

Les enjeux de la nouvelle gouvernance

Sa mise en œuvre en psychiatrie

La mise en place de la nouvelle gouvernance révèle les défis auxquels la psychiatrie est confrontée. Le comité de rédaction de "Pluriels" s'est appuyé sur le réseau des correspondants de la MNASM pour éclairer de leurs regards et analyses de professionnels de terrain, les questions ouvertes à l'occasion de l'application de l'ordonnance du 2 mai 2005.

Elle intervient dans un contexte plus large de réformes touchant à la planification de l'offre de santé au niveau régional et à l'échelon des territoires de santé, aux règles budgétaires et de financement de l'activité, au statut des directeurs et des praticiens hospitaliers ; alors que l'évolution de la démographie médicale impose des organisations différentes autant qu'elle soulève inquiétudes et réflexes de protection et de maintien autant que faire se peut de l'existant.

La nouvelle gouvernance introduit de nouveaux rapports de pouvoirs entre médecins et direction (les uns et les autres apportent dans les articles joints et ceux à paraître dans un prochain numéro, leur expérience dans les établissements où ils exercent), mais également entre les différentes instances. La création du comité exécutif révèle ces nouveaux équilibres dont peu, aujourd'hui, anticipe les effets, que ce soit sur l'organisation des soins ou dans l'affectation des ressources.

En l'absence de recul, et du fait de la lente mise en œuvre autorisée et préconisée par les textes, les professionnels sollicités ont surtout exprimé leurs interrogations ou leurs espoirs qu'analysé les effets constatés des réformes en cours.

Contrairement aux disciplines somatiques, pour qui la discussion sur la définition des pôles est éclairée par des données médico-économiques et s'organise autour de la recherche de complémentarités entre disciplines différentes au service de l'amélioration de la prise en charge des patients au meilleur coût, la psychiatrie est confrontée à la nécessité de regrouper des secteurs aux missions identiques avec des pratiques et des ressources très hétérogènes et des informations médico-économiques très insuffisantes.

Le découpage en pôle qui conditionne la composition définitive du comité exécutif ouvre des débats relatifs au travail sectoriel, et intersectoriel, à l'organisation de l'offre sur le territoire, à l'articulation avec d'autres pôles MCO, à la coordination des pratiques de prise en charge.

La psychiatrie est implantée diversement dans les établissements de santé mentale, dans les CHU ou dans les centres hospitaliers généraux, le découpage des pôles se pose en des termes très différents selon les sites, et les réactions recueillies ne permettent pas, à ce stade, de mettre en évidence les organisations retenues selon les contextes.

La mise en place de la gouvernance pour la psychiatrie est encore davantage une question d'organisation des pouvoirs au sein des structures hospitalières, ce qui est un préalable, comme l'espèrent beaucoup de professionnels, à une opportunité pour réorganiser l'offre des soins au sein de chaque territoire et allouer de façon plus efficiente les ressources disponibles.

Carole Festa, Directrice d'hôpital, MNASM

S O M M A I R E

P2

Neuf ans d'expérience d'une organisation en pôle au CHU de Nantes
 Pierre Caillault

P4

Nouvelle gouvernance en psychiatrie ?
 Jacques François

P5

Un pôle est égal à un projet
 Gérard Bourcier, Bernard Durand,
 Catherine Isserlis

P7

Psychiatrie et nouvelle gouvernance
 Alain Sœur

Neuf ans d'expérience d'une organisation en pôle au CHU de Nantes.

Dès janvier 2007, l'Hôpital va s'appuyer sur une organisation en pôle.

Quelles vont être les incidences sur les manières de travailler de chacun d'entre nous et surtout sur la place que tous les soignants, comme les administratifs vont avoir à prendre dans ce dispositif ?

Ayant participé à la fin des années 90 à l'organisation, à titre expérimental, d'un CHU en pôles et, notamment, à la création d'un pôle de psychiatrie, il m'apparaît possible de dégager quelques enseignements de cette expérience et d'un fonctionnement qui perdure maintenant depuis bientôt neuf ans.

Le Conseil exécutif.

Sans discuter la pertinence de sa mission, nous voyons dans son installation un bouleversement majeur dans le fonctionnement de l'hôpital qui pendant des décennies, s'est appuyé sur le duo directeur / président de CME.

Associer dans une démarche mutuelle de décision et de prise de responsabilité une équipe de direction et des médecins va certainement contribuer à enrichir le débat et à impliquer le corps médical qui ne va plus être cantonné dans une position finalement rassurante qui était celle, souvent relayée par la CME, de la plainte et de la revendication.

