

Ministère de la Santé, la Famille
et les Personnes Handicapées

République Française

Mission Nationale d'Appui
en Santé Mentale

RAPPORT SUR LA SANTÉ MENTALE
EN NOUVELLE-CALÉDONIE

Présenté par : M. le Docteur Serge KANNAS
Monsieur Christian BONAL

Septembre 2002

SOMMAIRE

1. Introduction	3
2. La demande d'intervention de la Mission	4
3. Les personnes rencontrées	4
4. La méthodologie de la MNASM.....	5
5. Le dispositif administratif calédonien de Santé Mentale.....	5
6. Quelques données spécifiques.....	6
7. Le SROS	8
8. La demande du projet d'établissement du Centre Hospitalier de Nouvelle-Calédonie ...	9
9. Les structures	10
10. Le dispositif de santé mental actuel et les évolutions souhaitables.....	11
10.1. En psychiatrie générale	13
10.2. En psychiatrie infanto-juvénile.....	17
10.3. Les hospitalisations contraintes et la psychiatrie pénitentiaire	19
11. Pour une approche en Santé Mentale.....	20
11.1. Un dispositif à construire	20
11.2. Les conditions d'une organisation en Santé Mentale	21
11.3. De la complémentarité des niveaux d'intervention.....	21
12. Le recrutement et la formation, l'accessibilité	22
13. Conclusion	24

1. Introduction

La Nouvelle-Calédonie, située dans l'Océan Pacifique, à 20 000 km de la métropole et 1 500 km des côtes australiennes, fait partie de la Mélanésie, au sein de l'Océanie.

Alors que sa superficie représente plus de deux fois celle de la Corse, elle s'étend sur 400 km de long, et 70 km de large en moyenne pour la Grande Terre. Les Iles de Lifou, Maré et Ouvéa forment la province des Iles Loyauté. L'île des Pins au Sud et les îles Belep au Nord, sont administrativement rattachées aux provinces Sud et Nord.

La Nouvelle-Calédonie compte environ 218 000 habitants en 2002. Les Mélanésiens constituent le groupe ethnique le plus important (44 %), ensuite viennent les Européens (34 %), les Wallisiens (9 %), les Tahitiens (2,5 %), et d'autres ethnies telles que les Indonésiens, et les Vietnamiens (11 %).

Le grand Nouméa regroupe 128 000 habitants en 2002 et draine 90 % de la population de la province Sud. Sur la Grande Terre, des bourgs d'environ 4 000 à 5 000 habitants (Bourail, Poindimié, Koné) parsèment ici et là un pays très peu densifié. Le relief s'organise autour d'une dorsale montagneuse pour la Grande Terre, plus ou moins élevée par endroits, et franchissable par des routes belles mais sinueuses. Les communications restent difficiles, surtout lors des forts passages pluvieux qui entraînent ravinements, inondations, et quelquefois des impossibilités temporaires de circulation. Les voies de communication sont bien entretenues.

Les principales ressources du pays sont le nickel et le chrome, le "caillou" fournissant une grande partie du nickel mondial. Les autres ressources sont agricoles et touristiques. Les transferts monétaires et financiers en provenance de la métropole représentent entre 25 et 30 % du PIB. Le taux de chômage (au sens métropolitain) est bas, lorsqu'il peut être décompté, alors qu'une forte proportion de la population accède peu à cette notion de "travail". Les normes (lois, décrets, etc.) en matière de droit du travail ont une application locale, tout comme la protection sociale ou les dispositifs de réinsertion.

La Nouvelle-Calédonie est divisée en trois provinces (Sud, Nord, Iles Loyauté).

L'exécutif est confié au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, élu par le Congrès (54 membres), qui réunit les représentants des trois provinces. L'État Français conserve ses compétences en matière de défense, maintien de l'ordre, justice, police, monnaie, sous l'autorité d'un Haut Commissaire de la République. Le domaine de la Santé relève de la Nouvelle-Calédonie.

L'accord de Nouméa, approuvé par le Congrès à Versailles en juillet 1998, prévoit un transfert progressif des compétences. A partir du 1^{er} janvier 2000, la Nouvelle-Calédonie est devenue un POM et n'est plus un TOM. Ainsi, en matière de transports, d'administration locale et municipale, d'enseignement supérieur, de diplomatie régionale, qui entretiennent de près ou de loin des relations avec le monde de la Santé, la Nouvelle-Calédonie exerce toutes les compétences. En plus de la nationalité française, la Nouvelle-Calédonie fera bénéficier ses habitants d'une citoyenneté propre, néo-calédonienne. Il faut ajouter à ce dispositif l'existence d'un Sénat et de conseillers coutumiers chargés du statut coutumier, propre aux Mélanésiens.

L'histoire de la Nouvelle-Calédonie est marquée par plusieurs événements significatifs, se superposant au peuplement Kanak initial. Fortement organisé en tribus, avec des représentations sociales et symboliques très structurées, ce peuplement est organisé d'Est en Ouest sur la Grande Terre, autour de 28 langues y compris celles des îles, le rattachement à la terre des ancêtres demeurant le fondement identitaire. La découverte des Iles du Sud Pacifique par les Européens à la fin du 18^e siècle, l'arrivée des premiers missionnaires, les premières colonies ont marqué une première rupture. Les différentes révoltes, l'arrivée de 22 000 déportés en ont marqué une seconde, entre 1850 et 1900. La découverte du nickel, l'installation des fermiers dans les terres en furent une troisième.

Depuis la guerre du Pacifique (1940-1945), la Nouvelle-Calédonie cherche une voie administrative et politique qui hésite entre autonomie et indépendance, avec des cadres juridiques qui ont souvent varié. Les "événements" de 1984 à 1988 restent très présents dans les esprits et ont fortement influencé le cours de l'histoire récente, puisque les "accords de Matignon" en 1988, suivis de ceux de Nouméa en 1998, ont érigé de nouvelles institutions calédoniennes qui exercent désormais, "de façon irréversible", leur compétence.

La Nouvelle-Calédonie s'est donnée 15 ans pour former les responsables et les cadres de l'action politique qui détermineront son avenir.

2. La demande d'intervention de la Mission

Par lettre du 27 août 2001 (cf. annexe) l'intervention de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a été sollicitée par le Secrétaire Général du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, dans le cadre de "l'élaboration du schéma d'organisation et d'orientation pour la santé mentale de la Nouvelle-Calédonie". Un avant-projet de SROS rédigé par les services de la Nouvelle-Calédonie devait être évalué dans ce cadre.

La saisine de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a été étendue au conseil et à l'élaboration du projet d'établissement du Centre Hospitalier spécialisé "Albert Bousquet", seul établissement public en charge de la psychiatrie. Il s'agissait donc, au total, d'un abord global du dispositif de Santé Mentale de la Nouvelle-Calédonie qui a du être adapté, eu égard à l'éloignement et au coût des transports aériens.

Ainsi, deux de ses membres permanents (un administratif et un médecin) ont pu se rendre sur place du 10 au 23 mars et du 23 au 31 mars 2002.

3. Les personnes rencontrées

La Mission a été reçue au plus haut niveau, administratif et politique. Elle a rencontré des professionnels, des patients, des familles de malades. Soulignons l'accueil toujours courtois, ouvert et constructif, de l'ensemble des personnes rencontrées. Quelques déplacements ont permis une meilleure appréhension des questions rencontrées.

4. La méthodologie de la MNASM

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a, de facto, priorisé ses démarches.

Elle est d'abord intervenue en soutien de l'équipe DASS en charge d'élaborer le schéma. La plupart des déplacements, des visites et des entretiens ont été réalisés en binôme (Mission/DASS), pour ce qui concerne la réalité du dispositif. Il ne suffit pas de décréter les solutions pour que celles-ci soient opératoires. Il faut d'abord tenter d'avoir une vue d'ensemble des forces et des faiblesses des dispositifs.

Sur le territoire calédonien, la réponse concernant les troubles mentaux peut se perfectionner à long terme, alors même qu'on relève des moyens et des savoir-faire très consistants. Un chemin constructif pris pour élaborer un dispositif d'avenir, doit distinguer l'urgence, le court, moyen et long terme et les objectifs.

Les perspectives adoptées, tout au long de cette analyse, respectent l'esprit des accords de Nouméa, qui, rappelons-le, donnent du temps (15 à 20 ans) au pays calédonien pour s'organiser.

Là où beaucoup reste à construire, ne peuvent qu'émerger des solutions concrètes, pratiques mais analysées, approfondies et resituées dans un ensemble.

La Mission pense alors indispensable l'émergence de consensus et de lignes de force. Son avis peut être repris, commenté, transformé par les différentes autorités concernées.

Elle rend compte de la situation rencontrée au Ministère de la Santé à Paris.

