

Des opérations d'investissements pour la psychiatrie : pour quels soins ? où et comment ?

La démarche d'aide à la relance de l'investissement lancée dans le cadre du plan de santé mentale est intéressante et novatrice à plus d'un titre. La MNASM qui a été largement associée à cette démarche dès l'origine, en a fait une première analyse et présente des propositions destinées à conforter l'effet restructurant sur l'offre hospitalière et à préparer les évolutions en cours avec les différents acteurs.

Annoncée dans la circulaire du 20 décembre 2005, la démarche d'élaboration du programme d'investissement, qui constitue un des volets du plan pour la période 2006-2010, est intéressante car les objectifs attendus ont été clairement énoncés. 750 millions d'euros doivent accompagner des opérations d'investissement, répondant au cahier des charges, qui comportent des éléments relatifs aux dispositifs de soins en fonction de la population accueillie et des lieux d'implantation, ainsi qu'à l'état de vétusté du patrimoine existant, notamment.

Les objectifs du cahier des charges qui traduisent ceux qui sont développés dans le plan de santé mentale, sont énoncés dans la circulaire. Ils visent à « *soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie* », notamment en :

- « *accompagnant la relocalisation de l'hospitalisation complète au plus près de la population desservie* », « *une qualité de l'offre de soins et des équipements cohérente avec les objectifs d'évolution assignés à l'organisation des soins en psychiatrie, notamment au plan de l'accessibilité des soins* » ;
- « *améliorant les conditions d'accueil et d'hébergement* » ainsi que « *la qualité et la sécurité des conditions d'exercice des professionnels* ».

Les financements sont importants, ils représentent 750 millions d'euros de soutien à l'investissement constitués par :

- 50 M euros au titre du Fonds de modernisation des établissements de santé (FMESPP) = allocations d'aides en capital ;
- 700 M euros au titre de l'ONDAM hospitalier (allocations d'aides en fonctionnement pour le remboursement de l'emprunt) qui sont attribués pour la période 2006-2010 pour générer 1,5 milliards d'euros d'investissement.

Une partie de l'enveloppe (70%) a été déconcentrée au niveau régional et a été répartie au prorata de la population. Les ARH ont été invitées à élaborer un « PRISM », un plan régional d'investissement en santé mentale. Le montant des aides correspond, en moyenne, à 40% ou 50% du montant des opérations, il est proposé par les ARH au moment de l'élaboration du plan. On rappellera, par ailleurs, que dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », 600 M euros avaient été attribués à 97 opérations d'investissement qui impactaient l'offre de soins en psychiatrie.

→

S O M M A I R E

P1

Des opérations d'investissements pour la psychiatrie : pour quels soins ? où et comment ?
Carole Festa

P6

Le Plan régional d'investissement en santé mentale en Aquitaine
Annie Brandon

P8

L'élaboration du PRISM en Haute-Normandie
Nathalie Viard

P10

Les enjeux de la nouvelle gouvernance. Quatre propositions pour l'organisation des pôles en psychiatrie
Jean-Maurice Lasserre

P11

Quels pôles pour la psychiatrie infanto-juvénile ? (ou comment ne pas perdre le Nord)
Gérard Bourcier

La psychiatrie représentait 10% du total des opérations et 10% des financements ¹.

La méthode

La MNASM, qui a été associée dès la préparation de la circulaire aux travaux de la DHOS et de la MAINH, a contribué à l'élaboration du cahier des charges dans le cadre de l'appel à projets.

Elle a été intégrée au sein d'un comité de pilotage constitué de la DHOS, la MAINH, et de référents régionaux en investissement, chargé d'une part, d'établir l'état des lieux des besoins d'investissement à réaliser, d'autre part, d'élaborer un « *cahier des charges national* » définissant des objectifs prioritaires en matière d'organisation et d'implantation géographique de l'offre de soins ainsi que des conditions architecturales et techniques adaptées sur le plan des conditions d'accueil et d'hébergement comme des conditions d'exercice des professionnels.

Au sein de ce comité (appelé ensuite « *comité national de suivi* »), et riche de l'expérience acquise depuis de nombreuses années sur ces questions, la MNASM a notamment contribué à l'élaboration du cahier des charges en proposant un certain nombre d'items qui lui semblait devoir figurer dans le *cahier des charges*, permettant d'éviter un saupoudrage des moyens et aussi de susciter et/ou de conforter les projets susceptibles de constituer un levier de changements dans l'offre de soins et de renforcer les articulations et partenariats au sein du(des) territoire(s) concernés.

Les régions ont élaboré leur PRISM (Plan régional d'investissement en santé mentale) dans un délai très court de quatre mois (d'octobre à juin 2006). L'administration n'ayant pas été favorable à une répartition en deux temps de l'enveloppe d'aides déterminée, la période d'instruction et d'élaboration régionales a correspondu à la période de finalisation et de validation des SROS de troisième génération.

Le comité national de suivi qui a travaillé à l'élaboration de cette démarche est composé ² de représentants de la MAINH, de la DHOS sous direction financière et sous direction offre de soins et de la MNASM. La richesse des approches techniques peut être soulignée. Chaque membre du comité a été désigné comme rapporteur pour plusieurs régions.

Le comité a travaillé en deux temps : d'abord en auditionnant les régions qui présentaient leurs propositions dans le cadre de l'enve-

loppe des 70% puis en examinant les projets relevant de l'enveloppe nationale.

Les réunions avec les ARH se sont déroulées durant le mois de mars 2006. La méthodologie d'examen des projets par le comité de validation s'est construite peu à peu au fil des réunions. Une place de plus en plus importante a concerné l'examen de la conformité aux orientations de santé publique contenues dans le cahier des charges.

Le travail d'instruction des dossiers transmis a été très court, ce qui n'a pas empêché, durant les séances d'examen des dossiers, d'engager avec les directeurs des ARH (DARH) des discussions intéressantes sur le fond des orientations retenues pour ces PRISM.

Les correspondants santé mentale, s'ils ont été associés pour la plupart aux procédures d'instruction des dossiers, ont été souvent absents de ces réunions avec le comité de validation auxquels étaient présents le DARH et le référent MAINH.

Sur le fond, le travail préalable en Région a été conduit de manière inégale. Dans certaines d'entre elles, l'appel à projets a, au mieux, donné lieu à mettre en oeuvre les SROS 3 en cours d'approbation. L'instruction quasi concomitante des PRIAC a fourni des éclairages aux régions sur les opportunités de création dans le médico-social de réponses d'hébergement pour les patients encore hospitalisés de manière inadéquate. Les projets traduisent alors des choix d'orientations clairs. Dans d'autres régions, la maturation des projets ou leur sélection ont été plus laborieuses.

Force est de constater que les régions dans lesquelles la MNASM est intervenue avaient initié depuis longtemps ce travail, et les projets apparaissent nettement plus en cohérence avec le SROS, dont ils sont clairement un élément de mise en oeuvre, et sont conformes à la politique générale d'organisation des prises en charge figurant dans le plan de santé mentale.

