources provenant d'un établissement riche vers un extra-hospitalier départemental globalement pauvre. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit, dans certains territoires, et alors a accéléré la mise en oeuvre d'une sectorisation à peine balbutiante parfois, quinze ans après les circulaires de 1972. *Mais ceci revient à dire en continuité avec cette "politique" qu'il n'existera probablement pas de ressources supplémentaires en faveur du travail dans la communauté si l'on n'organise pas une contraction significative du volume hospitalier.*

A/ 4.2. Des pratiques qui tardent à s'affirmer

Un deuxième obstacle est la conception même du travail dans la communauté, sur le plan des pratiques. On peut, penser que cette activité devrait comprendre :

- ✓ la mise en oeuvre d'une articulation significative avec les réseaux social et sanitaire, en particulier le réseau sanitaire de première ligne (familles et proches, travailleurs sociaux, etc., et médecins généralistes), pour améliorer avec ces partenaires, l'identification et l'accessibilité (informative, matérielle, fonctionnelle : lisibilité et transparence des règles d'entrée, de parcours, de sortie des patients) du dispositif public de santé mentale.
- ✓ la participation à l'élaboration d'une politique de santé mentale territorialisée menée en commun avec les institutions sanitaires et sociales concernées, les structures communales, départementales, régionales, et leurs représentants ainsi que ceux des usagers et des familles. Ceci inclut, également, la participation à des actions de promotion de la santé avec les différents partenaires, les familles, au bénéfice de certains groupes ou de personnes dont la vulnérabilité est particulière.
- ✓ l'amont du soin, par des actions de prévention, de dépistage précoce, de réponse à l'urgence et à la crise ; le soin lui-même, intensif ou ordinaire, programmé ou non, de brève ou de longue durée, chimiothérapique, psychothérapique, ou combiné, de consultation, institutionnel ou à domicile.
- ✓ l'aval du soin, par l'investissement des réseaux du travail et de l'emploi, de l'activité, de l'occupation, des loisirs, de l'hébergement et du logement, à travers leurs filières normales ou protégées.

L'objectif consiste à assurer, dans un cadre multidisciplinaire, des actions diversifiées, souples et évolutives de soin, d'accompagnement et de soutien en réseau suscitant et mobilisant les ressources individuelles du patient, familiales, communautaires, sociales et professionnelles nécessaires à la majorité des malades qui ne nécessitent pas d'être hospitalisés, à leur domicile ou leur équivalent de substitution. Il consiste, aussi, à maintenir dans la communauté, à des conditions acceptables et dignes, choisies ou acceptées par eux et

leurs proches, les patients présentant les troubles les plus graves : psychoses chroniques graves, troubles dysthymiques sévères, troubles de la personnalité, comorbidité, etc...

Les résultats recherchés sont la limitation de l'hospitalisation des patients nouveaux et du retour à l'hôpital des patients connus, l'espacement des rechutes, l'optimisation de la prescription médicamenteuse, la négociation d'un transfert de charge supportable pour l'entourage, pour obtenir une qualité de vie et de fonctionnement social, une satisfaction, les plus élevées possible, pour le patient et ses proches.

Actuellement, le travail de secteur a, pour l'essentiel, développé comme réponses des structures (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) à partir desquelles une palette plus ou moins dense d'actions communautaires s'est déployée.

Depuis les années soixante à soixante-dix, ces structures sanitaires ambulatoires se sont implantées sur le territoire (plus de 90 % des secteurs pour les CMP, un peu moins pour les hôpitaux de jour). Les structures non sanitaires ou mixtes (foyers, structures de travail protégé) ont été, par contre, beaucoup moins développées. L'observation du dispositif sectoriel actuel, validée par nos observations à partir du travail sur site (plus de 40% du territoire français) soulève un certain nombre de remarques.

Souvent, le dispositif ambulatoire apparaît centré sur les soins directs programmés pendant les jours et les heures ouvrables, et se tourne principalement vers des patients psychotiques chroniques même s'ils sont stabilisés depuis longtemps. Il est moins ouvert ou moins réactif à une clientèle cliniquement plus diversifiée.

L'absence ou la faible ouverture, en fin de journée ou le samedi, renforcent la part d'intervention auprès de patients qui ne travaillent pas, leur moindre activité les rendant plus accessibles aux horaires de jour. Le dispositif ne prévoit pas ou peu de travail non programmé : l'urgence est rarement prise en compte, exceptionnellement au domicile, et plutôt pour des patients déjà connus. Ceci obère la qualité de la relation entre le dispositif et les familles, pour qui la garantie permanente d'un appui en cas de crise est indispensable, surtout s'il s'agit d'une crise inaugurale.

Les modèles et les gammes de soins proposés ont une diversité limitée et les patients comme les familles sont peu informés des choix possibles lorsqu'ils ne sont pas réduits. Les actions communautaires entreprises reposent, davantage, sur le choix personnel des responsables médicaux, correspondant à leur formation, mais également à leur appétence/militance pour certaines clientèles. Elles couvrent, insuffisamment, la palette d'actions concernant les besoins constamment retrouvés en population générale. L'action intersectorielle pourrait se développer pour que certaines actions, non traitées au niveau d'un secteur, soient déléguées à un autre de façon coopérative.

Ce dispositif s'appuie plus sur des ressources sociales larges et anonymes que sur la famille et le contexte micro-social proche du patient. La pratique dominante des hôpitaux de jour et des CMP reflète, majoritairement, une vision où prédomine la valorisation de la demande active (ce qui peut induire une position d'attente passive de la part des professionnels) malgré l'importance de la clientèle captive, ce qui sépare patient et famille plutôt qu'elle ne les aide à vivre ensemble. Dans ces unités ambulatoires fixes séjournent longtemps des patients chroniques du fait de la gravité persistante de leurs troubles, mais également des malades chronicisés que ces structures « recyclent » en permanence en les « adoptant » de façon iatrogène, car elles participent à les isoler des réseaux familiaux et sociaux normaux, bien que l'objectif affiché soit l'inverse. De nombreuses activités proposées

relèvent d'une ergothérapie simple et en routine, sans que les finalités thérapeutiques aient été clairement définies ou réévaluées.

Les effectifs en personnel infirmier atteignent rarement 6 ou 8 équivalents temps plein pour l'activité extra-hospitalière non affectée à une structure. Le travail ambulatoire repose, essentiellement, sur le binôme psychiatre-infirmier, les prérogatives des travailleurs sociaux se restreignent alors qu'ils sont débordés par des tâches administratives et urgentes. Les psychologues, malgré l'explosion des demandes psychothérapeutiques, sont insuffisamment utilisés car leur formation initiale les adapte peu aux contraintes des services de soins, leur tiers temps les fait soupçonner, et leur pratique psychothérapeutique est parfois ritualisée, dans ses modalités de cadre et de durée, de façon caricaturale. Les autres catégories de personnels, sociaux ou médico-sociaux, particulièrement préparés à l'accompagnement du handicap psychique dans la vie quotidienne, à l'apprentissage aux habiletés sociales, sont quasi inexistantes.

Le fonctionnement de nombreux hôpitaux de jour et de certains CATTP paraît illustratif. L'hôpital de jour a constitué, dans les premières années suivant la sectorisation, une tentative heureuse et légitime visant à se différencier de la structure hospitalière classique, à fragmenter et libérer des clientèles très hospitalo-dépendantes. Cette étape est, pour l'essentiel, achevée ou limitée à un nombre de patients qui se réduit, d'où des situations souvent constatées :

- soit l'hôpital de jour concentre son activité au bénéfice d'une clientèle beaucoup moins nombreuse de patients dont les soins sont de longue durée ; même si elle est légitime, cette démarche risque d'amplifier les aspects de dépendance iatrogène et de limiter les progrès dans l'autonomie recherchés par l'action thérapeutique.

- soit l'activité évolue vers un fonctionnement de plus en plus séquentiel qui pousse les professionnels vers une réactivité (post-cure, post-urgence, travail de crise plus ou moins long, etc.) dont en majorité ils n'ont pas acquis la culture.

Lorsque ces situations perdurent, on ne peut qu'observer un ralentissement du dynamisme par manque de perspectives. L'hôpital psychiatrique a transféré ses moyens et sa culture dans des unités ambulatoires de nature équivalente, et l'impression prévaut que le but recherché, ou maintenu, a été davantage la conservation des moyens qu'une logique adaptée à des besoins nouveaux. Dans les rares secteurs où le dispositif extra-hospitalier s'est développé et équipé de façon conséquente, la richesse en structures, juxtaposées sans coordination, peut décevoir, comme si la logique d'équipement et de réponse en termes de structure s'est imposée, sans questionner les finalités thérapeutiques.

On ne peut pas énumérer les structures nécessaires dans la communauté, car leur variété possible est importante et s'infléchit ou se spécifie en fonction du contexte. Elles doivent répondre à l'ensemble des missions que nous avons précisées. Elles comprennent toujours des locaux où l'on accueille les patients de façon séquentielle ou continue et où sont conçues les actions entreprises. L'amplification des ressources affectées au travail ambulatoire est certes nécessaire, pour répondre aux besoins croissants et aux exigences continues du processus de désinstitutionnalisation. *Mais leur développement doit insister sur le savoir-faire et la mobilité des professionnels, davantage que sur la multiplication des unités.* Il apparaît, donc, nécessaire de reconsidérer les missions et le fonctionnement de nombreuses unités extra-hospitalières ou intermédiaires, de vérifier qu'elles sont articulées entre elles comme avec le dispositif hospitalier (dont elles constituent une partie de l'amont et de l'aval) et le réseau de

première ligne et sanitaire primaire, sans omettre la coordination avec des politiques ciblées supra ou inter sectorielles (urgences, médico-social, adolescents, personnes âgées, exclus, etc.). Une telle démarche devrait constituer le cœur d'un réseau de réseaux.

