

De la psychiatrie à la santé mentale : des éléments pour les changements

Obstacles et progrès

Défaut d'organisation de l'ambulatoire en amont, absence de réponses adaptées en aval, ces vices pérennisent la crise actuelle du passage de la psychiatrie à la santé mentale marquée par les transformations profondes des demandes et des représentations sociales et, souvent, par une inadéquation, qualitative et quantitative, des ressources humaines.

Lors des Journées du GRAPH organisées à l'hôpital Esquirol de Saint-Maurice en novembre dernier, un certain nombre d'éléments illustraient la situation présente, obstacles et progrès.

Dans sa communication "Santé mentale et psychiatrie", Gérard Massé retrace l'évolution, face à la maladie mentale, du concept de santé mentale et les résistances qu'il rencontre.

Jean-Claude Pénochet décrit les spécificités de la psychiatrie et insiste sur les rapports qu'elle entretient avec le social. C'est de cette dimension sociale dont traite, en s'appuyant sur un cas clinique et sur une étude de cohorte Gilles Vidon qui insiste sur les difficultés de la réinsertion et le travail du secteur. Deux textes, celui d'Elisabeth Beau et d'Eric Graindorge examinent la situation de l'organisation du secteur face aux évolutions en cours et à la nouvelle planification sanitaire. B. Deixonne, enfin, explique comment les nouveaux modes de financement de l'Etat sont intimement mêlés à l'histoire des régimes de protection sociale.

R. Lepoutre ●

Aux frontières de la psychiatrie

par Jean-Claude Pénochet

Savoir si la psychiatrie est, aujourd'hui, une discipline médicale comme les autres pose implicitement la question de son statut, de sa frontière par rapport à la médecine, ce qui revient à identifier ses spécificités au sein de cette discipline. Mais sur quoi, alors, fonder cette spécificité : est-ce sur cette humanité de l'homme, qui serait sa subjectivité ou, peut-être, sur la

sensibilité des interactions entre psychiatrie et culture, entre individu et société ?

1) La construction historique du statut de la psychiatrie

L'archéologie du discours psychiatrique prend racine dans la perception "satanique" de la folie au moyen âge. La Renaissance voit l'avènement de l'humanisme, marqué par

(suite page 2)

AU SOMMAIRE

Editorial :	
Les métiers, de la profession à la fonction	2
Aux frontières de la psychiatrie	3
Santé mentale et psychiatrie	4
Dimension sociale et réinsertion	6
L'organisation du secteur en psychiatrie et sa spécificité dans l'organisation du paysage sanitaire Français	8
Quelle place, pour le secteur psychiatrique, dans la nouvelle planification sanitaire ?	11
Hôpital 2007 : nouveaux modes de financement	15

LES MÉTIERS : DE LA PROFESSION À LA FONCTION

Dans son exposé aux journées du GRAPHE concernant la formation, à venir, des professionnels, M. Th. Maslankiewicz insiste sur les manques théoriques et pratiques dont les infirmiers exerçant en psychiatrie font l'expérience au quotidien.

éditorial On pourrait, sans doute, élargir ce constat, qui éclaire les difficultés à fournir des réponses plus adéquates pour l'ensemble du champ social, à l'ensemble des métiers des secteurs médico-social et social. Les signes de souffrance psychique, impliquant le recours aux soins psychiatriques mais ne s'y réduisant pas, obtiennent une réponse insuffisante, retardée, ou une absence complète de prise en compte. Plus qu'un simple élément du changement, l'évolution des métiers de la santé mentale apparaît comme la condition première d'une réponse qui s'adapte aux évolutions, en cours, de la demande, par une formation appropriée à ces nouveaux contextes de besoins et de demandes. C'est d'ailleurs dans cette perspective qu'un groupe de travail avait été mis en place par le bureau de la Santé Mentale de la DGS, avec la participation de la DHOS. Il avait pour objectifs, entre autres, d'examiner et d'analyser les besoins de formation après l'obtention du diplôme, ici infirmier. Mais le besoin se fait sentir pour tous les métiers. Ainsi en est-il des psychologues, en raison de la place grandissante qu'ils occupent dans les dispositifs et les réponses ambulatoires. Au delà du "qui fait quoi ?", question comportant de multiples variables, qui met en cause les relations entre les différentes professions et tend à modifier leur équilibre mutuel, la démarche devrait permettre d'obtenir davantage de réponses mieux circonstanciées aux problèmes qui se font jour au sein de la société, en matière de soins mais, également, en deçà ou à sa périphérie, - et pour lesquels de nouveaux savoir faire sont mieux à même de répondre, dans la mesure où ils se situent mieux pour entendre ces nouveaux contextes de besoins. Une telle approche devrait favoriser activement, comme l'y invitent les conclusions du rapport sur les métiers, remis en décembre 2003, la consolidation et l'intégration des savoirs et des pratiques, ici infirmières, à partir d'expériences cliniques vécues.

S. Kannas ●

Aux frontières de la psychiatrie (suite)

l'ouvrage de Jean Wier : "de l'imposture des diables".

Avec l'âge classique, c'est l'ouverture de l'hôpital général, par la mise à l'écart des déviants sociaux, ce "grand renfermement". Vient alors Pinel et son traitement moral, qui donne naissance à "l'aliénisme", dans ce passage de l'insensé à l'aliéné.

Dans ce "passage" de la notion de folie à celle de maladie, les historiens voient une préemption par l'ordre médical, selon deux visions tout à fait opposées :

- celle de Foucault, tout d'abord, qui le décrit comme l'exclusion du fou et sa "capture" par l'ordre médical. Statut de folie tolérée vers son enfermement dans le discours médical : la psychiatrie se fait complice du pouvoir oppressif, le médecin est celui qui monte la garde à la "frontière" (voici la première frontière) entre raison et déraison.

- celle de Swain et Gauchet qui, au contraire, décrit, dans ce passage, la réintégration du "non humain". Le fou, tombé par statut dans l'inhumanité, réintègre sa citoyenneté. Cette seconde théorie se fonde sur une utopie démocratique de la psychiatrie et de l'asile, qui fait du fou un citoyen comme les autres.

Dans ces deux visions, la psychiatrie est assignée en position d'expert pour gérer la violence publique, elle développe une science de "l'hygiène publique", elle est convoquée par la justice pour expliquer l'inexplicable, donner un sens à l'absence de rationalité des conduites. Prévoir l'imprévisible, apporter une explication scientifique, c'est encore la fonction attendue des psychiatres, qui doivent apporter une réponse à ce qui n'a pas de réponse, au crime, à l'inacceptable, à l'imprévisible.

Les choses resteront figées, ainsi, dans ce regard médical, jusqu'à l'avènement

de la psychanalyse, qui brouille la frontière entre raison et déraison, traçant un continuum, une continuité du plus sain au plus fou, tout en limitant (c'est l'aspect positif) la réification progressive, déjà à l'œuvre, du malade mental.

C'est également l'époque où la psychiatrie se découvre une vocation sociale, d'abord par l'hygiène et les mesures de prévention, dès 1935 : au delà du traitement médical, on parle d'un traitement social de la maladie. En 1936, c'est le premier frémissement de la psychothérapie institutionnelle, avec cette notion du collectif, donc du social, qui environne le patient comme objet thérapeutique. Il s'agit, pour les tenants, de créer un "champ psychothérapeutique collectif". C'est sur ces bases, en continuité avec cette approche, que se fonde la politique de secteur qui propose un renversement historique par rapport à l'asile et son prolongement vers le collectif et la cité.

Au-delà de l'épisode, malheureux, de l'anti-psychiatrie, combattu en tête par le docteur Henri Ey, et la fameuse discussion entre Ey et Lacan au congrès de Bonneval, cherchant à situer la psychiatrie et la psychanalyse comme branches des disciplines médicales, c'est sur le modèle de la psychiatrie à l'intérieur de la médecine et de la psychanalyse à l'intérieur de la psychiatrie que nous fonctionnons aujourd'hui.

La discipline psychiatrique voit aujourd'hui l'avènement d'une approche "bio-psycho-sociale" de la maladie mentale. Terme fortement critiqué par Marie-Christine Hardy Baylé dans son dernier ouvrage, décrit comme flou et vide, notamment du côté du social.