La sélection des projets au titre de la seconde enveloppe a été réalisée sur la base d'une méthode de cotation des projets. Le respect des orientations de santé publique énoncées dans le cahier des charges constituait une condition préalable à l'examen et à la cotation des éléments relatifs à l'économie du projet (« faisabilité », « lisibilité », « équité »). Ainsi, chacun des projets de chaque région a été mis en concurrence avec tous les autres projets.

La synthèse de l'état des lieux du patrimoine demandé à chaque région n'a pu être exploitée de manière significative. On a pu constater que le rééquilibrage inter régional n'a été réalisé que sur la base du taux d'équipement par habitant.

Indépendamment des taux d'équipement et de la répartition des temps médicaux, les indicateurs relatifs à l'analyse de l'offre n'existent pas et l'analyse des besoins étant fondée sur des outils épidémiologiques partiels, l'appréciation des disparités régionales demeurant empirique.

¹ 600 millions / 6 milliards.

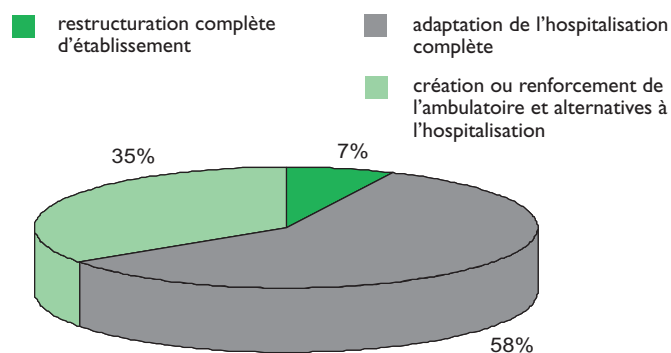
² Composition : Vincent Le Taillandier, Pierre Savin (MAINH) ; Philippe Pinton, Michel Gentile et Frédérique Collombet-Migeon (DHOS sous direction de l'organisation du système de soins) ; Marianne Rigaud et Gérard Astier (DHOS sous direction des affaires financières) ; Carole Festa (MNASM).

Les résultats et leur analyse

Les régions ont retenu, au total, 282 projets de plus d'un milliard d'euros qui correspondent à plus de 525 millions d'euros d'aides. Le comité s'est assuré de la cohérence des projets avec le cahier des charges et a formulé quelques remarques qui n'ont pas toutes été suivies. La majorité des opérations retenues par les régions concernent l'hospitalisation complète (65%), quelques opérations relatives à l'ambulatoire et, notamment, des regroupements de structures ou le développement de réponses pour les adolescents (à peine 35%).

L'enveloppe nationale a retenu 60 projets pour un total de plus de 457 millions d'euros, soit 225 millions d'euros d'aides ; quelques projets concernent la reconstruction complète de gros CHS. Peu de projets ont été écartés, ce qui traduit probablement une difficulté à bâtir en peu de temps des projets structurants.

Au total, les 342 opérations concernent, pour 7% d'entre elles, des projets de restructuration complète, 58% sont des opérations d'humanisation et de réaménagement interne, dont deux projets de MAS, et 34,7% des opérations concernent des projets relatifs à l'ambulatoire ou des alternatives à l'hospitalisation.



Répartition des opérations par catégorie

Le poids financier de chaque catégorie est moins significatif de l'effort de restructuration dans la mesure où le coût des locaux destinés à l'accueil en ambulatoire est moins élevé que ceux destinés à l'hospitalisation.

Les restructurations complètes d'établissement sont peu nombreuses (sur les 24 projets retenus au titre de cette catégorie tous ne sont pas significatifs) **et seul un petit nombre d'entre elles intègre également une relocalisation**, notamment le CHS Navarre en Haute-Normandie, le CH Montbert en région Pays-de-la-Loire, le projet de Franche-Comté, la région Ile-de-France qui achève la relocalisation des lits avec les projets de Maison Blanche, Barthélémy Durand, Moisselles, Ville-Évrard, mais aussi Montauban, Annecy...

Les projets concernant l'adaptation complète sont bien plus nombreux. **La majorité est essentiellement destinée à améliorer la sécurité et le confort hôtelier, d'autres opérations de rénovation ou de construction neuve visent à adapter les prises en charge**, par exemple : unité d'accueil de consultation et d'orientation

à Rouffach, création et aménagement d'une unité d'hospitalisation complète et d'une unité d'hôpital de jour/CATTP pour adolescents à Bayonne, le CHS Vauclaire Montpon à Bergerac Périgueux, transfert de 25 lits d'hospitalisation complète à Saint-Brieuc, CH Saint-Jean-de-Dieu à Dinan, unité d'hospitalisation pour adolescents au Havre, la création d'une unité de 40 lits de psychiatrie au Centre de convalescence de l'Anse Colas structure privée - clinique Saint Paul - à la Martinique, le pôle lillois de Lommelet et l'opération de l'EPSM de Bayeul dans la région Nord-Pas-de-Calais, le transfert d'unités de court séjour de Laragne à Gap et de Thuir à Perpignan, l'opération de construction de 20 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile entre le Vinatier et les HCL, etc. En général, ces opérations traduisent des objectifs définis dans le SROS 2, quelquefois déjà dans le SROS 3.

Les projets concernant des restructurations d'unités de patients hospitalisés au long cours traduisent la difficulté de coordination entre les différents programmes à mettre en œuvre (volet investissement des PRIAC et SROS).

Les opérations concernant l'ambulatoire sont globalement peu nombreuses, il s'agit souvent de réhabilitation de locaux, assez peu de projets de regroupement et de rationalisation des structures sur un territoire donné, l'amélioration des articulations avec les urgences d'un CHG sont peu nombreuses, l'Aquitaine, les Pays-de-la-Loire, Rhône-Alpes par exemple, s'y engagent.

Cet effort financier considérable en direction des établissements prenant en charge la santé mentale, attendu par beaucoup, doit répondre à deux objectifs conjoints : l'amélioration des conditions d'accueil et l'adaptation de l'offre (en favorisant le rapprochement des lits d'hospitalisation complète de la population, des sites d'accueil des urgences, la rationalisation des dispositifs ambulatoires sur un territoire donné, etc.).

Engagée depuis plusieurs années dans l'analyse des dispositifs déployés au sein des différents départements français, la MNASM a élaboré de nombreuses propositions de restructuration dont la plupart trouvent aujourd'hui une traduction totale ou partielle dans les projets présentés.

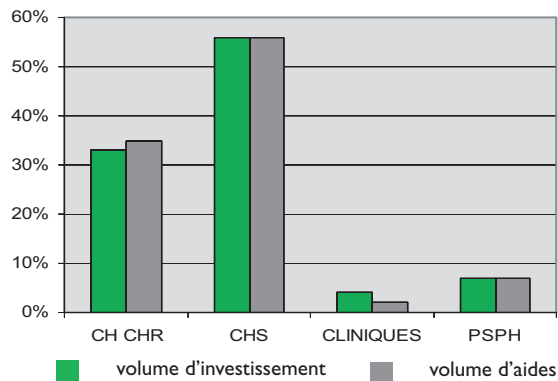
Bien sûr, toutes les opérations d'investissement dans le champ de la santé mentale ne figurent pas dans ce plan qui traduit néanmoins assez précisément la nature et l'ampleur des efforts engagés en la matière. De nombreuses régions ont manifestement utilisé ce plan pour décliner le volet psychiatrique de leur SROS. Pour beaucoup d'opérations, ce sont des projets anciens dont la réalisation peut être rendue effective grâce à ce plan : Aquitaine, Rhône-Alpes, Ile-de-France, Bretagne, Pays-de-la-Loire. Pour d'autres régions, les opérations sont moins lisibles par manque de cohérence dans l'analyse des orientations à privilégier dans les années à venir : Picardie, quelques départements de Champagne-Ardenne, du Limousin, de PACA.