Lorsqu'on considère ce programme idéal, on perçoit qu'une partie du temps des professionnels doit être consacrée à des soins directs programmés, en présence des patients (deux tiers de leur temps), un tiers devant être apporté à du temps de soins indirects indispensable à la réalisation des interventions non programmées et des multiples rencontres régulières, conditions d'un véritable travail continu de prévention, d'accompagnement, sous forme de psychiatrie de liaison, de réinsertion et de réhabilitation.

A/ 4.3. D'autres freins

D'autres obstacles déterminants persistent.

L'évaluation : le déploiement de temps indirect retentit sur la quantification de l'activité et la file active. Les instruments de mesure doivent en tenir compte.

La formation et les pratiques : le travail ambulatoire ne peut que s'appuyer sur des interventions psychothérapeutiques psychosociales (cf. supra). La formation des professionnels, quel que soit leur métier, devra évoluer pour qu'ils puissent maîtriser la mise en œuvre simultanée de soins directs, individuels, familiaux et de groupe, le travail de réseau et de conseil. Dans le secteur public, les praticiens sont insuffisamment formés à ces aspects ou ne l'apprennent que sur le tas alors que leur nombre va diminuer et que les zones blanches se constituent. Il sera donc difficile que des psychiatres moins nombreux transmettent des compétences psychosociales qu'ils possèdent peu, dans leur majorité, à des professionnels issus d'autres métiers qui la possèdent parfois, mais n'en ont pas les prérogatives ou la reconnaissance, ou ne disposent ni de l'un ni de l'autre, sans même que la discussion sur ces points (démédicalisation et répartition de compétences) soit ébauchée, ni même abordée.

La tendance naturelle de la psychiatrie à reproduire son modèle montre que son évolution, ces dernières années, dès lors qu'il s'agit d'actions au plus près de clientèles ciblées, a tendance à reproduire son programme sanitaire et institutionnel psychiatrico-psychiatrique : prédominance de la réponse hospitalière, souvent en intra-muros, constitution de filières spécialisées, etc. Les patients relevant du handicap, et donc d'une réponse médico-sociale et hospitalisés au long cours, ont été maintenus dans des structures hospitalières, non seulement parce que des financements ou des opérateurs extérieurs manquaient, mais parce que les psychiatres ont longtemps pensé que ces réponses étaient les meilleures. Ce n'est que depuis peu, sous la pression de la saturation en lits, et parce qu'il devenait évident que la psychiatrie ne savait pas faire, dans de nombreux cas, que la situation a évolué, et que le dispositif psychiatrique commence à reconnaître l'opportunité positive de réponses extérieures par d'autres opérateurs que sanitaires sans, pour autant, abandonner les soins que ces patients continuent de nécessiter.

Pour toutes ces raisons, les propositions du rapport Cléry-Melin sur ce point, en particulier II-51 (*Développer des soins de réadaptation*) et II-52 (*Créer des unités de soins de suite en psychiatrie*) sont d'un intérêt particulier. La création d'U.S.R.I. (Unités de soins de réadaptation intersectorielles), d'U.P.S. (Unités de préparation à la sortie) et d'U.S.S., représente, certes, un potentiel gradué correspondant à des besoins non pourvus. Mais ces implantations sur le site de l'hôpital psychiatrique pourraient créer, par leur multiplication ou

juxtaposition, des filières permanentes, alors que les propositions précédentes du rapport intègrent une implantation communautaire ou un appui à des réponses non sanitaires. Un tel constat n'est pas sans concerner les personnes âgées. Se développent, en ordre dispersé sur le territoire, des réponses de la psychiatrie au bénéfice des personnes âgées. Si l'on peut se féliciter de ce développement récent, on doit éviter qu'il n'emprunte les mêmes dérives des réponses psychiatriques prédominantes habituelles. Nous écrivions dans notre rapport d'activité 2002 : *«Il convient d'éviter ou de limiter la création d'une filière géronto-psychiatrique autonome, sauf si celle-ci est rigoureusement indispensable du fait de l'importance des flux de patients. Cette activité, même si elle est intégrée à un réseau gérontologique ambulatoire médico-social ou hospitalier plus large, est bien souvent l'expression de la tendance de certains hôpitaux spécialisés à faire de l'institutionnel à l'ancienne avec des clientèles nouvelles».*

Dans les prochaines années, les possibilités permises par loi, pour les institutions sociales et médico-sociales, offriront davantage d'alternatives en matière de pratiques, de métiers, d'innovation que l'offre psychiatrique ambulatoire. Si la reconnaissance du handicap psychique s'accompagne de financements appropriés, cette approche montera en charge à l'inverse d'une pratique psychiatrique se détachant laborieusement de son modèle hospitalo-centrique.

La prévention, l'accompagnement du handicap psychique avec des réponses graduées médico-sociales et sociales ainsi que la réinsertion et finalement la réponse ambulatoire, peuvent-elles être réalisés à partir d'établissements dont les moyens, les cultures et les programmes demeurent marqués par un tropisme hospitalier ? Peut-on faire autrement, compte tenu du déchirement qui s'accroît entre des missions ambulatoires qui s'accroissent, s'empilent, et s'imposent, et la crise hospitalière ? Que dire d'un supposé âge d'or des programmes de sectorisation, marqué par la continuité d'une même équipe assurant prévention, soins, insertion et réadaptation, dans la communauté comme à l'hôpital, que la planification, entre 1972 et 2003 a préconisé ? Est-ce devenu un mythe ? N'est-il pas en train de s'estomper du fait de certaines réalités : désertification et démedicalisation croissantes dans les zones non urbaines, processus de ghettoïsation difficilement réversibles à la périphérie des mégapoles ? Sera-t-il inéluctable que la psychiatrie renonce à être le pivot de réponses communautaires dont elle n'a plus les moyens, qu'elle ne peut plus ou ne veut plus assurer, sauf exception ? (débat mené, dans les suites du rapport Piel-Roelandt et aux États Généraux de Montpellier, à propos d'une santé mentale diluant la psychiatrie dans le social et niant le fait psychopathologique).

De qui peut-on attendre une volonté, le savoir-faire et des capacités d'innovation, en espérant que la psychiatrie acceptera d'apporter dans l'ambulatoire, dans une activité de liaison déterminée et reconnaissable, une assistance en cas de crise, une évaluation précoce et l'accompagnement thérapeutique de personnes qui ne cessent d'être des patients bien que les dispositifs d'accompagnement cessent d'être sanitaires ? Le rapport Cléry-Melin propose d'impliquer plus avant la MNASM dans cette interface entre la psychiatrie et son environnement médico-social et social, dont nous tentons régulièrement d'amorcer ou d'amplifier les voies de passage, mais sans pouvoir l'accompagner durablement, n'en ayant ni le mandat ni les moyens.

A/ 5. LES MALADES MENTAUX HANDICAPES PSYCHIQUES HOSPITALISES AU LONG COURS : POURSUITE DE L'HOSPITALISATION OU REPONSE AMBULATOIRE, SANITAIRE ET NON SANITAIRE ?

Nos missions sur site et nos constats sont faits pour prendre la mesure de la place et du poids des patients hospitalisés au long cours, ou institutionnellement dépendants du dispositif de soins psychiatriques. Notre hypothèse quantitative empirique se situe entre 20 et 40% des patients hospitalisés en psychiatrie qui, un jour donné, séjournent depuis plus d'un an de façon continue. *Cela représentait alors plus de 15.000 personnes.*

A/ 5.1. Un constat de plus en plus évident

On ne s'étonne pas de la corrélation entre l'existence de cette population et l'opinion des professionnels, selon laquelle une proportion analogue de la population hospitalisée, un jour donné, ne justifie pas la prolongation de son hospitalisation (inadéquation) mais ne peut pas sortir du fait de l'absence, immédiate ou durable, de réponses médico-sociales, sociales, ou d'un soutien suffisant dans la communauté.

Une part importante, soit près des deux tiers de ces patients, présente des états psychotiques chroniques (d'après l'enquête du CREAMI, cf. infra, ce ne sont pas les pathologies qui génèrent les séjours les plus durables). L'autre tiers regroupe des pathologies chroniques depuis l'enfance, des polyhandicapés et des déficiences intellectuelles.

La durée importante, parfois indéterminée, des troubles, leur gravité et leur retentissement sur l'autonomie, la vie quotidienne, la vie sociale et professionnelle, entraînent un désavantage social permanent de ces personnes, qui appelle des réponses compensatrices et fait, de la plupart d'entre elles, des handicapés sans qu'ils ne cessent souvent, pour autant, d'être des malades qui requièrent des soins spécialisés, continus ou discontinus (cf. le numéro de Pluriels concernant cet aspect). Ces patients, parmi les plus vulnérables et les plus stigmatisés ne reçoivent pas, en général, au sein des services de psychiatrie, les réponses qui correspondent à leurs besoins et ne respectent pas suffisamment la dignité des personnes.

Enfin, on peut relever que les professionnels ont longtemps tenu des discours contradictoires à leur égard, se partageant, pour une minorité, entre décrire leur inadéquation à l'hospitalisation, responsabilisant ainsi l'environnement extérieur et, pour la majorité, à prescrire leur maintien raisonné sur le site, pour des raisons idéologiques et techniques mais, aussi, de conservation d'emploi.

Outre les constats et les analyses sur ce point figurant dans chacun de nos rapports, on peut noter un chapitre particulier dans le rapport d'activité de la MNASM en 2003, notre participation au guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé (2001).

Parallèlement, la DREES¹⁷ a publié une étude qui recoupe et enrichit largement ces constatations. Au fil des analyses, nous nous sommes attachés à sensibiliser les trois Directions concernées du Ministère de la Santé. La DHOS, pour la qualité des soins, les métiers, les réponses, le retentissement sur le périmètre de l'hospitalisation, et le financement. La DGS, pour la qualité des soins, les programmes de santé-social (développement du travail communautaire), les métiers. La DGAS, pour la nature du problème, les enjeux qualitatifs et quantitatifs, les programmes, le financement, les opérateurs.

