

# Que faisons-nous ensemble ?

Séminaire de la MNASM des 20 et 21 octobre  
à Brienne-le-chateau

## Qui sommes-nous et pour quoi faire ?

A l'âge onze ans, à un an de son éventuel renouvellement par ses parrains, la DGS, la DHOS et, demain, la DGAS, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, réunie en séminaire à Brienne-le-Château les 20 et 21 octobre, s'est interrogée sur son avenir à la lumière de ses travaux.

Elle l'a fait en sollicitant la réflexion de tous ses membres, permanents et correspondants, sur six thèmes révélateurs de la situation actuelle des progrès et des obstacles suscités par le changement de paradigme marqué par le passage d'une vision purement psychiatrique à un paysage ouvert sur la santé mentale : depuis le cloisonnement des aspects médicaux, médico-sociaux et sociaux, jusqu'à des interactions organisées de ces trois secteurs.

Elle l'a fait à sa manière plurielle et franche, confrontant entre ses membres des positions diverses et critiques, soucieuse de se servir des divergences comme de tremplins pour poursuivre les chemins du changement.

Après une brève introduction de Christian Bonal en forme de souhait pour l'avenir, les six thèmes proposés ont été mis en discussion.

- Sur le premier, "l'évolution de l'ambulatoire", sont intervenus un médecin, Catherine Isserlis ; deux cadres socio-éducatifs, Monique Lips et Sarah Saragoussi et un directeur des soins, Patrick Desombre.

- Sur le second, "le décloisonnement des dispositifs", trois médecins, Claire Bourdais-Mannone (DIM), Gérard Bourcier et Dominique Provost ; un directeur d'hôpital, Daniel Brandého ; un permanent de la MNASM, Carole Festa, et le Docteur Martine Barrès de la DGAS.

- Sur le troisième, "l'évolution des fonctions", un cadre socio-éducatif, Jacques Houver, et trois médecins, Marie-Christine Cabié, François Bridier et Frédéric Pochard.

- Sur le quatrième "l'évaluation des besoins" deux médecins, Claude Marescaux, Gaétan Wagenaar (DIM), et une directrice des soins, Nicole Chavallard ; le Docteur Michel Gentile de la DHOS et Carole Festa.

- Sur le cinquième, "la MNASM et les pouvoirs publics", deux médecins, Dominique Arnaud et Bernard Durand.

- Sur le sixième, "Que fait-on ensemble ?", deux médecins, Pierre Caillault et Anne-Marie Garnier, et un directeur des soins, Jean-Jacques Moitié.

- Gérard Massé a proposé une synthèse du séminaire, dont témoigne ici son Editorial.

**Toutes ces interventions, ce numéro 48-49 de Pluriels en offre de substantiels résumés sous l'aspect de larges citations, mais elles sont par ailleurs toutes disponibles dans leur intégralité sur le site Internet de la MNASM.**

[www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)

R. Lepoutre ●

### AU SOMMAIRE

Les adieux de celui qui part	2
I. L'évolution de l'ambulatoire	4
II. Le décloisonnement des dispositifs sanitaires, du médico-social et social, quelle place, quel rôle pour la psychiatrie ?	6
III. L'évolution des fonctions dans la prise en charge de la santé mentale	10
Répertoire des sigles utilisés	11
IV. Une politique de santé basée sur l'évaluation des besoins : qui les évalue et comment les évalue-t-on en psychiatrie ?	13
V. La MNASM et les pouvoirs publics	15
VI. Que fait-on ensemble et comment ?	17

## LE TERRAIN ET LES IDÉES

Pour préparer le séminaire de Brienne des 20 et 21 octobre derniers, les permanents de la MNASM avaient proposé aux membres correspondants qui, sur site, interviennent à leur côté, de réfléchir, à travers six questions d'actualité, à la situation générale de la santé mentale et aux démarches entreprises par la mission en vue de la faire évoluer.

Ce qui était demandé à chacun d'eux c'était de s'exprimer en son nom propre et par écrit afin de confronter les positions au cours de débats organisés lors du séminaire et ainsi nourris des contributions de chacun. Il y avait là un double risque, celui de ne recevoir que peu de réponses de la part de professionnels très engagés dans les charges de leurs métiers et, si réponses il y avait, de constater que les idées développées montraient des écarts importants d'appréciation de la réalité. Les lecteurs de ce numéro de Pluriels peuvent constater que les réponses ont été nombreuses - personne ne s'est dérobé - et le plus souvent si substantielles qu'elles n'ont pas pu être reproduites ici dans leur intégralité. Ces réponses, qui témoignent avec force de l'individualité de leurs auteurs démontrent aussi une cohérence de pensée avec l'entreprise de la Mission qui s'affirme par sa méthode et par sa technicité. En fait, à Brienne, nous avons assisté à deux exercices simultanés de compagnonnage. Le premier qui s'est exprimé par le sentiment de chacun des membres de la Mission de participer à des actions qui toujours tentent de confronter et de croiser les problèmes du terrain et les réflexions que ces situations concrètes engendrent, les faits servant d'illustration à la formulation des idées. Le second exercice, fruit de la méthode plurielle mise en œuvre par la Mission en relation étroite avec ses mandants depuis l'origine, qui procède sur site à des rencontres entre pairs, médecin pour médecin, infirmier pour infirmier, travailleur social pour travailleurs social. La Mission ne procède à aucun audit, aucune inspection, mais tente de créer les conditions, et de définir les méthodes d'un cheminement commun avec ceux qu'elle reconnaît fraternellement afin de faire progresser ensemble "le soin" et "le souci" de ceux qui souffrent mentalement. Du terrain aux idées, le séminaire de Brienne a aussi marqué l'arrivée à l'âge de raison - onze ans - de la Mission qui a pris la mesure des obstacles aux changements et sait que l'élaboration d'un dispositif de santé mentale demande un effort continu, une sorte de bricolage contrôlé, ce bricolage dont parle Claude Lévy-Strauss comme étant la manière habituelle de faire de l'homme en société, respectueux de ce qui est, de chacun des éléments du réel, hommes et structures, et ambitieux de leur devenir dans un paysage plus ouvert. La présence des représentants de la DHOS, de la DGS et aussi, pour la première fois, de la DGAS, témoigne en faveur de cette confiance critique et attentive en l'avenir du progrès.

GERARD MASSÉ ●

## Les adieux de celui qui part (mais qui restera correspondant !)

Je souhaite vous parler de l'avenir de la Mission, sans prophétisme particulier.

Bien sûr, je parlerai de mon lieu d'expérience en tant que professionnel ayant participé à la création de la Mission, à sa mise en place, à une histoire de plus de 10 ans.

La Mission est un outil et les thèmes du séminaire n'ont pas été choisis au hasard. Ils révèlent une interrogation et pour moi une crise d'adolescence (...) autour de trois questions posées au présent :

- que se passe-t-il ?
  - quel est l'évènement que nous constituons ?
  - qui sommes-nous tous institutionnellement ?
- La crise de l'outil, encore expérimental à bien des points de vue, répond à la crise de la matière à laquelle il faut qu'il s'adapte.

### 1. La matière, la psychiatrie s'ouvrant très largement vers les rives de la santé mentale, est profondément interrogée :

a) Par son environnement qui change :

- Interpellation par tout ce qui concerne le Droit des patients, leur dignité, une conception citoyenne du malade mental, des libertés publiques qui s'imposent à chacun d'entre nous.

- Interpellation par l'évolution de la sécurité sociale qui va imposer à terme le dossier médical unique et un médecin généraliste en première intention.

- Interpellation par toute la politique en faveur des handicapés (projets de vie mis en place, reconnaissance du handicap) rappelons, à toutes fins utiles, que plus d'un tiers des patients hospitalisés bénéficient de l'AAH et sont généralement pauvres.

- Interpellation par la loi de décentralisation, changeant la compétence des acteurs institutionnels (Conseils Généraux, services déconcentrés...) et donc leurs stratégies.

- Territorialisation de l'action de l'Etat, les secteurs psychiatriques n'ayant plus à terme qu'une compétence fonctionnelle.

- La mise en place de la LOLF, la T2A, le PMSI.

- Etc.....

b) Par ce qui ne change pas

Ce sont les questions traditionnelles de ce secteur d'activité

- Les métiers, les compétences, les formations, les frontières, les institutions et délégations possibles et impossibles, les répartitions territoriales, bref, les pouvoirs corporatistes arquetypés dans le statu-quo.

- La question des prises en charge, qui, pour moi, devraient être conjointes et simultanées entre sanitaire, social et médico-social. L'articulation de la psychopathologie et de la sociopathologie.

- Les liens avec les disciplines connexes pour délimiter les champs respectifs d'intervention, accroître leur lisibilité mais aussi collaborer et s'enrichir étroitement (ex : neurologie ou gérontologie et psychiatrie).

- Le manque de formation des acteurs sur les systèmes dans lesquels ils évoluent, sur ce qui se passe autour d'eux, ce qui provoque tou-

jours un manque d'ouverture d'esprit, un manque de souffle et de vision globale.

- Le manque d'évaluation

- Le manque de lieux où les discours peuvent se construire et les acteurs se féconder.

Et je n'ose évoquer les questions traditionnelles, les inadéquations, les rapports de la psychiatrie adulte et infanto-juvénile, etc... (...)

### 2. Les motifs des initiateurs de l'outil

La Mission a été créée par deux et j'espère bientôt portée par trois Directions pour affirmer et également affiner les politiques publiques en matière de santé mentale.

L'outil sert aussi :

• A accroître la lisibilité d'un dispositif encore très largement opaque, une boîte noire quasi incompréhensible de l'extérieur.

• A permettre un regard transversal possible, au-delà des frontières sanitaires, sociales et médico-sociales encore trop hermétiques.

• A développer un regard concret, sur la difficulté des déclinaisons d'une politique publique, avec, de surcroît, une recherche des innovations porteuses d'amélioration.

• Une formation du personnel du Ministère sur les enjeux et les problématiques de terrain ce qui affine l'analyse et la rend plus opérationnelle.

• Une sorte d'évaluation des politiques menées en additionnant les expériences.

### 3. L'objet de la Mission

Trois missions sont dévolues à la Mission et pour ma part leur ordre d'importance est inverse de notre charge actuelle de travail.

a) **La mission communication** pour changer petit à petit les regards des uns et des autres, expliquer les enjeux, initier les débats. Elle pourrait être effectuée vers des professionnels médiateurs, les administrations partenaires et les élus (ex : journalistes, associations d'usagers... Education Nationale... Conseils généraux, etc...).

b) **La mission de restituer** à l'Administration Centrale, par un travail de qualité et de confiance l'acquis pour s'enrichir mutuellement, mais aussi améliorer qualitativement les textes existants.

c) **Enfin, le travail sur site.** Les organisations s'ouvrent et se referment au gré des questions qu'elles se posent ou qui lui sont posées. Un problème succède à un autre et ce sont ici, les limites des approches systémiques.

Pour moi c'est par l'évolution significative de la matière et de la formation des professionnels qui la servent que les systèmes peuvent évoluer. L'inverse est rarement vrai.

### 4. Les motifs présidant à l'expérience de la Mission

Faire évoluer et appliquer les politiques publiques au concret, à l'aide de deux et bientôt trois composantes à parts égales. Le social et le médico-social (DGAS), les programmes et les libertés publiques (DGS), les institutions (DHOS).

Il s'agit, aux moyens de ces composantes, d'émettre avis et opinions pour améliorer le

service aux usagers.

Il s'agit de donner du sens, versus santé mentale, d'autant plus qu'aucune obligation réelle en matière de texte ne vient étayer ce regard global.

Il s'agit d'adopter des réflexions et des propositions d'actions sur le court, le moyen et le plus long terme pour définir des objectifs à atteindre et le chemin à parcourir.

Il s'agit de favoriser l'accélération, la concertation, l'observation, la formation des acteurs (données encore trop balbutiantes). C'est donc mettre en place un outil ambitieux, sans concession avec de petits arrangements.

## 5. Son action

- Disposer d'une méthodologie assise sur des données recueillies.
- Être professionnelle et technique (amasser de la technique, de la performance avec des coûts efficients).
- Mettre en exergue devant les décideurs les problématiques de santé mentale (élus, préfets...).
- S'obliger à un devoir d'alliance. Briser tout "superbe isolement" facteur de repli et de diminution du savoir.
- Permettre d'enrichir les partenaires de son savoir accumulé.
- Faire savoir ce qui est fait.
- Permettre une réflexion interne, enrichir sa propre culture professionnelle.

• Suivre les actions menées par un devoir de veille et d'accompagnement.

## 6. Son mode d'organisation

Bâtie autour d'un organigramme clair, avec à sa tête un responsable, "primus inter pares", professionnel reconnu des milieux partenaires et parfaitement engagé.

Ce responsable entretient des contacts réguliers (plusieurs fois par an) avec les directeurs d'Administration Centrale et les cabinets des Ministres, en terme de "hot line" également. Il se doit de soutenir les initiatives des permanents et des correspondants. Les permanents forment un socle et le noyau dur du système. Quant aux correspondants, ils doivent adhérer à une communauté de pensée et d'actions avec le noyau dur (...).

Un professionnalisme accru suppose échanges et informations réciproques, loyauté et sens renouvelé de ce qui est bâti en commun.

Travail en confiance, avec les arguments des uns et des autres écoutés, pris en compte, repris dans le travail au quotidien., le séminaire annuel devenant en quelque sorte le "Parlement" de la Mission.

Avec un lieu démocratique, interactif, vivant de la richesse des échanges des savoirs des uns et des autres, une force significative pourra naître et être mise en avant. Cette valeur permettrait la création d'une sorte "d'école" soucieuse de protéger et faire grandir un discours de santé

publique sur la santé mentale, à l'heure où beaucoup de choses vont changer.

C'est par la diversité que les changements pourront être abordés et non par une pensée unique forcément plus réductrice.

Il serait intéressant également d'"acter" les séminaires, de faire le suivi de ses recommandations.

## Conclusion

Après avoir exposé quelques unes de mes convictions quant à un avenir possible de la Mission, vous aurez compris mon vœu de voir arriver sa reconduction.

Celle-ci passe pour moi, en grande partie par les hommes qui la servent. C'est pourquoi, je quitte mes fonctions pour venir parmi vous en tant que "correspondant". Je ne souhaite pas que la chaise que j'occupe reste vide, mais dans cette salle du Conseil Municipal (de Brienne-le-Château), en dessous du drapeau français, je souhaite rappeler les mots d'un grand homme politique "Nul n'est propriétaire des meubles de la République".

L'expérience de la Mission continuera, et la réflexion que nous entamons pendant ces deux jours sera profitable à la construction de l'outil. (...).

**CHRISTIAN BONAL** ●

*Permanent de la MNASM*

# I. L'évolution de l'ambulatoire

## L'ambulatoire en questions en 2004

(...) (cf. site Internet de la MNASM)

### A quelle aune mesurer l'état de la psychiatrie ambulatoire en 2004 ?

La lecture du rapport de la DRESS publié en mars 2004 à partir de l'étude nationale des rapports de secteur 2000 donne une image de l'évolution de la psychiatrie ambulatoire depuis 1989 avec un constat chiffré.

Il semble ainsi donner un satisfecit à cette évolution en valorisant la forte hausse des taux de recours à l'ambulatoire depuis 1989 : (+ 26% plus de 20 ans), essentiellement expliquée par le développement des soins ambulatoires (+ 43% de primo consultants et représentant 85% de la FA suivie en ambulatoire) où les soins en CMP en forte croissance (+7,5% par an soit 80% de croissance depuis 1989) et l'augmentation du suivi en CATTP (11% de la FA avec une croissance de 102% depuis 1989) correspondraient à une évolution mieux intégrée dans la communauté des soins.

Il constate les liens restaurés avec les disciplines médicales par la quantité de secteurs ouverts vers la médecine somatique, avec une psychiatrie de liaison présente dans 3 secteurs sur 4 avec 1 secteur sur 2 participant aux urgences de l'hôpital général.

Tout en soulignant un équipement ambulatoire des secteurs inégal, il positive l'évolution du nombre des équipements en structures d'accueil ambulatoire et à temps partiel (si l'hôpi-

tal de jour reste dominant le CATTP est en fort développement) signalant pourtant des structures de réponses à l'urgence encore rares et en diminution.

Il se penche sur l'organisation des soins et des pratiques, appuyant sur le développement de la notion d'accueil avec une distinction entre l'accueil hors urgence partagé fréquemment entre médecins et autres professionnels, et l'accueil en urgence privilégiant la consultation médicale en CMP et sur la continuité des prises en charge avec un suivi par un médecin référent dans le cas de multiples modes de prise en charge.

Au travers de chiffres encourageants, il donne une image positive de la diversification des structures et du développement de l'intersectorialité avec des unités intersectorielles non autonomes mises en place dans 42% des secteurs et plus de 200 dispositifs intersectoriels autonomes recensés en 2000.

Enfin le développement des réseaux et des interventions dans la communauté semble s'intensifier grâce à la multiplicité des conventions (au-delà des établissements de soins, avec des partenaires différenciés), grâce à des relations avec la médecine libérale (plus souvent avec les psychiatres de ville qu'avec les autres médecins traitants), grâce à des interventions dans la communauté fréquentes (bien que moins répandues que dans les secteurs de psychiatrie infanto-ju-

vénile).

Le rapport conclut sur une réorganisation de la psychiatrie publique qui s'est orientée, vers la réduction des structures avec lits, l'intersectorialité, l'évaluation globale centrée sur le patient par le PMSI, une meilleure communication et des liens tissés avec le secteur social et médico-social.

Et enfin il insiste sur la réflexion à développer à propos du travail en pluridisciplinarité et en équipe, pour le traitement en continuité des patients en très grande souffrance psychique, les rapports avec les premiers aidants que sont les familles, l'évaluation des pratiques, les formations spécifiques des soignants dans l'ambulatoire, toutes actions plus difficilement quantifiables.