32% des opérations sont portées par des CH ou des CHR, 56% par des CHS, 4% par des cliniques et 8% par des PSPH.

Les opérations concernent principalement les établissements publics, 56% du volume de l'investissement concerne les CHS et aussi 56% des aides.

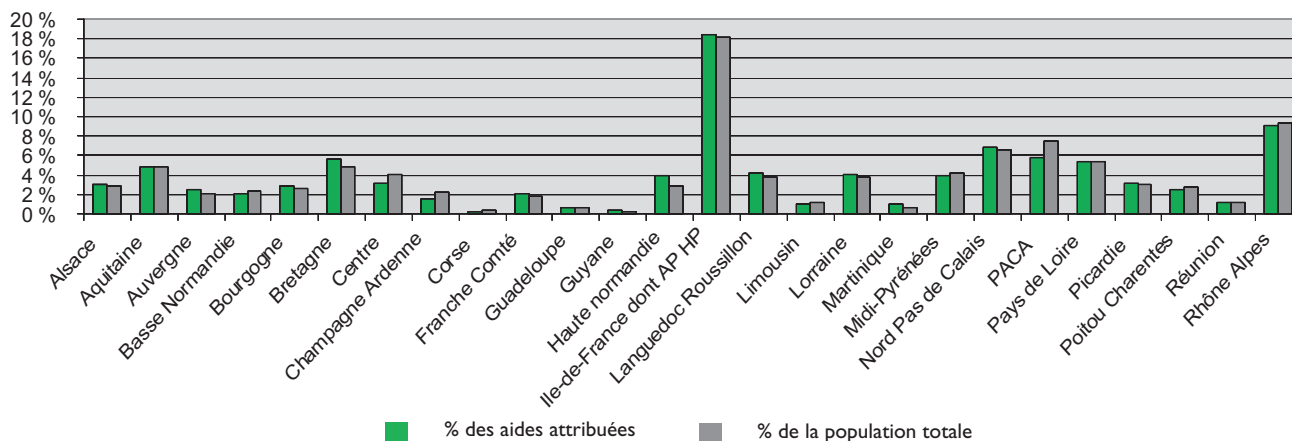
Dans l'état des lieux, réalisé auprès de chaque région, relatif à l'état du patrimoine des établissements assurant une prise en charge en psychiatrie, les établissements de santé spécialisés représentaient 59%, les PSPH 13%, le privé 27%.

La répartition des financements par type d'établissements

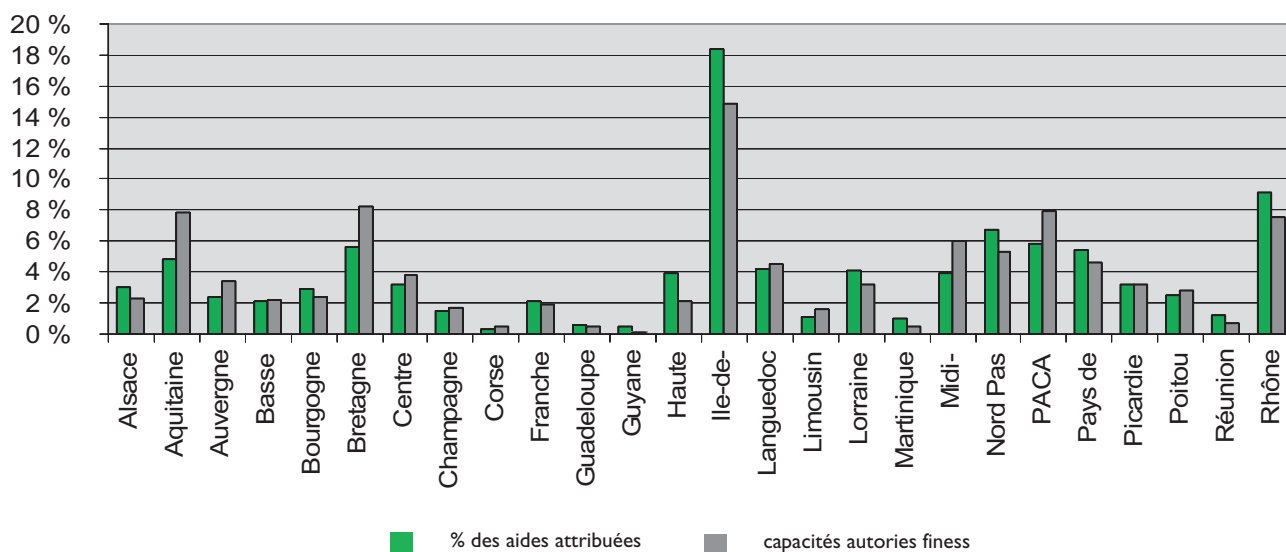


Au total, les régions les plus aidées par rapport à leur dotation de base sont la Bretagne, le Languedoc-Roussillon, la Haute-Normandie, la Martinique et la Guyane. En l'absence d'indicateurs plus performants, on constate néanmoins que, globalement, les efforts financiers ont épousé la répartition de la population :

Répartition des aides en fonction de la part de la population par région



Pourcentage des aides attribuées par région



La mise en œuvre du plan, qu'il s'agisse des opérations retenues au titre de la première ou de la deuxième enveloppe, nous paraît devoir :

Au plan national, s'appuyer sur le comité national de suivi constitué de la DHOS de la MAINH et de la MNASM, pour :

- définir les indicateurs de suivi du plan ;
- effectuer le suivi régulier de la mise en œuvre de ces opérations ;
- assurer l'information, la communication, l'aide auprès des chargés de mission de la MAINH et des référents santé mentale. L'animation de ce réseau pourrait passer par des séminaires ou réunions communs.

Au plan régional, en partenariat avec les régions et à la demande de la DHOS, la MNASM pourrait assurer l'accompagnement dans la mise en œuvre des projets retenus (éclairage technique et/ou soutien aux équipes médicales et soignantes) comme, par exemple, actuellement pour les projets de Franche-Comté, Martinique, Picardie.

La MNASM poursuit bien sûr son soutien aux régions dans lesquelles il est apparu, à l'issue de la procédure, *des difficultés à engager les établissements dans une recomposition de l'offre* de soins mieux adaptée aux besoins et à l'évolution des ressources disponibles.

Des régions ont, en effet, manifestement rencontré des difficultés à trouver des projets arrivés à maturation ; ils visent en général à humaniser et améliorer le confort hôtelier des patients mais ne présentent pas d'aspect innovant dans les prises en charge. Ces régions devraient pouvoir bénéficier d'un soutien particulier pour engager une réflexion sur l'organisation des prises en charges, indépendamment des opérations d'investissement retenues.