¹⁷ Cf. Chapiro F. (2003) : connaissances nouvelles à propos des personnes recevant des soins en santé mentale, in : *Enquête Handicap Incapacité Dépendance*, pp. 181-207, Revue Française des Affaires Sociales, n^{os} 1-2, janvier-juin 2003, la Documentation Française éd., Paris.

Nous nous sommes attachés à sensibiliser les élus locaux, les DASS, les DRASS et les ARH rencontrés lors de nos interventions sur site, à ce problème en raison des enjeux multiples, politiques, stratégiques et financiers qu'ils représentent. Une *planification conjointe* entre l'État et les collectivités locales, se heurte à des charges (APA, RMI) qui s'accroissent, tandis que se précise une nouvelle étape de décentralisation susceptible d'augmenter les responsabilités des départements et des régions.

A/ 5.2. Des études convergentes

De nombreux contacts avec l'ARHIF, et notre participation à un groupe de travail concernant la psychiatrie en Île de France, lors de la préparation du SROS, ont engagé l'institution francilienne dans une enquête qu'elle a financée. Coordonnée, initialement, par l'un de nos correspondants sur proposition de la MNASM, elle a été conduite par le CREAM d'Île-de-France. Cette enquête, qui a duré près de trois ans, vient de faire l'objet d'une note de synthèse et de deux publications, l'une par l'ARHIF¹⁸, l'autre par le CREAM¹⁹.

Cette étude est intéressante à plus d'un titre :

- par sa rigueur méthodologique,
- par l'ampleur de la population concernée : *plus de 3.000 personnes*. Celles-ci se répartissent entre une population 1 (séjour de plus de neuf mois continus dans l'année précédant le jour de l'étude, *dont la moitié depuis cinq ans et plus*) pour les deux tiers, et une population 2 (dépendance institutionnelle entre réponse ambulatoire et hospitalisation répétitive) pour le dernier tiers.
- par les principes de description d'une population suivie en psychiatrie à partir de critères spécifiques qui ne sont pas uniquement d'ordre médical ou de diagnostic, même si ces déterminants sont inclus (CIM 10 et CIF). Ils concernent, également, l'évaluation des aptitudes liées au fonctionnement cognitif, des habitudes dans la réalisation de la vie quotidienne, des problèmes de fonctionnement global. Ils s'inscrivent dans les propositions de l'OMS à propos de l'évaluation globale des états de santé et le travail international concernant la mise en œuvre d'une échelle d'évaluation des incapacités (WHODAS-II)²⁰.

Cette enquête permet de déduire des modes de réponses adaptés aux besoins, la gamme des métiers nécessaires pour les mettre en œuvre, *pour des patients handicapés psychiques connus des services de santé mentale*, hospitalisés, mais qui ne devraient pas l'être, mais aussi non hospitalisés. Sont perceptibles les programmes ambulatoires à mettre en œuvre, l'ampleur et les problèmes de financement : 3.172 personnes au sein d'une région de 11.000.000. d'habitants environ, organisée en *149 secteurs de psychiatrie générale, ce qui représente plus de 21 patients par secteur*²¹.

¹⁸ Makdessi-Raynaud, Y. & Peintre, C., sous la responsabilité scientifique de Barreyre, J.Y., (avril 2003) : *Étude des patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte en Île de France*, publication de l'ARHIF.

¹⁹ Barreyre, J.Y., Makdessi-Raynaud Y. & Peintre, C. (2003) : *Les patients séjournant au long cours dans les services de psychiatrie adulte d'Île de France*, in *Vie sociale (la psychiatrie : entre l'ornière et l'échappée)*, n°3, juillet-septembre 2003, CEDIAS-Musée Social éd., Paris.

²⁰ Cf. la note de synthèse à propos de l'enquête.

²¹ Ce qui signifie que chaque capacité d'hospitalisation d'un secteur de psychiatrie générale francilien fonctionne avec *n lits moins les 2/3 de 21, soit moins 14 lits en moyenne, occupés à l'année.*

Rappelons que *l'enquête ne se réduit pas aux patients hospitalisés*. Elle tente d'approcher un volume de personnes vivant dans la communauté au moment de l'étude, qui présentent des caractéristiques d'utilisation des services et des besoins communautaires assez proches du premier groupe.

Les projets d'orientation concernent 3 patients sur 4 (MAS, FDT) sans qu'on sache si les patients non orientés sont considérés comme hors de portée d'une réponse ambulatoire, ou s'il existe un déficit de construction ou de représentation, par les professionnels eux-mêmes, de solutions ambulatoires adaptées aux patients les plus graves (échecs répétés de solutions sanitaires, manque d'expérience ou de connaissance de solutions innovantes ou expérimentales se situant résolument hors champ du sanitaire).

On peut se demander si certaines caractéristiques des patients comme, par exemple, leurs difficultés de gestion financière, sont *uniquement* les conséquences d'une maladie invalidante ou de troubles cognitifs et ne sont pas induites, ou ne se cumulent pas, avec les effets sociaux *iatrogènes* résultant d'une désafférentation sociale prolongée. La plupart de ces patients, logés, nourris, entretenus, assistés pendant des années, ne bénéficient pas d'une stimulation ou d'une mobilisation dans ce domaine.

Ces personnes conservent en majorité une famille qui garde des liens avec l'équipe soignante *dans 72% des cas et visite ses patients quotidiennement, dans quatre cas sur dix*. L'enquête infirme une représentation fréquente, par les professionnels, de patients chroniques isolés ou « orphelins ». Elle ne conforte pas l'idée qu'il s'agit de patients qu'on peut placer « n'importe où », y compris sur le site d'hôpitaux éloignés d'un lieu de vie non identifiable sous le prétexte, erroné, d'une perte de racines et de support familial. L'enquête amène à se demander si quelque chose n'a pas fonctionné, durablement, entre familles et professionnels, dans la recherche de solutions alternatives à l'hospitalisation, c'est à dire dans la négociation de la répartition du rôle de chacun.

On remarquera le taux élevé de réponses qui confère à l'enquête une solide représentativité régionale, traduisant la prise de conscience, par les professionnels, de l'importance du problème et de leur volonté d'aborder la question sans préjugés, ce qui est une évolution récente et positive.

On peut penser que la population concernée est probablement *sous-évaluée* car l'enquête s'est fixée des critères précis, donc limitants. À la périphérie de la population décrite existent des patients handicapés psychiques non connus du dispositif de santé mentale, ou non suivis régulièrement, qui ne se confondent pas, uniquement, avec d'autres, non comptabilisés, issus de populations fortement précarisées (SDF) pour lesquels les dispositifs sectorisés sont peu performants ou s'abstiennent.

En outre, l'enquête indique qu'un certain nombre de structures privées n'ont pas répondu, ou n'ont pas été enquêtées. Pour être complètement exhaustif, peut-être conviendrait-il d'étudier, pour les inclure ou non dans une logique de planification, de nombreux patients jamais, ou rarement hospitalisés, mais dépendant de structures sanitaires telles que les foyers de post-cure, les hôpitaux de jour, ou médico-sociales, les appartements thérapeutiques, etc.

Une enquête régionale, réalisée fin 2003 en région Rhône-Alpes pour préparer le SROS, sous la forme d'une coupe transversale un jour donné, faisait état de *1512 patients* hospitalisés au long cours. Pour ces patients, les professionnels préconisaient d'autres

réponses que la poursuite de l'hospitalisation à temps complet. Ces résultats ne concernaient que les structures sectorisées de la région et n'incluaient pas, comme en Île de France, des patients non présents le jour de l'enquête mais institutionnellement dépendants (plus d'un tiers des cas en Île de France).

A/ 5.3. Les expériences étrangères

Ces enquêtes, qui ne sont pas seules, confirment nos constats. Elles surprennent si l'on ne se réfère pas à une volumineuse littérature étrangère accumulée depuis une vingtaine d'années. Pourquoi uniquement étrangère ? Parce que c'est seulement hors de France que les politiques de santé ont posé la question de la fermeture raisonnée ou brutale des hôpitaux psychiatriques et en ont tiré les conséquences en termes d'anticipation et d'évaluation planificatrice, sur un plan technique et financier.

Échelonnées sur plusieurs années, ces politiques ont concerné plusieurs milliers de patients présentant des troubles graves et persistants, dont certains étaient réputés « *insortables* ». Cette littérature aborde l'utilisation de l'hospitalisation (ses indications spécifiques), la comparaison entre traitement intensif dans la communauté et hospitalisation à temps complet (coût, efficacité, satisfaction des patients et des proches, risque auto ou hétéro-agressif, de désinsertion ou de perte de suivi, fardeau communautaire, etc.). Il ressort de ces études qu'« *en pratique courante, l'hospitalisation à temps complet [doit être] utilisée moins fréquemment et moins longtemps qu'auparavant, et seulement s'il existe une nécessité impérieuse empêchant l'évaluation et le traitement du patient chez lui ou dans un cadre rendant possible une surveillance moins intensive. D'où le développement, du fait de la tendance à la réduction du nombre de lits²², de nombreuses alternatives différentes susceptibles de combler les besoins des patients et de leur famille* »²³. Ces alternatives associent, en général, différentes modalités de traitement, d'intervention, d'accompagnement ou de soutien dans la communauté pour des personnes qui présentent des troubles graves et persistants et de longues, voire très longues durées d'hospitalisation, dans leurs antécédents. Des solutions permettent le répit ou le repos des familles ou des aidants naturels comme des services d'urgence et de crise, pouvant intervenir au domicile, une hospitalisation à temps partiel en cas de crise.

Le PACT (Program for assertive treatment in the community – Programme pour un traitement intensif dans la communauté), conduit par Stein et Test à Madison, dans le Wisconsin (USA), à partir de 1975, a représenté le modèle d'origine de tous ces traitements intensifs communautaires et a montré, le premier, que tous les malades pouvaient être pris en charge sans recourir à l'hospitalisation, à la condition qu'une équipe travaillant dans la communauté soit réellement disponible pour délivrer des soins et des services intensifs au domicile et dans tous les lieux où ils étaient nécessaires.