En effet, si le "bio-psycho" a un sens, en ce qui concerne la psychogenèse et l'étiologie de la maladie, il n'en est pas de même pour le "social", envisagé plutôt comme un champ d'intervention, d'application. Il faudrait

plutôt, alors, parler d'une "bio-psychologie" ou d'une "bio-psycho-dynamique" qui, aujourd'hui, nous anime dans un consensus "mou", dans une pure conception naturaliste de la folie appréhendée selon le modèle médical, excluant l'idée d'une construction sociale encore en jeu dans la discipline, à laquelle participerait le psychiatre.

2) Les spécificités de la psychiatrie

La première, c'est son image particulière ; aucune discipline n'a une image aussi tranchée. L'étude des représentations sociales montre une image extrêmement clivée : la psychiatrie est délétère, elle est négative, elle est dangereuse, douloureuse, elle enferme, elle détruit, etc. De l'autre, elle est douce, très compréhensive, plus à l'écoute... elle a fait beaucoup de progrès.

Spécificité ensuite de son objet, qui est fondamentalement ambigu. Il n'est pas défini uniquement comme une maladie du cerveau mais comme une atteinte de la subjectivité. Comme tel, il est à la fois objet inobservable en ce qu'il implique d'intentionnalité, de volonté, de désir, et observable, en tant que relié aux éléments du corps ou, tout du moins, théoriquement observable, car cet objet corporel, qui doit bien exister, est encore, relativement, insaisissable. Nous sommes là dans l'absence d'un modèle anatomo-clinique, et ce manque d'ancrage, autre que théorique, met le psychiatre en position toujours difficile pour rendre compte des troubles par une seule théorie. Celles-ci se multiplient sur ce vide. On est donc en présence d'un mode de pensée extrêmement dualiste, parfois conflictuel, que l'on pourrait réduire à une organogenèse qui s'oppose à une psychogenèse, ou une psychogenèse contre une sociogenèse. Cette frontière constitue le défi de la psychiatrie dans le futur : sa capacité à pouvoir intégrer ces deux dimensions dans une dimension de com-

plexité et non d'opposition binaire.

Spécificité de son champ clinique ensuite, celui de la relation : c'est dans le croisement entre l'expression de la maladie, le malade et le médecin que se joue l'expression clinique. Le processus thérapeutique va se développer à l'intérieur de cette relation. Évidemment, celle-ci est difficilement "objectivable" et cette subjectivité se jouera, essentiellement, dans le domaine de l'imaginaire et du symbolique, ce qui induit des difficultés considérables pour objectiver notre activité.

Le rapport au pouvoir, comme le rapport à la violence, sont, également, tout à fait particuliers. Il s'agit moins, aujourd'hui, de protéger la société contre l'agressivité des grands fous que de protéger les petits fous contre l'agressivité de la société. Finalement, derrière toute souffrance psychique que l'on demande au psychiatre de colmater, il y aurait l'idée d'une micro violence sociale. Y aurait-il, dans ce processus, un phénomène de victimisation de notre société ? Il est clair qu'il y a, là, un lien entre le pouvoir, la violence et la psychiatrie.

Le rapport de la psychiatrie au social, enfin, rend cette discipline tout à fait spécifique.

Tout d'abord, en ce qui concerne l'influence du social dans l'écllosion de la maladie mentale. L'action de la psychiatrie dans le domaine de la précarité en est une illustration tout à fait remarquable.

Il ne faut pas tout confondre. S'il existe une prévalence des troubles mentaux chez les sans abris, il n'y a pas, pour autant, une spécificité causale du lien entre psychiatrie et social. C'est la spécificité du lieu d'intervention, son influence sur le vécu des difficultés et, éventuellement, sur la psychopathologie, qui relie les deux.

Vers la cité ensuite, le développement des politiques de secteur nous amène à une dualité dans le rôle thérapeutique du psychiatre : améliorer les troubles et le "traitement", c'est-à-

dire, en réalité, la gestion du handicap psychique chez le malade : penser l'insertion et le projet de vie fait partie du travail du psychiatre. Nous retrouvons, là encore, une limite qui prend une tonalité politique. Le psychiatre est constamment tenté de dépasser son champ médical, psychiatrique et psychopathologique, vers celui du politique en ce qu'il s'agit, au fond, d'une mise en conformité de la société avec l'acceptation des différences. Faut-il s'engager dans cette voie, la question a été ouverte notamment dans le rapport Piel et Roelandt.

Je voudrais terminer sur l'idée que la psychiatrie devrait mieux prendre en compte les données contextuelles du patient. En réalité, la compréhension des maladies reste très centrée sur l'individu. Il conviendrait donc de resituer le patient dans son contexte, les influences qui s'exercent sur lui dans son époque, sa société et, certainement finalement, replacer la psychiatrie elle-même à l'intérieur de ce contexte social. Il s'agirait, en quelque sorte, d'effectuer également un travail d'observateur de l'observateur, donc d'observateur du clinicien. Nous serions alors étonnés de constater jusqu'à quel point une partie des maladies mentales sont construites par l'air du temps, par le psychiatre, par la société.

Ceux-ci offrent, certes, aux patients des moyens d'expression de sa souffrance réelle, mais ils sont, en fait, des leurres qui entrent pour autant, tout à fait, dans la classification de la psychiatrie : je citerai, pour exemple, la personnalité multiple, qu'on ne retrouve qu'aux Etats-Unis et qui fait, pourtant, partie de la classification mondiale des maladies.

Ce dernier point, qui s'inscrit dans une dimension anthropologique et d'ouverture aux sciences sociales, devrait nous aider à poursuivre le développement de notre regard critique sur nos pratiques et nos conceptions. ●

Santé mentale et psychiatrie

par Gérard Massé

La poule et l'œuf, ou poire et fromage... Je vous laisse deviner qui est la poire et qui est le fromage... De façon laconique on peut dire que la psychiatrie, discipline médicale, soigne des maladies et donc des malades et que la santé mentale s'intéresse au mal-être de la personne au sein de son entourage, dans son milieu de vie et dans une société donnée (5).

Après cette courte introduction, il pourrait suffire d'ouvrir le débat. De façon tout aussi schématique, on peut affirmer que le secteur est l'héritier de l'hygiène mentale au sens d'Edouard Toulouse et que son aboutissement naturel est la santé mentale. Je vous propose d'insister sur trois points :

- la santé mentale telle qu'elle paraît, actuellement, conçue, pensée et surtout appliquée en France,
- la santé mentale proposée par l'OMS en fonction d'une vision qui recouvre, à l'évidence, les conceptions anglo-saxonnes et Nord européennes,
- enfin, les résistances que rencontre notre pays, vis à vis de la santé mentale et qui recourent, au fil du temps et de façon plus ou moins dite ou plutôt avec un discours projectif, celles opposées au secteur, non plus en parole, comme initialement, mais dans les faits sans le dire ou plutôt en disant le contraire.

1. La santé mentale en France vue par ceux qui y croient

Il y faut du "cœur à l'ouvrage", à partir d'une position médicale, tant les médecins de notre pays investissent peu la santé publique et la prévention. Il est vrai qu'en termes de prévention primaire, le corpus actuel demeure restreint, sans connaissances scientifiques déterminantes, l'hygiène de vie s'appuyant sur des notions de bon sens, certes efficaces, mais relevant grandement du destin qu'une société permet à ses membres. Pierre Bailly Salin, en 1996, reconnaissait quatre situations, ou cas de figure, qui relèvent de la santé mentale :

- le dispositif de lutte contre les maladies mentales qui ne peut qu'associer prévention, soins et réinsertion,
- les actions de prévention en direction de populations ciblées,
- les actions de soin concernant la souffrance de certaines parties de la population,
- les actions de santé mentale positives, capables de modifier des comportements préjudiciables, que ces comportements concernent l'individu, des groupes ou la société elle-même (1).

1.1 La lutte contre les maladies mentales

C'est la question de l'avenir du secteur, dont les pères fondateurs pensaient qu'il serait amené à dépasser largement le champ strict de la maladie mentale. L'ambition était, ni plus ni moins, de diffuser à l'ensemble du dispositif de santé. Les maîtres mots étaient : accessibilité, continuité des soins, abandon d'une position hospitalière prédominante au profit d'un basculement ambulatoire offrant des prises en charge diversifiées, plus proches et adaptées. Il s'agissait de ne pas attendre la demande pour aller vers le besoin, de raccourcir le plus possible le temps passé entre l'affirmation de la souffrance et le soin nécessaire.

De ce point de vue, il n'est pas inutile de citer certains anciens :

Horace Torrubia : "Pour moi, le secteur, ce serait : démerdez-vous !".

Louis Le Guillant : "Il est pourtant tout à fait déraisonnable d'attendre derrière un bureau des malades délirants, hallucinés, persécutés ou présentant des troubles graves du caractère".