En conclusion, toutes les évolutions semblent aller dans le bon sens, vers un ambulatoire fort et bien construit.

Sans mettre en cause la qualité et l'intérêt de telles approches, nous y voyons le risque de conforter les décideurs que tout va bien au plus grand bénéfice des patients.

Or l'érosion statistique qui éloigne des réalités du terrain et abrase les disparités existantes, la volonté de mettre en exergue les progrès qui masquent les inquiétudes et les difficultés, le principe même de l'auto déclaratif des rapports

(suite page 4)

de secteurs qui favorise l'auto satisfaction et l'auto congratulation, tout concourt à masquer les problèmes alors que l'état de l'ambulatoire vu du terrain par les soignants, et par les patients et leurs familles, donne un bilan en 2004 bien différent (*La partie consacrée à cette différence se trouve sur le site : [www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)*).

### Que faire ?

Penser un nouveau fonctionnement de la psychiatrie ambulatoire suppose de penser un dispositif moderne souple et adaptable, créateur de réponses pertinentes pour la grande variété actuelle des situations cliniques :

- faire en sorte que deviennent fonctionnelles les articulations qui existent déjà (crèche, école, travail, services médicaux, médecins généralistes, spécialistes, médecins du travail, médecin du contrôle des caisses d'assurance etc. ...) dans une approche où l'équipe de soin ambulatoire, prenne en compte la continuité de vie du patient dans sa famille et son environnement et dialectise le travail qu'elle réalise dans son espace thérapeutique propre avec celui des partenaires sociaux et médicaux ;
- élaborer un outil de soins qui tente de proposer des solutions à la fois précoces (avant que le pathologie ne soit fixée), de mise en oeuvre rapide (tenant compte de l'urgence et de la crise), solides (pour les pathologies aiguës comme pour les pathologies lourdes), et transitoires (évitant la stigmatisation et les effets de filières) qui sauraient se faire utiliser tant par le patient que par sa famille sans le placer dans un cadre fixé, limité et limitant.

Il est temps de passer de l'idée d'une offre de soin des secteurs de psychiatrie, sous la forme d'une mise à disposition de compétences, à des partenaires en santé mentale qu'il faudrait former dans le but d'améliorer leur prise en charge des patients souffrants de troubles mentaux, à

celle d'une adaptation de la réponse des secteurs de psychiatrie aux demandes de ses partenaires et, réciproquement, avec un travail commun de réflexion sur les trajectoires de soins en tant qu'elles sont une représentation de pratiques différenciées et d'interventions complémentaires pour la santé mentale des jeunes. Or les secteurs de psychiatrie n'ont pas véritablement évolué dans leur conception des modalités du partenariat et continuent de se situer dans l'offre de leur collection de prestations "prêt à porter" avec des partenaires qui demandent maintenant de nouveaux modes de coopération.

Dans cette optique le CMP est le pivot du secteur capable de développer :

- **une politique de secteur** nécessitant de créer des liens avec tous les partenaires sociaux : se donner les moyens de les rencontrer autour des situations qui les inquiètent et des sujets qui présentent objectivement des signes de psychopathologie, permet d'opérer un véritable diagnostic différentiel et donc d'engager, seulement si besoin est, une orientation d'emblée vers des soins pertinents. Dans le domaine de la prévention, tout l'environnement social est ainsi potentiellement concerné : au niveau politique des élus locaux (du Conseil Général, Conseil municipal), au niveau des grandes institutions de l'enfance (ASE, PJJ, Education Nationale, etc.) et de leurs équivalents pour les adultes (ANPE, organismes de logement etc.), au niveau du tissu associatif local etc.
- **une politique de soins centrée sur la prise en charge ambulatoire** dans quelques centres de Consultations Médico Psychologiques forts, géographiquement bien situés, offrant de larges plages d'ouverture constituant le cœur du dispositif sous forme d'un espace propice à l'élaboration du projet thérapeutique individuel

adapté à chaque situation, au déroulement de la psychothérapie et à la mise en oeuvre des étayages nécessaires au développement de l'enfant (éducatifs, rééducatifs, groupaux ou individuels) ou à la réhabilitation du patient chronique.

- **une politique de service public** offrant une continuité des réponses et une permanence des soins en alliant à des modes de soins devenus majoritairement séquentiels et favorisant l'intégration (avec des équipes formées aux médiations thérapeutiques et aux accompagnements), une organisation rigoureuse autour de la réponse à la crise et à l'urgence sous forme au moins d'une disponibilité aux soins non programmés et, si possible, de l'organisation plurisectorielle d'une continuité de présence à l'hôpital général articulant tous les espaces de soins intra et extra hospitaliers et accompagnant la mobilisation de toutes les ressources familiales et sociales dans le but de limiter le recours à l'hospitalisation.
- **une politique de complémentarité en santé publique** entre secteur public et associatif, sanitaire et médico-social, entre secteurs de psychiatrie, entre médecine de ville et médecine hospitalière.
- une politique de formation, d'enseignement et de recherche : le CMP est un lieu de formation irremplaçable pour la transmission des savoirs faire acquis et de l'expérience des soins sur la durée, un lieu d'enseignement des processus thérapeutiques vecteurs de changement. En complémentarité des avancées des neurosciences, une recherche sur les pratiques de soin est plus que jamais à l'ordre du jour afin que l'évolution des connaissances ne débouche pas sur des impasses thérapeutiques.

### DR CATHERINE ISSERLIS ●

Service psychiatrie Infanto-juvénile, Hôpital Richau, CH de Versailles

## Pour en finir avec l'asile

1960-2004, soit 45 ans de préconisations, de recommandations, de rapports pour en finir avec l'asile psychiatrique en France. Et pourtant toujours des résistances, des malentendus pour que le soin dans la communauté ait acquis son titre de noblesse.

L'appareil asilaire nous colle à la peau, à nous, soignants et directions, et aussi aux familles inquiètes de ce qui peut arriver à leurs proches, à l'extérieur des murs protecteurs de l'asile.

Nous n'en finirons pas de comptabiliser, les erreurs, les réussites en 45 ans de l'évolution de la psychiatrie ? D'avancées en reculs, la réalité est là : 85% des patients de la file active des secteurs sont suivis sur le mode ambulatoire mais pourtant la représentation sociale de la maladie reste péjorative.

- A y regarder de près l'ambition de nos anciens, reposait sur 3 concepts simples :
- fin de l'enfermement asilaire,
  - continuité des soins par une seule et même équipe,
  - création d'un territoire d'intervention.

Ceci avait le mérite d'être clair, on ne manquait pas de moyens humains, d'inventivité, ni de volonté politique. Il n'est que de relire les circulaires du 16 janvier 1969 et du 8 février 1971 pour comprendre que l'on ne plaisante pas avec les préconisations de la loi. L'État se préoccupe, humainement, du sort des plus exclus des exclus. Ceux, qui en accédant aux soins, un siècle plus tôt, ont en même temps perdu le droit à la parole et leur dignité.

Ne nous méprenons pas, cette sortie de l'asile ne s'est pas réalisée sans soubresauts, angoisse de soigner face à l'inconnu d'un retour dans la communauté, angoisse des soignants face aux perspectives d'un travail solitaire, si éloigné, semblait-il du "vrai" travail thérapeutique. Méconnaissance du secteur, maladresse vis-à-vis des partenaires potentiels, davantage "utilisés" que consultés sur leurs besoins.

Si le soin s'est développé et diversifié dans la cité par des créations de structures, il n'en reste pas moins que le travail d'insertion dans la communauté n'est pas encore abouti. A-t-on réellement échappé aux risques du modèle

hospitalo-centriste ? Et les patients ne tournent-ils pas de l'hôpital de jour au CATTP sans réel projet de vie, de manière totalement ritualisée, cherchant désespérément une reconstruction qui ne vient pas. Or ces structures sont, elles aussi, stigmatisées comme lieu de la folie. Quelle image est renvoyée à ceux qui les fréquentent, sans savoir réellement pour combien de temps ? C'est sûr, et par moment il y a résurgence de la pathologie, mais notre ambition à nous ne manque-t-elle pas de souffle ? Croyons nous aux potentialités de l'autre, même minimes et en faisons nous de réelles évaluations ?

Pour cet accompagnement dans la cité, il est indispensable que les équipes élaborent avec les personnes, les familles des projets ambitieux qui vont redonner du sens à une vie, interrompue par la maladie et le soin.

Nous savons tous que ce qui nous anime est notre sentiment d'utilité sociale, de compter pour l'autre. De nouvelles formations sont nécessaires, d'autres intervenants doivent venir compléter les équipes. Robert CASTEL disait

## Sous l'angle qualitatif

Je ne parlerai pas de l'évolution quantitative de l'ambulatoire car je pense que depuis 10 ans, les CMP et les structures alternatives à l'hospitalisation se sont considérablement développées et surtout diversifiées notamment si je regarde ce qui se passe au niveau du département du Nord.

Je mettrai quand même un bémol et insisterai sur l'effort à poursuivre car ce processus d'évolution est très inégal selon les départements et même selon le caractère urbain ou rural des secteurs, proches ou distants des grosses agglomérations, rattachés à un EPSM ou un Hôpital Général... Sans oublier l'engagement plus ou moins fort des responsables dans ce domaine.

J'ai plutôt envie d'aborder l'évolution de l'ambulatoire sous l'angle qualitatif.

Je suis actuellement détachée à mi-temps pour coordonner une formation croisée entre les professionnels de la santé mentale et ceux du secteur social (CHRS, CCAS, Conseil Général) au niveau de la région, dans le but d'impulser des réseaux locaux santé mentale précarité.

Quinze groupes ont été ainsi constitués et c'est plus de 200 professionnels des deux champs qui ont effectué un stage croisé de 5 jours afin de mieux connaître les partenaires.

Les constats que j'ai faits lors de cette formation, nous donnent quelques pistes de travail pour tenter d'améliorer la qualité de nos structures.

Je ne parlerai que de la Santé Mentale puisque c'est le "chantier" qui nous concerne et sur lequel nous avons la possibilité d'œuvrer ; cela n'exclut pas que le secteur social ait aussi de

son côté quelques points à revoir.

Tout d'abord, au départ de cette formation, le secteur social était très demandeur de ces échanges de pratiques alors que la santé mentale a eu besoin d'être beaucoup plus sollicitée pour participer à ce travail en commun. Les raisons invoquées sont multiples : manque de temps, ce n'est pas notre priorité, on connaît déjà et on a l'habitude de travailler ensemble...

L'accueil des professionnels de la psychiatrie a été excellent dans le secteur social ; la psychiatrie par contre, si elle a joué le jeu de ce stage croisé, s'est montrée moins mobilisée. Certains stagiaires du secteur social nous ont dit avoir l'impression de ne pas intéresser, d'être transparents. Comme si la psychiatrie, quoiqu'elle en dise, se suffisait à elle-même...

Du reste, les professionnels de la santé mentale engagés dans cette action n'ont pas toujours l'impression d'avoir reçu l'investissement et le soutien de leur structure pour la représenter au sein de ces futurs réseaux.

Autre constat, la psychiatrie reste difficile d'accès, or le social est confronté à des difficultés d'ordre psychologique ou psychiatrique, qui parfois le dépassent.

Les motifs qui nous ont été invoqués sont multiples : liste d'attente dans les CMP, on ne parle pas facilement à un psychiatre au téléphone, il faut une demande de l'intéressé, le secret médical fait souvent obstacle à la collaboration, on travaille peu dans la complémentarité mais souvent chacun à notre tour, on a du mal à communiquer à cause d'un langage médical trop spécifique, les sorties de l'hôpital sont parfois rapides et mal préparées avec les partenaires

sociaux, on manque de temps de réflexion collectifs et surtout, on connaît mal les missions et les compétences des uns et des autres.

Ce qui a été frappant, c'est qu'au retour des stages les professionnels du social, qui, certes connaissent l'hôpital et le CMP, découvraient pour la plupart l'étendue de notre arsenal thérapeutique (CATTP, AFT, Maison Relais, Appartements thérapeutiques, clubs...).

Il semble que nous ayons un énorme effort de communication à réaliser pour nous faire mieux connaître et, donc, mieux approcher. Tout comme nous devrions avoir davantage conscience de mal connaître nos partenaires afin de mieux travailler ensemble dans le respect de leurs compétences mais aussi de leurs besoins et de leurs limites.

Il y aurait bien sûr à notre décharge la pénurie de médecins, d'infirmiers, la multiplicité de nos missions, les moyens financiers, mais ces remarques peuvent, peut-être, nous permettre, au-delà de ces difficultés, de remettre en question certaines de nos habitudes et de nos certitudes.

Et puisque l'occasion m'en est ici donnée, je voudrais ajouter que les travailleurs sociaux en psychiatrie, avec leur formation sociale et leur culture sanitaire, pourraient être de bons opérateurs en santé mentale si les équipes de psychiatrie se décidaient à davantage utiliser leurs compétences dans ce domaine.

Peut-être que la conjugaison de tout cela contribuerait à améliorer la qualité de notre dispositif ambulatoire.

**MONIQUE LIPS** ●

*Cadre socio-éducatif, DIRM, EPS Lille-Métropole*

dans son livre "l'ordre psychiatrique" que la psychiatrie contemporaine avait raté son changement, en ne faisant pas une réelle place au social. Il est vrai, que la réalité peut déranger car elle est responsable du temps nécessaire à la construction de l'identité sociale d'un sujet, c'est-à-dire à tout ce que les administrations exigent pour faire aboutir le moindre dossier. Quid de la fameuse durée moyenne de séjour ? Mais ne vaut-il pas mieux donner du temps au mieux être d'un sujet ?

Il faut lutter pour que les mots de gestion, pénurie, réduction de moyens, ne soient mis en avant, comme si ils n'avaient que vocation à nous empêcher de penser et à occulter la dimension sociale de la folie. Il faudrait à nouveau réfléchir aux orientations budgétaires car en 2005 ne consacrer que 30% du budget global de l'hôpital n'est pas sérieux. L'accompagnement d'une personne amoindrie exige du personnel qualifié et investi d'un véritable engagement. Redonner une place au malade mental dans notre société est un challenge aussi important que celui qui a contribué à la mise en place de la sectorisation.

**SARAH SARAGOUSSI** ●

*Cadre socio-éducatif, Chargée de mission, EPS Maison Blanche, Paris*

## Formation ! Formation !

Les professionnels de la psychiatrie ont constaté l'inadaptation des nouveaux programmes de formation des infirmiers exerçant dans les secteurs. Ce constat s'applique aussi pour la formation des psychiatres.

Le groupe de travail DGS/DHOS propose une formation complémentaire des infirmiers de secteur psychiatrique sous forme "d'internat". Cette formation de consolidation et d'intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie serait mise en œuvre en alternance de l'activité professionnelle et dès la première année de prise de fonction.

Pour faciliter la formation de ces professionnels, une réflexion pourrait être menée sur la constitution d'un centre ressource de formation spécialisée par département, voire inter-départemental ou régional en fonction des particularités de terrain.

Ces centres auraient pour mission de recenser les ressources internes à chaque structure

de soins en milieu psychiatrique ou/et santé mentale. Ces ressources sont d'ordre humain, pédagogique, de compétence, de pratiques ou de missions spécifiques.....

Cette mutualisation de moyens devrait permettre d'organiser des actions de formation inter établissements, de favoriser le partage de lieux de stage spécifiques et de compétences.

Ces centres ressource pourraient avoir une mission étendue à la formation complémentaire aux autres professionnels exerçant en milieu psychiatrique, favorisant l'adaptation à l'emploi, et le travail pluriprofessionnel.

Ils pourraient aussi intervenir auprès de nos partenaires du social, et du médico-social, qui ont de plus en plus de demandes de formation ou d'accompagnement sur la psychiatrie, la prise en charge de la souffrance psychique des populations qu'ils rencontrent.

**PATRICK DESOMBRE** ●

*Directeur de soins, CHS de la Savoie – Chambéry*

# II. Le décloisonnement des dispositifs sanitaires, du médico-social et social, quelle place, quel rôle pour la psychiatrie ?

## Des bases législatives aux systèmes d'information

Le décloisonnement des dispositifs sanitaires et médicosociaux pose en lui-même trois questions de fond :

- En quoi le dispositif est-il cloisonné ?
- Quels sont les points communs entre ces dispositifs ?
- Quelles sont les solutions au décloisonnement ?

Comment la psychiatrie se positionne dans ce dispositif ? (...)

### Des bases législatives et réglementaires distinctes

Schématiquement, la majorité des textes législatifs et réglementaires de l'offre de soins (sanitaire) est inscrite dans le **Code de santé publique**. La plupart des textes réglementant les services et établissements sociaux et médicosociaux sont dans le **Code de l'action sociale et des familles**.

Les modalités de financement de ces structures sont inscrites dans le **Code de la sécurité sociale** dans deux chapitres différents. De nombreux textes ont modifié récemment les deux premiers codes.

Historiquement, la **"Loi sociale" de 1975** (constituée par les deux lois du 30 juin 1975) a consacré l'existence des secteurs social et médico-social, les définissant "comme un ensemble homogène, soumis à des règles communes". (...)

Depuis, la **Loi N°2002-2 du 2 janvier 2002** rénovant l'action sociale et médicosociale met l'accent sur l'accès équitable sur tout le territoire. (...) Elle définit les schémas départementaux et leurs modalités d'élaboration. Elle établit un lien entre la planification et l'autorisation, renforce la régulation et la coopération dans le secteur, en instaurant une coordination des décideurs, des acteurs et une organisation plus transparente de leur relation avec les opérateurs.

Elle prévoit 3 niveaux de schémas d'organisation alors que la loi du 30 juin 1975 ne prévoyait que des schémas départementaux. Elle soumet les établissements à une procédure d'évaluation. Elle rénove la *gestion budgétaire et comptable* des établissements et services sociaux et médicosociaux

(...) La **Loi hospitalière du 31 juillet 1991**, modifiée notamment par l'Ordonnance du 24 avril 1996, fixe de nouvelles règles tarifaires qui s'appliquent autant au secteur médico-social qu'au secteur sanitaire. Elle donne la possibilité aux établissements de santé, publics et privés, de créer et de gérer des établissements sociaux et médico-sociaux.