Ce modèle a été reproduit et évalué dans d'autres contextes et pays : Hout et Reynolds (1984, Australie et Nouvelle-Zélande), Marks et al. (1994, DLP, Daily Living Program – Programme de Vie Quotidienne, Angleterre) et a confirmé son efficacité. Les principes sous-

²² Pour mémoire, aux USA : en 1955, 540.000 lits pour 165 millions d'habitants ; fin 1998, 57.000 lits pour 275 millions d'habitants. En Angleterre : 148.000 lits en 1954, 65.000 en 1985, 48.000 projetés en 2.000 pour 57 millions d'habitants. En France, en 1950, 120.000 lits pour 45 millions d'habitants, 60.000 lits en l'an 2000, pour 59 millions d'habitants.

²³Cf. Integrated Mental Health Services (1996) *modern community psychiatry*, Breakey, W.R., éd., Oxford University Press, New York, p. 270.

tendant cette approche ont été utilisés dans de nombreux endroits pour mettre en œuvre des programmes qui ressemblent, à des degrés divers, au modèle original : Bond (1991), le programme COSTAR (1992, Community Outreach Support Treatment And Rehabilitation – Traitement communautaire extensif de soutien et de réinsertion), à Baltimore, aux USA, Burns et al., 1993, en Angleterre.

Des équipes de gestion intensive des cas (intensive managed case teams) se sont généralisées en Angleterre ainsi que, plus récemment, des équipes mobiles d'urgence et de crise. D'autres pays, avec des approches diverses, se sont lancés dans des programmes communautaires significatifs qui sont devenus la doctrine de l'OMS pour les pays développés, et accompagnent souvent la fermeture, généralisée ou non, des hôpitaux psychiatriques, sur une durée assez longue : l'Italie depuis 1979, l'Espagne dans certaines provinces depuis le milieu des années quatre-vingt, la Hollande, etc...

Ce qui semble, pour l'ensemble de ces programmes, constituer le déterminant essentiel de la réussite, plus ou moins marquée, des projets, consiste dans *l'anticipation de la désinstitutionnalisation*. Partout où la sortie des malades a été préparée et que les ressources humaines dans la communauté ont précédé et accompagné la sortie, celle-ci a été une réussite. Partout où la sortie s'est faite sans préparation ni accompagnement, elle a soulevé de nombreux problèmes²⁴. *Autrement dit, investissement, désinvestissement et transfert d'investissement doivent aller de pair.*

En France, actuellement, malgré les polémiques, on ne peut affirmer que l'existence de nombreux SDF présentant des troubles mentaux ou une souffrance psychique, les patients en errance ou les crimes, médiatisés, commis par des malades mentaux, sont la conséquence d'une politique abrupte de désinstitutionnalisation, *puisque'elle n'a pas été aussi marquée.*

L'exemple le plus éloquent de la mise en œuvre d'une désinstitutionnalisation raisonnée, évaluée régulièrement, et réussie, concerne le projet TAPS (Team for Assessment of Psychiatric Services – Équipe pour l'Évaluation des Services Psychiatriques). Conduit par J. Leff depuis 1985 dans la région de Londres, il a été subventionné par l'Agence Régionale de Santé du Nord-Est de la Tamise (TNEHRA) et le Ministère de la Santé (NHS). Par de nombreux points, son déroulement évoque la situation qui existerait en Île de France ou en Rhône-Alpes si de telles actions de désinstitutionnalisation raisonnée étaient décidées et conduites²⁵.

La fermeture, décidée en 1983 à échéance de quelques années, de deux hôpitaux psychiatriques de la région de Londres, a entraîné le début du projet. Il a concerné la programmation de sortie, par étapes, de patients séjournant dans les deux établissements, de façon continue depuis au moins un an, sans limite d'âge, à condition qu'ils ne soient pas déments, pour les plus de 65 ans. L'évaluation, standardisée à partir de critères multiples médicaux et sociaux, a été entreprise juste avant la sortie, un an et cinq ans après. Ces patients chroniques, 737 *au départ*, sont sortis par vagues successives, des « *plus faciles* » aux « *moins faciles* ». 64, réputés insortables, ont bénéficié de réponses particulières, hospitalières ou para-hospitalières. Le projet a fait l'objet de plusieurs dizaines de publications dans des revues à comité de lecture²⁶.

²⁴ Lamb, H.R & Bachrach L.L. (2001) : *Some Perspectives on Deinstitutionalization*, Psychiatric Services, 8/2001, 52, 8, 1039-1045.

²⁵ Cf. Triemann, N. & Leff, J. (1997) : *la transition de l'hôpital vers les services implantés dans la communauté*, quelques résultats d'études du TAPS, in L'Information Psychiatrique, 1997, 8, 773-779.

²⁶ Idem, ainsi que la bibliographie plus exhaustive, ci-jointe.

Les 710 patients sont devenus 671 (24 sont décédés et 3 sont sortis avant l'inclusion). Leurs caractéristiques étaient les suivantes : âge moyen de 54 ans, une petite majorité d'hommes, 6% mariés, 24 ans de médiane de durée de séjour, 39% de patients chroniques plus récents, 80% de schizophrènes. Ils se sont répartis en 64 « *insortables* » et 607 sont sortis vers toute une gamme d'institutions communautaires. 5 ont été perdus de vue puis retrouvés, 7 ont échappé au suivi systématique, 23 n'ont pas été retenus (ils ne remplissaient plus les critères), 4 ont été omis par erreur mais revus plus tard.

Parmi les principaux résultats observés : 126 patients sont décédés avant la fin de la cinquième année, et les informations requises ont été obtenues pour 523 patients (97% des patients vivants). 469 (89,6%) vivaient dans la communauté à la fin de l'étude. 310 (59,2%) n'avaient pas changé de lieu de résidence. 210 patients (38,4%) ont été réadmis au moins une fois, *ce qui semble indiquer la nécessité de conserver, environ, dix lits pour chaque centaine de patients sortis*. La dangerosité (crimes, délits, contacts avec la police) a représenté 15 incidents en tout, pour 18 patients (2% de l'échantillon) dont deux ont été emprisonnés (l'un brièvement). Certains ont été transférés dans des hôpitaux sécurisés. La mortalité prématurée par maladie, accident ou suicide n'a pas semblé supérieure à celle de populations comparables de malades vivant préalablement dans la communauté. En ce qui concerne l'errance, 9 (1,5%), dont aucun ne vivait dans un hébergement protégé, ont été perdus de vue avant les cinq ans. L'un d'entre eux avait présenté des antécédents d'errance préalablement à l'admission, et plusieurs ont probablement refusé de répondre volontairement à l'enquête, car ils continuaient à être inscrits dans les registres du NHS.

Pour la plupart des malades, il n'a pas été observé de changement significatif dans leur état clinique ni dans leurs problèmes de comportement. Ils ont développé ou retrouvé des compétences dans la vie quotidienne et sociale. Ils ont acquis des amis et constitué un réseau social proche. Ils ont vécu dans des conditions d'hébergement et de soins beaucoup moins restrictives que celles de l'hôpital. La très grande majorité, au bout de ces cinq années, souhaitait rester où elle résidait et ne pas retourner à l'hôpital. Le soin communautaire avait donc significativement *amélioré leur qualité de vie et leur compétence ordinaire et sociale*, davantage que les symptômes et *en dépit de la persistance de ceux-ci*, pour ce groupe de patients inclus dans un programme structuré et adéquatement doté, *conditions qui sont indispensables pour envisager la généralisation de tels programmes*.

Sur le plan du coût global, *il n'a pas été observé qu'il était inférieur à celui d'un traitement hospitalier, mais légèrement supérieur (12%)*. C'est la prise en charge des 64 patients très difficiles et leur encadrement élevé (1,7 ETP pour un patient) qui a fait que le coût global a dépassé celui du traitement hospitalier (il est à noter que *40% de ces insortables* ont pu rejoindre, au bout de cinq ans, des institutions communautaires).

Selon les auteurs, la substitution de l'hôpital psychiatrique par toute une palette de réponses communautaires a plutôt bien fonctionné pour la très grande majorité des patients chroniques. Des réhospitalisations sporadiques, régulières parfois, ont été inévitables, pour certains patients à risque (en particulier des hommes jeunes, pour lesquels s'associent troubles mentaux et consommation de drogue ou d'alcool). Les craintes selon lesquelles la désinstitutionnalisation des patients chroniques comporte un risque élevé de négligence, de mortalité élevée, d'errance, ou une menace pour le public, n'apparaissent pas fondées.

Rappelons, à ce sujet et au-delà des questions soulevées par le projet TAPS, que la violence des malades mentaux et leur dangerosité, le risque qu'ils font courir, appellent

plusieurs commentaires, au moment où la sécurité est une préoccupation importante et pourrait faire envisager une modification des dispositions concernant l'internement ou le suivi ambulatoire obligatoire. Plusieurs évènements récents et médiatisés : la tuerie de Nanterre, l'agression contre le Président de la République, contre le Maire de Paris, dans leur succession rapide, peuvent donner une vision déformée.

L'examen de la littérature française et internationale dans ce domaine n'est pas facile, tant les biais de comparaison sont nombreux. La recherche documentée, suggère, toutefois, que la dangerosité des malades mentaux *traités* rejoint (ou n'est pas significativement différente de) celle observée en population générale. Elle est plus élevée pour les patients *non traités* et concerne surtout la comorbidité alcool drogues et le caractère *inaugural* des troubles graves (psychoses). La famille ou l'entourage proche en sont les principales victimes (Phelan et al., 1997 ; Swanson et al., 1994 ; Eronen et al., 1998 ; Steadman et al., 1998, Swartz et al., 1998). L'amélioration du risque semble reposer davantage sur la *formation des policiers* aux problèmes de santé mentale et sur la *réactivité des équipes de psychiatrie* grâce à des équipes mobiles entraînées à collaborer avec la police et les services de secours (Teplin et al., 1990 ; Mc. Niel et al., 1991 ; Zealberg et al., 1992 ; Way et al., 1993 ; Lamb et al., 1995 ; Kannas et al., 1998).