5. Le dispositif administratif calédonien de Santé Mentale

La santé mentale, par essence discipline multifactorielle et multidimensionnelle, intègre des données allant de la prévention à l'insertion sociale, en passant par les soins. Elle est nécessairement liée aux questions de sécurité, en relation avec le système pénitentiaire (Loi sur les délinquants sexuels, Art. D 398CPP) et l'ordre public (placement d'office).

Signalons à ce propos l'absence d'application, en Nouvelle-Calédonie, de la Loi n° 90-527 du 27/06/1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux. Seul le décret du 30/12/1936 en application de la Loi de 1838, fait autorité.

Quant aux processus de planification, tant pour la carte sanitaire que pour les schémas d'organisation sanitaire, ils sont fixés par délibération du Congrès, sur la base des besoins mesurés de la population et de leur évolution. Les schémas mettent en cohérence l'offre de soins dispensée par les structures en définissant, tant les filières de prise en charge que la coopération entre différents niveaux.

Tout schéma de Santé Mentale opératoire doit être articulé d'une part avec le système sanitaire existant (ici géré par les hôpitaux généraux et les dispensaires) et d'autre part avec le dispositif médico-social et social.

Si la Nouvelle-Calédonie a en charge le système de santé, les trois provinces Sud, Nord et Iles Loyauté, ont également des compétences dans le dispositif social et médico-social, si importants pour la Santé Mentale. Le système judiciaire et pénal relève de la compétence de l'Etat.

On perçoit donc que tout dispositif Néo-Calédonien de santé mentale intéresse peu ou prou cinq niveaux de collectivités alors qu'il est géré à titre principal par un établissement public autonome spécialisé. La multiplicité des interlocuteurs, ne peut qu'induire des problèmes de coordination et d'articulation.

6. Quelques données spécifiques

S'intéresser à la santé mentale nécessite de prendre en compte le contexte culturel local. Le champ de la psychiatrie a été ici conçu à partir d'une analyse dominée par la culture occidentale. La mise à l'écart des "fous" jugés dangereux pour la société, sur une presqu'île non loin de Nouméa, a été longtemps le domaine des médecins militaires, au sein d'un établissement stigmatisé.

Cette réponse qui a longtemps été la seule n'est plus adaptée aux schémas d'organisation et aux recommandations de l'OMS qui concernent la prise en charge, non seulement des malades mentaux, mais aussi de la souffrance psychique sous toutes ses formes.

Actuellement, la santé mentale doit s'intéresser aux différent(e)s :

- segments de la population : mère-enfants, enfance, adolescence, adultes, personnes âgées
- pratiques soignantes et prises en charge (psychothérapie individuelle, familiale, comportementaliste, biologique, traditionnelle)
- pathologies et souffrances qui impliquent des prises en charge spécifiques : alcoolisme et toxicomanie, violences familiales, victimologie, abus sexuels.

Comme le note avec justesse l'avant-projet de schéma, en Nouvelle-Calédonie, le contexte pluri-culturel a jusqu'ici été peu exploité. La réponse aux besoins de soins a été exprimée par des "professionnels" qui ont appliqué et transmis leur savoir alors que la "médecine indigène" a été longtemps combattue, et considérée comme une source de savoir dévalorisé, mais aussi un facteur de risque.

Le modèle médical occidental a structuré l'ensemble des réponses, et dominé les conceptions notamment mélanésiennes de la santé, pourtant toujours présentes. Ces dernières sont prises entre les risques d'une dissolution, voire d'un oubli, par absence de transmissions, et ceux d'une clôture assez réductrice, autour de pratiques et de rites.

Pourtant, les "médicaments", la médecine traditionnelle Kanak existent, et forment un "système". Celui-ci reste peu étudié. Les possibilités de coopération entre médecine "scientifique" et "traditionnelle" se cantonnent très souvent dans l'idéologie et, le plus souvent jusqu'à présent, dans le rejet ou l'ignorance.

L'affirmation d'emprunts réciproques représente certainement un enjeu.

Dans notre domaine, une autre question majeure mérite d'être abordée. Peut-on dissocier l'expression des troubles mentaux, de la souffrance psychique empruntant aux systèmes symboliques des représentations ?

La place de l'individu mélanésien est, jusqu'à présent, incluse dans un groupe structuré, ce qui est moins marqué à Nouméa, qui connaît un développement du phénomène des banlieues bien connu en métropole (isolement de groupe, déstructuration, violence) que sur le reste de la Grande Terre, ou des Iles.

Les conceptions occidentales de la famille et du soin apparaissent guère opérantes du fait :

- d'une conception matrilineaire de la famille, d'une pluri-représentation des symboles des père et mère,
- des représentations de la maladie en termes de déséquilibre et de désignation des "thérapeutes" de première ligne, qui préconisent des traitements à base de plantes
- d'un contexte très particulier d'accès aux soins (notamment en matière de Santé Mentale)
- d'une lisibilité, donc d'une prévision souvent difficile des besoins de soins. Ces derniers resteront donc souvent, pour la médecine occidentale, une souffrance psychique cachée. Dans ce contexte, notamment en tribu reculée, aucune évaluation des besoins n'a d'ailleurs été réellement effectuée.

Une demande s'exprime bien au-delà du déclenchement des troubles et symptômes révélateurs alors que, par exemple, les premières "bouffées délirantes" sont décrites comme particulières, spectaculaires et flamboyantes.

La prévention demeure une question récurrente, quel que soit le type de soins médicaux. Des politiques ciblées sur des segments de population déterminée se mettent en place, très inégalement selon les provinces. L'éloignement des schémas de représentation de bien des mélanésiens, des obligations induites par les traitements (notamment neuroleptiques retard), obligent à un suivi précis, souvent au domicile, en tribu, par des infirmiers, et/ou un médecin, ce qui nécessite des temps importants de déplacement du fait d'une attention très soutenue des équipes.

L'adoption des concepts occidentaux laisse peser le poids des troubles mentaux sur la communauté qui s'en acquitte souvent avec succès, sauf lors de déstructuration des valeurs communautaires. Comment aider alors les aidants ? Les redynamiser en cas de troubles très lourds laissés à leur charge ?

Ces aspects concernent l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, avec plus ou moins d'acuité selon les provinces. Pour la province Sud, l'absence de solutions d'accompagnement social et médico-social, dans l'Ile, transforment bien des familles de personnes atteintes de troubles mentaux, en militants d'une cause à construire, à vivre et à défendre. Ces familles souffrent, à leurs propres yeux, d'une reconnaissance insuffisante, puisque leurs projets semblent ne pas aboutir, et qu'ils souffrent, de surcroît, d'un manque d'aide technique.

Dès lors, c'est en engageant un dialogue autour d'axes de travail clairs et acceptés que peut être élaboré une véritable "politique" technique de lutte contre les troubles mentaux, où chacun des partenaires trouve chez l'autre un étayage, une aide, une collaboration pour élaborer, concevoir, construire un dispositif adapté aux réalités rencontrées.

7. Le SROS

La Mission Nationale d'Appui a été sollicitée, dans le cadre de la préparation du projet de Schéma Territorial de Santé Mentale de Nouvelle-Calédonie, pour donner un avis. Celui-ci s'est appuyé sur la lecture du document préparatoire et de ses annexes, sur des échanges avec les principaux rédacteurs, sur des rencontres avec de nombreux acteurs : personnels et cadres administratifs et soignants, médicaux et non médicaux, publics et privés. Bien entendu, les actions de la Mission ont inclu des entretiens avec les représentants des Provinces et du Territoire et, également des visites, non exhaustives, des sites des principaux établissements hospitaliers généraux et psychiatriques, avec le dispositif ambulatoire pour ce dernier. La Mission a aussi rencontré des représentants des champs social, médico-social, associatif, des mondes judiciaire et pénitentiaire. Enfin, elle s'est rendue dans la province Nord et sur l'une des Iles, pour se faire une idée de visu, même succincte, de l'écologie insulaire. Contrairement à sa méthodologie habituelle, mais compte tenu de la demande davantage technique de la saisine, et aussi en raison des contraintes de temps et d'éloignement, notre démarche n'a pas visé l'exhaustivité, par une visite complète du Territoire, de la totalité des structures psychiatriques ou sanitaires, des partenaires et des décideurs. Nous avons plutôt cherché à vérifier la cohérence et la pertinence des propositions contenues dans le projet de schéma avec la « réalité » de terrain, telle que nous l'avons pu l'appréhender, ainsi qu'à mesurer l'intérêt des décideurs administratifs et politiques dans le domaine de la santé mentale. En effet, au-delà du schéma lui-même, la conviction ou la volonté politique des dirigeants sont, partout, garants de l'existence ou du développement d'une place significative accordée, ou non, à la santé mentale, beaucoup plus que la sophistication technique éventuelle des projets. Notre état d'esprit n'a pas été celui "d'experts métropolitains" venant apporter la bonne parole, mais a consisté à se porter à l'écoute de nos différents interlocuteurs, afin de comprendre les dilemmes et contraintes qui pèsent sur l'élaboration du schéma de santé mentale.