D'autre part, la **Loi de financement de la sécurité sociale du 20 décembre 2002** (...) va également marquer le paysage hospitalier en facilitant les **coopérations entre les établissements publics et privés**.

Pour les établissements sanitaires de psychiatrie, la partie législative du code de la santé publique reconnaît, pour la lutte contre les maladies mentales, les différentes modalités d'hospitalisation très spécifiques à la psychiatrie (libre, sous contrainte, ou des personnes détenues atteintes de troubles mentaux) et l'organisation

de la psychiatrie : la sectorisation, les établissements de santé, les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

L'**Ordonnance du 4 septembre 2003** redéfinit l'aménagement du schéma d'organisation sanitaire (SROS de troisième génération), et inscrit la psychiatrie dans le SROS sanitaire.

### Des missions et des actions définies différemment, chacune dans leur code respectif

**1/ Les établissements de santé** assurent des examens de diagnostic, de surveillance, et de traitement. Ils participent aux actions de santé publique, aux actions médico-sociales coordonnées, aux actions d'éducation pour la santé, aux actions de prévention. Ils doivent mettre en œuvre un dispositif de vigilance pour garantir la sécurité sanitaire et mener une réflexion sur les questions éthiques. (...)

**2/ Les missions des secteurs de psychiatrie ou de lutte contre les maladies mentales** sont inscrites dans la partie législative du code de santé publique. Elles sont définies comme des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale sur un territoire de santé donné. (...)

**3/ Les missions ou actions sociales et médicosociales**, sont définies dans la partie législative du code de l'action sociale et des familles. Ce sont des actions dont l'objectif est l'intégration, l'adaptation, la réadaptation, l'insertion, la réinsertion au niveau scolaire professionnel (par l'activité économique) ou social. (...)

### Les établissements

On parle d'établissements de santé, publics, privés ou privés participant au service public exclusif dans le secteur sanitaire. (...)

Concernant le secteur sanitaire, "les établissements de santé, publics ou privés, ont pour objet de dispenser :

1°) Avec ou sans hébergement :

a) Des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie ;

b) Des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion ;

2°) Des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien." (...)

La loi du 2 janvier 2002 a rénové la nomenclature des établissements et services médicosociaux.

Elle a prévu une diversification des modes de prises en charge des établissements qui délivrent des prestations à domicile, en milieu de vie ordinaire, en accueil familial ou dans des structures de prise en charge.

Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat. (...)

Que l'on soit dans le secteur sanitaire, social

ou médicosocial, on note un parallélisme dans la diversité des modes de prises en charge et dans les modalités d'hébergement. (...)

### L'Organisation : les schémas régionaux d'organisation et les mécanismes d'autorisation

Les objectifs des schémas d'organisation, qu'ils concernent les secteurs sanitaires ou médicosociaux, sont de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale ou encore aux besoins sociaux et médico-sociaux. (...)

Concernant le secteur sanitaire, depuis l'**Ordonnance du 4 septembre 2003**,

- les objectifs de l'offre de soins sont quantifiés par territoire de santé,

- les décisions de création et de suppression d'activité de soins et équipement lourd,

- les transformations et coopérations d'établissements sont faites au niveau du SROS.

Elle prévoit que les schémas d'organisation sociale soient établis dans une réciproque cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire. (...)

Les autorisations d'activité ou d'équipement peuvent relever de schémas régionaux ou nationaux Elles nécessitent l'avis du Comité National d'Organisation Sanitaire, et des Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Comités Régionaux d'Organisation Médico Sociale Sanitaire. Au niveau régional, elles sont soumises à autorisation. La liste des autorisations est fixée par décret en Conseil d'état.

Pour le secteur sanitaire, tout projet relatif à la création, la conversion et le regroupement des activités est soumis à l'autorisation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

L'implantation des établissements d'hébergement pour personnes âgées fournissant la prestation relative à la dépendance relève de la compétence du président du conseil général du département.

### Des organisations et financements multiples

Des organismes ou partenaires décisionnels sont différenciés pour chaque champ au niveau :

- national (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Direction Générale de l'Action Sociale, Direction Générale de la Santé),

- régional (Agence Régionale de l'Hospitalisation, les Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladie, Conseil Régional),

- et départementale (Conseil général, la Préfecture, la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale).

L'intervention des Caisses Nationales d'Assurance Maladie, des Caisses Régionales d'Assurance Maladie, et des Caisse Primaires d'Assurance Maladie se fait à différents niveaux et de façon relativement différente dans chaque champ.

### Les autorités compétentes en matière de tarification et les modalités de financement

Concernant le secteur sanitaire, les budgets

des établissements sont transmis après délibération du conseil d'administration au *directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation*. Ce dernier peut modifier le montant global des dépenses. (...).

Les établissements sont financés de façon différente selon leur discipline d'appartenance. Pour les disciplines de Médecine, Chirurgie et Obstétrique, la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé va progressivement changer les modalités d'allocation budgétaire en substituant au *budget global* un système de *financement prospectif centré sur l'activité et des types de pathologies traitées*, complété par les missions d'intérêt général et de contractualisation.

**La circulaire du 2 février 2004** décompose la dotation régionale en 2 catégories :

- des ressources calculées en fonction de l'activité, et
  - des ressources correspondant à une partie de la dotation qui reste calculée hors activité (dotation globale annuelle complémentaire, Mission d'Intérêt général et de Contractualisation (MIGAC) enveloppe soins de suite et de réadaptation, psychiatrie).
- Les activités ambulatoires libérales sont financées à l'acte.

### Dans le secteur médicosocial.

Il est caractérisé par le *financement de 3 types de prestations* financées soit par l'assurance maladie, soient par l'Etat, soient par le département. Aussi, les autorités publiques chargées d'arrêter la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont, selon les cas, le *préfet du département* ou le *président du conseil général*. La tarification des prestations prises en charge par l'assurance maladie et délivrée par les services et établissements médico-sociaux est fixée par l'autorité compétente de l'Etat, après avis de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et le cas échéant le président du Conseil général. (...)

### Les populations ciblées

**Pour le secteur sanitaire**, toutes les personnes présentant une pathologie aiguë ou chronique, y compris les personnes détenues qu'elles soient traitées à l'hôpital ou dans un établissement pénitentiaire.

**Dans le médico-social** les personnes en situation de fragilité, personnes âgées, enfance en danger, protection de la famille, personne en situation d'exclusion (enfant délinquant), personnes handicapées.

### Le personnel

Qu'ils exercent dans le secteur sanitaire, médico-social ou social, les professionnels réalisant des actes sont majoritairement définis dans le **code de la santé publique**. (...).

La partie législative du code de santé publique précise que "tout professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux et tous autres organismes de soins ou de prévention peuvent, dans les limites fixées par les dispositions législatives et réglementaires, concourir à la réalisation de tout ou partie des programmes de santé. (...).

### Quelles solutions sont actuellement proposées pour ces dispositifs s'articulent entre eux ? Les propositions de coordination :

Dans l'objectif d'assurer la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, plusieurs dispositions communes à chaque secteur sont possibles :

- conventions entre les établissements de santé, les établissements d'enseignement supérieur

publics ou privés ;

- Groupement d'Intérêt Economique,
- Groupements d'Intérêt Public,
- Syndicats Inter Etablissement,
- Groupement de coopération sociale et médico-sociale,
- regroupements, fusions, réseaux.

### Les systèmes d'information

(...) **Un repérage des indices d'équipement indépendant :**

**La représentation actuelle de l'offre de soins** se fait par les *indices d'équipement en lits et places*. Elle se fait de façon indépendante pour les équipements sanitaires, sociaux, et médico-sociaux à l'échelle d'un département, d'une région ou de la nation. Elles ne sont pas cependant représentées de façon globalisée à l'échelle d'une base territoriale. Jusqu'à ce jour, seule la psychiatrie publique sectorisée (...) appréhende, sur une échelle élémentaire qu'est le secteur, l'ensemble des panels de prise en charge publique, dont l'objectif est de garantir des soins de proximité.

Cependant, ces derniers n'appréhendent pas les prises en charge libérales et médicosociales. (...)

**Le repérage actuel de l'activité et des moyens nécessaires par catégories d'âge** est représenté de façon différente **dans les secteurs sanitaires de psychiatrie et les secteurs médico-sociaux**.

D'autre part la *représentation de l'offre de soins en santé mentale* passe par le recueil de l'activité des secteurs des rapports de secteurs annuels dont les données sont exploitées au niveau régional et national par les *statistiques de la DREES*. Là aussi les données d'activité privées et libérales ne sont pas représentées. (...) Cependant, en *psychiatrie publique*, équipement et activité par secteur pré suppose une représentation par secteur et *tranche d'âge (moins ou plus de 16 ans)* dont la représentation par zone géographique et par âge est différente entre les deux secteurs, et dont les points de césure sont mal tranchés, sous tendus par des activités tantôt sectorielle, tantôt intersectorielle en fonction du degré de spécialisation ou de l'étendue de la tranche d'âge ciblée. (...)

**L'organisation des structures médicosociales**, suit davantage les *cycles scolaires* des enfants. Les Centres d'Actions Médicosociales Précoces se chargent des enfants de moins de 6 ans, les instituts (de rééducation ou médico-éducatifs) ont des agréments qui suivent les cycles scolaires (6 à 12 ans pour les Sections d'Enseignement et d'Education Spéciale, 13 à 16 voire 20 ans pour les Sections, d'Initiation Professionnelles).

Le deuxième point de césure concerne le *passage de la tranche d'âge adulte à celle des personnes âgées*. Le recueil d'information des rap-

ports de secteurs de psychiatrie adulte ne prévoit pas de différencier les activités de gérontopsychiatrie. (...).

De son côté, **l'organisation médicosociale prévoit une organisation différente en fonction des tranches d'âge**. En effet, la **COTOREP**, notifie des orientations pour les personnes âgées de 20 à 60 ans, le placement en maison de retraite étant principalement assuré par le Conseil général.

Pourtant certains établissements publics pour lesquels sont rattachés des secteurs de psychiatrie, cherchent à mieux faire reconnaître la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles du comportement chroniques graves avec un projet social différé. (...)

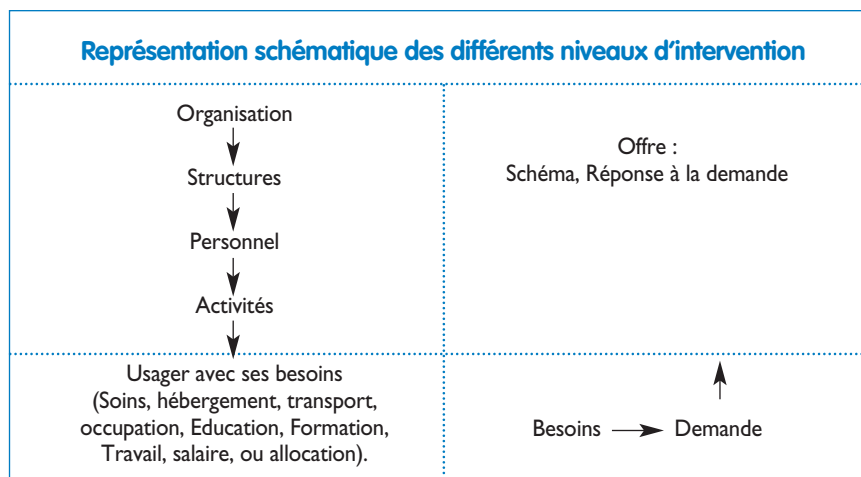
### Conclusion

La représentation schématique des différents niveaux de fonctionnement des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux n'est pas aisée. On se heurte très rapidement à la **complexité de leur organisation**, à l'enchevêtrement des logiques et des champs d'intervention sous-tendu par une **organisation des financements complexe et très variée** d'un dispositif à l'autre. **L'absence d'une base commune de découpage géographique et de tranche d'âge** ne facilite pas, en outre, leur représentation.

Cependant, l'usager perdu au milieu de l'ensemble de ces différents systèmes a besoin, où qu'il soit, de soins d'hébergement, de transport, d'occupation, d'éducation, de formation, de financements par son travail ou sous forme d'allocation si son état de santé ne le lui permet pas. En outre, les catégories professionnelles du personnel peuvent se retrouver dans l'ensemble des secteurs avec une distribution variable. Les actes d'Entretien, de Démarche, d'Activité de Groupe, ou de Réunions ou les interventions dans la communauté, sont autant réalisées dans le secteur social et médicosocial que dans le sanitaire de psychiatrie d'une catégorie de professionnels à l'autre. Déjà, **le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales publié en 1995** et précédant la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, dénonçait la grande diversité et la complexité des tarifications des structures sociales et médico-sociales. Les experts préconisaient **l'aménagement des règles de tarifications** en s'orientant sur un système fondé sur la personne accueillie et non plus sur le statut juridique de l'établissement. Aujourd'hui, la construction d'un standard de communication et l'utilisation des progrès liés aux nouvelles technologies de l'information et de communication devraient permettre de **centrer davantage les prestations sur le patient**.

**DR CLAIRE BOURDAIS-MANNONE** ●

Département d'Information et d'Informatique Médicale, Hôpital Cimiez - CHU de Nice



# Le décloisonnement, c'est la psychiatrie !

(...). Il est vrai que l'ambition de la psychiatrie de secteur c'était de déployer son action bien au-delà et en deçà de l'hôpital dans une complicité sans limite avec les acteurs sociaux de toutes sortes, de telle manière que, dans un espace communautaire peuplé de synergies et regorgeant de solidarités, puissent s'exprimer au mieux, d'une part l'efficacité du soin garanti par un fort coefficient de lien social et d'autre part, le souffle de la prévention dans tous ses états. Donc le décloisonnement, c'est plus ou moins fait, mais en tout cas, c'est écrit depuis 44 ans ! Deux remarques à propos du décloisonnement : ça s'exprime bien sûr au plan des institutions (...), mais ça vient aussi assez naturellement dans les métaphores qui signent le mieux être des individus aux prises avec la pathologie mentale : la sortie du confinement, l'ouverture à l'autre, le réinvestissement d'un projet de vie partagé, etc...

(...). Le positionnement des différents champs institutionnels est en lien étroit avec la culture d'une époque. Il en va bien sûr ainsi du couple cloisonnement/décloisonnement au plan des institutions, qui est évidemment en tension et en résonance avec un certain nombre de données culturelles contemporaines. (...)

- Le décloisonnement des catégories du normal et du pathologique.
- Le passage, en matière de conceptions étiologiques, d'hypothèses fortement monogénétiques et étanches à des constructions multifactorielles beaucoup plus tolérantes et partageuses.
- Le mariage de la maladie et du handicap sous les auspices de la dialectique woodienne.

## Quel rôle pour le psychiatre ?

Dans le champ de la pédopsychiatrie, le cloisonnement entre social et sanitaire s'est résumé dans la question longtemps répétée : faut-il soigner ou éduquer les enfants ?

Sortir de cette opposition, admettre que le "ou" puisse être remplacé par "un" et suppose une révolution culturelle pour les acteurs de ces systèmes, donc aussi pour les psychiatres. Pour cela, il faut sortir d'une notion du soin prévalent, centré sur l'acte médical, pour penser d'autres types d'intervention, soins indirects, soutien aux équipes, participation à l'élaboration de projets des structures, des projets de soins individuels. Dans le même temps que la notion de trajectoire du patient passe au premier plan, peut se penser pour le psychiatre un "gradient de psychiatrisation" où les soins les plus techniques se font en milieu spécialisé et où les actions entreprises dans les établissements sociaux relèvent plus du soin indirect. Cette organisation pose en filigrane la question de la délégation des métiers en santé mentale. La place du psychiatre se situe alors, outre ce que nous connaissons actuellement, dans l'élaboration de ce système de réponse graduelle. Il lui restera à accomplir les fonctions de conseil, voire d'expertise, pour les COTOREP et CDES.

**DR DOMINIQUE PROVOST** ●

Service de psychiatrie infanto-juvénile, CH de Rouffach

• Peut-être même le rapprochement peut-il être fait avec ce qu'on pourrait saisir comme des ébauches de réaction à l'hypér-individualisme asphyxiant dont chacun sait qu'il caractérise notre époque : je veux parler de l'effusion internautique, de la prise de conscience de l'écosystème, de la timide redécouverte de l'autre, de son voisin, de son quartier... la marche à pied et le vélo hollandais n'étant pas sans intérêt du point de vue du décloisonnement proximal.

On ne peut qu'être frappé à cet égard par les injonctions de mise en réseau qui fleurissent depuis quelques années pour dépasser l'atomisme ambiant. Il y en a même parmi nous qui sont un peu froissés par l'irruption de cette pseudo découverte : le réseau. Certains ont pensé : "Mais le secteur, c'est le réseau !". En tout cas le secteur bien pensé, bien compris, pas celui qui rime avec bunker. D'ailleurs le projet de circulaire de la DHOS relative à l'élaboration du volet santé mentale du futur SROS le dit bien dans son entame : "Le secteur psychiatrique peut être considéré comme le précurseur du travail en réseau".

Venons-en maintenant aux choses pratiques, aux coupures et aux impasses qui surgissent désagréablement dans le champ de notre action, (...) aux effets de la singularité des institutions ; singularité renvoyant à identité, vocation, procédures spécifiques aux différents genres institutionnels, mais voulant désigner surtout la dimension auto ou ego centrée des institutions.

Depuis quelques années on nous incite à une meilleure articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social. (...). La préoccupation majeure à cet égard, c'est celle des patients au long cours, ceux qui restent indûment hospitalisés faute de pouvoir disposer en aval de suffisamment de structures médico-sociales et sociales. Les coupes transversales le montrent, ça s'appelle les inadéquations et ça concerne à priori la psychiatrie de l'adulte.