Si l'on considère le coût global de tels projets, il n'est pas *inférieur* à celui d'une hospitalisation complète et nécessite une planification rigoureuse de l'organisation des réponses ainsi qu'une allocation de ressources adéquate. *En particulier, ils ne doivent pas faire sous-estimer et donc, planifier strictement, les besoins persistants en hospitalisation complète pour des soins aigus, auxquels s'ajoutent ceux résultant de l'existence d'un flux de nouveaux patients chroniques hospitalisés durablement, jusqu'à ce que le cycle d'externalisation recommence.*

En France, on peut supposer que le bénéfice de tels projets concernerait au moins 15.000 de nos concitoyens, particulièrement stigmatisés, vulnérables et négligés, dont il améliorerait grandement la qualité de vie (environ 5.000 personnes dans les deux régions citées). S'ajouteraient à ce bénéfice, considérable, la sensible atténuation de la crise hospitalière en psychiatrie, une accélération déterminante de la résorption de concentrations hospitalières psychiatriques, qu'elles soient proches ou distantes de leur zone de desserte. Cela favoriserait un changement d'équilibre déterminant en faveur des réponses dans la communauté et de l'hôpital général, et pourrait permettre que l'essentiel des réponses pour des soins aigus de brève durée y soient implantées. Cela participerait à changer profondément l'image et la pratique de la psychiatrie française, pour ses usagers et leurs familles.

B/ Quelle place pour le secteur psychiatrique dans la nouvelle planification sanitaire ?

La promotion récente des notions de SROS unique et de territoire de santé (ordonnance du 6 septembre 2003) s'est accompagnée de la suppression du secteur sanitaire en MCO et des conférences sanitaires du même nom. Sans la pression des organisations professionnelles, médicales et soignantes, le secteur psychiatrique aurait dû connaître le même sort. Son maintien s'accompagne, toutefois, de son intégration au sein d'un cadre plus large, le territoire de santé, élément constitutif et organisationnel du nouveau schéma régional de l'offre de soins.

Dans ce cadre juridique encore incertain, certains ont voulu voir, dans le SROS unique et le territoire de santé, l'amorce d'une régionalisation de la santé, dans sa version décentralisatrice. La santé se borne à être déconcentrée, la région ne constituant que le cadre territorial d'une déclinaison de politiques nationales ainsi que d'élaboration de politiques régionales, programmes de santé publique et d'organisation de l'offre de soin dans le cadre des SROS.

Les différents textes publiés relatifs à la planification (ordonnance du 6 septembre 2003), en gestation (projet de circulaire relative aux SROS de troisième génération) ou en devenir (rapport Cléry-Melin, Kovess, Pascal, sur l'organisation de la psychiatrie), les réflexions qui les nourrissent (groupe de travail du CREDES sur les territoires et l'accès aux soins) posent la question de l'intégration de la psychiatrie dans le droit commun de la planification hospitalière, remettant en cause une certaine conception du secteur. Dans ce « *système de poupées russes* » où s'emboîtent secteurs, territoires et région, la nécessaire conciliation entre l'approche territoriale et sectorielle, pour une approche graduée des soins, conduirait à un changement de paradigme où de principe : le secteur pourrait devenir l'exception.

B/ 1. L'INTEGRATION DE LA PSYCHIATRIE DANS LE DROIT COMMUN DE LA PLANIFICATION HOSPITALIERE

Pour déterminer ses interférences avec le secteur psychiatrique, l'éclaircissement des différents termes posés par l'ordonnance du 6 septembre 2003, SROS unique et de territoire s'avère nécessaire.

B/ 1.1. Les nouveaux outils de planification sanitaire

B/ 1.1.1. Le SROS unique

Unique, le SROS l'est à double titre : d'abord, parce qu'il intègre la carte sanitaire et le SROS dans un seul outil, mais aussi parce qu'il réunit la psychiatrie et le MCO dans un même document.

Le regroupement des deux instruments traditionnels de la planification hospitalière jusque là distincts, en un seul, signe le passage souhaité d'une planification quantitative à une planification qualitative.

A la carte sanitaire, contenant d'une planification quantitative (autorisation de lits, suppression et regroupements, indices) et à l'ancien SROS, contenu qualitatif de cette planification, succède un instrument unique, le nouveau SROS, outil de définition d'une politique de santé au sein de territoires librement définis par les ARH (sauf pour les politiques nationales) et délivrés des références à des indices réglementaires (suppression de la carte sanitaire et des différents indices regroupés dans une annexe du SROS).

La planification hospitalière entre, ainsi, dans une ère où le contenant (zonage géographique) se définit par rapport au contenu, s'affranchissant des limites des circonscriptions administratives. Cette unicité s'exprime, également, dans le regroupement MCO-Psychiatrie, nouveau cadre révélateur de deux phénomènes : l'unification des procédures de la psychiatrie et du MCO, mais aussi l'extension du champ de la psychiatrie à celui de la santé mentale

La conjonction des procédures entre MCO et Psychiatrie se situe dans la continuité d'un mouvement historique qui a vu :

- l'alignement progressif de l'organisation administrative des hôpitaux psychiatriques sur les hôpitaux généraux (art 25 de la loi du 31 juillet 1968),

- la reprise de la notion de secteur, posée par la circulaire de 1960 relative à la psychiatrie et légalisée en 1985,

- la suppression par la loi de 1991 des centres hospitaliers spécialisés au profit de l'établissement de santé,

- la réforme du diplôme unique d'infirmier en 1992,

- et, d'une façon plus générale, l'application à la psychiatrie du droit commun législatif, qu'il s'agisse des règles de planification sanitaire issues des ordonnances de 1996, de l'accréditation, des droits du patient ou encore de la représentation des usagers dans les instances délibératives des institutions de soins.

L'extension du champ de la psychiatrie à des domaines où cette dernière n'apparaît ni majoritaire, ni prioritaire, mais seconde sans être marginale, comme les urgences, la psychiatrie de liaison, l'addictologie, l'exclusion, le handicap, les personnes âgées, les adolescents, a été interprétée de deux façons. La première voit, dans la prise en charge de la souffrance psychique, une dilution de la psychiatrie dans une nouvelle idéologie, taxée de « *santé mentalâtrie* », où la psychiatrie perdrait son identité. La seconde considère que cette intégration de la psychiatrie ne signifie pas sa banalisation, son nivellement ou un déni de son identité mais au contraire, la reconnaissance du travail accompli par les psychiatres dans de nouveaux champs et domaines d'activité au profit d'une conception véritablement dynamique de la discipline.

Au niveau géographique, l'application de la notion de *territoire* au champ de la psychiatrie comme espace partagé avec d'autres disciplines n'est que la déclinaison logique de ce concept de SROS unique, réunissant la Psychiatrie et le MCO.

B/ 1.1.2. Le territoire de santé

L'outil territorial est la traduction réglementaire d'un phénomène ancien qui a vu les ARH se délivrer des territoires administratifs au profit de territoires opérationnels.

Les secteurs sanitaires, valables pour gérer les autorisations, les regroupements et les coopérations se sont révélés peu capables de coller à de véritables zones d'attraction hospitalières, notamment dans les grandes agglomérations. Leur remplacement par des territoires spécifiques, bassins de santé, pôles sanitaires, avec un phénomène de

hiérarchisation des territoires entre eux, a permis la mise en oeuvre de politiques concrètes de réorganisation de l'offre de soins.

Comme le rappelle le rapport du CREDES, l'outil le plus connu réside dans le bassin de santé organisé autour d'un établissement de référence qui comporte des établissements satellite de proximité. Par exemple « *La région Rhône-Alpes présente un modèle relativement achevé de 34 bassins de santé qui s'intègrent dans 11 secteurs sanitaires et une région, avec corrélativement une graduation des soins : la notion d'hospitalisation de proximité est assurée par 9 pôles de proximité, 15 par des pôles proximité renforcée, 5 par des pôles de référence et 3 par des pôles de référence universitaire* ».

D'autres outils ont, également, été promus : -

- soit au niveau infra-sectoriel : les bassins de proximité, de naissance, de chirurgie (Bretagne), des pôles de coopération sanitaire (Bourgogne),

- soit au niveau interrégional : les urgences et les SMUR, la cancérologie, IRM, l'étude des besoins de santé.

Les objectifs de ces différents zonages concernent la coopération entre établissements, la déclinaison du SROS, l'animation des réseaux de soins, la concertation des différents acteurs sanitaires et médico-sociaux ainsi que la négociation des projets d'établissements permettant une meilleure synergie des moyens.

Le reproche principal adressé à ces différents découpages repose sur la surdétermination de l'offre de soins qui entérine, ainsi, d'éventuelles inégalités d'équipements sanitaires, sans rien dire de la demande de soins et des territoires vécus. Sa logique descendante, voire jacobine a pu limiter, dans certains cas, son efficacité.

Ainsi, le territoire de santé se substitue, pour le MCO, au secteur sanitaire et, par voie de conséquence, la conférence sanitaire de secteur cède la place à la conférence sanitaire (de territoire). L'objectif, rappelé par le projet de circulaire relatif aux SROS de 3^{ème} génération est clair : « *identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins, dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives* ». Ainsi, en fonction des besoins, le territoire de santé sera-t-il infra régional, régional ou supra régional.

Ces territoires sont, également, variables selon les disciplines avec, pour limite, « *le maintien d'une cohérence territoriale de toutes les activités liées au plateau technique* ». Ils seraient gradués pour assurer et « *identifier les différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau interrégional* ».

La nouvelle planification retient les acquis de l'ancienne et la hiérarchisation qu'elle a su opérer dans les niveaux de prise en charge (niveaux 1, 2 et 3). Enfin, elle veut privilégier le « *pays réel par rapport au pays légal* », par la promotion d'une démocratie sanitaire, base de la définition de territoires sanitaires, vécus, définis et appropriés par leurs acteurs puisque « *usagers et élus doivent être associés à toutes les étapes d'élaboration du SROS* ». On imagine que ces nouveaux territoires s'accorderont avec la notion de pays, d'intercommunalité, territoire vivant et approprié par ses acteurs, qui ne dépend pas de la seule offre de soins mais enregistre, également, la demande.