Mais il ne va pas être aisé, à ces deux groupes, de s'articuler, car ils ne fonctionnent pas selon les mêmes modèles.

D'un côté, un directeur avec son équipe dont les membres sont naturellement, de par leurs fonctions, dans une situation hiérarchique, et, de l'autre, un groupe de médecins dont les modalités de fonctionnement et d'expression vont être fort différentes en fonction de leurs modes de recrutement dans ce conseil.

Il ne sera pas facile d'associer tous les professionnels dans un élan de création d'un pôle alors qu'une majorité d'entre eux - le personnel soignant non-médical - n'est représentée au sein du conseil exécutif que sur décision du directeur au même titre que les autres directeurs.

L'organisation en pôles, en psychiatrie, un débat sur un indispensable regroupement de secteurs.

Dès que la perspective d'une organisation en pôle a commencé à devenir une réalité, se sont fait entendre, pour afficher un scepticisme argumenté par le souci de préserver le secteur, des voix de chefs services qui conçoivent difficilement une remise en question de leurs prérogatives. On en voit une démonstration caricaturale dans cette disposition qui laisse à la seule discipline

psychiatrique la possibilité qu'un pôle corresponde strictement à un secteur ; il ne s'agirait alors en aucun cas de pôle car à une échelle aussi petite que celle d'un service il sera bien difficile d'envisager la mise en place de délégations et de donner une identité et une autonomie de gestion au trio essentiel du pôle, le responsable médical, le cadre infirmier et le cadre administratif. Ainsi, quelques chefs de services deviendraient-ils, sous couvert de défendre le secteur, des chefs de pôle sans aucun pouvoir, sans capacité à exercer une quelconque délégation, assumant in fine aux yeux de tous une seule responsabilité, qui est celle de ne pas avoir su et voulu saisir l'opportunité de peser dans les évolutions à venir des politiques de santé mentale.

En retenant maintenant l'hypothèse d'un pôle se constituant à partir du regroupement de plusieurs secteurs de psychiatrie, y a-t-il une taille critique pour un pôle ? Un secteur de psychiatrie infantile peut-il à lui seul être un pôle ? Faut-il intégrer, ou non, au sein d'un même pôle la psychiatrie adulte et la psychiatrie infantile ? Ces questions sont ouvertes (cf. « Un pôle est égal à un projet » page 5).

L'identification préalable de quelques obstacles à la création du pôle.

La constitution des pôles va raviver de vieilles querelles entre services, et renforcer des alliances. Il serait regrettable qu'elles ne se constituent qu'en fonction des rancœurs et des affinités.

Un débat laissé à la seule initiative de chefs de service, risque de s'éterniser et de laisser la place à une décision du conseil exécutif, lorsqu'il est installé à titre provisoire dans certains cas, ou du directeur et du président de CME.

Or, pour devenir réalité, le pôle doit être porté par l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux, sur la base de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un projet de pôle.

Le pôle ne fonctionnera pas si les secteurs tant bien que mal regroupés, restent dans l'illusion qu'ils pourront cohabiter indépendamment les uns des autres.

La constitution des pôles ouvre une période de fragilité et d'incertitude propice aux recherches de diminution de postes, et laisse le champ libre pour le faire.

Le bassin de population préalable à la constitution du pôle.

Le pôle constitue une fantastique opportunité de mettre à disposition d'un bassin de population, les moyens dont peut disposer un établissement.

On est donc loin de restreindre la réflexion au nombre de secteurs qui vont le constituer. Il faut profiter de ce moment unique pour définir au mieux les bassins de populations desservies par l'établissement, dont les contours ne sont pas loin des actuels territoires de santé.

Une fois les contours du bassin de population évalués, il sera possible de déterminer l'offre de soins issue des secteurs préexistants, et de la mettre en adéquation avec la demande.

Le pôle concerne l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale.

Travailleurs sociaux, responsables du champ médico-social, responsables d'établissements de santé, responsables de l'habitat social, municipalités, conseils généraux et régionaux, élus locaux et, enfin et surtout, les usagers et leurs familles, c'est avec tous ces acteurs qu'on peut prétendre définir au plus près des intérêts d'une population, les contours de l'aire géographique desservie par un pôle. Ce n'est que dans un deuxième temps que doit être abordé le débat sur la politique que va mener ce pôle et sur les moyens qu'il convient de lui attribuer à cette fin.

Bref, l'organisation des pôles en santé mentale, ne doit pas être uniquement hospitalo-hospitalière ; il faut la concevoir comme une démarche d'aménagement du territoire.