Georges Daumezon : "Il est difficile de se transformer d'abbé mitré dans son monastère en moine mendiant sur les routes...".

Toujours Georges Daumezon : "La maladie mentale est un fait que le médecin peut embrasser et combattre, dans une certaine mesure, l'aliénation, elle, est un phénomène de la société".

Porter le secteur à son terme, en le rendant à sa vocation première, consiste à inscrire la santé mentale de façon ouverte, dans la santé tout court et, au-delà, au social. L'offre de soins doit être ambulatoire (un ambulatoire qui ne se contente pas de déplacer les pratiques hospitalières) de façon dominante et réduisant l'hospitalisation complète à sa stricte nécessité, à savoir un soin, dense, 24 heures sur 24.

Les conceptions de la territorialité proposées par le rapport Piel et Roelandt ou le rapport d'étape Clery-Melin – Kovess – Pascal sont interinstitutionnelles avec l'espoir que les dispositifs sanitaire, social et médico-social puissent mieux y travailler ensemble.

1.2 Pour ce qui concerne la prévention concernant des populations ou des situations ciblées

Les exemples ne cessent de croître : otages, victimes de catastrophe, etc ... Les psychiatres de liaison le savent bien : les besoins en santé mentale sont nombreux et le problème est celui de leurs limites.

1.3 Les actions de soins au niveau de la souffrance de certaines parties de la population

L'exemple type est représenté par les situations d'exclusion. On peut tout aussi bien évoquer la détention. Il ne s'agit pas de soigner tous les exclus, tous les détenus mais uniquement ceux qui en ont besoin (60 000 détenus pour 48 800 places, le problème des adolescents incarcérés dont le nombre ne cesse de croître) en sachant qu'un malade mental dont la délinquance est liée à sa maladie relève du soin par définition et non de la prison.

1.4 La santé mentale et les problèmes de société

Les psychiatres seraient devenus, via les divers médias, omniprésents et bavards. Des sociologues comme Dominique Mehl ou Jean-Pierre Legoff mettent en garde contre les dérives des interventions médiatiques de certains psychiatres, psychologues ou psychanalystes (7). La parole psy irrigue, aujourd'hui, les ondes et les tribunes publiques, prodiguant expertises et conseils. Comment ne pas voir dans cette évolution, très perceptible, une marche, d'une certaine façon, vers la santé mentale ? Pour que la psychiatrie se concentre sur les soins spécialisés, c'est à dire la prise en charge des maladies mentales, les professionnels de la santé mentale doivent concentrer leurs efforts vers le dépistage et les soins primaires.

Demander un avis lors d'un deuil interminable, d'échecs scolaires ou professionnels répétés ou d'une crise d'adolescence, ne représente pas une solution de facilité ou une manière d'éponger des souffrances liées à des conditions banales de vie.

C'est le plus sûr moyen de ne pas passer à côté d'une situation nécessitant des soins, même si ces derniers ne constituent qu'une réponse partielle mais indispensable.

2. La santé mentale au-delà de nos frontières

Le Parlement Européen a fait une place importante à la santé mentale définie comme prioritaire dans son *Programme d'action communautaire dans le champ de la santé publique* (10).

On assiste à un début de formulations partagées par de nombreux pays, à commencer par les problèmes sociaux impliqués. Il s'agit de définir une politique commune pour des troubles extrêmement fréquents (un européen sur quatre est touché au cours de sa vie par une maladie constituée),

de favoriser la recherche, en s'appuyant sur l'OMS.

Les propositions du Parlement Européen s'inscrivent, pour la plupart, typiquement dans une démarche de santé mentale : rôle et place de la famille, accès aux traitements, insertion par l'éducation et le travail, effets économiques, déstigmatisation, complémentarités entre les politiques communautaires. L'OMS précise que si les troubles mentaux représentaient 10,5 % des problèmes de santé en 1990, ils dépasseront les 20 % en 2020. La dépression est la deuxième pathologie sur le plan mondial au niveau des besoins, après les cancers et devant les maladies cardiovasculaires, les pays européens étant le plus impliqués (du fait probablement de la moindre fréquence des maladies infectieuses).

L'OMS insiste sur la souffrance globale de la famille, les conséquences économiques, le sentiment de honte avec marginalisation. Elle relève que l'Europe voit ses 77 240 psychiatres et ses 285 000 infirmiers travaillant en psychiatrie, continuer à être en position essentiellement intrahospitalière⁽⁸⁾. Un "Eurobaromètre en santé mentale" aborde le bien-être ou le mal-être mental dans la population générale de l'ensemble des pays européens. Il indique qu'un quart des européens fait état d'un malaise ou de troubles psychiques avec des différences selon les pays. Or, seulement un quart d'entre eux rencontre une offre de soins⁽¹²⁾.

3. Les résistances à la santé mentale

"La santé mentale forme actuelle de l'antipsychiatrie ?" comme l'indique le titre d'un éditorial de Christian Vasseur dans la Lettre de la Psychiatrie Française⁽¹¹⁾. Ceux qui, initialement, affirmaient jadis que "Le secteur, beaucoup en reviennent" et qui ne pouvaient pas revenir d'où ils ne s'étaient jamais rendus, crient, actuellement, à la destruction du secteur. Ceux qui refusent une démarche de santé mentale comme étant une dilution de la psychiatrie, sont les mêmes qui n'investissent pas l'ambulatorio et refusent la délocalisation des unités d'hospitalisation en proximité des basins de vie.

Michel Eynaud ne dit rien d'autre quand il relève que : "La psychiatrie publique hésite à s'engager dans la démocratie sanitaire, se sentant menacée par la polysémie du concept de santé mentale qu'elle avait pour tant promue depuis plus de quarante ans. Le secteur, entre asiles et réseaux, demeure toujours suspendu entre autocratie et démocratie, englué dans sa nostalgie du mythe originel, tétanisé par la crise de vocation de ses prêtres"⁽³⁾.

Comment ne pas pointer, avec le même auteur, que "Les résistances du "pouvoir médical" face à l'interpellation de la démocratie sanitaire se fondent sur l'invoca-

tion de l'ineffable et de la magie de l'intersubjectivité, comme elles le font aussi pour retarder l'inévitable évaluation médico-économique"⁽³⁾.

Au-delà des positions de pouvoir, la santé mentale peut être refusée au nom, de façon paradoxale, de ce que sont ses objectifs comme le montre cette citation puisée dans le *Journal Français de Psychiatrie* : "Au long effort de la psychiatrie pour qualifier le champ singulier de la folie, la santé mentale y substitue un "prêt à porter" pseudo scientifique où la fonction du praticien se voit déterminée par anticipation : officier de santé publique soulagé de sa propre responsabilité au service d'un programme-protocole-consensus étranger aux enjeux de cette rencontre singulière, étranger à la dimension essentielle de la parole et du transfert !

A quel nouvel ordre sert ce "Santémentalisme" ? A quel nouvel ordre sert cette mystification qui ne se veut soucieuse que d'un "Bien" dont la définition resterait à écrire cependant que l'histoire récente nous enseigne de ce qu'il est fait en son nom. L'expérience de notre pratique démontre que le symptôme n'est pas simplement un défaut à éradiquer mais un mode d'expression par où un sujet se manifeste.

De la même manière que les pouvoirs publics sont nécessairement préoccupés de santé mentale, le psychiatre comme le médecin, se doit être avant tout préoccupé de la clinique du singulier.

La destruction programmée de la psychiatrie ne s'avère-t-elle pas paradigmatique du délitement du lien social comme d'autres praticiens (champ social, enseignement, éducation, justice) en perçoivent l'écho dans leurs propres disciplines (majoration des phénomènes ségrégatifs, incarcération de malades mentaux avérés...) ?

A ce titre, nous alertons les professionnels de la psychiatrie, comme l'ensemble des professionnels de santé, que ce démantèlement traduit, plus largement, l'érosion de la place de chacun dans la cité"⁽²⁾.

Anne Laure Simmonot me semble assez exemplaire du refus d'une démarche de santé mentale présentée comme le moyen de répondre "à une exigence de réponse économique et sociale" : "Quittant sa position de clinicien, le psychiatre devient moraliste, criminologiste, économiste et prétend à partir de ses acquis scientifiques, lutter en amont contre la paupérisation et ses conséquences. Soucieux d'ordre et de progrès, il devient le conseiller de l'administrateur et du législateur. Ainsi, la médecine et l'hygiénisme répondent aux questionnements des pouvoirs publics qui, eux-mêmes, y voient la possibilité de réaliser leur politique"⁽⁹⁾.