L'autre novation apportée par le territoire de santé réside dans *l'élaboration d'un projet médical de territoire*. À une approche verticale de la planification, centrée par le projet d'établissement, compatible avec le SROS et sa traduction financière dans les COM, succèdera une approche horizontale, le Projet territorial de soins, élément structurant d'élaboration du SROS mais aussi élément de coopération renforcée entre établissements.

Ce projet médical de territoire, commun à plusieurs établissements, s'accorde particulièrement avec ce nouvel instrument juridique constitué par le groupement de coopération sanitaire, le GCS. Le projet d'établissement, élément central de la planification antérieure, n'est plus qu'un élément d'une planification territoriale qui cherche à s'affranchir des contraintes institutionnelles.

L'allocation de moyens dans le cadre des projets médicaux de territoire, prévue par le projet de circulaire, corrélés à un travail de réorganisation des ressources et à une amélioration de l'organisation interne, signifie que la recomposition de l'offre de soins demeure d'actualité.

Le secteur psychiatrique étant formellement contenu dans cette notion de territoire²⁷, cela signifie-t-il que ses diverses conséquences organisationnelles soient applicables au secteur psychiatrique : des tailles et des populations différenciées aux lieux et places de l'égalité entre secteurs une hiérarchisation des soins qui remplacerait le principe généraliste, l'intersectorialité s'affirmant au détriment du secteur ? Ces différentes modalités concrétiseraient, au niveau particulier du territoire, l'approche unitaire du SROS. Rien n'interdit de réfléchir, à partir des différentes pistes réglementaires, à ce que pourrait-être le secteur de demain.

Répondre à ces différentes questions suppose d'effectuer un rapide rappel historique du secteur psychiatrique pour en tirer un bilan.

B/ 1.2. Le secteur psychiatrique, au tournant de son histoire ?

B/ 1.2.1. La définition du secteur psychiatrique

Le secteur psychiatrique, contrairement au secteur sanitaire, est à la fois un contenant et un contenu et c'est, sans doute, cette vision extraordinairement moderne qui explique son succès.

Le secteur se veut, d'abord, (c'est son aspect territorial) un outil de *répartition* des équipements dans le cadre d'un *zonage* afin d'assurer *la proximité des soins*. C'est, ensuite, un instrument fonctionnel qui permet à une même équipe pluridisciplinaire d'assurer la prévention, les soins et la réinsertion, avec une identité soignante permettant l'articulation entre le dedans et le dehors, exprimant, ainsi, la notion fondamentale de *continuité des soins*, « *traduction administrative de la notion de transfert* »

²⁷ Le nouvel Art L3221-1 du code de la santé publique est, ainsi, libellé : « *la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L6121-2.... : les secteurs psychiatriques....* »

Enfin, il exprime une philosophie et une politique de soins proche du SROS actuel, à la fois contenant et contenu d'une politique de santé mentale qui promeut la désinstitutionnalisation progressive ainsi qu'une démarche généraliste, psychodynamique, non discriminante et holistique du sujet s'opposant, ainsi, à une segmentation d'activité et à une prise en charge du patient centrée sur ses seuls symptômes.

Son option généraliste en fait un instrument « *bon à tout faire* », qui réfute, logiquement, la hiérarchisation des soins.

B/ 1.2.2. Avantages et limites.

Les aspects positifs sont considérables. Sans secteur, la désinstitutionnalisation serait restée lettre morte. Le renforcement d'une offre de proximité intra-hospitalière (implantation dans les hôpitaux généraux) comme extra-hospitalière (virage ambulatoire), certes encore insuffisante, a été portée et soutenue par la démarche sectorielle, concrétisant ainsi l'accessibilité et la continuité des soins. Dans ces conditions, la qualité de vie des patients, en particulier celle des malades les plus graves a été considérablement améliorée.

Mais, plus que son aspect organisationnel, c'est la philosophie du secteur qui emporte l'adhésion. Loin de l'approche réductionniste et symptomatologique qui confinait la psychiatrie à une description entomologique des pathologies, le malade étant considéré comme un sujet, replacé dans sa biographie et une personne située dans son environnement.

Malheureusement, une lecture trop littérale du secteur, s'éloignant de son esprit, a contribué à le figer. On lui reproche un découpage :

- ✓ artificiel, fondé davantage sur des considérations d'égalité entre équipes que sur des considérations de santé publique, avec le partage entre une partie urbaine et une partie rurale censé garantir l'attractivité des secteurs pour les médecins. Il en résulte des villes coupées en morceaux, desservies par plusieurs secteurs voire plusieurs établissements,
- ✓ obsolète, dans les grandes agglomérations urbaines, car il aboutit à un morcellement de territoires face à des problématiques qui ne peuvent se décliner qu'au niveau de la ville (politique de la ville et de l'habitat, politique contre l'exclusion),
- ✓ inégalitaire en termes de moyens et d'équipements (écart de 1 à 9) en dépit de l'égalitarisme affiché,
- ✓ incohérent : l'absence d'identité entre secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, de correspondance avec la sectorisation MCO et de relations avec le médico-social mettent en échec la continuité des soins,
- ✓ n'intégrant pas le secteur privé, ni la médecine libérale.

Pour pallier ces limites, de nombreux efforts ont été tentés soit par les autorités planificatrices, soit par les secteurs eux-mêmes.

Certains régions ont eu une démarche volontariste, telle la Bretagne qui a fait coïncider les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile avec ceux de psychiatrie générale et a favorisé des groupements de secteurs pour les faire coïncider avec le MCO. Certains services se sont

regroupés en fédérations voire en départements (CHS Charles Perrens de Bordeaux). L'intersectorialité appliquée à des populations (adolescents, personnes âgées) ou à des prises en charge particulières (thérapie familiale, patients dépendants) ont été développées. Quelques réseaux, notamment celui du Sud-Yvelines, ont vu le jour.

Ces différentes approches sont demeurées relativement marginales, le secteur demeurant le principe et l'intersectorialité, l'exception.

Si les psychiatres de secteurs sont prêts à modifier la cartographie du secteur en dépit de l'identité entre secteur et chefferie de service, évident facteur de résistance, autant restent-ils fidèles à son esprit, craignant qu'à l'occasion « *on ne jette le bébé avec l'eau du bain* ».

B/ 2. LA CONCILIATION DE L'APPROCHE TERRITORIALE ET SECTORIELLE CONDUIRAIT A UNE APPROCHE GRADUEE DES SOINS ET A UN CHANGEMENT DE PARADIGME OU, DE PRINCIPE, LE SECTEUR DEVIENDRAIT, EN FAIT, L'EXCEPTION.

Avec la notion de territoire, la logique change. Au lieu et place d'un outil à taille unique, le secteur, la logique territoriale envisage des regroupements de secteurs à géométrie variable en fonction des missions considérées, avec une séparation entre la distribution de proximité et l'organisation des soins. Quelle sera, dans ce contexte, la place respective du secteur et du territoire ?

B/ 2.1. Le secteur demeurerait un outil irremplaçable de distribution des soins

Le secteur demeurerait un outil irremplaçable de proximité pour l'accessibilité et la continuité des soins. En son sein se développent, naturellement, les activités ambulatoires : CMP, CATTP, hôpital de jour, l'HAD. Relais naturel de l'articulation avec les médecins généralistes, il sert de base au travail de liaison avec les hôpitaux locaux et les établissements médico-sociaux et constitue le cadre naturel du travail en réseau avec la communauté (écoles, PJJ, élus locaux, assistants sociaux). Un premier niveau d'hospitalisation resterait envisageable dans le cadre du secteur.

B/ 2.2. Le territoire concrétiserait l'intersectorialité géographique et fonctionnelle

Le territoire pourrait s'imposer sous deux formes, le regroupement géographique et fonctionnel.

B/ 2.2.1. Le regroupement géographique

Les mutations démographiques des grandes métropoles régionales constituent un phénomène majeur de la période. Une ou deux concentrations urbaines d'un département ou d'une région regroupent, désormais, la majorité de la population de l'aire géographique concernée.

Les découpages sectoriels qui conduisent les habitants d'une même ville à relever de secteurs différents et de pratiques de soins diverses, limitent la déclinaison d'une politique de santé mentale au niveau de la ville compte tenu des imbrications entre celle-ci et celle là.

Sans remettre en cause la logique sectorielle, le territoire pose la question de la *taille discriminante* (superficie et géo-démographie) pour appréhender les besoins en santé mentale, mettre en cohérence la santé mentale avec le MCO et, de façon plus globale, assurer l'adéquation avec les diverses politiques sociales (de la ville, de l'habitat, de lutte contre l'exclusion). Le territoire permet des regroupements de secteurs à géométrie variable en fonction des missions considérées, la taille variant en fonction des missions. L'expérience montre que les diverses fonctions de la psychiatrie ne peuvent être assurées avec un outil à taille unique : ainsi, les discussions avec le secteur social se font-elles au niveau urbain ou départemental alors que la maille sectorielle prévaut pour l'extra-hospitalier. La santé mentale ne saurait échapper à ces réalités.

Le rapport Cléry-Melin (Proposition II 14) préconise, d'ailleurs, cette organisation fédérative : « *encourager l'organisation fédérative à l'échelle du territoire de santé des secteurs correspondants de psychiatrie générale et de psy-infanto-juvénile* »

Ce territoire partagé permettrait d'unifier la desserte entre psychiatrie générale et infanto-juvénile améliorant la lisibilité d'un dispositif où les interlocuteurs (services sociaux) et les clientèles (adolescents, femmes isolées avec enfants, familles marginales et/ou pathogènes) sont souvent communs.

Si l'élargissement de la maille du secteur semble aller de soi, la segmentation d'activité qui pourrait en résulter pose d'autres questions : pourquoi amender, ainsi, l'option généraliste et surtout comment ? Quels en seraient les risques ?