La MNASM pourrait également contribuer à *renforcer l'effet levier sur l'offre de soins*. Les opérations d'investissement retenues ont un impact sur l'ensemble du dispositif, d'où l'intérêt de s'appuyer sur ces opérations pour favoriser la poursuite de l'évolution de l'offre sanitaire voire médico-sociale.

Le suivi des projets particulièrement innovants avec les référents régionaux de santé mentale et les équipes hospitalières concernées devrait contribuer à nourrir les réflexions de tous ceux qui sont engagés dans des transformations de l'offre de soins hospitaliers : Navarre, Clermont-Ferrand, Saint-Égrève, Novillars, Montauban, Vinatier/HCL, Pays-de-la-Loire et bien d'autres encore !

La mise en œuvre : du projet médical... au programme

D'excellents ouvrages³ ont abordé les liens entre architecture et psychiatrie qui témoignent de l'importance de la prise en compte du soin en psychiatrie pour réaliser un bâtiment à la hauteur des attentes des patients, de leurs familles et des soignants.

Rappeler les propos tenus par Falret⁴ en 1884 : « *la construction d'un asile d'aliénés doit être moins l'œuvre d'un architecte que la réalisation des principes de la médecine mentale* », c'est rappeler que, depuis longtemps... l'élaboration d'un projet médical est un préalable incontournable au lancement des opérations de travaux.

Les projets présentés dans le cadre de l'appel à projets lancé par le ministère pour affecter les aides à l'investissement ont permis de fixer les moyens. Beaucoup nécessitent encore d'être précisés, les projets médicaux de quelques-uns ne sont pas encore totalement aboutis ou validés à l'échelon du territoire qu'ils vont desservir. Il n'y a probablement pas d'architecture spécifiquement psychia-

trique, pour autant, on ne peut ignorer que les choix architecturaux ont très certainement un impact thérapeutique dans le sens où l'espace et la qualité de l'environnement créé influe sur le patient. Dans un excellent article, Jean-Charles Pascal⁵ a rappelé les principes défendus par Pinel proposant une répartition spatiale des malades en fonction de leur pathologie, contredit par Esquirol, promoteur d'une différenciation par le comportement.

Le partage des expériences entre architecture et psychiatrie a depuis longtemps nourri des projets riches et divers qui traduisent la place accordée, à une période donnée, aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Ce programme d'investissements d'envergure va probablement ouvrir de nouveaux espaces de discussions, d'affrontements et de création.

Les opérations d'investissement d'un hôpital ou d'unités, qu'elles soient hospitalières ou de consultations, sont le fruit d'un compromis entre les contraintes financières et économiques qui influent sur le choix des terrains, des types de construction, des contraintes posées par l'environnement du site d'implantation, des tendances architecturales et, surtout, des spécificités du soin et des prises en charge.

Veiller à adapter les locaux aux projets médical et soignant, aux besoins du patient à tous les stades de la prise en charge ; à adapter les volumes, leur agencement, les circulations en fonction des pratiques de soins, des demandes, des besoins connus des patients et de leur famille, telle est la mission des soignants dans ces projets.

En amont des appels d'offres qui seront lancés, les programmations sont plus ou moins avancées. Le contenu et les méthodes d'élaboration d'un programme restent très libres et peu de références existent en dehors de celle de la pratique du plus grand nombre, et encore celle-ci n'est-elle pas formalisée.

Si la définition du projet médical permettra de décrire, dans le programme, les enjeux du projet, celui-ci devra aussi décrire les besoins des patients (âge, DMS, caractéristiques du comportements à l'égard de lui-même et d'autrui, degré de mobilité et d'autonomie...), les moyens affectés à la structure, la dimension, son fonctionnement, les personnels affectés, pour une mise en musique par l'architecte.

La MNASM va tout prochainement travailler, à la demande du DHOS, avec un groupe de professionnels soignants et médecins déjà impliqués dans des opérations de construction ou de réhabilitation de locaux hospitaliers, à la définition de l'impact des pratiques médicales en psychiatrie sur l'organisation, l'aménagement des différents types d'unités et de locaux, sur les espaces communs, les liens et les circulations à privilégier. Sous la forme de références simples, des professionnels feront partager leurs réflexions nées de leurs expériences, heureuses ou malheureuses, aux médecins et soignants qui vont travailler sur toutes les opérations retenues et nourriront le travail des ingénieurs, des architectes comme des responsables de conduites d'opération.

Carole Festa,
directrice d'hôpital, MNASM

³ Notamment *Architecture et psychiatrie*, sous la dir. de Viviane Kovess-Masfáty [et al.], Paris, Éd. Le Moniteur, 2004. 198 p.

⁴ D. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, Baillière.

⁵ Jean-Charles Pascal, « Architecture et théorie des soins en psychiatrie », in *Architecture et psychiatrie*, sous la dir. de Viviane Kovess-Masfáty [et al.], Paris, Éd. Le Moniteur, 2004.

Le Plan régional d'investissement en santé mentale en Aquitaine.

Le contexte

En Aquitaine, 36 établissements développent une activité, à titre exclusif ou non, dans le domaine de la psychiatrie.

Même si des aides significatives leur ont déjà été accordées (6 millions d'euros dont 1.886.240 euros pour le renforcement de la sécurité), le PRISM permet d'aller plus loin en matière d'adaptation, de modernisation, de qualité et de sécurité encore attendue par les usagers, leur entourage et les personnels.

Ce volet spécifique apporte 36,3 M d'euros d'aide nationale qui nous permettent de réaliser 80 M d'euros d'investissement.

Une sélection des opérations, effectuée en trois temps :

● Premier temps : affichage des principes de sélection.

Critères nationaux :

- La mise en œuvre d'orientations prioritaires de santé publique :
 - adaptation de l'hospitalisation complète ;
 - création et renforcement de dispositifs ambulatoire et d'alternatives à l'hospitalisation ;
 - amélioration de la réponse à la crise et l'urgence ;
 - rattrapage du retard de la pédopsychiatrie.
- L'amélioration des conditions de prise en charge :
 - accessibilité du site ;
 - adaptation des lieux aux personnes handicapées ;
 - confort des patients ;
 - sécurité pour les patients et les personnels.

Critères régionaux complémentaires :

- Les opérations favorisant la complémentarité ou la mutualisation de ressources au sein des établissements et entre établissements, notamment sur les questions liées à l'urgence et en lien avec le secteur médico-social.
- Les opérations structurantes, en priorité :
 - opérations de reconversion des modes de prises en charge (en conformité avec le SROS) ;
 - opérations s'accompagnant d'adaptation des sites et du nombre de lieux d'hospitalisation.
- Les opérations liées à la mise en œuvre des plans sécuritaires.
- Les opérations débutant rapidement et celles qui seront achevées au 31 décembre 2010.
- L'existence et la qualité du projet d'établissement.

● Deuxième temps : réalisation d'un état des lieux exhaustif, suivi d'un recensement des projets.

L'état des lieux et le recensement ont été dressés selon les indications de la circulaire DHOS/O2/F2/n°2005-565 du 20 décembre 2005 relative à la mise en œuvre du volet investissement du plan psychiatrie et santé mentale.