Un avant-projet de schéma de Santé Mentale de la Nouvelle-Calédonie a été établi dans sa dernière version en mai 2001. Il fait suite aux travaux thématiques réalisés par des professionnels, et à un premier document de travail arrêté au 1^{er} juillet 2000.

Ce texte qui a fait l'objet de concertations et de discussions avec des professionnels s'organise autour de trois pôles :

- 1) Méthodologie et aspects sociaux démographiques
- 2) Bilan de l'existant
- 3) Problématique et priorités

Ce plan en trois parties permet la mise en lumière de lignes de force pouvant servir de guide à l'action. Le schéma met, ainsi, l'accent sur l'organisation des structures, leurs articulations, des perspectives macro-factorielles, permettant à un autre niveau, celui des établissements, des projets de soins individualisés qui sous-tendent toute action médicale, tout travail en réseau.

Les principes du SROS doivent se décliner au niveau de l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie, dépassant, tout en les impliquant fortement, les aspects provinciaux.

Rappelons que le dispositif de santé mentale implique en Nouvelle-Calédonie une multitude d'acteurs devant travailler de concert. La Nouvelle-Calédonie, les Provinces, les Communes, l'Établissement Public, les Associations, doivent s'engager dans ce travail en réseau.

Le schéma qui souligne cet aspect multidimensionnel oblige à des consensus minimaux, faute de quoi il deviendrait un refuge commode fédérant les oppositions et empêchant tout aspect opératoire, quel qu'il soit, d'être adopté.

Certaines critiques positives peuvent être faites :

- les aspects socio-démographiques qui souffrent d'une relative ancienneté pourraient être facilement réactualisés pour les données établies et standardisées annuellement. Certaines enquêtes ponctuelles, même anciennes, gardent un caractère pédagogique, et sont encore d'actualité par leur démonstrativité et leur exemplarité.
- la description de l'existant a évolué, en termes de structures et de méthodes (ex. : Province Nord – Infanto-juvénile). Le schéma aborde le bilan de l'existant pour la plupart de ses facettes. A ce titre, il souligne la quasi-inexistence du dispositif médico-social et social en relais de l'hospitalisation, le manque d'articulation avec les urgences de l'hôpital général, l'absence de "politiques" de prévention des risques de suicide, en faveur des addictions, délinquants sexuels, de la victimologie, l'absence d'une offre de soins concernant les différents segments de la population (petite enfance, enfance, adolescents, adultes, personnes âgées) dans une coordination bien établie, l'existence de qualité accrue des soins prodigués. Tout ceci revient, en fait, à mettre en avant la demande de construction d'offre de prestation de services auprès des populations, incluant les dimensions de préventions, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion.

Sans s'étendre plus avant sur l'avant-projet de schéma qui va faire l'objet d'un travail de proximité entre la DASS et la Mission Nationale, on peut affirmer qu'il représente une base de départ pour dégager les grandes lignes d'une action impliquant les parties prenantes.

L'avant-projet trace des voies à explorer, des chemins à construire, et éclaircit l'abord de la Santé Mentale pour la Nouvelle-Calédonie.

8. La demande du projet d'établissement du Centre Hospitalier de Nouvelle-Calédonie

Alors que la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a été sollicitée sur cet aspect, faute de schéma établi, le projet d'établissement ne peut être synthétisé en concordance.

Une démarche projet a été mise en place pour aider à la réflexion concernant l'ensemble des aspects d'un établissement hospitalier. Elle s'est organisée autour d'un comité de pilotage pour effectuer l'état des lieux.

La réflexion aboutit très généralement à s'intéresser à l'intendance (buanderie, cuisine...), la politique du personnel (recrutement, formation...) les projets de service, le projet de soins infirmiers, le projet médical.

Cette élaboration nécessite échanges et construction, une discussion sur les savoir-faire et sur les pratiques professionnelles. Ces pratiques, nouvelles dans l'établissement, ne donnent leurs fruits que si la parole de chacun peut s'exprimer dans un ordre préétabli.

9. Les structures

Le Centre Hospitalier spécialisé "Albert Bousquet" (CHS) dispose de locaux extra et intra-hospitalier.

L'extra-hospitalier en psychiatrie générale

Il comprend un hôpital de jour pour adultes, un Centre médico-psychologique, un Centre d'accueil et de thérapie en alcoologie.

Ces trois unités sont implantées à Nouméa, et favorisent de fait sa population. La qualité des locaux est diverse, mais l'implantation, la fonctionnalité, l'entretien, semblent satisfaisants. Un meilleur respect de la confidentialité des entretiens (locaux rendus moins sonores) peut être obtenu.

L'activité qui est soutenue s'adresse à des patients ayant, le plus souvent, été déjà hospitalisés.

Elle concerne également des visites à domicile, des missions autour des Iles, à Wallis, et comprend une présence médicale, psychologique et infirmière.

En psychiatrie infanto-juvénile

On relève un centre médico-psychologique, un centre d'accueil à temps partiel situé à Magenta (quartier de Nouméa), un centre médico-psychologique et un hôpital de jour à l'Anse Vata (quartier Sud de Nouméa). Ce dispositif extra-hospitalier s'est en partie construit grâce à la fermeture d'un internat.

Sa desserte apparaît primordiale, comme pour tout ce qui concerne l'enfant et l'adolescent. Beaucoup reste à faire en termes de perfectibilité de l'organisation des transports, pour améliorer l'accessibilité ou/et les durées journalières de prise en charge.

L'intra-hospitalier

Le pôle psychiatrique représente une partie des activités du Centre Albert Bousquet puisqu'un second pôle s'organise autour d'une unité de gériatrie.

Le CHS accueille tous les patients de la Nouvelle-Calédonie qui nécessitent une hospitalisation et des soins spécialisés.

Certains patients viennent de Wallis et Futuna.

Les hospitalisations proviennent essentiellement de la Province Sud, là où est situé le dispositif, mais aussi les deux-tiers de la population.

Peut-on reprendre, voire simplement évoquer, la question de la non-représentation des autres Provinces ? Cette question renvoie à celle du besoin de soin à évaluer en dehors du Grand-Nouméa. Les données chiffrées traditionnelles de la planification métropolitaine sont d'un intérêt limité. Les notions d'indices lits/population ne permettent pas de rendre compte des besoins de la Nouvelle-Calédonie. Ils ne prennent pas en considération les distances, les conditions géo-démographiques et l'abord multi-culturel. Les différents types d'évolution envisageables ne peuvent que concerner une diversification des prestations au plus près des besoins par un travail effectué au sein de la communauté et sans recréer des murs.

Le CHS maintient une volonté de devenir un centre hospitalier à part entière. Ancien hôpital du bagne, puis hospice, il est devenu Centre Hospitalier Spécialisé en 1978, avant d'acquérir son autonomie dans le cadre d'un établissement public.

L'image de Nouville (lieu d'implantation) a été longtemps négative car lieu de relégation et d'emprisonnement. Aux dires de nombreux témoins, cette image s'améliore, après l'implantation d'une Université et de lieux touristiques présents et à venir. Les conditions d'hospitalisation s'améliorent également. Des travaux importants sont entrepris en vue de rénover les bâtiments, alors que les pavillons 5 et 7 doivent être entièrement repensés.

Concernant les soins, différents types de questions se posent concernant :

- l'accessibilité
- la qualité
- la proximité
- la continuité
- la mise en réseau
- la flexibilité

10. Le dispositif de santé mental actuel et les évolutions souhaitables

L'état actuel de la psychiatrie et de la politique de santé mentale néo-calédonienne semble correspondre à une situation intermédiaire entre une forme métropolitaine inachevée et celui d'un pays en voie de développement. Le dispositif lui-même, en psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto-juvénile, pour une population qui correspond à l'équivalent de trois secteurs de psychiatrie générale et d'une fois et demi un secteur de psychiatrie infanto-juvénile métropolitaine, repose sur le CHS de Nouville à travers ses personnels, ses structures et ses activités.

Près de 80% des moyens sont concentrés sur ce site, à Nouméa, dont l'agglomération rassemble les deux tiers de la population. Le nombre de lits d'hospitalisation temps plein (104), si l'on exclut ceux consacrés à la géronto-psychiatrie, et même en incluant les patients chroniques, ne paraît pas démesuré comparativement à la métropole. L'essentiel des moyens soignants repose sur le personnel infirmier. Toutes catégories confondues, l'effectif paramédical, en psychiatrie générale, correspond aux deux tiers de la moyenne métropolitaine (160 agents environ pour 255). Cette configuration n'est pas sans rappeler le dispositif métropolitain lorsqu'il n'est pas entièrement abouti : une partie importante des moyens demeure hospitalo-centrée, la diversification ambulatoire apparaît insuffisante et incomplète, alors que les effectifs paramédicaux ne semblent pas massivement insuffisants, mais insuffisamment diversifiés.