Mais pourtant, au sein même de l'établissement hospitalier, la mise en place des pôles médicaux doit concerner non seulement l'ensemble des praticiens hospitaliers, mais également les autres acteurs, soignants non médicaux, administratifs, travailleurs sociaux qui doivent, à part entière, être associés à la réflexion.

Le projet du pôle.

Pour que le projet tienne compte de tous les éléments énumérés ci-dessus, un préalable s'impose : la composition de groupes de travail impliquant tous les acteurs, médicaux et non médicaux pour préciser les règlements intérieurs, les modalités selon lesquelles vont pouvoir s'exercer quelques délégations, dans le domaine de la gestion des ressources humaines, mais aussi pour aborder et apporter des réponses à :

- l'organisation de l'hospitalisation, qui ne pourra plus être uniquement sectorielle ;
- l'organisation des CMP, qui doivent voir leur prépondérance se renforcer comme pivot des aires qu'ils vont desservir ;
- l'organisation de l'urgence psychiatrique et de la liaison ;
- les grandes orientations de santé publique (conduites addictives, dépendance institutionnelle et ses articulations avec le médico-social, gériatrie, précarité, etc.).

À l'issue de ce travail, la politique de santé à mener, les projets, les restructurations inévitables, les organisations, les règles de fonctionnement, doivent être clairement présentés dans un document écrit que nous appellerons projet de pôle, validé par tous les acteurs impliqués à un titre ou à un autre par la politique de santé mentale que va mener le pôle, mais aussi par les usagers. Il doit avoir une valeur contractuelle sur un certain nombre d'années, qu'il convient de préciser, et être la référence quant à l'action à mener.

C'est seulement après avoir élaboré et validé ce projet de pôle que pourra être désigné, par ses pairs, avec pour mandat de le mener à bien, le responsable médical de cet ensemble complexe et nouveau.

Un nouveau mode de management, de nouveaux métiers et beaucoup de changements dans les équilibres institutionnels.

Dans les changements que nous avons observés, signalons tout d'abord, les difficultés, pour les praticiens hospitaliers à accepter que le personnel ne soit plus affecté au service mais au pôle.

Alors que l'affectation des moyens dépendait jusqu'alors de la taille des secteurs, la logique budgétaire nouvelle appliquée au pôle va favoriser une meilleure adéquation des moyens à l'activité. La gestion du pôle est réellement multipartenariale. Elle doit justifier non ses décisions mais ses propositions et les argumenter dans un débat contradictoire avec l'ensemble du personnel.

Le praticien hospitalier devient donc un partenaire. Nous laissons imaginer, dans un tel contexte de fonctionnement, les difficultés qui ne manqueraient pas de surgir si un responsable médical de pôle tentait d'exercer sa responsabilité en se référant aux fonctions de chef de service, en omettant de s'inscrire dans un nécessaire débat contradictoire avec l'ensemble du personnel et ne tenait pas compte du fait qu'il n'exerce plus dans l'espace limité d'un service mais dans celui beaucoup plus vaste du pôle.

Une vigilance toute particulière doit être portée sur les circuits de l'information et sur la qualité et la rapidité de sa transmission, afin d'éviter des dysfonctionnements et des incompréhensions qui peuvent prendre une ampleur inconnue à l'échelle d'un service au moment où ceux qui vont animer le pôle et y travailler ne sont pas prêts à fonctionner sur un mode qu'ils n'ont pas connu jusqu'à maintenant.

Les mentalités doivent évoluer car les blocages, les pesanteurs, les réticences surviendront dès qu'un agent, quel qu'il soit, se sentira remis en question dans ses habitudes de travail.

Dans une organisation en pôle, l'ensemble des circuits relationnels se trouve modifié.

L'articulation médecin, cadre de santé, cadre administratif : le problème des délégations.

Il ne va pas être facile, dans un premier temps, au trio médecin, cadre de santé et cadre administratif chargé de la conduite du pôle au quotidien, mais aussi garant du projet du pôle, de travailler et de s'articuler dans le respect du champ des compétences de chacun.

Le médecin va être confronté à la réalité quotidienne de la gestion d'un espace bien plus complexe que ne l'était un service. Il va lui falloir acquérir, et c'est vrai pour l'ensemble des praticiens hospitaliers, des connaissances en gestion des ressources humaines et des connaissances sur un plan économique et financier qu'il n'avait pas.

Le cadre de santé va devoir assumer des responsabilités sur un espace bien plus vaste que celui d'un service, où la transversalité est de règle pour lui comme pour tous ses collègues sur le pôle. La relation partenariale qu'il va devoir entretenir avec le responsable médical va profondément modifier le rôle des directeurs de soins qui peuvent se sentir dépossédés d'une partie de leurs prérogatives qui, naturellement, vont être transférées au pôle.