Alors, la filiation entre Edouard Toulouse présenté comme biocrate (alors qu'il a été bien autre chose)⁽⁴⁾ et Eric Piel et Jean-Luc

Roelandt devient éclatante pour Anne Laure Simmonot, ce dont nous convenons, mais pour nous en féliciter car il est évident qu'Edouard Toulouse se retrouverait, parfaitement, dans la recherche d'une diminution des lits actuellement inadaptés en terme de qualité d'accueil, le basculement vers l'ambulatorio, le travail en réseau et le renforcement du poids des usagers. Rappelons qu'Edouard Toulouse était minoritaire au sein de la profession, à tel point qu'il a été exclu du syndicat des aliénistes. Les vieux clivages demeurent et se cristallisent sur ce qui peut être affirmé ainsi : la santé mentale tue le secteur et, peut être, la psychiatrie.

Or c'est de l'inverse dont il s'agit. Il n'existe pas d'autre voie pour la psychiatrie publique que la santé mentale dans la continuité du secteur et en pleine filiation avec ses pères fondateurs.

Je terminerai par un emprunt à Jean-Pierre Martin représentatif d'une sensibilité que j'appelle post-sectorielle en pleine continuité du secteur : "La santé mentale apparaît finalement comme un carrefour de champs à reconnaître et à mettre en œuvre dans une politique innovante. Elle n'est pas réductible à un dispositif étatique mais suppose l'engagement des moyens publics dans une politique clairement affirmée qui s'élabore démocratiquement à tous les niveaux de l'organisation sociale et communautaire"⁽⁶⁾. ●

(1) BAILLY-SALIN P., *La santé mentale : des interrogations*, Psychiatrie Française 1996, 27, 3, 12-23.

(2) CALMETTES-JEAN S., CANN Y., CAMPION-JEANVOINE M., CHASSAING J.-L., JEAN Th., JEANVOINE M., LEGAUT J., *Question de responsabilité*, Journal Français de Psychiatrie 2003.

(3) EYNAUD M., *Le secteur psychiatrique peut-il expérimenter la démocratie sanitaire ?*, L'Information Psychiatrique 2003, 79, 3, 203-205.

(4) HUTEAU M., *Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième République. La biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, L'Harmattan, Paris, 2002.

(5) LEPOUTRE R., *Psychiatrie et santé mentale in. La Santé mentale des Français*, sous la direction de R. Lepoutre et J. de Kervasdoué. Odile Jacob, Paris, 2002 pp. 21-31.

(6) MARTIN J.P., *Critique de la santé mentale*, Perspectives Psychiatriques 2002, 41, 4, 253-256.

(7) MOLTO J., *Les sociologues garde-fous des psychiatres ?*, Neuropsy 2003, 2, 3, 106-108.

(8) SAXENA S., *The WHO's global action programme on mental health*, OMS.

(9) SIMONNOT A.L., *Au nom du progrès*, L'Information Psychiatrique 2003, 79, 2, 115-118.

(10) TRAKATELLIS A., *The importance of the EU Public Health Programme (PHP) on Mental Health in Europe. Conférence on "Mental Health and Schizophrenia : Open Minds, Open Doors ?"*, Bruxelles, Parlement Européen, 7 mai 2003.

(11) VASSEUR C., *La santé mentale, forme actuelle de l'antipsychiatrie ?...*, La lettre de Psychiatrie Française 2002, 118, 1.

(12) *The mental health status of the european population*, filomena.lopo@cec.en.int.

Dimension sociale et réinsertion

par Gilles Vidon

Quelles sont les données qui peuvent rendre-compte de l'importance de la dimension sociale dans la pratique psychiatrique de secteur, cette dimension dont, s'agissant de la schizophrénie, M. Gittelman pouvait dire que *"si on ne s'occupe pas de l'insertion sociale des schizophrènes, on ne traite que la moitié de la maladie"*. Lors des Journées du GRAPH, Gilles Vidon a choisi de présenter son exposé en trois parties :

1° : Le récit d'un malade à partir d'un document écrit par celui-ci, deux ans après le début des soins.

2° : Un rapport du DIM 2002, qui permet de trouver les caractéristiques sociales des patients dans la file active de l'hôpital Esquirol.

3° : Une étude des données sociales d'un suivi de cohorte pendant deux ans de 300 patients schizophrènes.

I- Le récit du malade et ses données cliniques

"Je voudrais vous raconter cette histoire qui m'est arrivée et qui n'est toujours pas finie et vous comprendrez pourquoi je voudrais porter plainte pour crime contre l'humanité.

Tout a commencé le 1^{er} janvier 1994, un petit groupe de personnes qui était dans le rue du parc du Châtelet (Paris) se sont mis à m'insulter de toute sorte de gros mots, puis c'était presque tous les gens du quartier du Châtelet qui hurlaient dans les rues et de leurs logements.

Puis en voulant m'éloigner du bruit que faisaient ces gens à Paris et qui devenaient insupportables, je suis parti en banlieue et je me suis rendu compte que presque tous les gens de Paris et de la banlieue hurlaient dans les rues et de leurs logements.

Il a fallu onze mois au lieu de trois semaines pour toucher le RMI. Après un an où les gens continuaient à hurler dans les rues et de leurs logements, ils étaient en furie sans aucune explication logique.

En 1995, j'ai commencé à dire des mots et des phrases incohérentes qui furent enregistrés et passés sur les ondes de la radio et à la télévision. Dans la rue car j'étais SDF, des groupes de personnes me couraient après en hurlant *"on va te tuer, c'est la volonté de Dieu"*. J'étais obligé de m'enfuir en courant le plus vite que je pouvais.

Pendant ces onze mois où j'attendais de pouvoir toucher le RMI, j'étais obligé de dormir dehors et de faire les poubelles pour me nourrir parce que dans un des foyers où l'assistante sociale m'avait envoyé, les personnes du foyer qui y logeaient m'insultaient de toute sorte de gros mots, me griffaient, me crachaient dessus ou menaçaient de me tuer.

Dans les rues de la capitale les passants me giflaient, me donnaient des coups de pied, et des coups de poing, ou me bousculaient en hurlant *"on va te tuer, c'est la volonté de Dieu"*. Ils hurlaient jour et nuit, je ne pouvais presque pas dormir.

Je suis parti jusqu'à Marseille et là il se passait la même chose, les gens hurlaient jour et nuit et menaçaient de me tuer.

Le phénomène s'est étendu jusqu'en Suisse où je suis resté sept jours en ayant que de l'eau des fontaines qu'il y avait. Les Suisses hurlaient *"tu n'as pas le droit de boire l'eau des fontaines, on va te tuer, c'est la volonté de Dieu"*.

Je suis revenu en banlieue parisienne où j'ai été attrapé par des personnes d'une équipe de TFI qui m'a forcé à m'agenouiller et un homme m'a mis son pénis dans ma bouche, après ils m'ont laissé partir en me disant *"suicide-toi"*.

Le Samu social m'a emmené à un hôpital psychiatrique, c'était l'hiver, il faisait froid et ils m'ont proposé de me faire admettre pour y être logé, nourri et soigné parce que j'ai continué de dire des mots et des phrases incohérentes et que je souffrais beaucoup des nerfs à cause des gens qui hurlaient jour et nuit.

Je me suis vite rendu compte que j'avais fait une erreur en acceptant leur proposition.

J'étais dans une unité pour malades mentaux où je recevais des gifles, des coups de poing et des coups de pied.

Pendant les entretiens que j'avais avec les psychiatres et infirmiers, ils voulaient me faire croire que je m'appelais autrement que par mon vrai prénom et nom de famille. Un mois après une infirmière m'a donné un produit à boire en me disant que c'était pour me rendre stérile, que je n'avais pas le droit de me reproduire.

Le chef des psychiatres nous prive quelquefois de repas le soir ou le midi.

J'ai profité d'une promenade à l'extérieur de l'unité que j'avais le droit de faire seul

pour m'enfuir. Je me souviens ni du nom de l'hôpital ni de l'adresse. Je sais seulement que c'était en banlieue qu'il était.

Pendant plusieurs mois j'ai erré dans les rues de la capitale et de la banlieue.

Un jour quand j'étais à Châtelet (Paris) j'ai vu un défilé de gens qui hurlaient *"suicide-toi"*. Puis quelques semaines plus tard quand j'étais à Alésia j'ai vu un défilé de catholiques fanatiques en furie qui hurlaient *"tuez-le c'est la volonté de Dieu"*. Ils étaient par groupes de différentes nationalités.