La production de l'état des lieux a donné lieu à un travail important pour assurer la fiabilité et tendre à l'exhaustivité des données.

Il faut signaler que la participation du chargé de mission « investissements » de l'ARH au groupe de travail national préalable à la rédaction de la circulaire a permis de préparer efficacement cette procédure en sensibilisant les établissements d'Aquitaine sur la démarche à venir. De plus, mobilisés par le constat d'un retard important en termes d'investissement, les responsables des établissements étaient sensibilisés aux questions de sécurité et d'adaptation des locaux ; ils ont répondu à l'appel à projets de façon très réactive. Le recensement a été opéré par les DDASS, qui ont proposé un classement prioritaire des opérations en appliquant les principes énoncés ci-dessus préalablement à la concertation et aux arbitrages.

Il s'agissait dès lors, dans un délai court, de porter une appréciation sur une trentaine de projets recensés, à des stades d'avancement divers. La simultanéité de cette démarche avec les plans d'aide du champ médico-social a permis, par l'intermédiaire de l'Ingénieur régional de l'équipement de la DRASS, d'utiliser une même méthode d'analyse technique et d'assurer une cohérence dans l'approche économique des opérations relevant des deux champs :

- Appréciation du dimensionnement, au regard des expériences connues.
- Appréciation des coûts :
 - coût des travaux au m², à la lumière des informations régionales et de l'observatoire des coûts de la MAINH ;
 - coût d'opération, en intégrant les autres dépenses de manière forfaitaire, sur la base des ratios connus ;
 - coût de « fin d'opération », en extrapolant le montant au moyen de l'index BT01 (env. 3% par an).
- Appréciation du planning en considérant les moyens de l'établissement, éventuellement ses autres chantiers, notamment dans le champ médico-social.
- Appréciation de la qualité intrinsèque du projet (accessibilité, ergonomie et adaptabilité des espaces de vie) ; il n'a pas été possible d'utiliser la méthode d'évaluation retenue par la CNSA pour la qualité d'usage (grille d'évaluation), publiée plus tardivement.

Comme le préconisait la circulaire, une attention particulière a été portée aux engagements financiers des établissements eux-mêmes, notamment leur aptitude à mobiliser les moyens complémentaires aux aides sollicitées. Agissant à la fois sur l'investissement et le fonctionnement, le PRISM joue un rôle de levier mais n'a pas vocation à financer l'intégralité du projet.

Les simulations de coûts d'exploitation ont été facilitées par l'existence d'une méthodologie régionale bien rôdée permettant de calculer les surcoûts prévisionnels de titre 4 sur la base d'hypothèses homogènes (durées d'amortissement, frais financiers moyens...).

Ces analyses ont permis de signaler certaines incohérences, qui ont fait l'objet d'échanges avec les établissements (cf. infra).

● Troisième temps : la concertation et l'arbitrage

Le projet du PRISM et sa déclinaison se sont naturellement inscrits dans la démarche de concertation engagée en Aquitaine dans le cadre des travaux préparatoires du volet santé mentale du SROS 3, travaux qui ont favorisé les relations entre professionnels, usagers et décideurs. Les projets ont été regardés avec un souci de cohérence avec le PRIAC afin d'éviter les redondances et de rechercher les synergies en terme, par exemple, de localisation ou de complémentarité.

Les fédérations hospitalières, publique, privée et participant au service public hospitalier, ont été informées des conditions d'élaboration du plan ainsi que les représentants de l'ADESM, des conférences régionales des présidents de CME et des directeurs des établissements comportant des services de psychiatrie.

Les échanges menés avec les DDASS et les chefs de projet du volet santé mentale ont permis de préciser, d'argumenter et d'infléchir les choix et les priorités.

La consultation directe de la plupart des établissements par la chargée de mission ARH et l'Ingénieur régional de l'équipement a permis de préciser les demandes initiales ; les débats ont porté sur l'adéquation des projets aux principes énoncés, leur faisabilité technique dans les délais annoncés et la pertinence des montages financiers.

Finalement, les opérations ont été classées en deux listes. La première répertoriant les projets prioritaires de la région répondant aux critères indiqués, la seconde présentant les opérations considérées, en raison de leur spécificité ou de leur importance, comme pouvant être retenues par la sélection nationale en fonction des critères spécifiques nationaux.

Les propositions du plan ont été soumises et ont recueilli l'avis favorable de la commission exécutive les 7 mars et 16 mai 2006.

● Le plan définitif

Après avoir été validé au niveau national, le PRISM de la région Aquitaine est ainsi arrêté :

- Centre Hospitalier de Vauclaire à Montpon-Ménesterol (24) :
 - délocalisation de l'unité d'alcoologie et d'addictologie sur le site du Centre hospitalier de Périgueux, avec construction d'un pavillon de 20 lits et 5 places de psychiatrie adultes ;
 - relocalisation de 61 lits et de 7 lits d'hospitalisation d'adolescents sur le site de Bergerac.
- Fondation John Bost à La Force (24) :
 - extension, humanisation et modernisation d'un pavillon d'hospitalisation.
- Centre hospitalier de Périgueux (24) :
 - restructuration de la psychiatrie adultes, tranche 2, extension et réhabilitation des bâtiments existants.
- Centre hospitalier de Sarlat (24) :
 - construction d'un nouveau bâtiment regroupant les activités d'hospitalisation complète et les activités du CMP à proximité des urgences du centre hospitalier.
- Centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux (33) :
 - construction d'un pôle d'admission « Bordeaux Santé Mentale » (90 lits d'hospitalisation complète) ;

- construction d'une unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie de 20 lits ;
- restructuration d'un bâtiment d'accueil de 20 lits (soins universitaires).
- UGECAM à Bruges (33) :
 - restructuration du centre de réadaptation psychosociale (construction de 20 lits et aménagement des ateliers professionnels).
- Centre hospitalier de Cadillac (33) :
 - restructuration d'une unité d'hospitalisation d'accueil limité à 8 jours (20 chambres individuelles de type « sécurisées »).
- Centre psychothérapeutique « Les Platanes » à Eysines (33) :
 - construction d'un bâtiment réservé à l'accueil des enfants autistes.
- Centre hospitalier de Libourne (33) :
 - restructuration d'un pavillon d'accueil d'hospitalisation sous contrainte.
- Clinique Jean Sarrailh à Aire-sur-Adour (40) :
 - construction de 10 lits d'unité post-aiguë et de consultations (HJ et CATTP) (pour adolescents).
- Centre hospitalier d'Agen (47) :
 - construction d'une unité d'hospitalisation de 30 lits à proximité du Centre Hospitalier.
- Centre hospitalier de la Candélie à Agen (47) :
 - construction d'un CMP-CATTP à Fumel ;
 - création d'une unité d'hospitalisation pour adolescents (10 lits) ;
 - création d'une unité d'addictologie ;
 - regroupement sur un site unique à réhabiliter des activités de jour et CMP à Marmande.
- Centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne (64) :
 - création et aménagement d'une unité d'hospitalisation complète et d'une unité d'hospitalisation de jour /CATTP pour adolescents ;
 - regroupement de structures ambulatoires et acquisition de locaux pour installer 2 CMP-CATTP.
- Centre hospitalier des Pyrénées à Pau (64) :
 - construction d'une unité de soins aigus sécurisée (ESA2) de 20 lits ;
 - construction d'un CMP et CATTP ;
 - construction, après regroupement, de structures d'hébergement ;
 - construction d'une unité pour patients chroniques.