Si la logique de désinstitutionnalisation sectorielle s'est inscrite dans une démarche généraliste non discriminante et holistique du sujet, quarante ans plus tard, force est de constater que la cohabitation, dans les unités d'hospitalisation, de sujets déprimés avec des patients lourdement déficitaires, participe à l'image stigmatisante de la discipline.

La psychiatrie est, ainsi, amenée à redéfinir ses prises en charge. L'option généraliste ne peut prétendre répondre à toutes les problématiques de la discipline et négliger l'apport des prises en charge spécialisées. Cependant, l'abord spécifique ne peut, lui non plus, sauf à perdre sa richesse clinique, faire l'impasse sur la dimension territoriale.

Le département ou la fédération (regroupement géographique) est susceptible de présenter une psychiatrie de compromis heuristique : ni complètement généraliste, ni complètement spécialisée, réaffirmant une approche véritablement psycho-dynamique du sujet dans sa globalité et sa biographie et s'organisant à partir des capacités fonctionnelles du patient. Ce « *juste milieu* » concilie l'approche territoriale et personnalise les soins dans le cadre d'une organisation différenciée des capacités et structures au sein d'un bassin géo-démographique pertinent.

La segmentation des capacités hospitalières entre plusieurs secteurs permet, aussi, une organisation thématique. Par exemple, le regroupement des admissions, une unité spécifique des patients sous contrainte, des capacités particulières au profit de la réinsertion, une structure de réadaptation pèsent sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation. L'accueil des admissions par des équipes spécialisées permet d'assurer, de façon plus active, l'aval des urgences. De la même façon, des unités spécifiques au profit de patients au long cours ou sous

contrainte assurent l'indispensable continuité de soins et la personnalisation des prises en charge par du personnel qualifié. Enfin, une unité de déchronicisation et une unité de soins relais participent, de façon dynamique, sans tout attendre du secteur médico-social tout en préparant un éventuel relais à la réhabilitation et à la réinsertion des patients.

Dans le contexte difficile de saturation du parc hospitalier psychiatrique français, ces modalités d'organisation sont de nature à fluidifier le dispositif et à soulager la pression sur les lits.

Ce type d'aménagement pourrait valoir pour certaines alternatives à l'hospitalisation comme les hôpitaux de jour, où une certaine spécialisation permettrait des prises en charge ciblées, facteur de lutte contre la chronicité, facilitant la fluidité du dispositif.

B/ 2.2.2. Les regroupements fonctionnels

Plusieurs facteurs motivent cette intersectorialité : le développement de nouvelles techniques pour des prises en charge et populations particulières, la nécessité d'une taille critique pour dispenser des soins personnalisés, la liberté de choix dans le respect de la continuité des soins et l'hétérogénéité des moyens des secteurs qui conduit certaines équipes à se substituer à d'autres moins bien dotées pour remplir des tâches d'intérêt général.

Mais plusieurs dérives limitent son intérêt : une trop grande hiérarchisation conduisant à rejeter des patients dont la prise en charge ne serait pas jugée gratifiante ; une spécialisation de certaines équipes amenant à une segmentation des activités sans coordination ; un « *effet vitrine* » qui néglige les besoins prioritaires ; un « *effet déféctologie* » entraînant les autres secteurs à abandonner certains patients à un service particulier.

L'intersectorialité ne saurait donc constituer un « *Aventin psychiatrique* », être conduite contre le secteur mais bien au contraire constituer une ressource qui nourrit et renforce sa démarche. Il ne s'agit, en aucune façon, de s'engager dans la dérive du réductionnisme biologique sous son vocable nouveau de neuro-sciences et dans cette « *psychiatrie à l'américaine* » où l'approche symptomatologique (telle qu'elle figure dans DSM 4) remplacerait la richesse de l'approche psychopathologique européenne.

B/ 2.3. La conciliation de l'approche géographique et fonctionnelle

Peux-t-on aller plus loin et territorialiser une approche fonctionnelle de l'offre de soins en santé mentale ? Peut-on imaginer, sur le modèle du MCO, une organisation des soins par niveau territorial avec un niveau 1 relevant, peu ou prou du bassin de santé, un niveau 2 organisé dans le cadre du secteur et un niveau 3 pour la région ?

Si l'offre de proximité relève du secteur entendu stricto-sensu, on voit se dessiner en santé mentale trois territoires complémentaires : la ville ou plutôt la communauté urbaine, le département et, enfin, la région.

Loin d'une seule approche sectorielle et/ou institutionnelle, la définition de politiques horizontales d'établissement et inter-établissements, au sein d'une grande agglomération urbaine assurerait :

- des prises en charge particulières telles que les urgences dans le cadre d'un SAU ou d'un UPATOU, la psychiatrie de liaison, les conduites addictives ;

- les soins aux populations spécifiques comme les personnes âgées, la petite enfance, l'adolescence

Au niveau départemental qui partage, avec l'État, les compétences et le financement du secteur médico-social doit s'établir la définition d'une politique du handicap psychique. A ce niveau, on pourrait imaginer la coordination des soins aux adolescents et des unités fermées de type UMAP.

Enfin, le niveau régional assumerait les centres ressources autisme, les UMD et la psychiatrie universitaire.

Ces divers regroupements, géographiques et fonctionnels, concrétiseraient la notion de pôle telle qu'elle apparaît dans le projet « *hôpital 2007* » et, au niveau inter-établissement, les groupements de coopération sanitaire.

B/ 2.4. La collaboration avec le secteur privé

La collaboration avec le secteur privé, dans un cadre territorial déterminé, est de nature à optimiser l'offre de soins. Le secteur privé commercial dispose dans nombre de départements, en particulier dans le Sud de la France, d'une part importante et parfois majoritaire des capacités d'hospitalisation, justifiant son intégration dans la planification en santé mentale ainsi que son articulation avec le secteur public.

Alors que l'offre hospitalière publique fait l'objet, depuis quarante ans, d'une restructuration forte (diminution de 120 000 à 60 000 lits), les cliniques ont maintenu leur potentiel de lits. Les clientèles sont, en partie, superposables avec davantage de patients psychotiques, de troubles de la personnalité et un peu moins de patients anxio-dépressifs dans le secteur public et dans les deux dispositifs, les mêmes inadéquations et les mêmes patients hospitalisés au long cours. Le secteur public est, également, davantage sollicité pour la permanence des soins et les urgences ainsi que pour les cas extrêmes et complexes, difficiles, co-morbides, désinsérés et non coopératifs (hospitalisations sous contrainte).

La pression sur les lits, les temps médicaux et paramédicaux, devraient conduire à ***une planification conjointe*** comportant des outils appropriés qui ne se limitent pas à la tarification mais incluraient, également, la capacité, l'implantation et les différentes fonctions de l'hospitalisation complète ou partielle, les missions ambulatoires et, d'une façon générale, la participation du privé aux objectifs de santé publique.

Ainsi sur la base d'un cahier des charges précis, on peut imaginer, comme cela se fait déjà, un partage des tâches sur le thème de la post-urgence, des soins de suite ou, encore, de l'addictologie.

B/ 3. CONCLUSION

Cette approche graduée des soins semble constituer une réelle opportunité pour la psychiatrie. Évitant le retranchement de la discipline sur son pré-carré dans « *une conception cadastrale et douanière* » du secteur où la France psychiatrique peinerait à reconnaître son image, elle permettrait à la psychiatrie, sans rien perdre de sa spécificité et l'apport considérable du secteur, d'aborder d'autres territoires ainsi que d'autres populations, en se définissant, non pas contre mais avec les autres acteurs du monde sanitaire, médico-social et social, réaffirmant résolument son identité.

La promotion d'une organisation cohérente, graduée, souple, ouverte, offre l'opportunité d'une mutualisation et d'une mise en synergie des moyens pour un soin plus accessible et plus adapté à toutes les populations qui le demandent.

C/ La psychiatrie infanto-juvénile

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a animé pendant quatre journées sur quatre mois un groupe consacré à la psychiatrie infanto-juvénile, convenu au séminaire précédent de Royaumont, ce groupe s'est tenu les 15 avril, 6 mai, 10 juin et 9 septembre 2003, de 10 heures à 17 heures. L'objectif consistait à faire le point sur l'expérience et les réflexions actuelles des permanents et des correspondants à propos de cette activité extrêmement importante qui n'a été abordée que de façon partielle dans les derniers rapports consacrés à la santé mentale. Nos interventions sur site, concernant la pédopsychiatrie, posent peu de problèmes ou d'enjeux de restructuration, à l'opposé de la psychiatrie générale, parce qu'elle est considérée comme plus ouverte et plus partenariale, comme les professionnels qui la représentent. Il nous a semblé important de vérifier ensemble la part d'idées convenues et de réalité que comportaient ces assertions.

Les pédopsychiatres de la MNASM, et hors MNASM, ont été requis en priorité, mais le groupe a été ouvert à tous les correspondants, afin de ne pas laisser la psychiatrie infanto-juvénile débattre uniquement entre elle. Des directeurs d'établissement, des IG et des IAS, des psychiatres de psychiatrie générale ont participé activement. Des membres de l'administration centrale du Ministère, (DHOS, DGS, DREES) ont été présents et nous avons invité des personnalités extérieures à la MNASM (un PU-PH) pour stimuler et enrichir la discussion.

Le temps passé a été trop bref pour approfondir les thèmes prioritaires envisagés, et le compte rendu global n'est pas encore établi. Toutefois, certaines remarques peuvent être faites, qui semblent rapprocher significativement la psychiatrie infanto-juvénile de la psychiatrie générale.

Tout d'abord, les difficultés de la discipline à faire face à la massification et à la transformation des demandes, ce qui exige une redéfinition de son périmètre d'intervention et de ses missions prioritaires, une plus grande rigueur et innovation organisationnelles ainsi qu'une réactivité beaucoup plus importante. Malgré son ouverture affichée, on constate une certaine réticence de la pédopsychiatrie à reconnaître qu'elle a des partenaires plutôt que des interlocuteurs (ce qui est plus restrictif). Il existe une difficulté à penser l'intersectorialité (du fait notamment de la taille des territoires desservis) et des programmes transversaux.