Le constat apparaît différent si l'on regarde les effectifs médicaux et la psychiatrie infanto-juvénile. Pour la psychiatrie générale, les effectifs médicaux (8 ETP au lieu de 19,5) correspondent à 40% environ de la moyenne métropolitaine, sans compensation par le secteur privé (qui se situe à 12% de l'équivalent national). La file active annuelle, toutes structures confondues, semble avoir été de plus de 1700 patients en 1997, ce qui représente la moyenne d'environ 1,5 secteur métropolitain. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les effectifs médicaux (3 ETP au lieu de 8) correspondent à 40 % de ceux d'un intersecteur métropolitain,

un peu moins pour le personnel paramédical (35 % : 26 au lieu de 68). La file active de 1998 en pédopsychiatrie était de 1100 jeunes patients environ, alors qu'elle est probablement sous-estimée (cf. l'avant-projet de schéma : ceci représente moins de la file active annuelle d'un intersecteur métropolitain, pour une population nettement plus importante). Les moyens de la psychiatrie néo-calédonienne sont obérés par les temps de transport liés à l'accessibilité géographique et la dissémination des populations.

Ce très rapide tour d'horizon amène plusieurs remarques : l'activité mesurable du dispositif de santé mentale néo-calédonien équivaut à celle d'un seul secteur métropolitain, alors que la Nouvelle-Calédonie a une démographie qui en justifie trois. 0,83 % de la population générale adulte fait l'objet de soins spécialisés sur le territoire, contre 1,7 % en France métropolitaine. L'OMS estime en général que 2 à 3 % de la population générale, pour des cas graves, relève chaque année d'un tel dispositif, soit 4000 personnes au lieu de 1700. Cette activité mesurée est sensiblement proportionnelle aux moyens mis en œuvre, et a plutôt tendance à augmenter régulièrement. Des facteurs particuliers d'accessibilité jouent un rôle déterminant dans ce moindre recours au dispositif spécialisé de santé mentale. Ils sont connus et rappelés dans le projet de schéma : insuffisance quantitative de l'offre globale, et plus particulièrement ambulatoire, mais aussi qualitative : restrictions d'accès géographique, culturel et financier, stigmatisation. *Le nombre de patients traités est sensiblement inférieur au nombre de patients qui le nécessitent, et la charge du soin de ces patients non-traités est, pour ces différentes raisons évoquées, entièrement à la charge des familles ou du groupe social élargi.* Formulé différemment, cela signifie que les besoins mesurés de la psychiatrie néo-calédonienne sont sous-évalués. En même temps, du fait que le fardeau du soin est porté principalement par les familles, ces besoins ont tendance à rester plutôt silencieux. Si cette sous-estimation des besoins est trop souvent la règle, on observe actuellement une augmentation de la reconnaissance individuelle et collective des problèmes de santé mentale, ce qui entraîne un accroissement des attentes et des recours, c'est à dire des demandes, envers le dispositif spécialisé. Rappelons que, selon l'OMS (1990), les troubles mentaux, suicides inclus, mais sans les addictions alcooliques, *représentent dans le monde la deuxième cause d'années perdues pendant la vie entière, par mortalité anticipée et par invalidité sévère. Par ailleurs, la plupart des études épidémiologiques montrent que les maladies et les troubles mentaux concernent, en prévalence annuelle, environ 20 % de la population générale, et 20 % de la population des moins de vingt ans.*

On ne peut donc que penser qu'il existe une marge sérieuse de sous-estimation des besoins en santé mentale, qui justifie une augmentation de l'offre psychiatrique, en Nouvelle-Calédonie, de nature à répondre à ces besoins non satisfaits. Compte tenu des remarques précédentes et de la structure d'âge de la population, cette amélioration passe en priorité par une augmentation des effectifs médicaux et des moyens globaux de la psychiatrie infanto-juvénile.

Si l'on prend comme référence l'analyse qualitative du dispositif, c'est-à-dire son organisation, on retrouve un certain nombre de problèmes évolutifs comparables aux dysfonctionnements métropolitains, aggravés par les zones de pénurie que nous avons mentionnées, et renforcés par celles des partenaires naturels de la psychiatrie.

10.1. En psychiatrie générale

10.1.1. L'amont du dispositif hospitalier

Son développement conditionne une grande partie de l'accessibilité, de la prévention de l'hospitalisation, et l'existence d'une prévention plus globale en direction de certaines populations : exclus, suicides, personnes âgées, etc. Il correspond, principalement, à *l'amplification de la réponse ambulatoire*, c'est à dire à l'augmentation des consultations et des visites médicales et paramédicales, aussi bien dans ses formes classiques à Nouméa que sous d'autres formes géographiquement, organisationnellement et culturellement adaptées, dans la province Nord et les Iles. Cette amplification, qui ne repose pas exclusivement sur des métiers médicaux¹, permet à la psychiatrie de jouer un rôle significatif en direction des patients et de leurs réseaux, et des aidants naturels ou institutionnels.

Le rôle des urgences s'impose également comme central. Certes, les psychiatres, par leur astreinte régulière à l'hôpital général de Nouméa, jouent déjà, dans le domaine des urgences, un rôle significatif et positif. Mais il est, la plupart du temps incomplet, faute de moyens suffisamment ajustés et d'une stratégie de soins commune aux deux établissements (qui se traduit par l'absence de place, symbolique et matérielle, de la psychiatrie aux urgences). Le service rendu oriente les patients les plus graves vers le CHS. La réponse aux urgences psychiatriques doit permettre une véritable prévention de l'hospitalisation psychiatrique, par la mise en œuvre d'un travail de crise, ce qui suppose un accès aux lits-ports. Elle permet une *participation à la prise en charge psychologique des tentatives de suicide et à la prévention de leur récurrence, de même que celle des adolescents en crise.* Le développement de la psychiatrie de liaison apparaît tout aussi important. *La synchronisation obligatoire, sur ce point, des projets des centres hospitaliers Albert Bousquet et Gaston Bourret, créant les conditions concrètes, à terme rapproché, d'une présence améliorée de la psychiatrie dans un lieu adapté, aux urgences, s'impose comme indispensable. De même qu'une montée en charge des effectifs paramédicaux et médicaux, qui puisse véritablement peser sur les flux du CHG et du CHS, pour commencer.*

10.1.2. L'aval du dispositif hospitalier

Il comprend les filières médico-sociales et sociales de l'emploi et de l'hébergement protégés, (CAT, atelier protégé, foyer, appartements supervisés, familles d'accueil, etc.). De tels dispositifs qui correspondent à une réponse nécessaire, au bénéfice de patients temporairement ou durablement handicapés par leurs troubles mentaux, doivent s'articuler avec, ou s'insérer dans des dispositifs médico-sociaux et sociaux à vocation plus généraliste. Ils répondent également à la nécessité de conserver au segment hospitalier une fluidité suffisante, en limitant son « engorgement » par des patients inadéquats, et en concentrant l'hospitalisation sur sa mission principale qui est la prise en charge de l'acuité, de courte ou de longue durée. On constatera, comme le projet de schéma l'indique, que de telles filières pour les sortants de psychiatrie sont inexistantes, et que les filières plus généralistes sont émergentes ou absentes. Comme lui, on notera un aspect très insatisfaisant, fixant durablement au CHS, dans des conditions discutables et fortement iatrogènes, près de 50

¹ Les psychologues peuvent y contribuer, mais il semble qu'ils soient peu nombreux et de formation très hétérogène ; la formation de psychologue clinicien ne paraît pas majoritaire. Les travailleurs sociaux y participent également, de même que les infirmiers, mais il faudrait renforcer leur formation.

patients stabilisés sans solution d'aval (selon les résultats de la coupe transversale effectuée). Ces derniers pourraient vivre dans des structures médico-sociales ou sociales dans la communauté, dans à des conditions mieux adaptées à leurs besoins, et plus respectueuses de leur vie sociale, si un projet de vie, et non seulement de soin, était mis en œuvre, de façon cohérente.