Puis un jour j'étais dans une église pour me protéger du bruit qui me faisait énormément des nerfs et je me suis vite rendu compte que cela ne servait à rien les catholiques qui étaient dans l'église hurlaient de toute leur force *"tuez-le"*.

Trois fois on a essayé de me tuer à Alésia, à Nanterre. J'ai eu la chance de m'enfuir en courant plus vite que ces catholiques qui hurlent *"on va te tuer c'est la volonté de Dieu"*. Vers novembre 1995, j'ai craqué, j'ai brisé une grande vitre d'arrêt de bus, j'ai été arrêté et envoyé dans un hôpital psychiatrique parce que je n'avais plus la force de m'exprimer. Je suis resté quatre mois à l'hôpital Esquirol à Saint-Maurice, mon psychiatre qui me suit encore aujourd'hui m'a dit que je souffrais de névrose. J'ai fait un spermogramme et je me suis aperçu que je n'arrivais pas à éjaculer. Les hurlements ont duré jour et nuit du 1^{er} janvier 1994 au 31 janvier 1998.

On a essayé de me tuer. J'ai été battu, blessé, humilié en public. J'ai subi un sévère sexuel et maintenant je souffre de névrose. C'est pour ça que je voudrais porter plainte pour crime contre l'humanité."

Extraits du dossier clinique

Hospitalisation d'office, délire hallucinatoire, état d'agitation : a brisé un abribus. Dans le service, très méfiant, très menaçant, persuadé d'être dans un faux hôpital, faux médecins, faux infirmiers.

Hospitalisé 4 mois, 1 mois en HO puis service libre.

Sortie dans un appartement associatif.

Évolution clinique après un mois de soins intensifs, très nette atténuation de la symptomatologie qui a permis de débiter la prise en charge sociale : il fallait tout recommencer à zéro (absence de famille, de logement, avait perdu tous papiers et tous ses droits depuis longtemps).

CI, SS, RMI etc.

Professionnel : stage de remise à niveau.

Logement

Bio : 28 ans, famille désunie, 7 frères et sœurs, mère malade, enfant placé : famille d'accueil, centre éducatif.

18 ans, hébergé chez frères et sœurs, petits boulots : plongeur, manutentionnaire, aide déménageur.

Mis à la porte : SDF pendant 4 ans, de 1992 à décembre 1995.

Syndrome délirant hallucinatoire installé progressivement, jamais traité.

Sorti dans un appartement associatif (studette de bonne) pendant 5 ans puis dans un HLM en juin 2002.

Allocataire.

Ne travaille pas : difficultés cognitives importantes, plusieurs stages de remise à niveau ou de formation sans résultat, vie sociale assez proche du milieu de la prise en charge mais autonome et plutôt content de s'en être à peu près sorti.

- Malade intelligent qui a souhaité se soigner et a été compliant à ses soins.

- La chance d'une place libre en appartement associatif.

2- Le rapport du DIM 2002

La file active de l'hôpital Esquirol représente 17/1000 soit 8.329 malades sur 482.000 habitants. H.O. et H.D.T. représentent 39% des journées, la schizophrénie et les syndromes délirants, 27%, les S.D.F. et les "hors sections" 24,5%.

Le réseau socio-familial est inexistant dans 11,7% des cas et limité dans 35%.

Cette population est soignée à domicile dans 60% des cas, bénéficie d'allocations dans 36% des cas et de mesures de protection dans 10% des cas. Le travail régulier ne se trouve que dans 27% des cas.

Les actions sociales que cette population requiert sont très diverses. Au premier rang, on trouve la réouverture des droits, qui constitue la moitié du travail. Mais aussi les problèmes de sécurité sociale, de ressources (RMI, AAH etc...) et le suivi des dossiers.

Vient ensuite le problème du logement (un tiers du travail) y compris la recherche de logements substitutifs : foyer, hôtel, etc... puis d'autres problèmes encore : maisons de repos, insertion professionnelle et, enfin la prise en charge de la vie quotidienne de base avec la prise de conscience indispensable de l'incapacité...

Pour assurer ces actions sociales on peut s'étonner du défaut des moyens, défaut patient : pas de maisons de repos, pas de cliniques spécialisées, de centres, de sanas

Relation d'aide

Question posée au patient :

si vous avez un problème, vers qui vous tournez-vous ?

	Sans aide	Parents	Secteur	Autres
Argent	58%	28%	9%	
Emploi	65%	8%	12%	11%
Soutien moral	14%	36%	34%	13%
Problème administratif	20%	19%	42%	15%
Difficultés graves		42%	23%	

On notera que le secteur intervient beaucoup auprès des patients (et parfois plus que la famille) pour leur soutien moral et les démarches administratives.

Réseau social

Pratiquez-vous une de ces activités seul ou avec quelqu'un ?

	Jamais	Seul	Amis	Famille	Secteur
Chasse/pêche	86%	2%	2%	6%	3%
Sport	84%	4%	2%	2%	2%
Discothèque	81%	5%	7%	1%	0,4%
Théâtre/concert	80%	6%	3%	2%	2%
Cinéma	49%	21%	8%	6%	10%
Promenade	35%	15%	9%	19%	14%
Restaurant	32%	9%	17%	23%	18%
Café/Bistrot	29%	36%	19%	6%	2%

Les équipes de secteur interviennent beaucoup (autant que les amis et les familles) pour les trois avant-dernières rubriques.

Démarches en vue de la réinsertion

Démarches sociales effectuées par les équipes de secteur pendant le suivi de deux ans.

	Avant sortie	M 6	M 12	M 24	Résultat
Famille	38%	27%	17%	22%	+
Logement	36%	22%	26%	26%	+
Revenus	25%	17%	16%	14%	+
Réseau social	29%	26%	22%	23%	±
Travail	20%	11%	21%	22%	-
Etudes	12%	14%	12%	17%	-
Autres	5%	7%	8%	5%	+

Ce tableau permet de visualiser de façon impressionnante l'engagement des équipes de secteur tout au long du suivi des patients au niveau social.

(suite page 8)

ou de tout autre établissement adéquat pour accueillir et soigner.

Quand un fou n'a pas de famille ni d'amis, quand il n'est pas fermement soutenu et protégé par son entourage, il aboutit inévitablement à la rue. Il rejoint les grands exclus. Quand alors, se conjoignent incapacité cognitive, maladie, difficultés du lien social et conditions de vie difficiles, les résultats sont inévitables :

- stress, insécurité, misère, précarité du logement, médiocrité de l'alimentation et de l'hygiène ;
- problème de santé : tuberculose, alcoolisme, drogues...

Au regard de ces conditions, le grand objectif à atteindre est celui de l'auto-nomisation du patient :

- responsabilité de la prise médicamenteuse ;
- toilette, hygiène, ménage ;
- gestion du budget et formalités administratives ;
- gestion du temps et de l'espace ;
- aide à la prise de conscience des réalités sociales et de la nécessité d'organiser les activités de la vie quotidienne.

3- L'étude d'une cohorte de 270 schizophrènes

L'objectif de cette étude multicentrique était d'évaluer les soins psychiatriques, les aides sociales et les conditions de vie après la sortie de l'hôpital.

Il s'agissait d'hommes et de femmes de 25 à 45 ans, après 5 ans d'évolution de la maladie, l'inclusion étant faite le jour de la sortie de l'hôpital, avec un suivi par le secteur pendant 2 ans et des évaluations à 6 mois, 1 an, et 2 ans.

Voici quelques données issues de cette étude, sous forme de tableaux (cf. p.7).

Conclusion

On voit à quel point les malades mentaux éprouvent des difficultés à s'intégrer dans une société où la stigmatisation du fou reste fortement présente, ce qui affecte leur qualité de vie, stigmatisation d'autant plus dangereuse qu'elle se conforte de l'incompétence des malades mentaux chroniques qui n'ont que très peu de contrôle sur leurs vies ; dépendent fortement d'autrui pour leur soutien matériel, économique, psychologique et moral dans une communauté peu bienveillante allant de l'indifférence au rejet. L'idéologie sécuritaire ajoute encore à la vieille peur du fou et ne permet qu'une insertion marginale, loin de la citoyenneté totale ! ●

L'organisation du secteur en psychiatrie et sa spécificité dans l'organisation du paysage sanitaire Français

par Elisabeth Beau*

Le secteur est l'expression française de la "de-institutionnalisation", et de la prise en charge psychiatrique dans la communauté.