● Un suivi régional attentif

Comme pour toutes les opérations d'investissement aidées financièrement, l'Agence régionale de l'hospitalisation assurera un suivi de ces projets avec une attention particulière portée à la modernisation des structures et aux organisations mises en place.

Par ailleurs, au regard des futurs textes concernant la modernisation du contrôle des investissements hospitaliers, la cohérence interne et externe des opérations, leurs principes d'organisation et leur effet sur les indicateurs de gestion des établissements (retour sur investissement) seront suivis attentivement. La Commission régionale en santé mentale pourra être sollicitée.

Annie Brandon

Chargée de mission MAINH, ARH Aquitaine

L'élaboration du PRISM en Haute-Normandie.

La déclinaison régionale de la priorité du plan de santé mentale visant à moderniser les établissements exerçant une activité de psychiatrie sur la période 2006-2010 constitue un enjeu majeur de politique sanitaire vis-à-vis de tous les acteurs : les personnes souffrant de troubles psychiatriques et leurs familles, les responsables et les personnels des établissements et élus, unanimement préoccupés par les difficultés de la région.

Le projet de programme d'investissement en santé mentale en Haute-Normandie a été piloté, sous l'égide du directeur de l'ARH, par Monsieur Laurent Baus, chargé de mission à l'ARH, en lien avec Madame Nathalie Viard, chef de projet santé mentale.

La mission a consisté, à partir de l'état des lieux à l'issue du SROS 2, à formuler des propositions de restructuration du patrimoine hospitalier de psychiatrie conformément aux objectifs prioritaires du SROS 3, en concertation avec les différents acteurs concernés.

Début novembre 2005, la démarche du PRISM a été présentée aux établissements ayant une activité de psychiatrie à l'occasion d'une réunion animée par Monsieur le directeur de l'ARH relative au bilan de l'utilisation des crédits du plan santé mentale 2005 et aux articulations entre le SROS3, le PRSP et les schémas départementaux de compensation du handicap.

En janvier 2006, conformément à la circulaire ministérielle indiquant notamment le montant de la première partie de l'enveloppe par région (70 %), un appel à projets a été lancé auprès des dix établissements de santé ayant une activité de psychiatrie dans la région. Ces derniers ont complété un document type indiquant la description de l'opération d'investissement envisagée, les caractéristiques du projet, l'état du projet et le déroulement du projet avec les éléments financiers.

Ces projets ont été examinés par l'ARH, en collaboration avec les DDASS de l'Eure et de la Seine-Maritime et le correspondant régional du plan santé mentale, sur la base de plusieurs critères. En effet, pour élaborer son plan régional, l'ARH a fait le choix de privilégier des opérations concernant l'ensemble du territoire régional et réalisables rapidement.

Les opérations devaient répondre aux problématiques posées dans l'état des lieux régional :

- des taux d'équipements inférieurs aux moyennes nationales d'où la nécessité d'augmenter les capacités d'accueil pour favoriser l'accessibilité aux soins ;
- un sous-effectif médical et paramédical, d'où l'objectif de proposer des projets permettant de rendre plus attractif l'exercice dans la région ;
- des difficultés récurrentes en matière de réponse à la crise et à l'urgence et un manque de structures adaptées pour certaines populations ou certaines prises en charge, d'où la volonté de proposer des projets permettant de diversifier l'offre de soins ;

- une trop lente « humanisation » des services d'hospitalisation à temps complet, faute d'un soutien possible de l'investissement insuffisant ; des unités d'hospitalisation ne respectent plus les conditions de sécurité et de dignité : CH Navarre, CH de Dieppe, GHH et CH du Rouvray ; des structures ambulatoires sont inadaptées : CMP / CATTP Gisors, CMP/CATTP du Havre.

Elles devaient s'inscrire dans un projet médical conforme aux orientations du Plan santé mentale, et déclinées dans le SROS 3 à partir de l'état des lieux régional.

À la suite d'échanges avec les établissements de santé et la mission nationale d'appui en santé mentale, neuf projets ont été retenus. Afin d'éviter le saupoudrage, le choix s'est porté sur des projets structurants et de mise aux normes des établissements.

Le PRISM de Haute-Normandie intègre donc trois types d'opérations correspondant à neuf projets qui contribuent à la mise en œuvre des priorités du SROS III :

- *la reconstruction/modernisation de structure d'hospitalisation complète* : la reconstruction d'un établissement de santé de psychiatrie à proximité du centre hospitalier général le plus important du département de l'Eure, la reconstruction d'unités de psychiatrie dans un établissement de santé général gérant trois secteurs de psychiatrie, ainsi que la rénovation d'unités d'hospitalisation ont été retenues ;
- *l'amélioration des prises en charge des adolescents* : cela concerne la création d'une unité d'hospitalisation et de deux CATTP dans deux territoires de santé ne bénéficiant d'aucune modalité de prise en charge des adolescents ;
- *un meilleur accès aux soins tant intra-muros qu'en ville* : il s'agit de la construction d'une unité d'accueil et d'orientation au sein d'un CHS, de la construction et du regroupement des structures ambulatoires et alternatives dans l'Eure, et de la construction d'un CMP/CATTP par un centre hospitalier gérant deux secteurs de psychiatrie.

Les neuf opérations ont été classées sur les deux listes en fonction de leur caractère restructurant, de l'urgence des travaux ou de l'état d'avancement des dossiers.

La rédaction du PRISM a intégré un rappel des principaux éléments de l'état des lieux régional de l'offre de soins en psychiatrie, des grandes orientations du SROS3 et, pour chaque opération, une description du projet, de sa cohérence avec le SROS3, avec le cahier des charges national.

Le 9 mars 2006, le directeur de l'ARH, en présence du chargé de mission investissements et du correspondant régional du plan santé mentale, a présenté le PRISM à la DHOS, la MAINH et la MNASM.

Le 22 mars 2006, le document a également été présenté et discuté lors de la commission régionale de concertation en santé mentale. Cette commission constituera le principal lieu d'échanges avec les établissements de santé, les élus et les usagers sur le suivi du PRISM. Au total, ce programme représente plus de 35 000 m² de construction et plus de 500 lits et places restructurés ou reconstruits. Ce sont 87.1 millions d'euros d'investissement prioritaires qui seront accom-

pagnés par l'ARH à hauteur de 33.05 millions d'euros (soit 5.5% du plan national et plus de 4% de son accompagnement). Il s'agit donc d'un effort majeur pour la psychiatrie dans la région pour améliorer l'offre de soins en proposant demain des conditions d'accueil et d'hospitalisation moderne et de qualité.

Nathalie Viard

Référente santé mentale, ARH Haute Normandie

L'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie.

PSN – Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences – Numéro spécial juin 2006, Doin Éditeur.