Une telle inadéquation représente près de 50% de la capacité du CHS en lits à temps plein. Plus de 30 % des patients séjournant en CHS, un jour donné, en métropole, y résident depuis plus d'un an de façon continue. Ils relèvent, selon les professionnels eux-mêmes, de réponses alternatives médico-sociales ou sociales ambulatoires, plus adaptées. En même temps, si le financement de telles réponses était obtenu en dehors de la psychiatrie, cela libèrerait ses moyens à hauteur d'au moins la moitié de l'encadrement soignant actuel de ces 50 patients². On peut faire l'hypothèse que cela représente environ 25 postes paramédicaux pour l'accentuation, en psychiatrie, des suivis ambulatoires. Ceci représente près de 15 % des ressources paramédicales de la psychiatrie générale ! On imagine quelle amélioration de l'accessibilité géographique pourrait apporter cette disponibilité. Compte tenu de ces remarques, il apparaît indispensable d'entreprendre une *planification conjointe sanitaire/médico-sociale et sociale, entre le Territoire et les Provinces*, pour préciser l'inventaire des besoins, aussi bien pour les sortants potentiels de la psychiatrie qu'en population générale, permettant d'indiquer la répartition équitable des bases de financement, et coordonner les réponses.

10.1.3. Les « programmes ciblés » et leur émergence

Ils concernent des populations spécifiques et vulnérables, qui ne sont pas exclusivement des malades mentaux, mais dont les problématiques doivent être abordées en tenant compte d'une composante santé mentale. Ces programmes combinent le plus souvent soins directs et indirects. La filière alcool/addiction paraît en cours de diversification, compte tenu de son importance épidémiologique. L'ampleur du problème laisse penser qu'un véritable réseau, associant centre de poste-cure, liaison forte déjà existante avec la médecine hospitalière somatique (gastro-entérologie), n'est pas encore suffisamment développé. La filière concernant les détenus est en cours d'amélioration alors qu'elle était encore inexistante il y a peu. Les autres filières (adolescence, exclusion, etc.), sont absentes ou émergentes. Cela concerne également celle au bénéfice des personnes âgées, alors même qu'il existe une unité de psychogériatrie à Nouville, qui devrait pouvoir s'appuyer sur un réseau ambulatoire gérontologique et une planification conjointe entre les dispositifs sanitaire, médico-social et social. L'existence de tels programmes suppose : 1) une offre ambulatoire plus importante (on a vu qu'elle n'était pas suffisante pour les psychiatres, qui sont obligés de consacrer beaucoup de temps aux soins directs : consultations, urgences, travail à l'hôpital (2,5 ETP à l'hôpital, 4,5 ETP pour l'ambulatoire), et insuffisamment à des activités de liaison et de prévention. De même, nous avons vu qu'un temps paramédical important était consacré à des patients hospitalisés de façon inadéquate, si l'on considère les métiers, la durée, l'intensité et l'emplacement de la réponse hospitalière pour ces derniers, au détriment d'une *liaison* avec le secteur médico-social et social ; 2) une formation appropriée des différentes catégories de personnels, qui corresponde davantage au *travail en réseau*, 3) l'existence d'un réseau de première ligne dans la communauté, sanitaire, social et médico-social (ce dernier maillon étant à renforcer), sur lequel la psychiatrie puisse s'appuyer, et qu'elle peut appuyer.

² Une partie de ce personnel psychiatrique devrait continuer à diagnostiquer et soutenir le dispositif médico-social pour les patients issus de la psychiatrie.

10.1.4. La modernisation du dispositif hospitalier

Le projet de schéma insiste, à juste titre, sur l'inadéquation des locaux d'une partie importante du site du CHS. Des locaux respectueux de la dignité, du confort et de la sécurité des patients (et également des professionnels) font partie d'une exigence citoyenne, de la qualité des soins et de l'évolution de l'image de la psychiatrie, qui n'est pas sans retentir sur l'accessibilité aux soins. De ce point de vue, les remarques figurant dans l'avant-projet de schéma sont recevables, et les projets émanant du CHS sont adaptés au problème, à une remarque près. Il ne s'agit pas, par celle-ci, de vouloir retarder ou remettre en question une rénovation nécessaire. Mais on constatera que le projet de restructuration du site n'est pas le même, s'il finance et continue donc d'intégrer l'hébergement de patients inadéquats, concentré et en intra-hospitalier, ou s'il s'en exonère, le financement de telles réponses médico-sociales étant trouvées en dehors de la psychiatrie, et les réponses (familles d'accueil, foyers, etc.) dans la communauté plutôt qu'à Nouville. Si finalement c'était à la psychiatrie de financer intégralement cette partie, l'impératif technique (externalisation dans la communauté, déconcentration des réponses, etc.), demeurerait.

10.1.5. L'antenne de psychiatrie polyvalente de Poindimié

Une antenne de "psychiatrie polyvalente" associant psychiatrie générale et infanto-juvénile a été implantée à Poindimié, bourg le plus important de la Province Nord (4 500 habitants). Elle se substitue aux aller et retour effectués par le personnel de l'Hôpital de Nouville, en cas de besoin. Cette implantation de proximité vise à couvrir l'ensemble de la Province Nord séparés par des distances importantes avec des routes difficiles, notamment lors de fortes précipitations et éclatés au sein de petites communautés.

Cette antenne assure le dépistage, le diagnostic et le suivi des patients de la province. Elle prend, également, en charge les suivis post-pénaux, pour les malades mentaux et les délinquants sexuels. Un psychiatre, un psychologue, 3 à 4 infirmiers et une secrétaire en constituent l'équipe. Les locaux de Poindimié sont clairs, agréables et fonctionnels, facilement repérables par la population. Il s'agit d'un CMP très polyvalent.

L'initiative de l'implantation en Province Nord répond à une demande venant du terrain. Il s'agit de répondre à l'urgence psychiatrique, d'orienter vers un lieu d'hospitalisation, de se coordonner avec les dispensaires et hôpitaux locaux pour éviter des ruptures de prises en charge. La demande concernant les conduites addictives et la violence, souvent liées aux questions de prévention (plus particulièrement tournée autour des questions posées par les populations jeunes et adolescents), est considérable.

L'effort qui porte sur les questions de l'enfance (de la maternité aux jeunes) vise à établir des développements de l'action sanitaire et social. L'antenne de Poindimié en est le principal levier.

Au niveau du schéma, ce cadre ne peut que s'y inscrire et, ici encore, lie les approches sanitaire, sociale et médico-sociale, le sanitaire étant prééminent. L'inscription de l'action est globale et concerne aussi bien les périodes avant la prise en charge hospitalière, pendant et après la prise en charge sanitaire avec des soutiens adéquats. Sur le terrain, la réalité est tout autre. Les moyens alloués ne permettent qu'une approche militante et volontariste d'une question pourtant sérieuse et qui mériterait un autre traitement. Les locaux de Poindimié doivent être agrandis pour assurer des entretiens psychologiques et psychiatriques, recevoir dans des pièces différenciées les patients. Relevons que les points de consultation (Koumac – Koné – Pouebo - Hienghene – Touho – Poindimié, Canala – Houaliou) sont nombreux et distants. L'équipe se déplace d'une urgence à une autre, avec un

suivi à domicile (pourtant culturellement primordial, voir supra) difficile en raison de l'éparpillement des populations. Pourtant elles s'adressent à l'antenne ; la file active devient de plus en plus conséquente puisque toute nouvelle demande est accueillie. Celles-ci proviennent surtout des médecins généralistes et des dispensaires. Une telle mission prend forme mais se heurte aux réalités de l'immensité du champ à couvrir :

- les Iles de Belep bénéficient, deux fois par an, de la présence de l'équipe,
- les malades voient leurs consultations reculées (au bénéfice d'autres malades), ce qui induit des ruptures de prise en charge;
- l'autisme (sujet pourtant majeur) est laissé à la gestion des familles et des tribus,
- bien des appels à l'aide des réseaux sociaux, sanitaires, éducatifs et judiciaires restent sans réponse.

Son existence ne peut servir de prétexte pour considérer, en quelque sorte, comme résolu de manière magique, l'implantation d'une offre de soin digne de ce nom dans la Province Nord. L'organisation actuelle ne peut que décourager et démoraliser les professionnels. L'épuisement est déjà là. Il y a urgence à agir.

Cette antenne prometteuse doit être renforcée. Il s'agit au minimum de doubler l'équipe existante d'ici la fin 2003, en octroyant des moyens supplémentaires au Centre Hospitalier de Nouvelle-Calédonie. Cette situation permettra d'enrayer le syndrome du tonneau des Danaïdes actuel et d'offrir une base de développement saine et intelligente pour toute action de santé mentale.

A court terme, le site de Koumac doit bénéficier de l'implantation d'une équipe axée sur un travail de psychiatrie polyvalente sur le Nord de la Grande Terre et les Iles de Belep.