Et pourtant lorsque l'on parle des patients au long cours ou des troubles graves et persistants on peut évoquer également les syndromes autistiques et apparentés dont l'évolution pose des problèmes d'accueil de même nature. (...). C'est le cas par exemple à la Fondation Vallée où la Mission d'Appui a pu constater combien la sortie des patients peut être contrariée par l'absence de solutions d'aval. Mais le plus souvent en PIJ lorsque le sanitaire en appelle au médico-social pour qu'y soient créées des places, c'est à partir de situations beaucoup plus disséminées. (...).

Quelques chiffres pour en juger qui concernent l'Île de France (enquête menée en 2003 sous la conduite de M. Brière et M. Delanoue) :

- 790 enfants et adolescents repérés handicapés (< 20 ans) sont sans solution c'est-à-dire à domicile. Parmi ceux-ci 15% sont autistes (120) et globalement 50% d'entre eux auraient besoin d'un suivi thérapeutique.
- Toujours en 2003, 134 enfants de moins de 20 ans originaires de l'Île de France sont accueillis dans 16 établissements belges. La moitié a plus de 16 ans, 54% relèvent de l'Annexe 24 simple 11% sont autistes 15% sont polyhandicapés

3% souffrent de handicap moteur.

Pour ce qui concerne le Val de Marne, en septembre 2000 on dénombrait 37 enfants et adolescents à domicile référés au diagnostic de psychose. C'est beaucoup plus dans d'autres départements de l'Île de France.

S'agissant des troubles autistiques et les troubles envahissant du développement deux choses sont à souligner relativement au médico-social :

• D'une part le manque de places dans ce cadre, surtout à l'adolescence et en internat qu'il soit continu, séquentiel ou en alternance. Les solutions séquentielles ou alternantes ont le grand mérite d'aider les adolescents à "grandir" et les familles à supporter leurs très lourdes charges sans pour autant créer des séparations radicales, mutilantes et culpabilisantes.

• La deuxième chose (...) c'est la mauvaise articulation du sanitaire et du médico-social – alors qu'on voit tout l'intérêt de mettre en jeu ensemble, et pas successivement, ces deux types d'institutions :

- Hôpital de jour + EMP ;
- Externat médico-pédagogique ou hôpital de jour + accueil de nuit de semaine ou de fin de semaine ;
- Institution à prix de journée + poursuite de prise en charge en CMPP...

Dans la suite de la circulaire de 1995 sur l'autisme, les comités techniques régionaux ont tous prôné l'articulation du sanitaire, du médico-social et du social ; les prises en charge conjointes, alternantes... Il reste une forte discordance entre les propos œcuméniques que l'on peut tenir à cet égard et la réalité :

- pour des raisons culturelles, d'ordre historique, qui rendent compte d'une certaine étanchéité des filières sanitaires et médico-sociales ;
- pour des raisons réglementaires et plus prosaïquement financières. Si la loi du 4 mars 2002 a largement incité au dépassement de ces entraves, aucun décret n'est venu pour l'instant en consacrer la possibilité. (...).

S'agissant toujours des troubles autistiques et apparentés, l'apparition de la circulaire Veil a favorisé la création d'équipements médico-sociaux (SESSAD, IME). La DRASS de l'Île de France par exemple avait considéré que la pédopsychiatrie francilienne était suffisamment dotée, ce qui était faux et de façon criante pour certains départements. La création d'équipements médico-sociaux n'est évidemment pas superflue mais on sent bien que dans ce choix sont à l'œuvre des considérations financières (le médico-social ça coûte moins cher) mais aussi des choix techniques en relation notamment avec le poids des associations familiales dans ce domaine.

Dans de nombreuses institutions médico-éducatives on voit le poids spécifique du thérapeutique, la place du psychiatre s'amenuiser ou se marginaliser. Il y a là une tendance qu'il faudrait pouvoir contrarier, certes en créant les structures sanitaires (...) (CATTP, hôpitaux de jour), mais aussi en promouvant des expériences de collaboration entre structures médico-éducatives et structures de soin à la recherche de complémentarité mutuellement enrichissantes, (...). Différents types de collaborations sont possibles. J'en donnerai un exemple : il s'agit d'un projet Val de Marnais initié par le Professeur C. Graindorge à la suite du passage de la

mission à la Fondation Vallée. Quarante places devraient être créées dans le médico-social (internat, externat) à l'usage des enfants mais surtout des adolescents présentant des syndromes autistiques et apparentés. La DASS a souhaité confier cette création à une association mais la structure sera conventionnée avec les six intersecteurs du département favorisant la poursuite de soins dans les structures psychiatriques, un des points important à régler étant celui de l'accueil hospitalier temporaire des moments aigus qui débordent les possibilités de l'accueil médico-social.

Au titre des expériences de ces dernières années à l'articulation des trois champs, concernant les pathologies graves de l'enfance, je citerai le réseau mis en place par notre collègue Jacques Piant dans le Val d'Oise, rassemblant l'intersecteur et une association de parents, et mettant en œuvre des solidarités institutionnelles de toutes sortes pour construire des solutions d'accueil et d'aide à l'insertion de ceux qui sont justement à domicile sans solution. Au-delà de la dimension humaine évidente qui a motivé la création de ce réseau, c'est aussi l'occasion d'une recherche active sur l'institution au carrefour des institutions – sur le vide qui peut les séparer et la confluence qui peut les réunir.

On peut faire cette constatation également dans le domaine des adolescents difficiles, ces adolescents qui mettent les institutions en grande difficulté. Tant que ça n'est pas du domaine de tous – Psychiatrie, ASE, PJJ, Education Nationale, Juge des Enfants – c'est du domaine de personne successivement. Les différentes expériences que nous pouvons faire les uns et les autres dans ce domaine – réseaux spécifiques,

commission des cas difficiles, séminaires pluri-institutionnels... – illustrent abondamment ce constat.

Nous sommes tous convaincus des richesses qui sont obtenues et qui sont à attendre des articulations possibles de la psychiatrie avec le champ social.

- Accès précoce aux soins :
  - pas de rencontres avec les très jeunes enfants sans une fréquentation assidue des équipes de la Petite Enfance ;
  - pas de rencontre avec les adolescents sans une interlocution soutenue avec ceux qui les accueillent tous les jours dans les lycées et collèges, etc...
- On l'a vu plus haut, il n'est pas possible de conduire des soins pour les pathologies les plus sévères sans une collaboration très étroite avec le médico-social et le social.
- L'intégration scolaire – dans les classes banales ou dans les CLIS – ne se fait qu'au prix d'un partenariat engagé et fiable avec l'Education Nationale.
- La participation au travail des CDES est fondamentale pour l'orientation des patients et pour la compréhension du paysage institutionnel.
- Le partenariat avec l'ASE, pour dépasser le stade de l'adresse totale à la psychiatrie au motif que certains adolescents ne sont plus de leur ressort et qu'ils relèvent de la psychiatrie, nécessite beaucoup de familiarité avec les équipes des foyers avant de parvenir à la dimension du partage.
- Comment avancer dans nos projets sans convaincre les élus locaux et sans s'enrichir des points de vue des principaux acteurs sociaux des communes où nous travaillons ?
- Etc...

Les richesses que l'on peut attendre du partenariat sont considérables. Mais les ressources de la psychiatrie ne sont pas illimitées. Trop souvent nous avons le sentiment pénible d'avoir à mal choisir entre les patients de la file active, (...), et les partenaires qui ont, eux aussi, des demandes qu'il faut pouvoir entendre et même susciter. On peut bien sûr penser que la saturation du dispositif de PIJ doit conduire à des réaménagements et à des choix : ça n'est pas faux.

Il faut sans doute que nous sachions de mieux en mieux définir nos priorités en tant que service public et en complémentarité avec l'ensemble des ressources au-delà du service public, que nous organisions nos offres de soin en développant encore les dispositifs intersectoriels, que nous réaménagions nos procédures – en particulier dans le domaine de l'accueil et des premières évaluations.

De façon réaliste et même symboliquement intéressante il faut avancer dans la conclusion de conventions avec nos partenaires prenant en compte financièrement les services rendus. Enfin, aller vers des cofinancements, etc...

Il y a certainement des gains à attendre de ces réaménagements et de ces rationalisations, mais ils ne sont pas illimités et parfois même ils sont inenvisageables pour des services qui ne sont même pas au niveau de l'équipement de base. Quel que soit le module : unité fonctionnelle, service, département, fédération, pôle, la qualité de l'offre de soins psychiatrique repose sur une double exigence non cloisonnable : du temps pour les patients, du temps pour le réseau.

**DR GÉRARD BOURCIER ●**

*Chef de service, Psychiatrie Infanto-juvénile Hôpital Esquirol.*

## Les modes de prise en charge

On ne peut comprendre, la nécessité de décloisonner les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux, la place et le rôle que joue la psychiatrie, si on ne prend pas en compte l'historique de la modification des modes de prises en charge.

La loi du 30 juin 1975 relative aux personnes handicapées s'est mise en place malgré les hôpitaux psychiatriques et, de ce fait, les institutions médico-sociales et sociales créées pour accueillir les personnes handicapées ont exclu les sujets atteints de maladies mentales.

Dans le même temps la loi de la réforme hospitalière du 31 juillet 1991 a recentré le dispositif hospitalier sur l'efficacité et l'évaluation des soins de courte durée, excluant les modes de prises en charge sociothérapeutiques de longue durée.

Les patients atteints de pathologies mentales qui nécessitent des soins au long cours vont donc se retrouver dans une situation de soins actifs (l'hôpital) et d'accompagnement ou d'intégration (médico-social et social). Le décloisonnement entre les différents secteurs est donc indispensable pour que l'usager puisse trouver des dispositifs opérants.

Les conventions passées entre les établissements doivent dépasser le formalisme administratif pour devenir de réels moyens de collaboration et de complémentarité des dispositifs de soins et d'accompagnement. Les personnels médicaux, soignants, éducatifs et sociaux doivent en être les acteurs.

**DANIEL BRANDÉHO ●**

*Directeur adjoint, Centre hospitalier George Sand, Bourges 18000*

## Là où le bât blesse

Pour des raisons de facilité, parce que le budget d'une MAS, c'est entièrement l'assurance maladie, les hôpitaux ont créé des MAS. Ce n'était peut-être pas la meilleure chose à faire dans tous les cas et même probablement pas.

Or la palette du médico-social peut ouvrir bien d'autres possibilités, les établissements hospitaliers peuvent gérer l'ensemble de la palette du médico-social. Le problème est que le financement de l'ensemble des structures médico-sociales pour adulte revient au Conseil général.

C'est là que, généralement, le bât blesse : la psychiatrie se trouve face à une situation où, ayant pris en charge les patients jusque dans leurs besoins de vie, d'hébergement, de travail quelquefois, elle se trouve devant des Conseils généraux qui lui disent "on ne voit pas en quoi on est concerné". Il y a là toute une évolution qui devra être faite.

En terme de planification aussi il y a des problèmes ; les inégalités sont très importantes sur le territoire et la décentralisation devra trouver les moyens de les résoudre.

C'est un enjeu extrêmement important. Aussi serait-il important que la Mission

sache d'une part observer et nous dire quelque chose des situations et de leur évolution dans le contexte actuel, et sache d'autre part porter en avant la culture médico-sociale et faire comprendre que l'articulation est en devenir de part et d'autre : qu'il y a des opportunités à saisir. Un mot à propos des évolutions du médico-social : ce qu'il faut considérer c'est la place de l'usager dans cette histoire. Il ne faut pas perdre de vue que le médico-social dans son ensemble est créé par les usagers, les familles, les associations de familles, ou les associations de patients : il est presque entièrement porté par le milieu associatif, il y a très peu de public et, donc, il se trouve confronté actuellement au grave problème de devoir rejeter un certain nombre de personnes parmi les plus gravement handicapées.

Nous sommes confrontés, non seulement à un défaut de soin du côté du sanitaire, mais aussi, dans le médico-social à un manque de soignants, de psychiatres et d'éducateurs spécialisés.

**MARTINE BARRÈS ●**

*Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DGAS Bureau 3 - B, Sous-direction PHAN*

# III. L'évolution des fonctions dans la prise en charge de la santé mentale

## L'évolution des fonctions au sein du dispositif public de psychiatrie

Il convient d'améliorer, de mieux cibler, de renforcer ce qui constitue l'identité et la spécificité de la psychiatrie. (...) Un effort d'anticipation et d'adaptation doit être soutenu afin d'essayer de faire face aux conséquences de différentes évolutions telles que :

- La poursuite de la diminution des prises en charge à temps plein au profit de modes de prise en charge ambulatoires de plus en plus diversifiées, (...).
- L'augmentation constante de la demande de soins et d'autres prestations de la part des usagers mais aussi des acteurs institutionnels de plus en plus nombreux à être concernés par les questions de santé mentale, dans un contexte de rigueur budgétaire accrue et de nécessité de gérer les conséquences de l'aménagement de la réduction du temps de soins.
- L'évolution de la démographie professionnelle de certains métiers tels que les médecins, les infirmiers, les cadres de santé, qui place certains établissements de santé dans une situation de plus en plus préoccupante.
- Les changements importants intervenus depuis une dizaine d'années dans l'évolution de la culture professionnelle de ces professions, rendant nécessaire un effort de formation complémentaire en matière de santé mentale, pour elles mais aussi pour les directeurs d'établissement.

Dans ce contexte, il apparaît indispensable de faire évoluer la place accordée à d'autres métiers tels que les psychologues, les personnels socio-éducatifs et, plus particulièrement, les éducateurs spécialisés et les assistants sociaux, les professionnels de rééducation, en renforçant les équipes de secteur par ces professionnels qui n'ont plus besoin de prouver leur utilité dans la prise en charge des problèmes de santé mentale au travers des missions qui sont celles du dispositif public de psychiatrie. (...)

C'est l'ensemble des fonctions dévolues au dispositif public de psychiatrie qui doivent être revisitées en intégrant les conséquences de ces évolutions par une adaptation utilisant mieux les compétences des professions mentionnées précédemment, dans la prévention et l'accès aux soins, l'accueil et l'orientation, le traitement, l'hospitalisation, le suivi ambulatoire, la réhabilitation psycho-sociale, la psychiatrie de liaison et la psychologie médicale, les urgences et la réponse aux situations de crise, la gestion et l'accompagnement des soins sous contraintes et des situations nécessitant la mise en place de mesures de protection, la démarche qualité, l'évaluation, la formation la recherche, la fonction de gestion de l'organisation du soin. Les SROS de troisième génération doivent intégrer ces nouvelles données, et prévoir les moyens qui faciliteront ces adaptations indispensables.

### **Le renforcement des partenariats, du travail de réseau, de la concertation et de la participation à la planification. (...)**

• Le travail de réseau local est à développer au sein de chaque secteur de psychiatrie ou territoire de santé avec tous les acteurs et toutes les ressources susceptibles d'apporter un appui à la part de la file active la plus durement touchée par des troubles psychiques sévères engendrant divers handicaps. Un des outils capable de dynamiser ce mouvement est le conseil local de santé mentale dont il faut encourager la mise en place.

• Un deuxième niveau est le travail de réseau à initier ou à développer au sein de chaque établissement afin que certaines problématiques propres à la santé mentale fassent l'objet d'une réflexion en continu et non pas seulement à l'occasion de chaque projet d'établissement, afin que des stratégies adaptées soient mises en œuvre en fonction de l'évolution des besoins et de la nature des liens développés avec les partenaires dans des domaines tels que le développement des alternatives à l'hospitalisation, l'organisation des soins pour des populations présentant des problèmes spécifiques, des formes nouvelles de soins de réadaptation et d'actions de réhabilitation psycho-sociale, etc... à l'échelle intersectorielle. Dans ces domaines, un appui technique plus important devrait pouvoir être apporté aux promoteurs de projets nouveaux de la part des directions mais aussi d'autres professionnels dont cela pourrait être la fonction permanente de chargés de missions transversales. Cet accompagnement devrait pouvoir être apporté depuis la phase de réflexion et de conception à celles de recherche de financement, d'organisation et de mise en œuvre et d'évaluation, qu'il s'agisse d'un projet de transformation d'unités de soins, de recours à l'outil associatif ou de création d'un réseau de santé formalisé.

• Enfin, au sein du Département et de la Région, il conviendrait de faire systématiquement prendre en compte les problématiques "santé mentale" par toutes les instances de concertation, de décision et de planification, et de développer un travail de réseau interinstitutionnel. Il s'agit d'apporter des éléments de réflexion et des données spécifiques dans différentes instances chargées d'élaborer les différents schémas de planification tels que le schéma départemental des enfants handicapés, celui des adultes handicapés, le schéma départemental des CHRS, celui des résidences sociales et la répartition régionale des places de maisons-relais, le plan départemental pour le logement des personnes défavorisées et celui des travailleurs handicapés, le schéma gérontologique et les CLIC, le schéma départemental de la petite enfance, le

plan départemental des urgences, le PRAPS, etc... Il s'agirait pour chaque établissement de santé, d'être en mesure de fournir au long cours des données à chaque groupe de travail organisé par une municipalité, le Conseil Général, la DDASS, la DRASS, l'ARH, sur des thèmes variés tels que l'accueil en urgence des mineurs, la lutte contre l'isolement, le maintien à domicile des personnes âgées ou des personnes handicapées, la protection des majeurs, la prévention de la maltraitance, celle des troubles de voisinage dans les quartiers sensibles, les adolescents difficiles, les besoins en place d'hébergement spécialisé dans les différentes catégories, etc...