Ce numéro, après un rappel du contexte légal et obligatoire de l'EPP en psychiatrie comme dans toutes les disciplines médicales, présente les rapports entre EPP et connaissances scientifiques, donne les perspectives de l'HAS et les réponses de quelques professionnels sur ce sujet, présente des approches concrètes appliquées à la psychiatrie et porte, à titre de comparaison, un regard sur le déroulement de l'EPP en médecine générale.

Le décret du 14 avril 2005 définit l'EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) comme « l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclus la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration de la pratique ».

Cela implique que des références et recommandations de bonnes pratiques existent, qu'il soit possible pour chaque praticien, libéral ou hospitalier, de mesurer l'écart entre sa pratique et la pratique de référence, puis d'ajuster sa pratique en fonction des écarts constatés, cela pour une amélioration des soins délivrés.

B. Falissard montre les difficultés existant pour transformer ce qui convient de rationalité au champ de l'expérience et de la recherche, en outils adaptables au quotidien de chaque praticien, toujours confronté à des réalités entrecroisées l'éloignant parfois considérablement des conditions expérimentales. Il souligne que ce qui a une valeur statistique n'a qu'une valeur statistique. Pour ne pas se laisser aller à la tentation d'un rejet en bloc des approches scientifiques dans la détermination des bonnes pratiques médicales, il recommande de maintenir le contact avec l'avancement des connaissances scientifiques en confrontant ses points de vues avec ceux des collègues.

A. Coulomb, directeur à la Haute autorité de santé (HAS) dans un débat avec M.-C. Hardy-Bayle, J.-C. Pascal, et J.-M. Chabot, membre de la HAS, pointe les difficultés évidentes rencontrées en raison de la variabilité géographique et démographique des conditions d'exercice. Ce débat souligne l'attente forte de la HAS pour éclaircir le flou des pratiques de façon à offrir plus de lisibilité du dispositif de soins, à la fois pour les usagers et les payeurs.

Les professionnels de la psychiatrie relèvent les risques de réduction des pratiques à une normalisation au détriment de valeurs éthiques. Ils demandent de rester vigilant à l'égard des dérives possibles vers des formalismes stérilisants et bureaucratiques. Les praticiens devant être accompagnés dans la démarche d'EPP, une mise en garde est faite pour ne pas faire d'amalgame entre EPP et FMC (Formation Médicale Continue).

Les débatteurs sont d'accord pour convenir que les recommandations et référentiels nécessaires à l'EPP ne peuvent être issues que d'un travail des professionnels de terrain.

J.-C. Pascal réaffirme que le souci de la qualité est très largement partagé en psychiatrie. L'ensemble des médecins souhaite donner des soins avec le meilleur rapport bénéfice thérapeutique/risque mais aussi le plus confortable pour le patient et, à qualité égale, peut-être le moins coûteux pour la collectivité. M.-C. Hardy-Bayle apporte le concept de « références utiles », enjeu du projet de Prat Psy, inspiré de la pratique quotidienne des psychiatres. Elle rappelle que la clinique ne se sépare pas de la thérapeutique et que le but reste l'amélioration de l'état de la personne soignée. Elle déroule ensuite, à titre d'exemple, les modalités concrètes d'EPP du dispositif Prat Psy.

JL. Baldazzini, responsable de FORMEP'S, organisme de formation, décrit les objectifs et méthodes utilisés dans les établissements psychiatriques en relation avec la démarche de certification. Il insiste sur la valeur ajoutée par un accompagnement partenarial, facteur clé de la réussite de l'EPP.

Trois médecins généralistes, F. Raineri, P. Arnould, J.-L. Gallais, nous apportent leurs expériences issues de la mise en place de « groupes de pairs » dans le cadre de la Société Française de Médecine Générale.

En conclusion, ce numéro sur l'EPP nous permet de comprendre d'une part les attentes de la HAS et la nécessité de voir les praticiens s'approprier le dispositif d'EPP et créer les référentiels et recommandations nécessaires.

Gaëtan Wagenaar

DIM, C.H. Barthélémy Durand (Étampes)

Les enjeux de la nouvelle gouvernance.

(suite du n°58 de Pluriels)

Quatre propositions pour l'organisation des pôles en psychiatrie.

Depuis plusieurs années, la psychiatrie publique s'est marginalisée des disciplines MCO ; pas d'avis locaux pour la nomination des PH, pas de PMSI, pas de T2A... pas de pôle.

Cette stratégie s'est révélée contre-productive car elle n'a pas permis à la psychiatrie de préserver ses moyens - ne pouvant justifier la pertinence de leur utilisation - creusant ainsi l'écart avec les disciplines des hôpitaux généraux.

La nouvelle gouvernance peut être une opportunité à saisir pour repositionner la psychiatrie en tant que service clinique porteur parmi les autres activités de santé publique, si les professionnels concernés veulent bien se mobiliser ensemble.

La réflexion sur les pôles en psychiatrie a été, certes, mal engagée ; les pouvoirs publics, cédant à la pression corporatiste, ont admis d'emblée la possibilité pour un secteur de constituer un pôle ; dès lors, les positions institutionnelles se sont figées avec la conférence des présidents de CME de CHS pour qui un pôle = un secteur, et l'ADEMS signalant l'absence d'intérêt économique d'une telle posture.

Le risque que le statu-quo - et l'immobilisme - l'emportent est réel, aussi conviendrait-il de reprendre en commun la réflexion après relecture du dispositif légal et sur la base de quelques principes partagés.

La relecture de l'ordonnance sur la gestion interne de l'hôpital nous permet de noter que le texte précise « en psychiatrie, un secteur *peut* être un pôle » et non *doit*.

Ceci devrait nous conduire à éviter toute position extrême et à prendre en considération les situations au cas par cas ; il se peut en effet qu'un secteur, qui couvre un territoire homogène et étendu avec une population importante, puisse, en effet, être identifié comme un pôle, mais ceci ne peut constituer une règle généralisable.

Si chacun souhaite se donner comme objectif l'amélioration du service rendu, il y a intérêt à ce que les associations représentatives, les présidents de CME, et les chefs d'établissement de psychiatrie adoptent des principes partagés qui pourraient se décliner au niveau de chaque établissement selon leur configuration.

Je souhaite, pour ma part, contribuer à cette démarche en présentant quatre propositions pour l'organisation des pôles en psychiatrie :

1. Confirmer la logique du territoire (c'est-à-dire du secteur) comme démarche thérapeutique pour la prise en charge psychiatrique

Le secteur organise le suivi psychiatrique au plus près de la population, avec le CMP pivot du dispositif jusqu'à l'hospitalisation complète. Le territoire constitue la base de l'organisation, avec des prises en charge graduées assurant le suivi, la prévention, les soins aigus en hospitalisation, la réinsertion...

Tout découpage transversal remettrait en cause ce principe, aussi convient-il d'organiser les pôles dans une logique de territoire qui pourrait associer deux ou trois secteurs sur un même bassin de santé, avec éventuellement le secteur infanto-juvénile. Cette évolution pourrait conduire à un redécoupage territorial que le conseil exécutif aurait la charge de piloter en liaison avec les acteurs de terrains.