Le renforcement des équipes infirmières permettant une multiplication des suivis au domicile est une priorité. Ce soutien n'exclut pas l'augmentation des familles d'accueil correctement rémunérées afin de favoriser le maintien du lien social tout en permettant l'accueil en tribu ou en famille, en cas de besoins d'hospitalisation notamment. La recherche de partenariats avec les autres institutions (Education, Justice, Santé, Social) reste très largement à créer. Cette étape s'inscrit plus dans le moyen terme.

10.1.6. *Les Iles Loyauté, Wallis et Futuna*

La Province des Iles Loyauté représente plus de 10,75 % de la population de la Nouvelle-Calédonie, répartie sur quatre îles, Ouvéa, Lifou, Maré et Tiga.

Actuellement, elle bénéficie d'une psychiatrie de mission, avec des professionnels venant de Nouméa. Ce dispositif, à la fois périodique et à la demande (lors des urgences), souffre d'un manque de proximité et de l'éloignement géographique. Les questions les plus prégnantes concernent actuellement l'alcoolisme, le suicide, la prévention, le repérage précoce des troubles, le manque de suivi pour la prise des traitements et la post-hospitalisation.

Les services sociaux, éducatifs, judiciaires, les médecins généralistes de première ligne demandent des relais que le dispositif psychiatrique est appelé à apporter. Ce n'est pas le cas au regard de la faiblesse des moyens alloués. Même si la plupart des prises de neuroleptiques retard sont suivies à domicile, les "décompensations" demeurent en famille ou tribu les laissant souvent très démunis.

L'avant-projet de SROS note de façon pertinente qu'il faudrait au moins un infirmier par île, pour disposer d'un minimum de réponse. Il s'agit plutôt de monter un vrai dispositif de

psychiatrie inter-îles, impliquant infirmiers, psychologues, assistants sociaux, éducateurs spécialisés et bénéficiant de l'appui et de la technicité de praticiens hospitaliers de Nouméa. Ce dispositif ne peut que se fondre dans le dispositif socioculturel des Iles, travaillant en réseau avec les autres administrations et les professionnels de première intention. Une démarche progressive demande le temps nécessaire à un étayage du dispositif à créer.

Dans le même esprit, l'hôpital de Nouville peut participer au développement des actions de coopération avec les îles Wallis et Futuna qui demeurent embryonnaires et mériteraient une attention plus soutenue, pour autant que des objectifs clairs lui soient précisés.

10.1.7. *L'alcoolisme et la dépendance*

Les professionnels de la santé s'accordent pour faire de l'alcoolisme un des principaux problèmes de santé publique de la Nouvelle-Calédonie. Le volume et les modes de consommation sont imparfaitement connus mais il ressort que l'alcoolisation apparaît massive, notamment les jours de "fêtes" et les week-ends, entraînant des conduites à risque.

Un programme de prévention du risque alcool s'impose afin d'agir sur les attitudes, responsabiliser, renforcer le dispositif de soin pour une meilleure prise en charge, notamment de proximité. Tout développement des actions menées sur les représentations, la consommation, les soins impliquant à des degrés divers les professionnels de la psychiatrie exige une formation adéquate, largement à initier à moyen terme. Actuellement, le centre d'accueil et de thérapie en toxicomanie et alcoologie (CATTA), unité fonctionnelle du service de psychiatrie générale, a pour mission de répondre aux besoins exprimés. Placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier fonctionnant en binôme avec une psychologue, il assume des ateliers où les malades les plus lourds bénéficient d'une démarche psychothérapeutique. L'équipe souligne que l'impact de l'alcoolisme apparaît aussi important quelle que soit l'ethnie. L'implantation du centre d'accueil, non loin des quartiers Nord de Nouméa, à majorité mélanésienne favorise son ouverture vers toutes les composantes de la population de Nouméa. Les locaux sont étroits et peu fonctionnels. Une démultiplication de tels centres (Provinces Nord et Loyauté) et leur articulation avec l'hôpital général et les services du CHS doivent être mises en place.

La création d'une filière alcool impliquant prévention et soins suppose plusieurs centres d'accueil, un dispositif ambulatoire appuyé pour l'ensemble du territoire sur les hôpitaux et dispensaires existants, un service d'hospitalisation spécialisé clairement identifié et un ou plusieurs centres de post-cure de moyenne importance. Ces structures ne peuvent intervenir qu'en réseau et être liées à des actions de prévention prévues dans un programme.

10.2. En psychiatrie infanto-juvénile

Comme l'indiquent l'avant projet de schéma et les analyses démographiques, la structure d'âge de la population néo-calédonienne donne au secteur de l'enfance et de l'adolescence une importance particulière. Nous avons souligné l'inadaptation quantitative du dispositif pédopsychiatrique, en chiffres absolus, ce que traduisent également l'allongement des délais de consultation et la saturation du CATTP comme de l'hôpital de jour à Nouméa. *Une amélioration quantitative de l'offre s'impose donc comme une condition nécessaire pour*

l'amélioration de la qualité, de l'accessibilité et de la continuité des soins, à partir du dispositif institutionnel déjà existant.

L'évolution habituelle de la psychiatrie infanto-juvénile s'affirme à partir d'un dispositif qui se constitue autour des problèmes des enfants d'âge scolaire. Son premier développement correspond donc à la première enfance, à la périnatalité et au pôle mère/famille-enfant. Cette activité est déjà largement développée, et la collaboration entre la pédopsychiatrie et les pédiatres, ainsi que les gynécologues, apparaît anciennement établie. Au-delà d'une consolidation sous forme de temps médical et paramédical supplémentaire, *la mise en place d'un Centre d'Action Médico-Sociale précoce à Magenta, associé à un SESSAD, ainsi que des antennes décentralisées*, approfondirait la collaboration interprofessionnelle en faveur d'enfants très jeunes présentant des problèmes intriqués sévères : troubles du développement, problèmes psychopathologiques, problèmes somatiques. On sait que ce type d'intervention, élargie au soutien en direction des familles, peut jouer un rôle déterminant, à la fois curatif, mais également préventif des inadaptations et du handicap, d'autant plus efficace qu'il est précoce.

Le deuxième développement se rapporte à la filière pour les adolescents. Comme nous l'avons déjà indiqué, un de ses maillons habituels est constitué par une présence psychiatrique significative aux urgences de l'hôpital général, principale porte d'entrée pour la prise en charge des adolescents suicidants, perturbateurs ou présentant une décompensation psychiatrique. Les adolescents présentant un état psychopathologique et nécessitant des soins au-delà de quelques jours, mais sans durée excessive, devraient plutôt pouvoir être accueillis en pédiatrie, à Magenta. Le chef de ce service se dit favorable à cette éventualité, et disposé à la mettre en œuvre si certains lits de son service, occupés par des adultes pour la néphrologie, sont libérés. Nous recommandons cette option et sommes plutôt défavorables à la création, comme cela avait été envisagé, d'une unité spécialisée pour adolescents à Nouville, même si nous comprenons que la pédiatrie, même fortement soutenue par la psychiatrie, ne pourra accueillir tous les adolescents fortement perturbateurs ou psychiatisés, en particulier pour des périodes assez longues. L'articulation avec la pédiatrie ne doit pas être exclusivement hospitalière. Elle devra comporter le *développement d'un réseau psychiatrique ambulatoire*, comportant au minimum une consultation spécialisée, voire un hôpital de jour, à proximité de la pédiatrie, fortement articulé avec des partenaires de la psychiatrie générale, sociaux, judiciaires, éducatifs, organisant au mieux les critères d'inclusion ou d'exclusion au sein de cette filière sanitaire, et les responsabilités d'amont ou d'aval non sanitaires de ces différents partenaires. Bien entendu, la *formation*, c'est à dire la compétence des professionnels dans cette activité, est un élément déterminant de la réussite du projet. C'est à ce prix que le recours à l'hospitalisation psychiatrique d'adolescents devrait rester marginale, l'existence d'une unité spécialisée au CHS risquant d'autoriser, péjorativement, toutes les instrumentalisation possibles, alors qu'une unité au Centre Hospitalier Gaston. Bouret, non loin des urgences, serait une bien meilleure réponse.

Comme pour la psychiatrie générale, le secteur de la psychiatrie infanto-juvénile devrait disposer d'un réseau médico-social qu'il peut appuyer, et sur lequel il peut également s'appuyer. L'insuffisance actuelle des réponses, et donc de leur coordination, nécessite, là aussi, *la mise en œuvre d'une planification conjointe sanitaire/médico-sociale et sociale entre le Territoire et les Provinces*, pour établir un inventaire des besoins infanto-juvéniles, et coordonner les réponses nécessaires.

10.3. Les hospitalisations contraintes et la psychiatrie pénitentiaire

10.3.1. Les hospitalisations contraintes

La question des droits et des libertés des malades doit être abordée avec rigueur. Comme le note fort justement l'avant-projet de SROS, le texte en vigueur (Décret du 30 décembre 1936) apparaît largement obsolète, tant dans le fond que dans la forme. Une grande partie de ses articles sont inapplicables, d'autres sont interprétés voire traduits. Un flou demeure et ne peut plus perdurer.