Le cadre administratif présent au niveau du pôle va rencontrer d'autres problèmes. Ce qui va se faire sur le pôle ne sera plus à faire au niveau de la direction générale. Il faut éviter que la déconcentration de gestion au niveau des pôles, vécue au niveau des directions fonctionnelles comme une perte de pouvoir ne soit un frein. Car il sera toujours tentant d'opposer à une gestion de proximité le renforcement d'un contrôle bureaucratique et tatillon.

En réalité, nous abordons là le problème des délégations. Quels qu'en soient les niveaux, il faut que les directions les mettent réellement en place pour qu'elles soient vraiment exercées dans le cadre d'une gestion de proximité et non pas pour confronter les praticiens hospitaliers à une sorte d'incapacité à faire face et à assumer ce qu'il n'ont pas jusque là appris à faire.

En conclusion

Cette nouvelle organisation en pôle est sujette à beaucoup de réticences : elle nous plonge dans une sorte d'inconnu, elle est vécue comme un dispositif mis en place dans le souci d'accroître la rigueur financière, elle est soupçonnée de remettre en question la politique de secteur, de menacer le pouvoir des uns et des autres. Mais, pour l'avoir expérimentée, l'organisation en pôle, une fois passée la période des réticences et des pesanteurs, ouvre des perspectives de travail en partenariat renforcées entre les praticiens hospitaliers et le personnel soignant non médical. Elle permet de supprimer bien des clivages avec l'administration, facilite la rapidité des prises de décisions et permet d'impliquer dans l'élaboration des projets tous les agents qui y travaillent.

De tels effets ne peuvent se faire sentir que si le trio médecin, cadre administratif et cadre de santé à la tête du pôle parvient à bien s'articuler dans la complémentarité et le respect des domaines de compétences de chacun et à crédibiliser son action, en la situant dans la plus totale transparence, aussi bien au niveau de la gestion du quotidien que comme garant du projet de pôle sans lequel celui-ci restera une coquille vide, simple juxtaposition de secteurs.

Pierre Caillault, Chef de service,
Centre Hospitalier de Saint-Nazaire

Nouvelle gouvernance en psychiatrie ?

Il n'y a pas une réforme, mais plusieurs réformes dont la cohérence doit être signalée :

- mieux garantir l'accès aux soins, tel est l'objectif de la nouvelle planification avec les SROS de troisième génération et les territoires de santé ;
- mieux garantir la qualité des soins avec la certification (« nouvelle version » de l'accréditation) et mieux utiliser les ressources avec la réforme du financement (T2A - tarification à l'activité) qui concernent des objectifs qualitatifs et quantitatifs ;
- mieux organiser les soins et la gestion de l'hôpital, correspond plus spécifiquement à la « nouvelle gouvernance ».

En outre, cette cohérence s'inscrit dans le temps (Lois de 1970, 1991 - ordonnances de 1996).

Si ces réformes n'ont pas été « pensées pour la psychiatrie », il n'en demeure pas moins que la spécificité psychiatrique est portée par des services de psychiatrie « hébergés » dans des établissements spécialisés (EPSM) ou généraux (Centres hospitaliers généraux) et que la réforme s'applique à l'ensemble des établissements de santé.

Une nouvelle gouvernance, pour quoi faire et comment ?

Au-delà de la cohérence globale de la réforme et des objectifs d'amélioration (qualitative et quantitative) de la prise en charge des patients, une appréhension de l'organisation et de la gestion des établissements et des services au plus près du terrain, avec la participation des professionnels, va dans le sens d'une recherche d'efficacité et d'efficience.

L'association des médecins à la gestion de l'établissement n'est pas un objectif nouveau (cf. Loi 31.12.1970), ainsi, d'ailleurs, que la notion de contractualisation interne (cf. ordonnance d'avril 1996). Le conseil exécutif peut être « simplement » le prolongement des « instances ad hoc » réunissant direction et corps médical (bureau de CME). Sa place et ses missions sont officialisées, même si son rôle « décisionnel » reste à définir.

Il importe d'y reconnaître la place nécessaire du directeur des soins et de souhaiter que ce ne soit pas le terrain d'une nouvelle « querelle » de pouvoirs, inutile et improductive entre le corps médical, la direction, les services de soins...

Les principes retenus quant à la composition (nombre des membres, parité et incompatibilités des mandats) ne doivent pas constituer un obstacle à la participation des professionnels. Il convient, à la fois, d'élargir le cercle des personnes intéressées et de ne pas exclure certains acteurs investis (membres du conseil exécutif et membres du conseil d'administration) jusqu'aux membres élus du conseil exécutif, peuvent être adjoints des « *invités* ».