Je crois qu'il y a la matière à réflexion pour de nombreuses autres disciplines médicales, qui trouveraient dans cette organisation pionnière, toute une série d'éléments "revigorants" et de nombreux modèles qui lui permettraient d'avancer.

Parmi les éléments pionniers et très positifs, de cette organisation originale de la psychiatrie en secteur, je voudrais d'abord citer la facilité de l'accès au soin. Avec par exemple la gratuité de cet accès.

Je voudrais également citer l'implantation de structures de petite taille, à visage humain, au plus près du domicile des personnes. Et donc là aussi une assez grande facilité d'accès.

Je crois aussi, que ce qui est important dans l'organisation en secteur, c'est qu'elle permet une prise en charge globale du patient. Une prise en charge qui prend donc en compte son environnement, sa personne, son histoire, sa famille et ses liens sociaux. Et cela, beaucoup de disciplines médicales sont encore en difficulté pour le faire, même si des intentions se manifestent ici ou là.

Une qualité encore, de cette organisation en secteur, est qu'elle facilite la continuité des soins pour des patients chroniques dont nous savons le temps prolongé de la prise en charge.

Cette organisation sera donc favorable

au suivi de la personne tout au long des différentes phases que pourra connaître la maladie.

Enfin je ne voudrais pas oublier, pour finir, une qualité sans doute essentielle de l'organisation en secteur qui est cette faculté de permettre une meilleure coordination des professionnels, au sein même d'un service, entre les structures d'un même service (Hosp, CMP, H.J...) et aussi entre institutions.

Entre institutions la pédopsychiatrie a particulièrement su développer ce modèle et l'on observe souvent des collaborations fort efficaces avec des institutions pourtant très éloignées comme la justice ou l'éducation nationale.

Toutes ces idées, les autres disciplines médicales cherchent à s'en inspirer. En témoigne, par exemple, le mouvement de ces dernières années avec la formation de réseaux entre les praticiens de ville et les praticiens hospitaliers qui tentent d'associer des structures sanitaires et des institutions, des médecins libéraux, à des prises en charge complexes et longues.

Nous serons cependant tous d'accord pour dire que cette organisation en secteur entamée il y a plus de quarante ans montre aussi quelques limites et a peut-être besoin aujourd'hui d'évoluer et de se dépasser. Attention, je ne dis pas que le secteur est dépassé, je dis bien qu'il a peut-être besoin de se dépasser.

*Directeur de la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier (M.E.A.H).

Et ceci sous la pression de toute une série de facteurs que je voudrais très rapidement énumérer, mais je crois qu'ils sont présents dans nos têtes à tous.

Il existe une première pression, celle des usagers et des familles, au travers de leurs associations. Ils réclament une plus grande lisibilité de l'organisation des soins. Et l'on sait bien que cette organisation sectorielle n'est pas toujours compréhensible par chacun. Ces mêmes associations insistent également beaucoup sur d'éventuels déficits d'information. Nous rejoignons ici la question de la lisibilité des soins : il y a aussi besoin d'une information sur "qui fait quoi", comment les professionnels sont organisés, quel sont leurs rôles respectifs.

Il existe également une critique souvent adressée au secteur, celle de l'exercice du libre choix par le patient de son praticien ou d'une équipe de soin, la dominante géographique est quelque fois trop forte. Une demande, également des malades et de leur famille, est celle d'une plus grande spécialisation des soins, des prises en charge. C'est encore aujourd'hui ce qui fait l'objet de l'étonnement des personnes qui côtoient pour la première fois la psychiatrie que l'on traite dans la même structure des gens qui souffrent de troubles manifestement très différents.

Sans que je puisse prendre parti, bien sûr, sur le plan médical, sur la raison ou pas de cette spécificité, je voudrais simplement souligner cette demande très forte adressée à la psychiatrie publique, en particulier à la psychiatrie de secteur.

Il y a je crois, également, de la part des publics concernés par la psychiatrie une demande de meilleure organisation des équipes de secteur avec l'ensemble des institutions sociales et médico-sociales, dans une meilleure définition des rôles des uns et des autres. Je ne peux que regretter, je vous le livre très directement, que le secteur s'oblige à une implication aussi importante dans des prises en charge directes sur le plan social par exemple, alors même qu'il existe des instruments sociaux dans la cité, auxquels

on devrait pouvoir avoir directement accès, pour les patients malades mentaux comme pour toute personne en difficulté sociale.

Il y a une seconde pression, la pression démographique des professionnels.

Certains corps professionnels diminuent en nombre, je pense ici aux psychiatres, il y en a d'autres au contraire qui "foisonnent", on pourrait parler des psychologues, d'autres encore n'augmentent peut-être pas assez, chacun de nous pense aux infirmiers. Concernant ces derniers, il est à souligner que les compétences ont changé ces dernières années, et il va bien falloir que nous intégrions ce changement de compétence. On a pu le regretter : arrivent des infirmiers diplômés d'État qui progressivement supplanteront en nombre les infirmiers de secteur psychiatrique et je crois qu'il va nous falloir tenir compte de leurs nouvelles compétences, de leurs nouvelles potentialités de parcours professionnel, et c'est aussi beaucoup d'ouverture pour la psychiatrie et pour le secteur.

Une autre pression s'exerce, celle de la demande. On évoque en général le nombre, la diversité de sa nature, du fait des patients eux-mêmes, qui ont moins peur de la psychiatrie ; il y a également toute la demande sociale exprimée par les pouvoirs publics qui demande à la psychiatrie d'intervenir dans toutes sortes de champs.

Enfin, la pression économique ne peut être laissée de côté. Depuis plusieurs années la psychiatrie a tout simplement du mal à maintenir son niveau de ressources. Et l'on sait bien que demain, il ne pourra pas y avoir de ressources indéfiniment supérieures allouées à cette discipline, pas plus d'ailleurs, peut-être, qu'aux autres.

Toutes ces pressions, tous ces facteurs d'évolution, nous imposent de retravailler sur l'organisation du secteur, à la fois en considérant sa place dans le paysage sanitaire en général, ses relations avec les autres partenaires de santé et les autres institutions, en lui demandant d'évoluer d'un réseau de professionnels internes à un réseau qui prendrait en compte les autres

professionnels extérieurs à la psychiatrie et même au paysage sanitaire. Enfin je crois que cela nous impose aussi de retravailler sur les organisations internes, donc les relations entre les structures d'un même secteur, mais aussi sur l'organisation de chacune des structures.

J'en viens là à mon nouveau métier, puisque maintenant je suis chargée de l'organisation des établissements hospitaliers, des services hospitaliers, de l'amélioration de leur fonctionnement par l'organisation. Et je crois que les propositions de travail que nous faisons à l'ensemble des services hospitaliers : radiothérapie, urgences, imagerie, etc..., doivent pouvoir aussi concerner la psychiatrie, et le secteur de psychiatrie. J'ai donc l'intention de proposer, pour l'année prochaine, qu'un dossier soit ouvert sur l'organisation des centres médico-psychologiques, qui sont les pivots des secteurs et dans lesquels, et au travers desquels on pourrait essayer d'évaluer ce que sont les stratégies et les organisations mises en œuvre par les secteurs de psychiatrie générale, afin de faire face à la diversité et à l'augmentation de la demande, aux nouvelles demandes des usagers et de leurs familles, à la pression démographique, et aux difficultés de s'organiser entre professionnels, enfin à une ressource qui est malheureusement contrainte et pour longtemps.

Présentation de la MEAH

La MEAH est la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers. Elle a été créée par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Avec la Mission "Tarification à l'activité" et la Mission "Aide à l'investissement", elle fait partie des trois missions opérationnelles voulues par le Ministre de la Santé pour mettre en œuvre le Plan Hôpital 2007.

La vocation et les objectifs de la MEAH

• Agir sur l'organisation des activités et des services

L'ensemble des missions conduites par la MEAH vise à faire émerger une

(suite page 10)

meilleure organisation des activités hospitalières, qui concilie qualité du service rendu au patient, efficacité économique et conditions de travail satisfaisantes pour le personnel.

La MEAH prend en compte ces trois dimensions dans le dispositif qu'elle offre aux établissements.

Le programme de travail annuel est arrêté par le Ministre.