L'élaboration d'un texte nouveau s'impose. Institutionnellement, les instances du Haut Commissariat, du Congrès et des Provinces devront participer à une commission ou un groupe de travail ad hoc. Le texte devrait s'inspirer, ou au moins tenir compte de plusieurs lois et décrets métropolitains : Loi n° 97-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées, en raison de leurs troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation, Décrets des 14 mars 1986, 14 décembre 1986, 10 mai 1995, afin d'intégrer une réflexion sur l'organisation des services, sur les UMD (unités pour malades difficiles), les SMPR (services médico-psychologique régionaux), la fermeture des pavillons donc sur le droit fondamental et constitutionnel d'aller et venir. Le texte récent sur le Droit des malades et la qualité des systèmes de santé (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002), le nouveau code de procédure pénale (notamment l'article 39 BCPP), le décret n° 98-1099 du 18 décembre 1990 et ses circulaires, les circulaires du 14 décembre 1998 sur l'isolement, du 9 décembre 1990 peuvent contribuer à l'émergence d'une législation plus adaptée et plus étoffée.

Cet aspect fondamental devra être traité sur le moyen terme, le temps de l'application d'un premier SROS, avec un chef de projet responsable.

A plus court terme, il faudra identifier et mettre en évidence les modalités d'hospitalisation sous contrainte, afin que ces dernières ne pallient pas ou plus à des insuffisances organisationnelles d'amont et d'aval. En amont, par manque de prise en charge précoce (alcool – toxicomanie...) en aval par la rechute de conduites psychiatriques aiguës du fait de l'absence de suivi en post-hospitalisation.

A moyen terme, il s'agit de réfléchir sur les conditions d'hospitalisation des malades réputés dangereux et perturbateurs, en créant une unité sécurisée et humanisée, y compris pour les détenus malades. Ceci permettrait aux équipes de "souffler" devant des cas difficiles et de limiter le burn-out, trop souvent rencontré lors de notre passage en Nouvelle-Calédonie. Cette unité à vocation territoriale et Wallisienne (Polynésie éventuellement) permettrait une meilleure ouverture des unités d'hospitalisation. Dans ce sens, une réflexion pourra redéfinir les contours des hospitalisations des pavillons 5 et 7 amenés à être rénovés.

10.3.2. La psychiatrie pénitentiaire

La Nouvelle-Calédonie dispose à Nouméa, pour l'ensemble du territoire, d'un Centre pénitentiaire d'une capacité théorique de 225 places. Il se divise en Maison d'Arrêt, maison centrale, centre de détention, quartier femmes (régime Maison d'arrêt et de détention), quartier des mineurs et jeunes détenus, quartier de semi-liberté. L'effectif moyen est largement dépassé sur l'ensemble pénitentiaire. Le code pénal est celui de la métropole. La responsabilité des personnes au moment des faits est de plus en plus reconnu alors que les psychiatres ont obligation d'exercer leurs fonctions expertales. La population pénale reste

importante rapportée à la population du territoire. Les condamnations augmentent plus, les détentions préventives restant proportionnellement limitées.

Comme partout ailleurs, l'alcool, la toxicomanie, les agressions sexuelles, les psychopathies constituent la majeure partie des pathologies rencontrées, les troubles liés à l'incarcération : suicides, mutilations, devant être également soignés. Le quart des détenus bénéficient d'un suivi psychiatrique, essentiellement médicamenteux. La faiblesse des moyens alloués (5 vacations par semaine au plus d'ordre médical – deux vacations de psychologue, un temps plein infirmier) ne permet pas de réaliser des suivis systématiques en milieu pénitentiaire. L'application de la Loi n° 98-468 du 17 juin 1998, relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs et des décrets, celle sur le suivi socio-judiciaire et l'injonction de soins demeurent en question. Ces mesures sont parfaitement applicables en Nouvelle-Calédonie où plus du tiers de la population pénale et constituée de délinquants sexuels.

La participation à l'insertion, notamment socio-éducative des mineurs doit être prise en compte. Le suivi post-pénal ne peut qu'être effectué en parfaite symbiose entre le centre pénitentiaire et l'hôpital psychiatrique, en vue de continuer à améliorer, densifier les prises en charge psychiatriques et surtout prévenir d'éventuelles récidives.

Afin de dépasser l'actuel militantisme des professionnels de santé et asseoir un système de soins, il s'agit de repenser globalement cette question. La nécessité d'une refonte des textes permettra de dégager les flux des détenus entre soins et réponse pénitentiaire, pour les détenus en besoin nécessitant des soins. Les hospitalisations devront intervenir si nécessaire, dans des locaux sécurisés, humains et adaptés dans l'esprit de l'article 398 CPP, Tout entrant en prison doit bénéficier d'un bilan psychologique et après la sortie, si nécessaire un suivi post-pénal doit être proposé. Les soins en milieu pénitentiaire doivent respecter les règles déontologiques des soignants en développant les formations du personnel pénitentiaire sur les obligations et la nécessité du soin et donc liaison performante avec l'aspect somatique.

La psychiatrie pénitentiaire ne peut plus demeurer le maillon faible et finalement peu investi ni reconnu d'un dispositif régalién d'ordre public.

Les projets présentés par les équipes doivent être précisés dans le SROS avec des montées en charge progressives mais significatives, notamment du temps en personnel infirmier supplémentaire.

11. Pour une approche en Santé Mentale

11.1. Un dispositif à construire

Une clarification est attendue des usagers et des professionnels pour connaître le positionnement de chacun dans le dispositif à venir.

Trois niveaux d'intervention apparaissent complémentaires :

- les professionnels de première ligne auprès des personnes en difficulté psychique ou atteintes de troubles mentaux (Ecole, Justice, Social...)
- les professionnels de soins primaires (dispensaires, urgences, maternités, pédiatrie...)
- les professionnels spécialisés en psychiatrie

Ce schéma ne correspond pas à un modèle unique et linéaire des prises en charge et ne vise pas à réserver l'intervention psychiatrique à une intervention préalable d'autres acteurs. Elle vise à mieux intégrer les dynamiques des uns et des autres, à mieux repérer les personnes en difficulté psychique et présentant une pathologie, à mieux intégrer une coordination des prises en charge sanitaire et sociale (prise au sens large du concept).

La Nouvelle-Calédonie aura à définir une approche en santé mentale pour répondre aux besoins grandissants de sa population. Il s'agit de mobiliser une réponse adaptée aux malades les plus sévèrement atteints, pour lesquels le processus pathologique prend le pas sur les conditions environnementales, ainsi qu'aux personnes qui manifestent un trouble en relation avec des événements extérieurs, liés à leur environnement familial, social ou professionnel. Tout système de santé mentale doit être en capacité de répondre à la gamme des besoins, de la maladie mentale jusqu'à la souffrance psychiatrique invalidante.

La santé mentale implique trois dimensions :

- une dimension biologique à la fois génétique et physiologique
- une dimension psychodéveloppementale qui comprend les aspects affectifs, cognitifs et relationnels
- une dimension sociale ou contextuelle qui fait référence à la personne, dans son milieu, sa culture et aux relations qu'elle entretient avec autrui.

11.2. Les conditions d'une organisation en Santé Mentale

Tout travail dans le domaine de la santé mentale construit s'appuie en préalable sur une déstigmatisation. Le sujet peut être abordé ici, comme ailleurs, et favorise la demande d'aide pour les personnes en souffrance et leur famille, qui, faute de quoi, se tournent vers des processus très souvent violents. Ceci demande un travail commun, voire un engagement entre les partenaires institutionnels (Mairies, Provinces, Congrès, tribus) et administratifs (Education, Justice, Social) sur les orientations à mener au plan local. La gestion des questions de santé mentale nécessite un partenariat actif avec des professionnels de terrain, sur le plan social par exemple, relevant des provinces et des mairies. Devrait-on formaliser un tel "partenariat" ? Cette question se pose dans l'ensemble calédonien, tant le partage des compétences demande une lisibilité et une communication claire au sein du dispositif.

11.3. De la complémentarité des niveaux d'intervention

La complémentarité, issue d'une demande commune, permet à terme :

- une programmation des actions de prévention, évitant toute segmentation de ces activités. Celle-ci favorise le déclenchement précoce des prises en charge et évite les redondances (administratives et/ou financières) facteurs de perte de moyens ou de temps,
- une réponse plus efficace et plus efficiente des urgences psychiatriques,

- une mobilisation des compétences (sociales, médicales, paramédicales...) pour la mise en place d'un projet personnel et individualisé de prise en charge du patient,
- le développement d'actions de réadaptation et de reconstruction multi-partenariale.