Les pôles d'activité (lesquels concernent tous les secteurs de l'établissement - non seulement les services de soins) et leurs « déclinaisons » (contractualisation - délégation... intéressement) doivent être pensés pour apporter et non pour enlever.

Plusieurs pistes paraissent opportunes pour l'organisation en pôles cliniques, tout en rappelant que la situation est très différente selon l'implantation hospitalière de la psychiatrie (EPSM, « Hôpital Général ») : secteur et regroupement de secteurs, secteur et pathologie, psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, secteur et « approches » intersectorielles, secteur et territoire de santé. Il n'est pas interdit de cumuler (sous forme d'expérimentations) certaines orientations !

Contractualisation et délégation peuvent faire l'objet d'une analyse commune, ou du moins complémentaire.

Les objectifs retenus concernent tant le plan quantitatif que qualitatif (qualité des soins) et la délégation peut couvrir un éventail assez large (de la consultation préalable « obligatoire » à une délégation plus matérielle).

Il ne s'agit pas de transformer médecin et soignant en gestionnaires ; il s'agit plutôt de les « faire peser » davantage dans l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, en visant à plus d'efficacité. « Cette réforme » s'inscrit dans une cohérence globale et son application ne peut passer que par une appropriation de la part des différents acteurs de terrain.

Pour ce faire, il conviendrait d'avoir, des textes, une lecture positive (ce qu'ils permettent) plutôt qu'une lecture restrictive (ce qu'ils interdisent).

Il importe que la psychiatrie trouve pleinement sa place dans une organisation où, affirmant ses spécificités, elle œuvre plus à découvert : « *pour vivre heureux, il n'est pas nécessaire de rester cachés* ».

Jacques François, Directeur,
Centre Hospitalier de Montperrin

Un pôle est égal à un projet.

Avec l'avènement des pôles d'activité médicaux nous sommes sollicités par deux changements à la fois, deux changements qui nous pressent de comprendre rapidement les potentialités qu'ils contiennent avant de faire notre choix : quel pôle pour notre service ?

Le premier changement concerne l'entité territoriale et fonctionnelle de référence : le service, et dans notre cas le secteur.

Le second est celui d'une délégation partielle de la gestion des structures de soin en faveur des structures de soin elles-mêmes.

Tout ceci intervenant dans un contexte affiché - et déjà vécu depuis quelques années - de maîtrise des dépenses de santé ; contexte qui, *a priori*, ne crédibilise pas l'idée qu'il soit possible de croiser logique médicale et logique économique dans une perspective de rationalisation de l'offre de soins visant, en même temps, l'amélioration de sa qualité et la maîtrise de son coût. La perception première est, au contraire, celle d'un divorce entre les deux motivations, comme si l'essor de l'une supposait le déclin de l'autre.

À y réfléchir, on sent bien que même si les menaces sur la qualité de l'offre publique de soins sont réelles, les choses sont plus complexes, moins binaires, et qu'en tout état de cause le service public ne peut pas ne pas s'intéresser à la dimension du coût.

L'attachement aux valeurs du service public hospitalier implique, au contraire, qu'au-delà des personnels administratifs des hôpitaux et des tutelles, les personnels médicaux et soignants s'intéressent de très près aux conséquences budgétaires de l'activité médicale et, d'une façon générale, à la meilleure utilisation possible, en terme d'offre de soins, des moyens mis à la disposition de l'institution. Il s'agit, également, pour eux de peser plus nettement sur les choix stratégiques concernant l'orientation et l'évolution de l'activité médicale.

C'est la raison pour laquelle il nous semble utile - même si cela représente pour les médecins et les soignants que nous sommes une charge supplémentaire - de s'engager dans la dynamique du conseil exécutif et dans la participation à une gestion partiellement décentralisée des services devenus pôles.

Des services devenus pôles. En psychiatrie ce n'est pas une obligation. On peut en rester là (un service égale un pôle) ou bien s'unir à d'autres services.

Bien sûr, la dimension de taille critique mise en avant pour fonder la notion de délégation peut, à l'occasion, être utilisée comme un moyen de pression. Mais il faut bien reconnaître que le potentiel de gestion d'un pôle qui conservera la taille d'un service sera

forcément plus faible que celui d'un pôle constitué de plusieurs services. Par « *potentiel de gestion* » on peut entendre l'importance des moyens du pôle (nombre de structures, moyens humains), et donc la variété des options possibles en termes d'organisation, de recomposition, de création de nouvelles unités, de différenciation de l'offre de soins.