Il s'agirait donc de renforcer de manière conséquente des fonctions actuellement parfois déjà présentes de façon pérenne, d'appui technique et logistique en vue de développer la communication, la capitalisation des pratiques, le recueil et la synthèse de données différentes de celles actuellement recueillies par les DIM, mais en complémentarité et en lien avec ces derniers, la réalisation d'enquêtes auprès des usagers et des partenaires, la mise en forme d'annuaires, de bases de données du plan local d'un secteur jusqu'au plan départemental, la coordination de réseau dans les domaines de la prévention, de l'accès aux soins, du soin, de la réinsertion, de l'accompagnement à la vie sociale et de la lutte contre l'isolement, l'organisation et l'animation de formations destinées aux professionnels de première ligne ou aux bénévoles, etc... (...)

Enfin, il faut rappeler que parmi les recommandations formulées en avril 2002 par le groupe de travail réuni par la DGS pour conduire une réflexion sur l'évolution des métiers en santé mentale, il est mentionné, à propos des assistants sociaux, que "leur connaissance de l'environnement social et médico-social, lié aux relations interpersonnelles établies avec d'autres professionnels dans le cadre de la préparation à la réadaptation ou réinsertion des patients, peuvent les conduire à tenir un rôle de coordination des actions de prévention en santé mentale auxquelles les secteurs de psychiatrie, dans un bassin géographique donné, seraient appelés à participer, permettant ainsi d'aboutir à une programmation des actions de prévention en lien avec le champ éducatif, social et médico-social dans le cadre d'un travail en réseau. Une telle fonction nécessite une identification précise par le médecin chef de service. Il est précisé que cette fonction est différente de celle des assistants de service social de secteur dans le domaine de la prévention et de l'insertion" (...).

**JACQUES HOUVER** ●

*Cadre socio-éducatif, CH Le Vinatier (69) - Bron*

# Changements des pratiques en santé mentale

Comme tout élément d'un système dynamique, la psychiatrie doit s'adapter au contexte dans lequel elle évolue, mais aussi choisir quelles alternatives lui laissent le plus de chances de survivre, voire de prospérer. (...) La psychiatrie publique française reste plus riche que ses consœurs européennes, mais pose des problèmes majeurs d'organisation, de planification et de répartition des moyens.

L'évolution démographique promet une diminution très importante du nombre de psychiatres (de l'ordre de 40% d'ici 2012), inéluctable, face à laquelle il semble illusoire d'imaginer un renversement de tendance, et qui paraît être attendue comme la foudre sans véritable mobilisation pour réorganiser ou penser un système différent. Cette évolution repose sur un paradoxe : les psychiatres les plus concernés (les plus jeunes), ne sont pas en position de décider (...), d'autre part, l'idée qu'une décision politique franche puisse, sous la pression, générer de nouveaux postes en nombre équivalent à celui que l'on connaît aujourd'hui semble totalement illusoire. (...)

La richesse relative de certains secteurs ne doit pas occulter le fait que la situation est déjà en rupture sur le territoire national, certains secteurs fonctionnant avec un seul praticien hospitalier, voire moins, c'est à dire quelques vacations, y compris dans des zones urbaines. La répartition paradoxale des moyens (...) entraîne une paupérisation accélérée de certaines zones : un praticien hospitalier préférera postuler dans un secteur "riche", et évitera de proposer ses services dans un secteur déjà démuné en l'absence d'incitation. (...)

La réponse attendue à cette situation est la mise à disposition de nouveaux moyens. Or, il semble clair que la psychiatrie n'a pas réussi à se faire considérer comme prioritaire par nos responsables politiques, (...). La revendication d'une "exception" de la psychiatrie, si elle est légitime compte tenu des missions particulières et de l'histoire de la spécialité, devient un frein pour toute réforme, en raison du caractère de stigmatisation potentielle que cette exception entretient au niveau des tutelles (...). Ce contexte n'encourage pas les politiques à proposer des stratégies de changement cohérentes, et augmente l'isolement de la psychiatrie. De plus, la psychiatrie reste la seule spécialité médicale à ne former les médecins qu'aux diagnostics, à la rédaction de certificats, et à la prescription de psychotropes (...), à la quasi exclusion de ce qui fonde le métier de psychiatre public : la psychothérapie (...), l'organisation des soins (...) et le management des équipes de soins (...). Enfin, nos tutelles connaissent les difficultés de la psychiatrie à s'organiser (...), et ses réticences à s'évaluer (...) par crainte de perdre des moyens. La position des tutelles politiques ou administratives face aux difficultés de penser le changement semble donc celle d'un "laissons faire la nature", c'est-à-dire laisser avancer le pourrissement (...). La désignation de boucs émissaires restant le sport préféré de chacune des parties concernées (tutelles, syndicats, politiques, etc.) pour expliquer pourquoi le système est bloqué, il semble nécessaire de proposer comment sortir de la lente dérive de notre spécialité en évitant de recourir à ce mécanisme apparemment efficace (...), mais en vé-

rité épuisant et épuisé (...).

Les propositions suivantes ne se veulent pas un inventaire idéalisé, mais vise des domaines (...) dans lesquels un relatif bon sens a une chance de prédominer pour autant que chacun accepte de s'engager (...).

Il semble indispensable de repenser la formation des psychiatres, en profondeur, à la fois initiale et tout au long de leur pratique professionnelle. L'adaptation des formations aux besoins (urgences, médico-social, ambulatoire, etc.) n'a jamais été réellement pensée. Or, certaines structures nécessitent des compétences spécifiques et un recrutement adapté de professionnels formés. On ne peut poser la question du changement de la psychiatrie ni de la santé mentale sans poser celle des théories : Il est indispensable de développer certaines formations psychothérapeutiques (...) et spécialisées (...) en leur offrant une valence universitaire (...), sur la base d'une prévision des besoins des secteurs et structures intersectorielles. Cela existe déjà, mais sans réelle réflexion ou volonté, et de façon très insuffisante. De même, le développement de formation en "gestion" (...) permettrait (...) une amélioration de la visibilité, des échanges de pratiques, et un enrichissement de la créativité des structures (...). La formation de médecins ne passant pas par la voie de l'internat de spécialité nécessiterait également d'être plus visible, développé et mieux organisé, avec pour objectif de pallier le déficit annoncé de psychiatres dans les prochaines années. De même, la mise en place de réseaux de soins financés et évalués, incluant des médecins généralistes formés à la santé mentale (...), devrait permettre d'organiser un aval cohérent pour certains des patients reçus sur un secteur. Enfin, risque de se poser à terme le problème de la limitation ou de la régulation des installations (notamment en libéral), et d'une forme de rétribution ou de contrat valorisés pour certains postes publics dans des territoires particulièrement appauvris. (...) Des directives réglementaires nationales à titre d'expérimentation devraient pouvoir être appliquées et évaluées sur le plan régional, et ensuite bénéficier à l'ensemble des acteurs. A ce titre, la communication reste un point noir de la psychiatrie, du fait du nombre de structures et d'associations professionnelles, de leur morcellement, et de leurs rivalités. (...)

Au delà des praticiens médecins, de nombreuses pistes ont été évoquées (...) : internat et modification de la formation des psychologues, adaptation de la formation de soignants aux besoins des secteurs, et possibilité pour eux d'exercer dans le cadre de ce qu'ils ont appris, échanges valorisés des connaissances entre les secteurs (...). La modification des pratiques au quotidien (...) doit avoir pour priorité de libérer du temps de soins, l'une des plaintes des professionnels étant de passer plus de temps à régler des problèmes administratifs ou techniques qu'à rencontrer les malades et leurs proches (...). Un autre axe est de privilégier des moyens d'"aide aux aidants", c'est-à-dire la libération de temps de professionnels ayant pour fonction de prévenir, soutenir, encadrer et orienter les proches ou les institutions partenaires. L'"externalisation" d'une partie du fonctionnement de certaines structures doit être en-

couragée clairement (...), ainsi que les accueils temporaires (...). La "libération", à défaut de création de temps des professionnels doit mener à la réorganisation des secteurs, à la mise en place de structures intersectorielles (...), et à une véritable coordination avec le réseau médico-social. La fluidité des structures, et donc la qualité et la continuité des soins, dépend en grande partie de celle des compétences des professionnels, et de leur utilisation. Enfin, il semble indispensable, (...), de promouvoir la formation des professionnels à l'évaluation et à la recherche. Il vaut parfois mieux une évaluation (...) réductrice que pas d'évaluation, car l'absence d'éléments tangibles lors de décisions (...) fait intervenir ce caractère exceptionnel de la psychiatrie qui ne fait que renforcer sa stigmatisation plutôt que soutenir notre spécialité et ses spécificités. (...). L'expérience de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale montre que ce n'est pas la créativité des acteurs qui est en jeu, (...), mais plus l'organisation et la planification de l'évolution des métiers à tous les niveaux (local, départemental, régional et national).

**DR FRÉDÉRIC POCHARD** ●

Service de psychiatrie, Groupe hospitalier Cochin, Saint-Vincent-de-Paul, La Roche Guyon – Paris

## Les sigles

- **CMP** : Centre Médico-Psychologique
- **CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
- **FA** : File Active
- **PMSI** : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
- **ASE** : Aide Sociale à l'Enfance
- **PJJ** : Protection Judiciaire de la Jeunesse
- **ANPE** : Agence Nationale pour l'Emploi
- **EPSM** : Etablissement Public de Santé Mentale
- **CHRS** : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
- **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
- **AFT** : Accueil Familiale Thérapeutique
- **SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
- **ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- **DREES** : Direction de la recherche, des Etudes, de l'évaluation, et des statistiques
- **COTOREP** : Commission Technique d'Orientement et de Reclassement Professionnel
- **DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- **DGS** : Direction Générale de la Santé
- **DGAS** : Direction Générale des Affaires Sociales
- **SESSAD** : Service d'Education et de Soins Spécialisés à Domicile
- **IME** : Institut Médico-Educatif
- **CDES** : Commission Départementale de l'Education Spécialisée
- **CRIS** : Centre Recherche Intervention Suicide
- **MAS** : Maison d'Accueil Spécialisée
- **CLIC** : Centres Locaux d'Information et de Coordination
- **PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

# Réfléchir aux transformations des professions

**R**éfléchir aux transformations, aux modifications des fonctions dans la prise en charge en santé mentale, impose de prendre en compte l'évolution des idées et des pratiques.

Qui intervient, où, comment, avec qui, à quel moment ? Quels sont les besoins de formation initiale, continue, etc... ? Telles sont les questions essentielles qui furent abordées dans le groupe de travail "relatif à l'évolution des métiers en santé mentale" dont "les recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé" sont résumées dans le rapport présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002.

Il faut, préalable indispensable, dire qu'après une longue période de croissance, les effectifs de médecins et d'infirmiers décroissent de manière inquiétante. (...)

Depuis dix ans, l'augmentation de la demande de soins en santé mentale est énorme. Les personnes soignées par la psychiatrie sont extrêmement variées et les patients présentent des niveaux de troubles et de gravité des symptômes très différents, leurs besoins différant également.

Les évolutions, le passage de la psychiatrie à la santé mentale, nécessitent une adaptation permanente des professionnels.

La diversification et la modernisation de la réponse hospitalière semblent prioritaires avec le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. (...)

Ce recours minima à l'hospitalisation, cette avancée inexorable vers le traitement ambulatoire, c'est-à-dire une psychiatrie de moins en moins coupée de son contexte social, souligne

la place importante, déterminante du réseau, c'est-à-dire ce qui relie les institutions ou bien les personnes, ce qui relie la personne malade avec son environnement. (...)

En aboutissement du réseau, il faut parler du soin institutionnel, grand oublié des formations médicales actuelles, qui consiste, en psychiatrie comme en santé mentale, à remettre en lien ce qui est morcelé.

Le soin doit être envisagé dans un cadre global, associant à la psychothérapie et à la chimiothérapie, les demandes à visée éducative, pédagogique, intégrative, de réinsertion, de réhabilitation, etc... L'articulation entre ces démarches et entre les personnes qui s'engagent dans ces démarches, représente un soin institutionnel ; c'est-à-dire que l'institution est un ensemble humain, qu'il soit localisé ou non dans l'espace, qui fonctionne par un projet défini, selon un certain nombre de pratiques et d'idées partagées.

## Ambulatoire – psychothérapie – réseau – lien – soin communautaire – famille et associations

L'évolution des idées et des pratiques ne va pas sans crises et entraîne à l'intérieur des équipes des modifications. Les différentes professions se trouvent engagées dans un processus de transformation de leurs fonctions qui répond au mouvement général du passage de la psychiatrie à la santé mentale. (...)

**Psychologues** : autre thème majeur de la réflexion – leur place et responsabilité dans l'organisation des soins – accès.

L'ensemble du système d'enseignement initial

et continu doit être revu dans le sens d'une ouverture à la diversité des stratégies thérapeutiques, mais aussi d'une ouverture culturelle variée.

**Formations** : dossier des métiers : préconisation pour tous les corps professionnels dans ce qui les différencie – formations spécifiques – et sur ce qui les réunit – formations communes. Un internat clinique pour les psychologues ? Une formation spécifique en santé publique pour les praticiens hospitaliers, infirmiers, travailleurs sociaux ...etc. (...)

## Soins communautaires – chimiothérapies – psychothérapies – relation d'aide – conseils – guidance – soins institutionnels et techniques groupales médiatisées

Toutes les compétences issues des modes nouveaux d'intervention doivent participer à la constitution d'un corpus de réflexion avec des priorités nouvelles quant à la prévention, l'évaluation et l'organisation des services de soins. Dans l'évolution des fonctions et des places de chacun, est maintenant réaffirmée celle de la famille du patient, qui, il y a peu, et pour certains encore, était jugée comme dérangeante voire nuisible. Psychiatr(i)e et famille s'engagent désormais dans une alliance thérapeutique aussi réfléchie que possible pour tendre vers un travail effectif au bénéfice du patient au sein de la communauté. (...)

**DR FRANÇOIS BRIDIER** ●

*Chef de service, psychiatrie infanto-juvénile, CH de Cadillac*

## La pénurie est là... Quelles ressources avons-nous ?

(...) La pénurie est là : certains secteurs fonctionnent avec un seul psychiatre ! Ailleurs, le recrutement devient de plus en plus difficile. (...) Comment remplir nos missions, comment mettre en place une réelle politique de santé mentale dans ces conditions ? Cela suppose des transferts de compétences au sein des équipes pluridisciplinaires, (...), qu'il s'agisse d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychologues, d'aide soignants... Ces transferts se font déjà de manière sauvage et ne sont pas reconnus officiellement. Dans certains CMP, les infirmiers ne sont-ils pas seuls le plus souvent ?

(...). L'enseignement de psychiatrie dispensé dans les IFSI n'est pas suffisant pour préparer les IDE à travailler dans nos services. (...) Ne serait-il pas urgent de reconnaître une spécialisation en psychiatrie pour les infirmiers avec la formation nécessaire et la rémunération adéquate, avant de créer de nouveaux métiers ? Une évolution similaire pourrait être engagée vis à vis des autres professions paramédicales. La réforme des études médicales et paramédicales, avec la mise en place d'une première année commune, établit un rapprochement de ces disciplines et devrait faciliter ce processus. (...)

Ce transfert de compétences implique de grands

changements de fonctionnement dans les équipes pluridisciplinaires qui doivent plus que jamais développer une culture commune et mettre en œuvre leur philosophie de soins. Il est également indispensable de créer des espaces dans lesquels les soignants puissent parler de leur pratique, des difficultés rencontrées vis à vis des patients et de leur famille. Les supervisions devraient exister dans tous les secteurs et ne pas être un luxe dont disposent certaines équipes privilégiées. Mais cela pose là encore la question du financement.

Le deuxième point (...) concerne l'aide aux aidants. (...) Le développement de cet outil est une piste immédiatement utilisable.

Qui sont les aidants ? Il s'agit, bien sûr, de l'entourage des patients, des professionnels partenaires dans la cité (travailleurs sociaux, éducateurs, médecins infirmiers et psychologues scolaires, médecins généralistes, auxiliaires de vie, etc....) et des familles !

En quoi consiste cette aide aux aidants ?

(...)

Le premier axe concerne les informations à donner sur la maladie mentale, notamment pour permettre de différencier ce qui est du registre de la maladie et ce qui ne l'est pas, sur le système de soins pour savoir quand faire appel et

à qui.

Deux écueils sont à éviter : celui de transformer les aidants en "soignants en psychiatrie" en vidant de son sens la notion même de soins. Celui de faire disparaître la personne derrière le diagnostic psychiatrique de sa maladie et de paralyser ainsi les aidants.

Le second axe concerne le travail sur les interactions aidant-patient et sur le vécu des aidants. Nous savons en effet que certaines interactions aidant-patient facilitent le maintien du patient chez lui, ou dans une structure médico-sociale, et que d'autres interactions au contraire entraînent des troubles du comportement. (...) Ces interactions sont spécifiques et nécessitent une analyse précise pour que des solutions puissent être élaborées. Ce travail s'accompagne du soutien des aidants dans ce qu'ils peuvent vivre de difficile et de douloureux, dans la prise en compte de leurs limites, de leur épuisement et aussi dans leur compétence à aider les patients.

L'aide aux aidants mérite réflexion et développement d'outils nouveaux au sein même des équipes de secteur psychiatrique.

**DR MARIE-CHRISTINE CABIÉ** ●

*Centre Constance Pascal, Hôpital de Melun*

# IV. Une politique de santé basée sur l'évaluation des besoins : qui les évalue et comment les évalue-t-on en psychiatrie ?

## PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

### (...) Comment fonctionne l'expérimentation du PMSI en Psychiatrie ?

• Le suivi de l'expérimentation repose sur le dispositif suivant :

- l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (ATIH) assure la mise en œuvre de l'expérimentation et conduit les travaux de trois groupes techniques composés de professionnels de la psychiatrie (groupe qualité, groupe évolution de la classification, groupe financier) ;  
- la DHOS a mis en place un comité de pilotage (fédérations d'établissements, conférences des directeurs d'établissements et conférences des présidents de CME, Assurance Maladie) et un comité consultatif associé (syndicats de psychiatres).