Les travaux nécessaires impliquent la durée, donc une institutionnalisation dépassant les avatars, toujours présents, par exemple de postes non pourvus ou de professionnels réticents. La Nouvelle Calédonie peut, dès à présent, bâtir par graduation successive, tout en restant fixé sur un objectif global. Cela nécessite une politique de formation, de recrutement et de fidélisation de personnels compétents spécialisés ou non en psychiatrie (voir infra). Il s'agit d'une ambition à mettre en œuvre, à promouvoir et à partager dans une culture commune.

Les maladies mentales avérées et la souffrance psychique sont à prendre en compte, pour autant que celle-ci soit définie comme visant à rendre compte des difficultés manifestes vécues par certaines personnes, état, mode de communication manière d'agir, répétition, multiplication de troubles entraînant le décrochage par rapport aux conduites habituelles) sans pour cela relever d'une maladie mentale.

En Nouvelle-Calédonie, de nombreux témoignages concordent pour admettre que cette souffrance, plus souvent cachée, est particulièrement importante chez les femmes et chez les adolescents.

C'est l'importance de cette souffrance aux yeux des usagers qui fera augmenter considérablement les files actives car les personnes se veulent de plus en plus actrices de leur santé mentale.

Les professionnels spécialisés ne peuvent pas répondre à ce phénomène culturel en allongeant les délais d'attente des prises en charge spécialisées. Cette question touche la psychiatrie publique et libérale et si elle n'est pas traitée, ne peut qu'accroître un malaise déjà perceptible.

Cette question touche également les professionnels non spécialisés, sanitaires, médico-sociaux, sociaux, éducatifs, justice. Ils sont de fait confrontés à des personnes souffrant psychologiquement et/ou atteintes de vrais troubles mentaux. Ils ont besoins de reconnaissance de leurs interventions dans l'amélioration de l'état de ces personnes et d'un étayage d'un soutien régulier par des professionnels spécialistes de leurs actions. Ici encore les syndromes d'épuisement de "burn-out" apparaissent.

12. *Le recrutement et la formation, l'accessibilité*

Le recrutement et la formation : une étape importante, souvent rencontrée dans la modernisation des services de santé mentale, concerne *la diversification accrue des métiers*. Celle-ci est limitée par la prédominance de l'organisation hospitalière et de sa réponse, qui privilégie les métiers du soin direct. Un dispositif davantage ambulatoire nécessitera d'autres métiers. Mais dans un premier temps, l'existence de psychologues cliniciens plus nombreux, comme de travailleurs sociaux, améliorerait l'éventail des réponses possibles sans solliciter exclusivement un temps médical très contraint.

Un autre aspect du recrutement tient à la spécificité multi-communautaire de la Nouvelle-Calédonie. Si la qualité du personnel, de formation et d'origine majoritairement métropolitaine, n'est nullement en cause, et si une proportion de personnel local constitue déjà

une part non négligeable, il nous semble que l'objectif de son amplification devrait représenter un aspect important de la politique de formation et de recrutement. Ces agents, vu leur origine, représentent des « passeurs » entre communautés, et jouent un rôle dans *l'accessibilité culturelle* du dispositif, et la promotion d'une alliance thérapeutique³.

Dans le même ordre d'idées, on peut regretter que, malgré l'évocation fréquente de la nécessité d'une psychiatrie transculturelle, ou de l'intérêt pour l'ethnopsychiatrie, les pratiques professionnelles, particulièrement concernant la Province Nord et les Iles, mais pas seulement elles (nous pensons surtout à la psychiatrie générale), ne mettent pas davantage l'accent sur le travail systématique avec les familles ou le groupe familial élargi, point d'origine incontournable d'un travail en réseau. Les familles représentent une interface entre le parent et le groupe ou ses représentants, dans leur relation avec les représentations du soin, des solidarités et des pratiques thérapeutiques traditionnelles. En même temps, les solidarités familiales et groupales, plus accentuées en dehors de Nouméa, conjuguées avec une insuffisance de l'offre ambulatoire et institutionnelle, fait peser sur les familles un fardeau accru lors d'un problème de santé mentale d'un proche, qu'il soit aigu ou chronique.

L'accessibilité géographique ne peut être séparée de l'accessibilité culturelle. De ce point de vue, il sera intéressant de suivre l'évaluation de l'expérience de Poindimier. Elle intègre la psychiatrie infanto-juvénile à l'organisation de la psychiatrie générale. N'aurait-on pu imaginer des pôles de compétence, regroupés autour des spécialistes de la mère et de l'enfant, pour les besoins de la psychiatrie infanto-juvénile ? Il faudra vérifier si la nouvelle formule combine une réponse adéquate aux attentes locales avec la meilleure utilisation possible du temps médical. Elle nécessitera des modes d'organisation spécifique entre médecins (rares) et paramédicaux (moins rares), de même que le développement croissant de la sensibilisation-formation auprès de « relais- passeurs » (autres professionnels du sanitaire ou du social, aidants naturels ou institutionnels au sein des familles et des groupes, en collaboration avec leurs demandes). Quoiqu'il en soit, ce problème d'accessibilité se pose pour la périphérie de la Province Sud, la Province Nord et les Iles, et la solution est très consommatrice en moyens, même si l'on tente de les rationaliser. Les antennes nécessitent de toutes façons des moyens importants.

Enfin, nous rappellerons que, dans le domaine de la santé mentale plus que partout ailleurs, *le coût (prix des sessions, des transports, du temps d'accès et de la durée des soins, etc.)*, représente un élément déterminant de *l'accessibilité financière*, c'est à dire de *l'accessibilité tout court*. Les facturations imposées à certaines activités sont davantage un obstacle générateur de coûts ultérieurs beaucoup plus élevés, par retard d'accès aux soins, suivis d'une institutionnalisation qu'on aurait peut-être pu éviter, qu'un mécanisme de régulation d'une consommation excessive, ou d'un apport fondamental de recettes.

³Ce qui ne signifie pas, bien évidemment, que les professionnels d'origine métropolitaine ne peuvent pas participer à cette promotion. Nos rencontres sur le terrain nous ont permis de vérifier leur savoir-faire et leur intérêt pour ce travail intercommunautaire.

13. Conclusion

Ce rapport valide le contenu de l'avant-projet de schéma pour la santé mentale en Nouvelle-Calédonie. Ceci n'est guère étonnant, compte tenu du nombre et de la qualité des réunions qui ont abouti à ce document. Ses analyses, auxquelles nous souscrivons, ses argumentations et ses préconisations, le rendent incontournable. Son ambition technique lui donne une pérennité sans doute pour une durée supérieure à un seul schéma. Compte tenu de cette appréciation très positive, on comprendra que nous n'avons pas passé en revue, ni même détaillé l'ensemble des questions traitées par cet avant-projet. Nous avons simplement insisté sur les points-clés, qui paraissent constituer des enjeux stratégiques et techniques, et tenté de clarifier les choix politiques et financiers, susceptibles ou non d'en découler.

La place d'une politique de santé mentale réellement néo-calédonienne, ne peut pas faire l'impasse d'un débat sur le bénéfice qui pourrait être attendu d'une intervention d'équipes spécialisées en psychiatrie post-traumatique, afin de dédramatiser les "événements" des années 80 dont le "deuil" n'a pas été réalisé par une partie de la population.

Cette place dans l'évolution du Territoire n'est pas séparable de l'ambition des élus et de l'administration pour la santé et la protection sociale en général, même si ces derniers chantiers sont encore inachevés. Une politique de santé mentale adaptée est l'un des critères d'objectifs que peut se fixer une société, non seulement en termes de soins, mais également en termes *d'efficacité* et *d'humanité*. L'action de santé mentale de la Nouvelle-Calédonie, avec le soutien de la Métropole, ne manque pas d'atouts. Elle dispose de ressources humaines et matérielles qui sont loin d'être négligeables, même si elles sont insuffisamment dimensionnées pour répondre à l'ensemble des besoins, et diversifier suffisamment les réponses. Des progrès considérables ont été accomplis depuis plus de dix ans, et il serait dommage que cet élan et le niveau indiscutable de ses réalisations s'amenuisent progressivement, faute d'un soutien. Nous sommes convaincus qu'une incitation raisonnable, centrée sur les effectifs médicaux, la psychiatrie infanto-juvénile, et le financement, hors de l'enveloppe psychiatrique, des patients inadéquatement hospitalisés, associée à une articulation plus poussée entre la psychiatrie et ses partenaires, en particulier l'hôpital général, ainsi qu'un niveau accru de formation continue, seraient de nature à amplifier, très substantiellement, la qualité de la réponse et la couverture des besoins, en attendant d'autres progrès.