Un dispositif d'appui innovant et opérationnel au service des établissements de santé

• Financement d'actions dans les établissements

Pour atteindre ces objectifs, la MEAH privilégie la mise en œuvre d'actions et de missions "sur le terrain" en offrant aux établissements un dispositif d'appui-conseil délivré par des sociétés de consultants que la MEAH sélectionne et finance. À cette fin, elle est dotée d'un important budget d'études et de recherches (4,5 M €) pour 2003.

• Engagement volontaire des établissements publics et privés

La MEAH s'adresse à des établissements publics et privés volontaires pour mener des audits et mettre en œuvre de nouvelles modalités d'organisation. Il s'agit d'établissements qui ont développé des organisations efficaces ou qui, confrontés à des dysfonctionnements, souhaitent procéder à des changements, sont prêts à fournir les informations dont ils disposent sur leurs moyens, leur activité et leur fonctionnement. Ils s'engagent à mettre en œuvre les changements préconisés, après validation, et à évaluer les résultats.

• Garantie de confidentialité pour les données confiées par les établissements

La MEAH veille à ce que le temps consacré par les équipes hospitalières à la conduite de ces missions soit encadré et limité, afin de ne pas alourdir significativement leur charge de travail. Les relations entre la MEAH et les établissements font l'objet d'une convention.

Le recueil, le traitement et la synthèse des informations sont assurés par les sociétés de services dans le respect des règles déontologiques inhérentes à ce type d'intervention.

Les résultats des audits sont confidentiels et les établissements en sont propriétaires. Seuls les éléments présentant un intérêt en termes de modélisation ou d'approche méthodologique font l'objet d'une diffusion qui conserve l'anonymat des établissements.

Partage d'expériences et de savoir-faire

Sur chaque thème de travail, la MEAH constitue un comité technique national, composé des responsables des services hospitaliers impliqués dans l'étude, des consultants et, le cas échéant, de représentants d'associations professionnelles ou d'équipes universitaires. Ce comité technique analyse les situations dégagées par les audits, émet des recommandations, propose de nouvelles modalités de fonctionnement et en accompagne la mise en œuvre, puis assure une évaluation des résultats. Il appartient à la MEAH de construire et de diffuser des référentiels d'organisation hospitalière pour les services cliniques, médico-techniques, administratifs et logistiques. Les modèles d'organisation et les supports méthodologiques sont diffusés à l'intention des établissements hospitaliers afin qu'ils puissent s'en inspirer pour améliorer leur fonctionnement.

Le partage d'expériences et la diffusion de savoir-faire se concrétisent par des relations approfondies et régulières avec les équipes hospitalières de terrain. La MEAH met à leur disposition un site internet, www.sante.gouv.fr, rubrique Hôpital 2007. Qu'ils participent ou non aux études engagées, les professionnels peuvent ainsi accéder aux documents de travail ainsi qu'à des forums thématiques qui leur permettent de réagir et d'émettre des propositions

En 2004, de nouveaux thèmes de travail

En 2004, la MEAH poursuivra les

travaux entamés en 2003 (le temps des attentes aux urgences, l'organisation des services de radiothérapie, le temps de travail des médecins et l'organisation des services, les achats dans les hôpitaux et les cliniques, l'organisation des services d'imagerie et la mise en œuvre de la comptabilité analytique dans les hôpitaux et cliniques). et lancera quatre nouvelles études sur : le circuit du médicament, le temps de travail des soignants, la restauration et l'organisation des blocs opératoires.

1° - Le circuit du médicament : le but est d'améliorer sa sécurité mais aussi son coût. Le périmètre de l'étude englobera les modalités d'approvisionnement et de gestion des stocks, la prescription médicamenteuse, la distribution des médicaments et l'organisation de la permanence des pharmacies : il s'agira de construire des indicateurs de productivité, de qualité et d'efficacité.

2° - Le temps de travail des soignants : il s'agit de l'organisation des services, des modalités de la répartition des tâches, de la place du dialogue social, de la prise en compte de la spécificité des services. Dans chaque établissement, trois services seront étudiés et le panel retenu comprendra au moins six disciplines différentes.

3° - La restauration : elle sera étudiée depuis l'approvisionnement jusqu'à l'aide apportée aux malades les moins autonomes pour se nourrir.

Il ne s'agit pas de décider de façon péremptoire de quelle manière il convient de travailler "en chaîne chaude ou en chaîne froide" mais d'observer quelles sont les performances relatives des différents systèmes et de découvrir ainsi, entr'autres, les disparités entre établissements et cela, particulièrement, en matière de coût.

4° - Gestion et organisation des blocs opératoires : il s'agira d'établir des indicateurs de qualité et des préconisations déterminées à partir de données qualitatives et quantitatives. Un bon indicateur de qualité, entre autres, est la bonne tenue du planning opératoire. ●

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

par Eric Graindorge*

La promotion récente des notions de SROS unique et de territoires 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.

I. L'intégration de la psychiatrie dans la nouvelle planification sanitaire

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.

I.1. Les nouveaux outils de planification sanitaire

I.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 mentalatrie", 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.

I.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

(suite page 12)

*Directeur d'Hôpital, Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

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 universitaires de référence"*.

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**. A 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 recombinaison de l'offre de soins demeure d'actualité. Le secteur psychiatrique étant formellement contenu dans cette notion de territoire⁽¹⁾, cela signifie-t-il que ses diverses conséquences organisationnelles sont 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 concrè-

tiseraient, 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.

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

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"*. 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.

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 particu-

(1) 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..."*.

lier 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".

2. La conciliation de l'approche territoriale et sectorielle conduirait à une approche graduée des soins et à 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 ?

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.

2.2. Le territoire concrétiserait l'intersectorialité géographique et fonctionnelle

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

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 psychiatrie-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 à risque) 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

(suite page 14)

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 géographique 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 une éventuelle transition vers 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.

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 le DSM IV) remplacerait la richesse de l'approche psychopathologique européenne.

2.3. La conciliation de l'approche géographique et fonctionnelle

Peut-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.

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.

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. ●

Hôpital 2007 : nouveaux modes de financement

par B. Deixonne

La question du financement des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, est intimement liée à l'histoire des régimes de protection sociale.

Le premier système, né pendant la deuxième guerre mondiale, a connu son apogée durant les "trente glorieuses", période d'expansion économique sans précédent en France. Basé sur l'application d'un tarif journalier, représentant en principe le prix de revient moyen d'une journée d'hospitalisation, il avait deux grandes qualités :

- sa simplicité : le financement de l'activité directement lié aux nombres de journées facturées et aux honoraires versés aux praticiens ;

- son universalité : il s'applique aussi bien au secteur privé que public.

Toutefois, dès le milieu des années 1970, sous l'effet conjugué du progrès des techniques médicales, de l'évolution démographique et surtout du contexte économique, on s'est aperçu qu'il comportait un grave défaut : son caractère inflationniste maintes fois dénoncé, et donc de plus en plus coûteux pour les organismes d'assurance maladie.

Sous-tendu par un modèle de régulation par les prix resté théorique, le système a atteint ses limites et s'est vu remettre en cause, en 1983, pour le seul secteur public.

Avec la mise en place du budget global pour les hôpitaux publics et participants au service public, un système encore plus simple est instauré : chaque établissement reçoit une enveloppe annuelle de crédits limitative, payée mensuellement par la caisse d'assurance maladie locale. Toutefois, pour les frais non pris en charge par la sécurité sociale (ticket modérateur puis, plus tard, le forfait hospitalier), subsiste une facturation parallèle à la journée ou à l'acte.

L'objectif de maîtrise des dépenses du service public hospitalier a été globalement tenu grâce à ce mode de financement, basé sur une régulation par les volumes.

Relativement décrié à ses débuts par les professionnels, le budget global a montré de nombreux avantages pour les établissements : garantie de financement de l'existant, couverture des charges fixes assurée,

crédits fléchés par masse, trésorerie régulièrement alimentée.

Ses défauts, connus dès l'origine, sont exactement à l'inverse : faible sensibilité à l'activité, faible réactivité à l'innovation, mode de financement différent public / privé, en résumé, un système plutôt sclérosant qui finance les structures et leurs acquis.

Vingt ans après, une nouvelle réforme du mode de financement des établissements de santé arrive : la tarification à l'activité (T2A).

Elle fait partie d'une réforme plus vaste, celle du plan "Hôpital 2007" dont les autres volets sont la relance de l'investissement hospitalier, la simplification de la planification sanitaire et la modernisation de la gouvernance des hôpitaux publics.

Ce nouveau système met en place une régulation basée à la fois sur les prix et sur les volumes. Il s'agit de financer les établissements en proportion de l'activité qu'ils réalisent mais dans le cadre d'une enveloppe nationale limitative, votée avec l'objectif national des dépenses d'assurance maladie chaque année par le Parlement.