• Cette expérimentation porte sur :

- un recueil d'informations médicalisées pour chacune des formes de prise en charge en psychiatrie, soit hospitalisation temps plein, hospitalisation temps partiel, prise en charge ambulatoire et actions pour la communauté ;

- une classification médico-économique à la journée et à l'acte pondéré. (...)

### Quelle est la relation entre Valorisation de l'activité en psychiatrie et PMSI en psychiatrie ?

(...) Le Ministre de la santé et de la protection sociale a donné mission aux membres du comité de pilotage du PMSI en Psychiatrie de proposer et de tester un modèle pluraliste de financement de cette discipline d'activité. La Valorisation de l'activité en psychiatrie est le nom que nous donnons à ce modèle de financement de la psychiatrie.

Voici, à ce jour, les pistes de réflexion sur la notion de financement pluraliste.

• Financement directement lié à l'activité :

Activité rapportée au patient, directement mesurable et quantifiable. Par exemple, les journées d'hospitalisation temps plein ou temps partiel, les actes identifiables au sein de la grille EDGAR.

• Financement des coûts fixes liés à la permanence des soins.

Par exemple, forfait pour chaque CMP, en sus de la facturation des actes, permettant de prendre en compte la nécessité de la permanence de l'accueil.

• Financement des missions d'intérêt général, avec une liste à définir et un mode de financement à définir également (dotation par habitant ajustée sur les besoins de santé ?, dotation ajustée sur la file active... ?) On retrouvera, dans la déclinaison des missions d'intérêt général, les missions de la psychiatrie sectorisée tournées vers la population du secteur. (...) C'est le comité de pilotage et le comité consultatif associé du PMSI en Psychiatrie, accompagnés bien sûr de la DHOS et de l'ATIH, qui proposeront au Ministre, pour la fin de l'année 2005, un modèle pluraliste de financement de la psychiatrie. Les tests des propositions formulées par les membres du comité de pilotage seront fait grâce aux données de l'expérimentation du PMSI en Psychiatrie. Nous disposons à ce jour des outils indispensables à ces tests : une base de données médicalisées décrivant les modalités de prise en charge des patients, enrichie d'informations sur les coûts directs de ces prises en charge (recueil d'actes réalisé au mois de juin 2004).

**DR CLAUDE MARESCAUX** ●

*Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DHOS, Sous-direction des affaires financières, FI.*

## Une étude expérimentale de population

Je dois dire que j'étais plutôt venu ici pour chercher des réponses parce que, effectivement, la problématique soulevée par Carole Festa concernant l'analyse des besoins et les outils mis à disposition est particulièrement prégnante au moment où les SROS de 3<sup>ème</sup> génération posent comme paradigme qu'on ne planifie plus à partir des structures mais à partir des besoins. Alors, je ne vais pas revenir sur tout ce que vous avez dit, les outils qui existent, leur insuffisance, la difficulté de passer de cette approche un peu scientifique, méthodologique à, effectivement, une planification réelle sur le terrain. C'est à dire la mise en adéquation de ce qu'on est supposé avoir repéré et ce qu'il nous semble être nécessaire de faire compte tenu d'un certain nombre d'éléments extérieurs qui créent des contraintes, comme les problèmes de démographie, de liberté d'installation, de fuite de praticiens d'un secteur vers un autre, du public vers le privé et qui, de fait, on le constate, ont plus d'influence sur le système que toute la rationalité qu'on essaye d'y introduire. (...)

### Vers un modèle

On est entrain d'expérimenter au Ministère avec l'aide de Viviane Kovess, une étude en population menée dans 4 régions simultanément pour essayer d'obtenir un modèle de description des besoins. Il s'agit d'une étude

expérimentale. Elle doit permettre d'une part de dégager la morbidité qu'on observe en population générale et les habitudes de consommation des patients. Ceci rejoint ce que vous disiez sur les outils marketing, sur l'approche un peu sociologique qui est quand même une constituante forte de la notion de besoin, mais, d'autre part, cette étude va essayer d'élaborer un modèle qui permettrait d'allouer les ressources, en tout cas les ressources financières, à partir d'indicateurs qui seraient hors du champ de la psychiatrie proprement dite mais qui seraient corrélées aux caractéristiques sociales et démographiques des populations. Je ne peux pas en dire beaucoup plus pour l'instant car l'étude n'a pas commencé, elle est financée dans les mois qui viennent et, en 2005, je pense qu'on aura un certain nombre de résultats, et qu'on en tirera un certain nombre de conclusions. Est-ce que ce type d'outil est utilisable ? S'il est effectivement utilisable dans une logique de planification, dans une logique administrative, on aura quand même franchi un pas majeur, puisque, jusqu'à présent, comme vous le savez, ce qu'on planifiait c'était des lits, des équipements et des personnels. On est vraiment à l'aube, je pense, d'une approche nouvelle.

**MICHEL GENTILE** ●

*Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DHOS Bureau 02*

## Un outil à investir

Je voulais insister aussi sur cette approche des besoins mais également, sur l'évaluation des résultats de l'action, sur la nécessité surtout de confronter les points de vue. Cette question là ne se mesurera jamais de l'intérieur de la seule psychiatrie. Dans un territoire donné, les associations de patient et de famille, les organismes d'intervention à domicile, les centres communaux d'action sociale, les médecins scolaire, les CDES et les COTOREP, qui sont un extraordinaire observatoire de la demande d'aide, ont quelque chose à dire sur les besoins et il est indispensable de les prendre en considération. De même pour l'élaboration des outils et des méthodes, il me semble que l'élaboration doit être collective.

A propos de la classification internationale qui s'appelle maintenant "du fonctionnement du handicap et de la santé", qui a l'ambition de devenir une classification permettant d'aborder les questions de santé dans toutes leurs complexités et, notamment, la question de l'interaction entre l'état de santé d'une personne et son environnement, cette approche là, je crois que c'est un outil à investir du côté de la psychiatrie. Pour ce qui est de rendre compte, dans ce cadre, de la santé mentale, il est important que les professionnels de la psychiatrie se saisissent de l'outil, l'essayent et enrichissent la confrontation des points de vue : l'élaboration collective va jusqu'à la question des choix et des priorités.

**MARTINE BARRÈS** ●

*Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, DGAS Bureau 3 - B, Sous-direction PHAN*

# Pour un référentiel approprié à l'étude des besoins

## (...) L'ÉVALUATION

"... le but de l'évaluation est également de permettre un accroissement des avantages. Il ne s'agit pas de faire des économies mais de l'économie, réfléchir à la meilleure utilisation des ressources rares, et inventer des procédures de choix dans le domaine de la santé qui échappe aux lois classiques de l'économie de marché...".  
"...L'évaluation est une méthode dont l'objet est de réduire la subjectivité des choix en s'astreignant à les expliquer (1)."

## PROBLÈME DE SANTÉ

Un problème de santé se repère au niveau individuel et au niveau collectif (...). Le passage du signalement d'un problème de santé à l'étude d'un besoin de soin met alors à l'œuvre les épidémiologistes, les économistes de la santé et les experts des disciplines concernées.

## BESOINS DE SANTÉ

**Besoin** : n. masc.

1. Ce qui est considéré comme nécessaire (à la nature, à l'individu, à son organisme ou son psychisme). Ce dont on manque, ce que l'on désire. Être dans le besoin : être dans la gêne, la misère.

### Le besoin du point de vue de la santé publique

Le besoin est défini sur base d'informations dites objectives, objectives dans la mesure où des experts indépendants estimant le même paramètre arriveront à la même conclusion et également dans la mesure où le processus de recueil et d'analyse suit un protocole validé et connu.

### Détermination des besoins de santé

Selon A. BERESNIAK, G. DURU (2), le besoin de santé correspondra à la différence significative entre un état de santé observé et un état de santé désiré. Trois approches de détermination du besoin sont possibles :

- déterminer des besoins normatifs : les besoins théoriques sont déterminés par des experts ;
- déterminer des objectifs de prestation ; demande un système d'information opérant ;
- déterminer des besoins souhaités par la population : réaliste et démagogique, mais passe à coté de la prévention. (...)

## DEMANDE DE SOINS

La demande quant à elle est le désir d'un individu ou d'un groupe de population par rapport à une amélioration de la santé ou à l'utilisation d'un service. La demande peut être exprimée ou non. (...). En santé publique, les demandes soulèvent une série de difficultés. La première est la faible demande pour des besoins préventifs. La deuxième est la forme subjective ou individuelle de la demande : cette dernière est alors perçue, à tort ou à raison, comme trop peu fréquente pour exiger une réponse collective de santé publique. Un troisième écueil est celui des limites de la perception individuelle. (...). Le cadre de la définition des besoins de santé et celui du concept de demande peuvent être différents. La notion de confort, par exemple, appartient certainement au champ de la de-

mande mais pas forcément à celui du besoin de santé.

## OFFRE DE SOINS

L'offre est l'ensemble des services et des soins mis à la disposition de la population par les professionnels et les systèmes de soins de santé.

### Adéquation entre besoins, demandes et offres

A - La situation idéale est celle où une institution offre un service correspondant à un besoin, pour lequel il y a une demande.

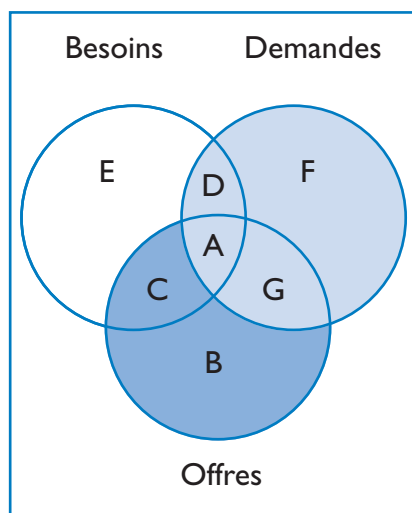
B - La situation la plus mauvaise est celle où un service est offert par habitude à une population mais il ne répond ni à un besoin ni à une demande. Cette situation se présente notamment suite à l'évolution des problèmes de santé. Elle peut être évitée par une réorientation des services. (...).

G - représente une zone d'activité, souvent héritée du passé, utilisée par la population mais ne répondant plus à un besoin. (...).

C - pose le problème de l'absence de demande : il faut alors convaincre d'utiliser le service (...) ou d'adopter les mesures préventives (...) correspondant à un besoin bien défini des professionnels de la santé.

D - est un problème d'adaptation des services existants ou de développement d'un nouveau service correspondant à un besoin et à une demande pour lesquels il n'existe pas de réponse. (...).

E et F - sont plus difficiles à étudier. Besoins comme demandes posent des problèmes de définition. En éducation pour la santé, par exemple, on peut se poser la question de savoir où s'arrêtent les besoins de santé et où commencent les besoins d'éducation. (...).



(...) Il est clair que l'étude de la demande peut améliorer notre connaissance des besoins et réorienter les services. Il est clair aussi que certaines demandes seront considérées comme triviales. Il ne faut toutefois pas systématiquement éviter de considérer le problème de la demande non justifiée ou non prioritaire. En effet, pour des raisons stratégiques, il est légitime de répondre à une demande non prioritaire : on agit alors dans le but de construire une relation de confiance ou de libérer les esprits qui se tourneront peut-être vers une autre demande correspondant à un besoin plus fondamental. (...).

## LE BESOIN EN PSYCHIATRIE

### Caractériser le problème de santé

L'une des clés de l'étude des besoins est l'utilisation d'un référentiel décrivant les problèmes de santé. (...) Pour caractériser le besoin en santé mentale, il est nécessaire de dépasser la notion de pathologie installée. Ce qui entraîne le recours au système de santé qui, en psychiatrie, comporte un volet de troubles propres à la personne souffrante (...), un volet de troubles propres à l'entourage (...), un volet de troubles propres à la société ou à l'ordre social. (...). Sur le plan historique, c'est d'abord l'atteinte à l'ordre social et la nécessité de protéger la personne et ses biens qui ont conduit à la création de l'asile puis à l'essor de la psychiatrie.

Aujourd'hui, nous manque la connaissance régulière et référencée sur ces trois volets expliquant le recours aux services de la psychiatrie. En même temps, et paradoxalement, cette information est soigneusement consignée dans les millions d'observations existantes. Aucun psychiatre, en particulier dans le service public, ne conduit un projet thérapeutique sans prendre en compte ces trois dimensions.

### Les limites de la caractérisation du besoin par les professionnels de la santé mentale

C'est une banalité de souligner que le professionnel de santé ne voit que les cas qui lui sont adressés. Échappe ainsi aux éléments statistiques l'ensemble des problèmes de santé n'ayant pas abouti à la consultation spécialisée. Par ailleurs, les cas pris en charge par l'activité libérale spécialisée ne font pas l'objet d'étude systématique de leur nature ni l'objet de rapports d'activité thérapeutique. Enfin, il est reconnu qu'une part non négligeable des besoins de santé mentale ne va pas au-delà de la consultation du médecin généraliste et n'est pas reconnue comme problème de santé mentale par la personne ou son entourage.

### L'apport de l'épidémiologie

Les études en populations générales sont rares et utilisent souvent, des critères restreints : au champ de la pathologie, à des données sociométriques, à des études sur l'entourage, à des marqueurs indirects. Il n'est pas fréquent de pouvoir disposer d'études à la fois en population générale et combinant les trois critères recherchés. (...)

### Bilan sur qui évalue et comment sont évalués les besoins en santé mentale

Les professionnels de santé peuvent apporter de l'information sur les cas traités. Les économistes, épidémiologistes, sociologues peuvent apporter un regard sur les besoins de la communauté. Mais les clés de l'évaluation sont à revoir à la lumière des trois éclairages simultanés : souffrance de la personne, de l'entourage, du corps social. De plus, ces trois clés ayant pour chaque cas pris en charge une hiérarchisation particulière, il est nécessaire que l'ordre d'importance de ces trois facteurs soit à chaque fois noté. La notion de situation clinique apportée par la psychiatrie infanto-juvénile peut constituer une base de départ pour penser un référentiel approprié à l'étude des besoins. Il faut toutefois que ce référentiel sache échapper au clivage enfant/adulte et donne une bonne lisibilité sur ces trois axes, la personne, ses proches, la pression sociale.

DR GAËTAN WAGENAAR ●

DIM, CHS de Rouffach

(1) Entretien avec Gérard DURU, in L'économie de la Santé, Danièle LÉVY, Les chroniques du Quotidien du Médecin, guide annuel 1992-1993, pp. 105-109.

(2) A. BERESNIAK, G. DURU, Economie de la Santé, Coll. Abrégés, Masson, 1994.

## Des indicateurs complémentaires

**Définir les besoins et attentes des acteurs de terrain, acteurs et partenaires concernés qu'il faudrait mettre en adéquation avec ceux exprimés par les usagers.**

Quelle demande est exprimée par les usagers, quelle place occupent-ils ? Est ce un groupe de pression, quel positionnement ? Leurs participations dans l'élaboration des schémas sont une aide précieuse, notamment en terme de clarification des actions adaptées à mettre en œuvre.

**Réaliser certes une analyse quantitative mais surtout qualitative de l'offre de soins existante sur sa pertinence et son efficacité.**

**L'expérience m'a montré qu'on rencontre assez souvent des pratiques héritées du passé, utilisées par la population mais ne répondant plus vraiment à un besoin ; par exemple : visite d'infirmier dans une structure d'accueil de patients placés depuis plusieurs années alors qu'une équipe de liaison intervient régulièrement dans cet établissement ou appel dans un CMP pour un patient en demande de soins où l'équipe infirmière refuse de le recevoir par manque de médecins alors qu'elle aurait à faire une évaluation de son état de santé et orienter auprès du médecin de l'unité d'hospitalisation correspondante et éviter l'hospitalisation en urgence et sous contrainte deux semaines plus tard.**

**Intérêt d'une cellule mixte d'évaluation** intégrant les partenaires du sanitaire, du médico-social et du social inscrits dans un réseau de santé.

**Place des médecins généralistes pour une identification des besoins à partir d'indicateurs de risques ciblés.** (Comment définir des indicateurs pertinents, peu nombreux pour ne pas alourdir la charge de travail des professionnels ? idem pour les autres professionnels scolaire, judiciaire, policier...)  
La confrontation de ces différents professionnels permet de mettre en évidence que chacun a ses propres indicateurs qui peuvent être complémentaires.

**NICOLE CHAVALLARD** ●

Directrice des Soins, CH de Saint-Egrève

# V. La MNASM et les pouvoirs publics

## Un statut particulier

Il faut préalablement souligner le statut particulier de la MNASM par rapport à ce qu'on appelle les pouvoirs publics, puisque d'aucuns la positionneront volontiers comme partie prenante de ceux-ci, compte tenu que des représentants de l'administration centrale interviennent en son sein, mais d'autres insisteront sur sa place d'extériorité qui font d'elle néanmoins un partenaire privilégié de ces pouvoirs publics. Aussi la question reste pour nous de savoir ce que nous entendons par "pouvoirs publics". Un bref inventaire montre la complexité de nos relations. Bien sûr, nous allons d'abord rencontrer les différentes administrations et, au premier chef, l'administration centrale avec ses différentes directions, les ARH devenus nos principaux commanditaires, les services déconcentrés de l'État enfin avec les DASS, mais aussi les Préfets. Mais les élus également peuvent être considérés comme pouvoirs publics, qu'il s'agisse d'abord des représentants des collectivités locales, mais aussi des élus nationaux et pourquoi pas aussi du Ministre de la Santé ou du Secrétaire d'Etat chargé des personnes handicapées. Reprenons de manière systématique cette énumération.

### L'Administration centrale

Dans les premiers temps de la mission, il s'agissait essentiellement de la direction des Hôpitaux, même si la Direction Générale de la Santé se montrait également très intéressée par ce nouvel OVNI imaginé par le cabinet de l'avenue de Ségur. On peut citer en particulier les deux anciens chefs du bureau de la santé mentale qui ont participé activement au démarrage de la mission et à ses premiers séminaires : Florence Nart et Laurence Lefebvre. Aujourd'hui, il faut y ajouter la DGAS, ce qui était inenvisageable à l'époque du début de la mission.