Globalement, on peut imaginer quatre configurations de pôle pour la psychiatrie infanto-juvénile :

1. un secteur de psychiatrie infanto-juvénile égale un pôle,
2. un pôle constitué de plusieurs secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,
3. un pôle rassemblant psychiatrie infanto-juvénile et services « mère - enfant »,
4. un pôle rassemblant psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale.

Que peut-on penser des trois cas de figure qui nous sont actuellement inconnus ?

● De nombreux services de psychiatrie infanto-juvénile ont l'expérience de structures intersectorielles (le plus souvent dans le cadre de l'accueil à temps complet). Il est possible d'accentuer cette collaboration dans le cadre d'un pôle visant, au-delà de l'équipement de base de chaque secteur, la mise en place d'offres de soin spécialisées assumées par l'un des services au bénéfice de tous, telles que : CATTP ou hôpital de jour pour adolescents, unité de diagnostic et de soin pour les enfants autistes ; visant également une disponibilité d'accueil (soirée, fin de semaine), voire la participation à un dispositif de réponse aux urgences qu'une équipe seule ne peut pas envisager.... Il s'agit là d'un cas de figure nouveau mais qui présente une sorte d'extrapolation de la situation que nous vivons déjà dans les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

● Il en va de même, pour ceux qui sont en hôpital général, et qui ont au minimum une expérience de psychiatrie de liaison. On peut, facilement, imaginer l'intérêt d'un pôle mère - enfant : dans l'attente d'un enrichissement mutuel des apports pédiatriques et psychiatriques notamment dans le registre de la prévention et du soin chez les jeunes et très jeunes enfants ; pour réaliser une prise en charge précoce des dysfonctionnements du lien parents - enfants ; pour que les enfants et adolescents présentant des troubles psychiques soient davantage et mieux accueillis dans les services d'hospitalisation pédiatrique ; pour être plus efficaces dans l'accueil et la prise en charge des suicidants...

● Le travail conjoint entre équipes de psychiatrie infanto-juvénile et de psychiatrie générale est plus rare. Ces dernières années les problématiques de l'adolescence ont contribué à rapprocher

certaines équipes, ne serait-ce qu'autour de la prise de conscience de la mauvaise qualité des relais et passages entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie de l'adulte ; ou bien encore de l'intérêt qu'il y aurait à accueillir dans des cadres plus spécifiques les pathologies des grands adolescents et jeunes adultes, principalement dans les services hospitaliers mais, également, en hospitalisation de jour ; de l'intérêt qu'il y aurait à mieux conjuguer les prises en charge des enfants de parents malades mentaux et, plus généralement, de penser davantage ensemble les enjeux et les stratégies de prévention et de soin à l'échelle d'une communauté.

Il paraît évident que les solutions qui voient la psychiatrie infanto-juvénile s'inscrire aux côtés des services mère - enfant ou des services de psychiatrie de l'adulte génèrent, pour les équipes de pédopsychiatrie, un double sentiment : celui de l'intérêt qu'elles comportent (cf. supra) et celui de l'inquiétude qu'elles engendrent quant au devenir de la psychiatrie infanto-juvénile dans ces ensembles.

● Dans le cadre d'un pôle mère-enfant.

- Dans la mesure où la plupart des services qui le composent déploient leur dynamique dans un cadre purement hospitalier qui méconnaît largement l'espace de santé communautaire, même si l'on peut penser qu'à l'avenir cette différence sera relativisée par la création des Réseaux Périnatalité.

- Dans la mesure où la psychiatrie infanto-juvénile et les services MCO ont des logiques financières différentes : la psychiatrie n'étant pas comme les autres référée à la T2A, c'est-à-dire productrice de ses propres recettes.

- Dans la mesure, enfin, où les impératifs de l'hospitalisation pèsent de façon prévalente sur les choix d'affectation des personnels.

● Dans le cadre d'un pôle de psychiatrie pour le coup « général ».

On retrouve la même inquiétude quant aux arbitrages liés à la prévalence des contraintes hospitalières. Le climat de rigueur budgétaire croissante ne peut que confirmer cette inquiétude.

Globalement, en psychiatrie infanto-juvénile, la dimension, la mobilité et l'évolutivité qui caractérisent la psyché de l'enfant et de l'adolescent sont en résonance avec un dispositif très inscrit dans le tissu social, fortement interactif et engagé de façon indissociable dans le champ de la prévention et du soin. Nos outils de travail sont essentiellement ambulatoires et très peu hospitaliers. Les développements souhaités vont dans le sens d'une amplification de l'implantation communautaire (CMP, CATTP, équipes mobiles...) et d'une accentuation des liens avec les structures médico-sociales et sociales (l'Éducation Nationale en particulier). En termes de contribution à un pôle notre expérience du secteur et du travail en réseau est sans doute le meilleur de notre apport.