Trois éléments principaux le caractérisent :

- une enveloppe de régulation commune pour les deux secteurs d'hospitalisation, public et privé ;

- des tarifs de prestations fixés nationale-ment ;

- une logique budgétaire basée sur les recettes attendues et non plus sur une enveloppe de dépenses.

La description complète du nouveau dispositif dépasse le cadre de cet article. On pourra se reporter utilement au document d'information de la mission "Tarification à l'activité" d'Octobre 2003, publié sur le site internet du Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées (www.sante.gouv.fr).

Concernant le champ d'application, ne sont concernées pour le moment que les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, seules à disposer d'une échelle tarifaire par groupe homogène de séjours, issue du PMSI.

Concernant les modalités de financement, le système en comporte cinq :

- trois directement liées à l'activité : tarifs par séjours (GHS et suppléments), tarifs par prestations (actes externes, hospitalisation à domicile) et paiements en sus (médicaments et prothèses sur liste), allouées sur facturation aux organismes financeurs ;

- une dotation globale, l'enveloppe "MIGAC" (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) allouée contractuellement par les Agences Régionales de l'Hospitalisation sur leur enveloppe régionale ;

- une mixte pour les urgences et l'activité de prélèvement d'organes : tarif national plus forfait annuel.

Concernant la montée en charge du dispositif, elle sera très progressive et étalée jusqu'en 2012. Pour le secteur privé, un coefficient de transition sera appliqué aux tarifs nationaux pour lisser l'impact de la réforme sur l'assurance maladie et les établissements. Pour le secteur public, la transition sera opérée par le maintien d'une part de ressources, décroissante chaque année, allouée forfaitairement.

Les modalités de régulation générale sont modifiées. Jusqu'en 2003, l'ONDAM était réparti en cinq enveloppes ou objectifs : soins de ville, réseaux, établissements médico-sociaux, établissements privés sous OQN, établissements sous dotation globale.

A partir de 2004, ces deux dernières enveloppes sont remplacées par quatre nouvelles enveloppes :

- un objectif de dépenses MCO, commun aux secteurs public et privé ;

- une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), commune aux secteurs public et privé ;

- une enveloppe de dépenses non MCO pour le secteur public et PSPH (SSR et psychiatrie) ;

- un objectif de dépenses non MCO pour le secteur privé sous OQN (SSR et psychiatrie).

Par définition, les enveloppes ont un caractère fermé et limitatif. A contrario, les objectifs sont évalués après facturation de

(suite page 16)

l'activité : dans le cas d'un dépassement, la régulation s'effectue par une diminution des tarifs nationaux l'année suivante.

Le rôle des ARH dans l'allocation des ressources aux établissements de santé va progressivement diminuer jusqu'à se réduire à la répartition de l'enveloppe régionale "MIGAC" et à la notification des tarifs des groupes homogènes de séjour. De nombreuses critiques ont déjà été formulées sur ce nouveau mode de financement :

- C'est d'abord un système extrêmement complexe dont toutes les conséquences sont loin d'avoir été évaluées. Il faut noter que, contrairement à ce qui s'est passé pour la réforme du budget global, il n'y a pas eu de véritable expérimentation, puisque les règles définitives n'ont été connues qu'à la fin de 2003. Tout au plus des simulations sur les plus gros établissements ont montré que certains allaient gagner et d'autres perdre, ce dont on pouvait se douter.

- Le nouveau dispositif et sa période transitoire nécessitent une refonte complète du régime budgétaire et comptable des hôpitaux publics.

- Une saisie de l'information médicale en temps réel est indispensable, ce qui avantage d'emblée le secteur privé, qui a gardé la culture de la facturation à l'activité.

- Une enveloppe de régulation unique public / privé suppose des tarifs identiques et des règles de gestion comparables ; pour l'hôpital, cette réforme est donc indissociable du chantier de la nouvelle gouvernance. Pour le privé, elle pose la

question de l'intégration des honoraires dans les tarifs.

A ces critiques s'ajoutent quelques incertitudes, notamment sur l'extension du champ d'application de la T2A. Cette extension devrait logiquement commencer par les activités de soins de suite et de réadaptation, dont l'entrée dans le PMSI est engagée depuis plusieurs années.

Pour la psychiatrie, aucune échéance officielle n'est annoncée, les représentants du Ministère indiquant seulement la forte probabilité d'une telle extension. En réalité, le délai dépendra du temps que prendra l'élaboration définitive d'un PMSI opérationnel en psychiatrie. La question est aujourd'hui posée d'une réorientation de l'expérimentation en cours autour de trois hypothèses :

- poursuite du modèle initial basé sur les groupes homogènes de journées ou d'actes, avec une amélioration de la classification médico-économique ;

- construction de tarifs de prestations médicalisés en plus petit nombre que les GHJ existants ;

- utilisation de la notion de séquences de soins comme outil de tarification.

En toute hypothèse, la psychiatrie, de par sa spécificité, devra bénéficier d'une enveloppe "MIGAC" beaucoup plus conséquente que dans les disciplines somatiques. L'activité dite de secteur, financée par l'Assurance Maladie depuis 1985 en dotation globale comporte toutes les caractéristiques des missions d'intérêt général : tra-

vail de réseau, psychiatrie de liaison, actions pour la communauté, prévention, prise en charge des populations en état de précarité, etc...

En conclusion, quelques réflexions peuvent être avancées pour nourrir le débat.

La tarification à l'activité constitue un changement important, notamment pour les hôpitaux publics. Bien que progressif, il est de tous les volets du plan "Hôpital 2007" le plus inéluctable et ne sera pas mis en cause de sitôt. Aussi sophistiqué soit-il, un outil de tarification n'est jamais neutre. En l'occurrence, on peut penser qu'il va exacerber la concurrence entre les établissements de santé et resserrer globalement la contrainte financière, sauf à considérer que l'objectif de dépenses peut être dépassé comme dans le secteur des soins de ville. Le risque existe encore et toujours d'utiliser le financement pour obliger les établissements à se restructurer, faute de vouloir ou pouvoir appliquer une véritable politique de planification sanitaire. Même si elle comporte beaucoup d'aspects positifs, l'ordonnance de simplification sanitaire de Septembre 2003 ne règle pas la question de l'aménagement du territoire.

Enfin, dans le domaine de la santé mentale, ou plus exactement, des soins psychiques, les établissements assurant cette activité ne peuvent pas se marginaliser et rester à l'écart de ce nouveau dispositif mais, au contraire, devraient réfléchir aux possibilités de l'adapter pour anticiper au mieux le changement. ●

Au revoir, Eric Graindorge !

Entré à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale en avril 1998, Eric Graindorge nous quitte, six ans après, en avril 2004, pour prendre la direction de l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif.

Dans ces nouvelles fonctions, nous ne doutons pas que s'exerce avec succès un caractère où la volonté d'élucidation des problèmes est portée par la fougue de l'enthousiasme, et que les membres de la Mission s'apprêtent à regretter.

Au revoir donc, cher Eric, mais sans adieu.

Pluriels sur internet

Dès à présent vous pouvez trouver tous les numéros parus de "Pluriels" sur le site : <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>
Accueil : [Revue psychiatriques-Pluriels](#)

Pluriels

La Lettre de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale • Directeur de la publication : G. MASSÉ • Comité de rédaction : Christian BONAL, MNASM ; Mme ERMATINGER BODEN-HAUSEN, UNAFAM ; Carole FESTA (MNASM) ; Mme FINKELSTEIN, FNAPSY ; Jean FURTOS, Praticien Hospitalier ; Catherine ISSERLIS, Hôpital Richaud, Versailles ; Marcel JAEGER, Directeur de l'IRTF ; Alain JOURDAIN, Enseignant chercheur à l'ENSP ; Serge KANNAS, MNASM ; Raymond LEPOUTRE, MNASM ; Martine MANDOPOULOS-CLEMENTE, Directeur adjoint EPS Ville Evrard ; Jean-Claude MIE, directeur honoraire ; François MOUSSON, Infirmier général ASM 13 ; Eric PIEL, Praticien Hospitalier ; Sarah SARAGOUSSI, Chargée de mission, Maison Blanche ; Rémy SEGUIN, Chargé de Communication au CH Esquirol.

"Pluriels", 5 avenue d'Italie, 75013 Paris - N° de téléphone : 01.53.94.56.90 - N° de télécopie : 01.53.94.56.99.