La DHOS apparaît comme le commanditaire principal de la Mission et a toujours suivi et soutenu son travail, y compris dans ses actions d'information et de communication. La DHOS dispose avec la mission d'un pôle de ressource sur la santé mentale, en même temps qu'elle est co-intervenante dans la plupart des missions sur site.

**Le bureau de la santé mentale à la DGS :** il a connu des hauts et des bas après le faste des années Bauduret ; il a même connu des périodes de flou et de menace de disparition. Face aux orientations actuelles concernant la santé publique avec ses plans ciblés, un travail en commun sera de plus en plus nécessaire avec la DGS : comment ajuster les préconisations de la Mission qui prennent en compte des évolutions à moyen et long termes élaborées en concertation avec des acteurs de terrain à des stades d'évolution très divers avec ces directives ciblées sur telle ou telle priorité du moment ? Une participation effective du bureau santé mentale à la réflexion de la Mission est souhaitable.

**La Direction Générale de l'Action Sociale (DGAS)** est une nouvelle venue dans la sphère ministérielle de la Mission. On peut considérer que ce n'est pas un hasard et que sa présence est même essentielle au point où nous en sommes de l'évolution du champ de la santé mentale. Il va nous falloir d'ailleurs trancher la question de la finalité et des limites de nos interventions, car la Santé Mentale et le champ du handicap psychique ne concernent pas que la DHOS et la DGS. Il faut même aller plus loin et se demander si la DGAS n'est pas appelée à devenir un de nos principaux interlocuteurs si nous voulons contribuer à infléchir les évolutions futures dans les complémentarités indispensables avec le secteur social et médico-social.

Un interlocuteur que l'on peut également inclure dans les pouvoirs publics et que nous ignorons souvent est **la délégation interministérielle aux personnes handicapées**. Celle-ci est en train de découvrir le handicap lié aux maladies mentales et, par exemple, elle a organisé le 23 juin dernier une rencontre sur "les situations de handicap psychique" à laquelle ont été invitées l'UNAFAM, la FNAP-Psy et la FASM (Fédération d'aide à la santé mentale croix marine). Un groupe de travail sur cette problématique doit poursuivre cette réflexion et se réunir prochainement à l'instigation de la délégation interministérielle.

### Les Agences Régionales d'Hospitalisation

Elles sont devenues nos commanditaires habituels des interventions sur site. Cela dit, on constate que leurs présupposés sur la psychiatrie sont très divers et que les relations de travail que nous avons avec les directeurs d'agence le sont tout autant. Certaines agences sont intéressées et peuvent se montrer des partenaires actifs, d'autres au contraire saisissent la mission pour se débarrasser de problèmes qui ne les mobilisent guère. Certaines s'approprient nos préconisations, d'autres les ignoreront ou n'en feront rien, ce qui constitue un gâchis en temps et en moyens dans un contexte où la mission est très sollicitée.

### Les DASS et les Préfets

Quel est le rôle du préfet dans la politique de soins ? Le DASS est un des bras armés de l'autorité de l'Etat dans le département, mais le plus souvent ce dernier est en même temps un conseiller du DARH sur lequel le Préfet n'a pas autorité.

On peut imaginer que le rôle du Préfet va être amené à se modifier avec les nouvelles lois sur la décentralisation : il lui faudra être le garant de l'égalité républicaine face aux collectivités locales dont les compétences vont s'élargir en matière sociale et médico-sociale. Quoiqu'il en soit, cela pose la question de la place accordée aux rencontres avec les préfets dans nos interventions sur site.

(suite page 16)

## Les collectivités locales et ses élus

L'expérience nous a montré que lorsque nous rencontrons des élus des départements, le plus souvent parce qu'ils sont présidents ou membres d'un CA d'un centre hospitalier, leur préoccupation première était de protéger le bassin d'emploi que représente l'hôpital qu'ils administrent, bien avant la cohérence d'une politique de santé mentale. De manière récurrente, la Mission a été confrontée à cette contradiction entre la mission d'aide à la planification qui nous est demandée par l'ARH et le souci exprimé par maints présidents de CA de défendre leur bassin d'emploi sur site.

Mais n'allons-nous pas avoir à rencontrer et à travailler avec les conseillers généraux indépendamment de leurs fonctions dans les CA des établissements de santé ? Cette interrogation est d'une certaine manière le corollaire de la question évoquée à propos de la DGAS. En effet, la politique concernant les personnes souffrant de troubles psychiques ne peut plus se limiter à la psychiatrie et au champ sanitaire, mais va aussi impliquer les collectivités locales et cela d'autant plus que la dimension du handicap psychique va être vraisemblablement reconnue prochainement dans la loi.

Les choses changent d'ailleurs très vite. Un exemple : à la journée sur les clubs, organisée par l'UNAFAM et la FNAP-PSY le 15 octobre dernier, qui s'est tenue au ministère de la santé, on a constaté un public composé pour un tiers de professionnels, pour un tiers de familles et d'usagers, mais aussi pour un tiers d'élus, souvent mobilisés par les usagers eux-mêmes.

Aussi une question se pose-t-elle : n'allons-nous pas être saisis dans l'avenir par certains conseils généraux, pour un appui technique dans leurs choix politiques à l'égard des populations et plus précisément dans l'élaboration de leurs schémas départementaux pour les personnes handicapées ? Bien que ce questionnement ne soit pas nouveau à la mission, il nous faut constater néanmoins que jusqu'à maintenant, nous avons surtout souligné le caractère d'inadéquation de la prise en charge à l'hôpital pour certains patients totalement chronicisés, sans faire vraiment de préconisation de solutions dans le champ social.

La psychiatrie n'est plus ce qu'elle était, c'est un fait. Les psychiatries de 1838, de 1900, de 1960, de 2004 n'ont rien à voir. Initialement, la psychiatrie dépendait du ministère de l'Intérieur, puis elle est passée totalement au ministère de la santé ; dans les décennies qui viennent, elle devra être aussi l'affaire des élus de proximité, pas seulement du fait de la décentralisation, mais aussi d'une autre conception du trouble mental.

En un siècle et demi, la folie a changé à la fois dans ses expressions cliniques et dans son inscription sociale. Très schématiquement, on a assisté à un double mouvement du curseur limitant le champ proprement dit de la psychiatrie : une extension sur le plan clinique d'une part et un "échappement" sur le plan institutionnel d'autre part. Sur le plan clinique, on n'aurait pas imaginé une seule seconde, il y a quelques décennies, recourir à la psychiatrie pour de multiples formes de souffrance : anxiété habituelle, deuils, situations diverses d'abandons, crises conjugales, dépressions lar-

vées, syndromes post-traumatiques, addictions, "la fatigue d'être soi", etc....je vous renvoie à l'analyse d'Alain Ehrenberg sur l'évolution de la souffrance psychique. Dans le même temps, sur le plan institutionnel, des troubles comme les psychoses chroniques, qui conduisaient à un destin d'aliéné à vie dans des lieux définis a priori comme lieu de soins, ont vu leurs modes de prise en charge ou d'accompagnement au long cours échapper pour une bonne part au champ sanitaire, tout en étant reconnus comme inducteurs de handicap. Le concept de santé mentale rend bien compte de ce double mouvement inverse d'extension clinique et de limitation institutionnelle et fait l'unité de ces différents éléments.

Cette évolution ne peut pas rester sans conséquence sur le plan des politiques sociales de proximité. Aussi, pourquoi la Mission ne prendrait-elle pas à bras le corps ces nouveaux enjeux, avec les collectivités locales ? Certes, un engagement dans cette voie peut nous confronter à des injonctions contradictoires, entre les contraintes requises par une prise en compte des exigences de la psychopathologie et celles d'une politique sociale prenant en compte ce qu'on appelle maintenant la situation de handicap psychique. Mais il me semble que c'est le challenge à venir : il demandera rigueur théorique et sérieux d'analyse sur le terrain et je conclurai en reprenant les mots du directeur de l'ARH Champagne-Ardenne qui nous invitait hier à éviter la langue de bois sans pour autant mettre le feu aux poudres.

**DR BERNARD DURAND** ●

*Pédopsychiatre, DIM, CHIC de Créteil*

## L'institutionnel

Le thème *La MNASM et les pouvoirs publics* renvoie à différentes notions qui ont été abordées depuis le début de ce séminaire. La difficulté à se situer à la fois au niveau de la clinique, du soin, de la personne et au niveau institutionnel.

"L'institutionnel" ouvre à la supervision, l'aide technique, la réflexion, la validation de ce que l'on appelle le travail en réseau à partir de personnes ressources.

Différencier les niveaux cliniques et institutionnels peut permettre aux pouvoirs publics de ne pas renvoyer à la psychiatrie ce que l'on nomme manque de lisibilité et de transparence, voire opacité. A cela s'ajoute la question fondamentale du contexte qui influence le choix et la mise en place des outils de soin, la question posée à la mission est alors celle de leur pertinence qui permet de décliner en retour les différents niveaux tant cliniques qu'institutionnels. Il s'agit alors de mettre en adéquation réalité locale, pertinence des outils au regard du contexte et de transmettre aux pouvoirs publics des propositions de travail cohérentes.

Au niveau institutionnel ou interinstitutionnel se croisent des interrogations concernant la compétence, la mise à disposition de personnel qualifié, la formation initiale ou continue,

est-ce là un rôle dédié pour partie à la mission dans le cadre de groupes de réflexion, d'expérience de terrain et par la publication de *Pluriels*, outil de communication entre professionnels ?

La notion de qualification pose celle du champ de compétence et de ses limites. On retrouve là la question de la limite du champ de la psychiatrie et de celui de la santé mentale, limite qui borde ou aborde le champ du médicosocial et du social. L'équipe pluriprofessionnelle mise à disposition par la MNASM permet la mise en relation de compétences ciblées et d'interlocuteurs qualifiés dans les différents champs et pour les pouvoirs publics.

Alors advient la question de l'évaluation à laquelle je n'ai, bien sûr, aucune compétence pour répondre car au niveau clinique déjà complexe et institutionnel de réflexion va s'ajouter celui de la valorisation des actes.

Effectivement, comme cela a été évoqué, va se poser la question de la pertinence de l'offre de soin, le "cahier des charges" permet peut-être une aide à la réflexion, une reconnaissance et une valorisation de nos actes.

Les relations MNASM et pouvoirs publics sont également à corréliser aux profondes mutations que connaît actuellement la psychiatrie : perti-

nence du dispositif, compétence des différents professionnels au regard des demandes exprimées par la cité (famille, social, médicosocial) et réforme en cours (passer de la psychiatrie au champ de la santé mentale, notion de territoire pertinent et hôpital 2007).

Où se situe la MNASM : aide technique au changement, regard critique, interface entre la réalité de terrain et les pouvoirs publics ?

A partir de ces différents niveaux comment se situe le correspondant ? Je vais répondre de ma place et bien sûr à titre individuel à la question posée.

Il y a là grand intérêt, car au delà des murs de nos institutions, elle permet la rencontre, l'échange de savoir et d'expérience, la réflexion et la mise à plat de certaines questions, sans enjeu de pouvoir, dans un contexte d'aide technique demandée par les pouvoirs publics. Cela change fondamentalement notre relation individuelle et institutionnelle de terrain avec les pouvoirs publics où la demande adressée à la psychiatrie s'inscrit souvent dans la contrainte (moyens dédiés au service public, hospitalisation sous contrainte).

**DR DOMINIQUE ARNAUD** ●

*Chef de service - Secteur 1, CH de Montfavet*

# VI. Que fait-on ensemble et comment

## Une action à réévaluer

(...) La Mission, depuis sa création au cours de cette dernière décennie, a pris une place essentielle dans le débat sur la psychiatrie moderne et continue qu'on le veuille ou non à être innovante, créative et toujours facteur de dynamisme

Pourtant, il est frappant de constater que si la Mission continue à avoir un rôle majeur dans le débat qui va servir de support au développement des grands concepts de la politique de santé mentale, elle n'en conserve pas moins une place qui peut apparaître comme extrêmement différenciée :

- elle peut être connue et appréciée des professionnels de la psychiatrie, plus largement des professionnels de santé et des différents services de l'Etat,

- elle peut, à l'inverse, il faut bien le dire, être contestée par d'autres qui sont incapables de la voir autrement que comme une sorte de trublion ayant l'oreille de la Direction des hôpitaux, de la Direction générale de la santé, voire du Ministre, trublion susceptible de remettre en question ou simplement de fragiliser de grands dogmes intangibles qui font en général le lit du syndicalisme professionnel et du corporatisme.(...)

Il n'est pas question pour moi de commenter ou de remettre en question, de revenir sur les perspectives de travail de la Mission très clairement énoncées dans le rapport 2004 et dont nous reprenons quelques éléments de la conclusion :

*“ la MNASM est un outil qui a été conçu comme temporaire, dans le but :*

- d'apporter une aide méthodologique et concrète aux multiples demandes d'évolution de l'offre en matière de santé mentale,

- d'apporter aux différentes directions ministérielles, la connaissance et le savoir-faire rapporté du terrain,

- de communiquer de manière pluraliste sur l'évolution du dispositif vers les problématiques de santé mentale.

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

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

*Dans ce contexte de mouvement, des compétences nationales vers le loco régional, de nouvelles démarches apparaissent susceptibles de bousculer des obstacles particulièrement contraignant : recherche de porosité entre l'Etat et les Conseils Gé-*

*néraux, recherche d'une logique de double tarification conjointe, A.R.H./Conseils Généraux, méthodologie des projets médicaux des territoires de santé.*

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

La Mission, (...), au travers des modalités selon lesquelles elle s'est créée, au travers de son fonctionnement et surtout de ses habitudes de fonctionnement ; au travers de la structuration de ses équipes, a-t-elle les moyens de ses ambitions et n'est-il pas déjà bien paradoxal que de la vouloir outil temporaire tout en l'inscrivant dans une action qui ne peut forcément se positionner que dans la durée ? (...)

Sans vouloir être trop critique, il faut bien maintenant pour comprendre où nous en sommes, souligner quelques éléments d'histoire.

Au tout début des années 90 au décours d'un rapport qui a contribué à secouer une vieille psychiatrie et à redynamiser la politique de santé mentale en France, son auteur a su, profitant d'une opportunité, créer, sur le mode du compagnonnage, une Mission qui bien que conçue comme temporaire existe toujours plus de dix ans plus tard. (...)

La Mission assied la pérennité de son fonctionnement en se basant sur un premier cercle qui va coopter des compagnons en leur demandant de travailler, d'animer, de se réunir, de réfléchir, d'intervenir sur un mode, bien connu en France, qui n'est autre que celui du bénévolat associatif, source de créativité, d'inventivité certainement, mais de difficultés, de paradoxes et de dysfonctionnements.

En effet, on ne peut pas penser qu'un recrutement de tels correspondants, professionnels de terrain, rencontrés au gré des interventions sur site de la Mission, puisse être assimilé à une authentique embauche avec un contrat de travail. Un tel recrutement, qui n'est que tacite, qui n'est en rien contractuel, n'a rien de contraignant. (...)

La notion de permanents à la Mission s'est imposée d'elle-même, pour reprendre dans le cadre de la continuité et de la stabilité ce que ne peuvent assumer ces bénévoles soumis à des contraintes professionnelles et éloignés du siège de la mission. (...)

Donc un petit groupe restreint de proches du siège, proches des instances de décisions, se connaissant bien, souvent anciens, ayant une histoire commune, donnant peut être le sentiment d'être plus investis, peut être détenteurs d'un certain pouvoir, mais en tous les cas souvent à l'origine d'un certain dynamisme, dans les idées dans les actions, et puis, de l'autre, ceux qui peuvent (...) parfois se sen-

tir bien démunis face à des exigences ou à des demandes d'efficacité, de sacrifices de temps, aussi bien en interventions sur le terrain dans le cadre de missions, qu'en rédactions souvent longues, pour lesquelles certains peuvent n'avoir aucun tropisme.

Il faudra indiscutablement clarifier si l'on veut continuer à faire quelque chose ensemble, ce problème lié au recrutement. (...)

Il faut également trouver le moyen de former ce correspondant, car il est parfois bien illusoire de penser que parce qu'il a été coopté, il peut ainsi s'inscrire par la suite dans des missions spécifiques, en s'impliquant sous le regard de ses pairs. (...)

Si, indiscutablement, sur les premiers sites réalisés par la Mission la “recette” basée sur le compagnonnage et l'apprentissage au sein d'une équipe pluridisciplinaire a été couronnée d'un certain succès, c'est parce qu'il y avait là un petit groupe de militants, susceptibles de sublimer leurs actions par la passion qui les animait.

Mais le nombre des correspondants augmentant, il ne pourra pas en être indéfiniment ainsi, au risque de voire s'installer des décalages trop forts entre ce qui pourra être vécu comme des approximations énoncées dans les rapports de la mission et la réalité sur le terrain qui va s'en suivre. (...)

Il ne pourra donc pas y avoir, à mon sens, de crédibilité durable dans l'action de la mission sans un minimum de professionnalisation, en terme d'objectifs, de recrutement, de formation, d'évaluation et tout simplement en terme de management tant au niveau des permanents qu'à celui des correspondants.

Par ailleurs, une telle mission ne peut conserver son identité que dans un resserrement très fort de l'idée d'appartenance à un groupe de professionnels, animés d'une même idée militante. (...)

Or toute l'activité qui concerne les relations de travail au niveau d'instances nationales et des différents Services ministériels, se réalise sur Paris et est en grande partie assurée par l'équipe qui s'y trouve résider, au risque d'un grand décalage avec ceux qui n'habitent pas à proximité, à moins de veiller à assurer la pérennité de bons réseaux de communication de l'information. (...)