Enfin, une crispation défensive se manifeste face à l'éclectisme émergent et croissant des modèles conceptuels et des pratiques thérapeutiques.

Une consensualité fragile est en cours de déséquilibre du fait de l'émergence de pratiques nouvelles (thérapies familiales systémiques, thérapies cognitivo-comportementales, chimiothérapies) et d'autres modèles conceptuels issus des neurosciences, qui dominent les appareils de formation d'où sont issus les futurs pédopsychiatres. Là comme ailleurs en psychiatrie, la coexistence de facteurs de crises internes et externes se renforcent.

D/ PMSI et psychiatrie

D/ 1. LE MECANISME DE FINANCEMENT A L'ACTIVITE POUR LE MCO RISQUE DE PENALISER LES AUTRES ACTIVITES FINANCEES PAR DOTATION GLOBALE

D/ 1.1. La T2A et l'application de mécanismes de quasi marché

Les règles d'allocation de ressources de l'activité MCO vont subir une modification progressive mais certaine, dans les trois prochaines années, puisque le système de dotation globale corrigée à la marge par le système de point ISA va progressivement céder la place à la tarification à l'activité fondée sur la valeur du point ISA et une régression corrélative de la dotation globale avec maintien de la contrainte financière (enveloppe unique).

Le financement de l'activité est censé atteindre 30% des ressources MCO en 2006. Toutefois, si on y inclut les GHS particuliers tels que la dialyse, les IVG, les soins palliatifs, la réanimation, les prélèvements d'organes, les activités à financement mixte telles que les urgences, l'HAD et enfin, les consultations externes ainsi que les médicaments onéreux, la majorité des ressources du MCO sera assurée sur cette base, laissant une part résiduelle à l'autre source de financement constituée par les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (les MIGAC), financée par dotation globale. À un système d'économie administrée doivent succéder des mécanismes de quasi-marché (système de prix), avec l'efficacité comme principe régulateur.

Les autres activités, SSR et psychiatrie, resteront financées sur le mode ancien de la dotation globale.

D/ 1.2. L'influence, éventuellement négative sur les autres disciplines

Dans un environnement contraint par l'ONDAM, on peut craindre, mutatis mutandis, que le phénomène de glissement prévu pour le MCO (réduction des MIGAC sous la pression budgétivore de l'activité et des progrès technologiques), ne s'étende et n'entame les autres enveloppes à financement administré, Soins de Suite et Psychiatrie. Si le phénomène d'individualisation des enveloppes limitera de telles dérives, une application trop stricte de leur séparation s'opposera en revanche à toute réallocation budgétaire entre les différentes disciplines.

D/ 2. L'HISTOIRE DIFFICILE DU PMSI PSYCHIATRIQUE PERMET DE RELANCER LE DEBAT AUTOUR DE SON ELABORATION.

D/ 2.1. Le retard pris dans la constitution de l'outil et sa faible opérationnalité

Alors que le PMSI MCO en est à sa septième classification, le rendant désormais opérationnel budgétairement, comment expliquer le retard pris par le PMSI psychiatrique ?

Le premier facteur tient, sans doute, à la spécificité de la discipline et à l'organisation des soins. La psychiatrie se caractérise par un nombre réduit de protocoles de prises en charge et par un caractère peu « *normé* » défavorable à la définition de groupes homogènes sur le plan clinique et économique. Par ailleurs, la psychiatrie organisée sur le modèle de sectorisation doit décrire l'ensemble de l'activité puisque l'essentiel de la file active relève désormais des alternatives avec, en outre, des actions dans la communauté non référées directement à un patient. Enfin, la psychiatrie connaît une évolution importante de son activité sous l'effet conjugué de la diversification de la demande et de la modification de l'offre de soins.

Le manque d'enthousiasme des différents acteurs (médecins, soignants, directeurs) constitue la deuxième raison du retard accumulé : leurs différents syndicats ont tiré prétexte du caractère peu protocolisé de la discipline pour s'opposer à un tel outil.

Enfin, les rapports de secteur, récemment modifiés qui donnaient un résumé assez fidèle de l'activité d'un service, mêlant à la fois données d'activité et informations sur l'environnement externe ont fait douter de l'aspect innovant du PMSI, renforçant la méfiance d'un monde peu habitué à l'évaluation.

Dans ce contexte difficile, des établissements issus de quatre régions pilote se sont engagés dans un recueil de données permettant la constitution d'une base et l'élaboration d'une première classification fondée sur la journée (Groupe homogène de journée) et sur les actes (Groupe homogène d'actes) selon une logique proche de celle mise en œuvre pour les SSR (recueil hebdomadaire), délaissant une autre option fondée sur la trajectoire des patients. Le PMSI psychiatrique compte, à ce jour, 220 GHJ à temps complet, 60 GHJ à temps partiel mais la constitution de groupes d'actes n'est pas encore élaborée alors que ces derniers concernent, notamment, les activités externes et les actions dans la communauté.

Le PMSI psychiatrique fait l'objet de critiques de trois ordres :

- le manque de lisibilité des groupes homogènes,
- le caractère peu discriminant des variables dites classantes qui n'expliqueraient que 4% des dépenses,
- la crainte que la classification ne valorise à l'excès l'hospitalisation et ne devienne, de ce fait, une entrave à la politique de secteur²⁸.

D/ 2.2. La constitution d'un nouvel outil offre l'opportunité de réouvrir un débat esquivé.

²⁸ Cette remarque ne vaut que pour la psychiatrie générale puisque la psychiatrie infanto-juvénile manque de lits.

En dépit du retard pris, ces quatre dernières années ont permis la constitution d'une base de données susceptible de diverses modalités. Le relatif échec de l'outil actuel permet de relancer la discussion sur les différentes options et réactualise le concept de trajectoire de soins, primitivement écarté pour des raisons d'opérationnalité.

A partir des données issues des rapports annuels de secteurs, validées par la base nationale de données, une étude effectuée par la mission PMSI permet de définir différents types de trajectoires. S'il est impossible de relier directement un profil de patients à une et une seule trajectoire, on peut cependant associer des parcours de patients privilégiés à une séquence de soins.

Quatre éléments descriptifs du patient apparaissent réellement et régulièrement discriminants : le diagnostic (regroupé en cinq catégories), l'ancienneté de la prise en charge (supérieure ou non à deux ans), l'existence d'une protection juridique et l'âge (plus ou moins 60 ans). La prise en compte de ces différents éléments a permis la définition de 40 groupes de patients correspondant à des probabilités d'accès à chacune des trajectoires.

Très différent des modèles PMSI déjà éprouvés dans d'autres disciplines, le concept de trajectoire présente plusieurs avantages :

- une bonne lisibilité clinique,
- une assez bonne explication des coûts constatés, (avec toutefois des délais de construction plus longs que dans l'autre hypothèse),
- un intérêt certain en terme de planification, référence étrangère au PMSI MCO qui s'inscrit dans le cadre d'un simple contrôle de gestion. Le concept de trajectoire de soins (à partir de normes à construire) permettrait de mesurer l'écart entre l'activité d'un établissement et son profil idéal. Ainsi, relierait-on, à nouveau, la planification au budget.

Deux hypothèses sont envisageables :

- ✓ un outil de mesure de la simple efficacité des ressources, décalque du PMSI actuel, qui classerait les séjours en journées d'hospitalisation à temps plein, temps partiel à partir de la densité de soins et de la charge de travail (sur le modèle des différents tarifs d'hospitalisation appliqués aux cliniques privées). Les activités de secteur (travail dans la communauté, activités externes) seraient alors financées par des MIGAC. Rapide à mettre en oeuvre, l'application de ce concept risque de s'avérer rapidement tautologique avec une prime donnée à l'hospitalisation temps plein,
- ✓ la séquence de soins (nouvelle dénomination de la trajectoire du même nom) permettrait la mise en place d'un financement vertueux qui, sans porter atteinte au principe d'efficacité, base du contrôle de gestion, relie l'allocation de ressources à une volonté planificatrice et de réorganisation du système de soins. Un tel système suppose un minimum de consensus sur la norme à définir en matière de prise en charge des patients et, à défaut d'une autorité unique, un système de décision concertée entre les autorités des planifications sanitaire, médico-sociale et sociale.

Les perspectives de la MNASM.

La MNASM est un outil qui a été conçu comme temporaire, dans le but :

- ✓ d'apporter une aide méthodologique et concrète aux multiples demandes d'évolution de l'offre en matière de santé mentale.
- ✓ d'apporter aux différentes directions ministérielles, la connaissance et le savoir-faire rapporté du "terrain".
- ✓ de communiquer de manière pluraliste sur l'évolution du dispositif vers les problématiques de santé mentale.

Dans ce cadre, une connaissance constante et renouvelée du terrain nourrit une réflexion qui s'appuie sur un compagnonnage constant, avec les établissements, les ARH et les services extérieurs de l'État.

La santé mentale, de façon paradoxale, est un domaine qui bénéficie de textes nombreux. Il s'agit probablement du domaine dont le champ en est le plus nourri. Seul leur approfondissement peut permettre de faire cesser de multiples interprétations qui empêchent l'affirmation d'une politique de santé mentale et de bases institutionnelles stables, dont la pérennité s'impose.

Dans ce contexte de mouvement des compétences nationales vers le loco-régional, de nouvelles démarches apparaissent susceptibles de bousculer des obstacles particulièrement contraignants : recherche de porosité entre l'Etat et les conseils généraux, recherche d'une logique de double tarification conjointe ARH / conseils généraux, méthodologie des projets médicaux des territoires de santé.

Consciente de la massivité des problèmes et de la nécessité de leviers de changement des CHS, la MNASM a élaboré des propositions d'action qu'elle souhaite réfléchir en confiance avec ses commanditaires.