Il nous semble donc essentiel que cette valence trouve suffisamment sa place dans une dynamique de pôle et qu'au-delà de la notion de taille critique elle pèse d'un poids suffisant.

Par conséquent, à l'écart de tout dogme (un pôle égale un secteur) ou de tout « *antidogme* » (un secteur ne saurait être un pôle), il nous semble important que dans le cadre d'une situation locale toutes les hypothèses soient explorées ; et que les décisions d'alliance ne résultent que d'un véritable engagement mutuel des acteurs. Ceci nécessitant, non pas des découpages *a priori*, mais un travail de maturation qui, dans les conditions favorables, puisse conduire à un projet de pôle qui, de manière principielle et concrète, soit suffisamment garant des objectifs poursuivis par les uns et par les autres. Ce projet de pôle doit être confirmé par un contrat qui reprenne clairement les objectifs et les moyens qui s'y attachent.

Au fond, un pôle étant égal à un projet quelle que soit la configuration retenue.

Gérard Bourcier, Chef de service,
Hôpital Esquirol (Saint-Maurice)

Bernard Durand, Président de la
Fédération d'Aide à la Santé Mentale, Croix Marines

Catherine Isserlis, Chef de service,
Centre Hospitalier de Versailles

Psychiatrie et nouvelle gouvernance.

Nul n'ignore que cette nouvelle gouvernance concerne tous les hôpitaux, mais le débat ne passionne pas les professionnels de la psychiatrie pour qui ces réformes exogènes voire exotiques ont le goût de l'étrange. Rares sont, aujourd'hui, les hôpitaux psychiatriques qui ont élaboré une doctrine et forgé les outils.

Une réforme restructurante

La nouvelle gouvernance repose sur deux principes majeurs : une dotation en fonction de l'activité et une approche médico-économique de la gestion hospitalière qui s'exerce au sein d'une nouvelle entité géographique que l'on nomme le pôle. Tout cela peut sembler en effet très théorique mais, si l'on fait le compte des incidences sur la vie quotidienne des services, on pourra constater que dans quelques années, quand l'ensemble de la réforme aura été mis en place, nous aurons alors changé de culture.

Certes, dans un premier temps, la psychiatrie peut avoir la tentation de se tenir à l'écart puisque la T2A, présentée comme le bras armé de la nouvelle gouvernance ne la concerne pas directement. Il serait cependant illusoire de penser qu'elle restera à l'écart de

ce mode de financement qu'elle a intérêt à bien connaître pour mieux le maîtriser.

La T2A n'est pas une baguette magique mais un outil de pilotage, et, comme tous les outils, il aura la vertu et l'efficacité que l'on voudra bien lui prêter. Les logiques d'aménagement du territoire continueront encore à côtoyer les logiques sanitaires et la tentation restera grande de maintenir en l'état des institutions qui, au fil de l'histoire, ont perdu une grande part de leur pertinence et de leur légitimité. Mais les chiffres sont têtus, et il sera plus difficile de conserver des moyens inappropriés quand les données économiques seront en totale discordance avec l'activité. Certains, c'est vrai, y perdront, mais le plus grand nombre devrait en sortir gagnant, conforté dans sa mission, dans un contexte général où la demande de soin en santé mentale tend à s'accroître. Au risque de paraître provocateur, il nous apparaît que la T2A, dans le contexte actuel est une chance pour la psychiatrie car elle permettra de mieux identifier les besoins et de conforter les établissements les plus dynamiques, mais il faudra s'y préparer.

Préparer la réforme

La nouvelle gouvernance n'est pas seulement une idée mais une démarche de gestion qui traite des problèmes de tous les jours. Elle suppose que soient mis en place de nouveaux outils et que les hommes soient formés à leur usage quotidien. Dans la plupart des cas, les outils restent encore à construire et les hommes à former afin de faciliter l'apparition d'une nouvelle culture où l'approche économique fait partie du quotidien et devient une composante de la démarche de soin. Nous sommes encore loin d'avoir atteint cet objectif puisqu'il n'est pas encore devenu commun et naturel de quantifier les actes de soin et moins encore d'en apprécier le coût et la pertinence économique. Dans une société secouée par les difficultés économiques et la perte des repères sociaux et familiaux, la psychiatrie a un rôle essentiel à jouer et prouver sa pertinence tant en termes économiques que sociaux ne paraît pas insurmontable pour peu cependant que l'on puisse objectiver ces données. La T2A, ce n'est rien d'autre que la possibilité jusque-là illusoire de démontrer sa pertinence et de recevoir en retour des financements à la hauteur de l'activité. Pour nombre d'établissements et de services hospitaliers, c'est une chance à saisir.