Enfin, si l'on admet, grâce au fruit de l'expérience, la légitimité des interventions de la Mission au niveau d'un territoire, qui paraît par sa pertinence être celui du département pour de multiples raisons que nous ne développerons pas ici, il faut continuer à se poser la question de la méthodologie rigoureuse qu'il convient de s'imposer, notamment dans le positionnement par rapport aux tutelles, mais aussi de celui par rapport aux professionnels de la santé que nous venons rencontrer dans la brièveté

(suite page 18)

de quelques passages, dans une sorte de tourbillon. (...)

Il n'est pas question pour la mission de faire du management direct, mais il est question pour elle d'assumer et d'observer les conséquences de ses propositions, tout en facilitant la mise en oeuvre. Elle ne peut ainsi que renforcer le crédit et la qualité de ses prestations.

Et puis enfin, il faudra bien sortir un jour d'une ambiguïté fondatrice si l'on veut que la Mission reste un outil pertinent, crédible, susceptible d'apporter une aide méthodologique concrète aux multiples demandes d'évolution de l'offre en matière de santé mentale, susceptible d'apporter aux différentes directions ministérielles, la connaissance et le savoir-faire remontés du terrain, susceptible de communiquer de manière pluraliste sur l'évolution du dispositif vers les problématiques de

santé mentale.

Il faudra donc bien pour cela clarifier cette affirmation qui veut que la mission est un outil conçu comme temporaire, alors que, pour qu'elle soit crédible et qu'elle fonctionne dans la cohérence, elle demande une certaine pérennité, une certaine méthodologie, garantie d'une qualité, dans le recrutement de ses acteurs, dans leur formation, dans la contractualisation au niveau des interventions.

Son action doit, bien sûr, être régulièrement réévaluée, et son mandat doit bien sur être précisé pour un nombre d'années déterminé, qui sans doute, ironie de l'histoire correspond dans sa durée à celle de la nomination des chefs de service qui, nous le savons bien, sont quasi systématiquement renouvelés.

Faut-il qu'un aussi bel outil prenne le risque d'une dérive vers une telle chronicité ?

Au risque de heurter peut-on accepter que la Mission s'éteigne au moment ou se termineront les carrières professionnelles de ses pères fondateurs ?

Si tel n'est pas le cas, il va bien falloir réfléchir à la mise en place des mécanismes qui réguleront les renouvellements des équipes et de leurs cadres, au risque de transformer cette Mission maintenant crédible qui, depuis plusieurs années, traverse les alternances politiques et le régulier défilé des rapports sur la santé mentale en France, en vénérable et authentique institution susceptible comme les autres d'être altérée par les effets de la chronicisation.

Mais aura-t-elle alors encore sa place et sa crédibilité dans le paysage psychiatrique français ?

**DR PIERRE CAILLAULT** ●

*Chef de service – Secteur Estuaire Côte-de-Jade, CH Heinlex – Saint-Nazaire*

## Ensemble et comment ?

### ENSEMBLE

ENSEMBLE c'est-à-dire les permanents et les correspondants.

Le départ annoncé aujourd'hui de C. BONNAL, membre fondateur et permanent de la mission, pose questions même si nous considérons que la mobilité que nous préconisons pour les professionnels doit aussi s'appliquer à l'intérieur de la mission ...

ENSEMBLE ce sont aussi les correspondants travaillant à la DHOS, à la DGS et bientôt à la DGAS. Ils sont relativement discrets lors des séminaires et des missions, et occupent une place privilégiée parmi les correspondants puisqu'ils participent aux comités techniques réunissant régulièrement les permanents et les directions du ministère.

ENSEMBLE ce sont les correspondants émanant du terrain, professionnels en activité ou en retraite récente.

Chacun aura pu remarquer l'augmentation du nombre de pédo-psychiatres et la relative stagnation d'autres catégories comme les directeurs et les directeurs des soins.

La question de l'ouverture à d'autres professionnels reste ouverte, je pense aux psychologues en particulier.

ENSEMBLE cela pourrait aussi signifier une ouverture aux représentants des familles et des usagers ...

ENSEMBLE implique enfin un lien, une communication structurée entre les séminaires et si possible, plus souvent, l'édition du bulletin interne à la mission.

### COMMENT

La question du COMMENT nécessite de s'attarder quelques secondes sur le statut de bénévole des correspondants. Cette question a été tranchée il y a quelques années.

Cependant, nous constatons que d'autres missions ministérielles pratiquent la rémunération de leurs intervenants, sans oublier les visiteurs de l'ANAES.

Parallèlement, Gérard déplore l'implication insuffisante de certains correspondants, surtout dans la rédaction des rapports.

Une rémunération nous rendrait-elle plus performants ?

J'en doute mais il ne faut pas évacuer la question des rapports entre les permanents et les autres, phénomène fréquent dans les syndicats et les associations.

COMMENT fait-on ?

Je formule quelques pistes de réflexion.

1. Réfléchir à une communication sur le site où nous allons intervenir, afin de présenter la mission à nos futurs interlocuteurs (professionnels, tutelles, élus, associatifs, ...).

2. Réactiver les dossiers préparatoires à la visite sur site.

3. Faire en sorte que les rencontres préparatoires à Paris, entre la mission et les "demandeurs" "ARH ou autres, impliquent l'ensemble des correspondants.

4. S'il s'agit d'une première visite sur site, persévérer dans notre pratique de déplacement systématique dans les unités, c'est sur cet aspect de présence conviviale sur le terrain au contact de tous les professionnels présents

que nous sommes différents des autres missions.

5. Continuer l'exercice délicat mais oh combien essentiel des "tables rondes" où se rencontrent, souvent pour la première fois, en nombre des élus, des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social ... et des représentants des familles et d'usagers.

6. Réfléchir à un temps d'écriture sur place comme le pratique efficacement l'ANAES.

7. Le retour sur site quelques années après me semble tout à fait intéressant (ex : Guadeloupe, Lot ...).

8. Il me semble nécessaire de revenir à deux séminaires par an. L'organisation proposée cette année, six thèmes préparés semble recueillir un avis positif. Nous pourrions progresser en organisant des groupes de travail entre les séminaires.

(...)

Enfin, pour conclure je rappellerai les quatre questions posées à chacun d'entre nous :

1. Qu'est-ce que vous apporte, sur le plan professionnel, votre participation à la mission ?

2. Est-ce que l'organisation actuelle vous convient ?

3. Comment appréciez-vous les relations correspondants/mission ?

4. Quelle vision pour l'avenir ?

**JEAN-JACQUES MOITIE** ●

*Directeur des Soins – CH Paul Guiraud - Villejuif*

# Le paradoxe du correspondant

**E**n tant que correspondant, lors d'une mission, nous sommes pris dans une définition paradoxale de notre place : nous rencontrons nos collègues, lors des visites sur sites, en tant qu'homologues, implicitement pris dans les mêmes problèmes qu'eux dans nos hôpitaux respectifs. Nous sommes là parce que nous sommes comme eux, et nous le mettons facilement en avant : il ne s'agit pas d'un audit, nous ne sommes pas payés, nous avons une vraie affiliation aux acteurs de terrain qu'ils sont, et cette affiliation fait notre force.

En même temps, si nous sommes là, c'est parce que nous faisons partie de la mission, et que nous nous sentons affiliés à des valeurs, un projet, des idées communes sur l'organisation de la psychiatrie française et son évolution. Nous sommes donc différents, sans que cette différence soit justifiée par une formation ou un diplôme. Et nous admettons de fait que cette impalpable différence justifie que nous venions donner notre avis sur les pratiques des collègues, et que cet avis soit entendu.

Ce paradoxe s'émousse au fil du temps, l'expérience venant peu à peu donner du poids aux interventions des correspondants. Mais il n'en reste pas moins que les collègues que nous rencontrons nous renvoient de mille manières ce paradoxe, soit en laissant entendre qu'effectivement, étant comme eux, nous n'avons pas forcément d'avis bien important, soit en marquant que notre affiliation à la mission les éloigne d'eux irrémisiblement.

Et les missions, passionnantes, enrichissantes, donnant des idées que nous avons à cœur de mettre en pratique dans notre travail de tous les jours, sont aussi déstabilisantes : comment ne pas porter sur notre propre pratique le même regard un peu distant et évaluateur ? Et que penserions nous de nous si nous visitions notre service ?

Comment rendre fécond ce paradoxe qui est installé au cœur de notre place de correspondant ? Comment le faire travailler, renforcer notre lien avec les professionnels que nous rencontrons et notre lien avec la mission ? Comment concilier professionnalisation et aventure humaine ?

## Du côté du lien aux professionnels

Tout d'abord, il paraît important de leur demander clairement s'ils souhaitaient ou pas le passage de la mission, et ce qu'ils en attendent, afin de nous situer par rapport à un mandat - ou à une absence de mandat - de leur part.

Les mettre au travail, leur donner une place de premiers évaluateurs, renverserait le

“nous sommes comme vous” en “vous pouvez nous aider”. Serait-il possible de les solliciter pour nous donner, avant notre visite, un **avis écrit sur leur service** ? Les visites sur site seraient plus profitables. Nous travaillerions à partir d'un matériel déjà élaboré, alors qu'actuellement, nous perdons souvent du temps à récolter des renseignements pratiques, sans pouvoir vraiment aborder la dynamique et le projet de l'équipe. Ceux qui joueraient le jeu nous feraient gagner un temps précieux.

D'autre part, notre passage est centré sur le problème qui l'a provoqué, et nous avons du mal à nous décaler d'une vision centrée sur les conflits locaux, les blocages liés à la dynamique de l'hôpital. Des **rencontres précoces avec les partenaires des secteurs** permettraient de nous décaler de cette vision et de la recentrer sur les besoins de la population. Quelle forme leur donner ? Des rencontres entre correspondants et partenaires des équipes que nous avons visitées ont des effets sur nous, mais pas sur la vision des équipes. Or c'est cette vision que nous souhaitons modifier.

Les tables rondes à l'échelle du département sont une formule possible, mais elles sont lourdes, et il faudrait en organiser deux sessions, car elles sont essentielles en fin de processus. Une formule intermédiaire serait de solliciter l'organisation par chaque service d'une réunion d'un conseil local de santé mentale destiné à la mission, associant les équipes de secteur et les partenaires avec lesquels ils travaillent ou souhaitent travailler. Elles permettraient de sentir d'emblée l'implantation du secteur dans son tissu local, et d'élargir notre vision, de ne pas s'enfermer dans un avis sur le discours de l'équipe, mais de le mettre en relation avec celui de ses partenaires.

## Du côté de notre affiliation à la Mission

La vision qui nous réunit est évolutive et co-construite. On le sent bien par exemple à travers l'effet du groupe de travail sur la pédopsychiatrie, sur ce qui se dit de la discipline au sein de la mission : certaines idées avancent, s'énoncent avec plus de force... Cette vision est vivante et forte.

La difficulté majeure actuellement, est la confrontation entre le souhaitable, que nous avons mis longtemps à élaborer et à peaufiner, et le possible. Lors de son passage dans l'EURE, par exemple, la Mission a préconisé, faute de médecins, la mise en place d'un seul site d'admissions en psychiatrie pour le département, au lieu des trois pressentis, et contre son propre avis théorique.

De plus en plus, du fait de la démographie, nous serons amenés à proposer des solutions de repli, par défaut, qui vont nous mettre en contradiction avec les idées qui nous réunissent.

Face à cela, il est essentiel de **trouver un positionnement global qui mette en lien ces positions de repli avec notre conception de la psychiatrie**.

Par exemple, une analyse fine des néopratiques efficaces développées dans les zones peu équipées, pouvant être utilisées ailleurs, peut nous aider à dépasser une vision uniquement pessimiste de leur avenir. Un soutien des échanges entre les équipes des zones “blanches” pourrait aller dans le même sens.

Nous devons aussi développer une anticipation plus audacieuse des substitutions et échanges de rôles entre métiers, pour préserver les pratiques et les équipes, même quand certains métiers deviennent difficiles à recruter. La pluridisciplinarité de la mission est un atout dans cette réflexion, et serait enrichie par l'arrivée des psychologues.

Renforcer notre affiliation à la mission, c'est aussi **faire fructifier le travail accompli lors des missions sur site**.

Nous avons besoin de mesurer les effets de nos propositions. Qu'il y ait un suivi ou pas des mesures, nous pouvons proposer une catamnèse systématique à un ou deux ans, permettant de voir ce qui a marché ou pas et d'en tirer des conclusions.

De même, au delà de la lecture (assidue ?) des rapports, une information courte des correspondants par les permanents sur ce qui a été engrangé comme expérience collective à cette occasion (problème traité au cours de cette mission, synthèse de ce qui a été appris), renforcerait l'expérience et la vista des correspondants.

Les groupes de travail par thèmes sont une autre occasion de renforcer nos liens, de faire avancer nos idées, d'une autre manière que lors des visites sur site, et cette pratique est à poursuivre.

(...)

Ces quelques éléments vont dans le sens d'une professionnalisation de la mission au sens d'une appropriation collective et travaillée de l'expérience accumulée. A onze ans, on change de manière de travailler parce qu'on passe en sixième. L'adolescence n'est pas loin, mais ...elle n'est pas encore là !

**DR ANNE-MARIE GARNIER** ●

Consultation Adolescents, Hôpital Esquirol - Vincennes

## Alors, toi, qu'est ce que tu en as pensé ?

**A**cette question posée à la fin du séminaire de Brienne, ma réponse a été invariablement "Beaucoup de bien".

Depuis, quelques semaines ont passé, et mon jugement n'a pas changé, alors que peu à peu j'intègre - avec un regard forcément changeant - la famille de la santé mentale.

Je voudrais dire ici pourquoi.

Brienne rassemblait d'abord des personnes qui parlaient en leur nom propre et cela devient si rare dans le milieu professionnel....., tant le poids des institutions se fait lourd sur le rôle joué par les acteurs.

Cette liberté de ton - qui se sentait -, je l'associerai volontiers à un sentiment d'égalité, que j'ai perçu entre chacun d'entre nous : les parcours professionnels étaient certes différents, mais j'ai pu remarquer que les propos tenus, surtout ceux en off, aux pauses, lors des repas etc., témoi-

gnaient des mêmes interrogations sur l'hôpital, le soin, le social etc. ; nous étions donc bien loin des rassemblements habituels de ceux qui ignorent, mis en présence de "celui qui sait", alors que c'est la loi du genre lors de bien des séminaires.

Si le mot n'avait pas été déjà utilisé je dirai qu'on n'était pas loin de sentir comme un goût de fraternité, auquel des mots comme "compagnonnage", ou "militants" font penser immédiatement.

Mais, pour moi, l'essentiel n'est pas encore là, d'autant que ces valeurs ont été bien souvent galvaudées et peuvent "parler" moins qu'avant : non, ce qui m'a épaté, c'est que je suis rentré de Brienne en ayant changé d'avis sur un point important de mes convictions antérieures, ce qui n'est pas négligeable.

Longtemps, en effet, j'ai pensé qu'en effet, l'expérience était "comme une lan-

terne qui n'éclaire que celui qui la porte" et que le savoir acquis était donc - hélas - intransmissible ; or en écoutant celles et ceux qui relataient leur doutes, leurs savoirs, bref ce qu'ils avaient fait de leur vie de travail, je dois constater que je me suis beaucoup enrichi d'un nouveau capital que je n'ai pas d'ailleurs fini d'assimiler : c'est donc que ça a marché... et que le séminaire de Brienne est un succès ! Alors vivement le prochain !!

**PIERRE JUHAN ●**

"Nouveau" Permanent à la MNASM

**pluriels**  
sur internet

Dès à présent  
vous pouvez trouver tous  
les numéros parus de  
"Pluriels" sur le site :  
[www.mnasm.com](http://www.mnasm.com)

### 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 JAEGGER, 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 ; Claude MARESCAUX (DHOS) ; 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 à l'EPS Ville-Evrard.

"Pluriels", 5 avenue d'Italie, 75013 Paris - N° de téléphone : 01.53.94.56.90 - N° de télécopie : 01.53.94.56.99.  
E-mail : [mission@mnasm.com](mailto:mission@mnasm.com)

## Un moment privilégié

**L**e séminaire de Brienne a constitué pour l'un des plus anciens acteurs de la Mission un moment particulièrement privilégié.

Oserais-je avouer que je m'y suis rendu certes heureux de participer à notre grand rendez-vous mais troublé par des interrogations personnelles voire des doutes sur ce que "nous faisons ensemble et comment ?".

Le chemin parcouru en commun "à côté" des sentiers battus a incontestablement été source de satisfactions nombreuses. Celui que nous devons parcourir est générateur de questionnement voire de préoccupations nouvelles.

La Mission est un remarquable outil qui a fait la preuve de son efficacité.

Son fonctionnement repose toutefois sur une mystérieuse alchimie et, sans révéler les secrets de sa potion magique, on peut dire qu'entrent dans sa composition (en vrac) du militantisme, beaucoup de travail, de l'idéologie et passablement de feeling.

Et ça marche.

Mais tout bouge et l'environnement externe se fait de plus en plus prégnant,

technique, "mécanique" donc aux antipodes de notre démarche.

Nous ne pouvons l'ignorer sous peine de lendemains difficiles.

Alors, il faut modifier la recette d'une potion dont la composition de base demeure pertinente.

J'aurais volontiers proposé d'y ajouter de nouveaux ingrédients, (toujours en vrac), qui ont pour nom professionnalisation, homogénéisation du groupe et valorisation des correspondants, élargissement "des métiers" de la Mission et accueil de nouveaux métiers en son sein, diversification des partenaires ...Mais d'autres l'ont déjà fait et assurément mieux que moi au cours de ces journées.

La réflexion a été riche, la volonté des permanents et celle des correspondants sont intactes, des orientations majeures ont été dégagées.

Il y a donc du grain à moudre avant l'évaluation de notre action en ce sens au prochain séminaire.

**JEAN-CLAUDE MIE ●**

Directeur honoraire