De nouveaux rapports entre les hommes

La nouvelle gouvernance a vocation à faciliter les rapports entre les hommes et à donner ainsi une meilleure efficacité à l'organisation hospitalière. Elle prône quelques idées simples, à savoir qu'une décision prise au sein même du service par les utilisateurs a plus de chance d'être pertinente qu'une décision prise « *en haut lieu* » et que, dans un espace où toute décision prend une dimension médico-économique, l'union des deux acteurs principaux, directeur et médecin, est une condition nécessaire à défaut d'être suffisante au bon fonctionnement d'une institution.

Et le secteur dans tout cela ?

La nouvelle gouvernance s'exerce dans un cadre nouveau qui se nomme le pôle. S'il s'agit d'un nouveau concept servant de base à l'organisation hospitalière, le pôle ne se substitue pourtant pas aux services, départements et fédérations qui seront donc amenés à coexister et, dans les services de psychiatrie, l'organisation sectorielle n'est pas remise en cause.

A priori, rien n'empêche une coexistence pacifique entre ces différents concepts et, dans les établissements où la démarche intersectorielle est de pratique courante, il ne saurait y avoir d'obstacle majeur, le pôle fédérant les secteurs et servant ainsi de lieu naturel d'exercice à ces activités. Il en ira tout autrement dans les hôpitaux qui ont conservé une organisation sectorielle de stricte obédience car la tentation sera grande de considérer que chaque secteur constitue un pôle.

Le pôle, c'est aussi le lieu où doit s'affirmer et se développer une approche médico-économique autour d'une équipe regroupant un chef de pôle, un cadre soignant et un cadre administratif, ce qui suppose d'atteindre une taille critique. Les établissements expérimentateurs ont mis en évidence que cette démarche de gestion déconcentrée reste théorique et illusoire si elle s'exprime

au sein d'entités trop exiguës, le seuil minimal se situant aux alentours de 300 personnes. En deçà, en effet, la capacité à gérer c'est à dire à faire des choix en matière économique reste infime et le coût de la gestion de proximité sans aucune mesure avec ce que l'on est en droit d'attendre d'un dispositif qui a vocation à responsabiliser les personnels et maîtriser les dépenses de santé.

Le plus souvent, et sauf exception notoire de départements monosectoriels, le pôle sera donc pluri sectoriel ce qui est parfaitement compatible avec le principe de continuité des soins et la nouvelle gouvernance pourra s'installer sans coup férir.

La nouvelle gouvernance n'apparaît donc pas comme une révolution et, même si elle suppose d'autres modes de gestion, elle s'inscrit dans la continuité du processus évolutif des institutions. On ne saurait, cependant, trop insister sur la nécessaire mobilisation des acteurs et sur l'anticipation de la réforme. Les établissements qui sortiront demain gagnants sont ceux qui auront eu le courage d'anticiper, de préparer et de construire des outils à la hauteur des enjeux. La psychiatrie a son avenir entre ses mains.

Alain Sœur, Directeur,
Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

Le prochain numéro de Pluriels présentera quelques expériences et réactions concernant la mise en place de la nouvelle gouvernance. Tous ces articles seront disponibles sur notre site.

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver
tous les numéros de Pluriels
sur le site :
www.mnasm.com

La lettre
de la Mission Nationale d'Appui à la Santé Mentale

Directeur de la publication :

Gérard Massé

Rédacteur en chef :

Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :

Gérard Bourcier, Chef de service, secteur 94102, Hôpital Esquirol (Saint-Maurice)

Pierre Caillault, Chef de service, secteur Estuaire Côte de Jade,

Centre hospitalier de Saint-Nazaire

Bernard Durand, Président, Fédération d'Aide à la santé mentale, Croix Marines

Carole Festa, Directrice d'hôpital, MNASM

Jacques François, Directeur, Centre hospitalier de Montperrin

Catherine Isserlis, Chef de service, secteur 78106, Centre hospitalier de Versailles

Alain Sœur, Directeur, Centre hospitalier de Mont-de-Marsan

PLURIELS, 5 avenue d'Italie, 75013 Paris

Téléphone 01.53.94.56.90 - télécopie 01.53.94.56.99.

E-mail : mission@mnasm.com