2. Améliorer le dispositif du secteur en corrigeant ses faiblesses

Si la très grande majorité du corps médical et des directeurs d'hôpital affirme la pertinence du secteur pour la prise en charge psychiatrique, on ne peut se voiler la face et ignorer certaines difficultés liées à son fonctionnement :

- manque de lisibilité pour la population et les partenaires, notamment en secteur urbain ;
- taille souvent insuffisante pour assurer la continuité médicale, notamment en hospitalisation complète.

Ceci ne remet nullement en cause l'organisation des activités intersectorielles qui peuvent être rattachées à un secteur.

3. Pas de délégation de gestion sans pôle

Un des objectifs majeurs de la réforme est de rapprocher la gestion au plus près des utilisateurs, confiée à un chef de pôle (médecin), assisté par un soignant (cadre) et un administratif (directeur-adjoint). Cette évolution positive ne peut être mise en œuvre que si la structure présente une taille critique suffisante (minimum 100 agents, couvrant une population minimum de 100.000 habitants).

4. Prendre le temps nécessaire

Les hôpitaux généraux ont mis plusieurs années pour constituer les pôles, la psychiatrie ne peut pas penser une nouvelle organisation en quelques mois ; sur la base des propositions de la communauté hospitalière, des projets des professionnels de terrains qui devront « asseoir le pôle sur une communauté de pratiques »¹. Compte tenu d'une solide formation en commun et du désir de « construire » ensemble, il faudra prendre le temps du SROS 3 pour que chaque hôpital puisse présenter son projet d'établissement 2011-2015 organisé en pôle ; une plus brève échéance est irréalisable, une plus longue, n'aurait pas d'autres sens que d'enterrer la réforme². Ainsi, la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance peut être une chance de dynamiser la psychiatrie publique et d'améliorer l'organisation des soins :

- en confortant la logique territoriale du secteur pour une meilleure prise en charge thérapeutique ;
- en améliorant son organisation en terme de lisibilité et de fonctionnement ;
- en mettant en place une gestion médico-économique au plus près des utilisateurs.

Un nouveau train porteur d'amélioration est sur le départ ; la réforme pour sa mise en œuvre réclame une large adhésion des professionnels qui la feront vivre. Je souhaite, pour les patients et le personnel

de nos établissements, que la psychiatrie ne reste pas, une fois encore, sur le quai.

Jean-Maurice Lasserre
Directeur du CHS de la Savoie

¹ Sophie Baron-Larorêt, PH, Hôpital Esquirol (St Maurice), *Pluriels*, n°58, mai 2006.

² Cette échéance correspond d'ailleurs à celle prévue pour la psychiatrie s'agissant des chefs de service qui continueront à être nommés par le ministre jusqu'au 3 mai 2010 (article 7 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005).

Quels pôles pour la psychiatrie infanto-juvénile ? (ou comment ne pas perdre le Nord).

Cinquième Journée des psychiatres publics d'enfants et d'adolescents d'Ile-de-France organisée en collaboration avec l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France et la Mairie de Paris, 28 avril 2006, Hôtel de Ville.

La large introduction de Monsieur Ritter - directeur de l'ARHIF - a remarquablement planté le décor de notre interrogation. Comme l'a rappelé après lui Madame Apert, sous-directrice à la DHOS, la question des pôles survient dans le cadre de plusieurs réformes rassemblées sous la bannière du Plan hôpital 2007 : refonte de la planification (territoires de santé - objectifs quantifiés), nouvelles modalités de financement (EPRD, T2A, future VEAP), relance de l'investissement, et enfin donc restructuration interne de l'hôpital avec la création du conseil exécutif et l'organisation en pôles.

Par ailleurs, D. Tonneau, professeur en gestion à l'École des Mines, nous a très utilement rendus attentifs à la notion de pôle en dehors du domaine de la santé publique : c'est en effet une notion très usitée depuis quelques dizaines d'années dans les domaines de l'industrie et, plus généralement, de la planification territoriale et il était bien entendu très instructif d'en percevoir les significations et les invariants au-delà de la diversité des champs d'application.

Participaient à cette journée de nombreux pédopsychiatres franciliens, quelques somaticiens, mais aussi des membres des équipes soignantes (cadres de santé notamment), et quelques directeurs d'établissements hospitaliers. Les représentants de ces différents professionnels se sont efforcés de problématiser la notion de pôles, d'en dégager les enjeux et d'en supposer les conséquences. Pour y contribuer également, un certain nombre de collègues nous ont livré les fruits des démarches en cours dans leurs établissements.

Notre réflexion a eu lieu à un moment où les données budgétaires s'avéraient particulièrement alarmantes, ce qui n'a pas été sans influence sur la nature des interrogations formulées au sujet de la nouvelle gouvernance : en effet, si celle-ci fonde ses principes sur la poursuite - idéalement convergente - de deux objectifs, maîtrise des dépenses de santé et optimisation de l'offre de soins, il est clair que le contexte budgétaire actuel semble plutôt soutenir la prévalence du premier de ces objectifs.

Que ressort-il de tous ces échanges alors que les choix d'organisation en pôles sont l'actualité brûlante de cette rentrée ? Indiscutablement beaucoup d'inquiétudes, mais aussi des espérances et, en tout état de cause, la recherche de repères pour élaborer nos choix.

1) Le « secteur » est-il compatible avec le pôle ? (voir : le « secteur » est-il menacé par le pôle ?)

Plusieurs intervenants ont insisté sur le caractère fortement hospitalier du pôle alors que la communauté est depuis longtemps le « pôle organisateur » de la psychiatrie publique. Mais au-delà même de la psychiatrie, il apparaît que nombre de spécialités (pédiatrie, gynécologie-obstétrique notamment) déploient leur activité dans le cadre de réseaux extra-hospitaliers de plus en plus investis (la situation des Yvelines est particulièrement éclairante à ce sujet). De ce point de vue, on a pu entendre que l'entrée dans les pôles pouvait prendre l'allure d'un retour aux murs de l'hôpital, d'un recul par rapport aux réseaux. Ou bien encore, dans le même ordre d'idées : « *Les pôles ont-ils vraiment été pensés pour la psychiatrie ?* ».

Si le secteur est apparu menacé par la mise en place des pôles, les défauts du secteur ont néanmoins été évoqués : mélange des pathologies, failles dans l'offre de soin, défaut de prise en charge somatique... De sorte qu'on a pu dire aussi que le pôle pouvait être une occasion de repenser le secteur, d'en garder l'esprit mais d'en augmenter les possibilités, en particulier sur la base de l'intersectorialité, de l'enrichissement et de la diversification de l'offre de soin qu'elle peut générer.

La situation particulière de la psychiatrie a été soulignée au plan des risques qu'elle encourt dans cette période de mutation :

- risque de ne pas être prioritaire dans des ensembles plus vastes aux côtés d'autres spécialités médicales ;
- risque de financement insuffisant lié à l'inexistence d'une saisie de l'activité propre à la psychiatrie alors que la T2A monte en puissance pour le MCO, démontrant combien l'allocation budgétaire est de plus en plus étroitement liée au relevé exhaustif de l'activité quasiment en temps réel ;

- et plus particulièrement, pour la psychiatrie infanto-juvénile, inquiétude quant au morcellement et la fragilisation de la spécialité. La période des circulaires de 1972 et 1992 a été largement évoquée comme témoignant d'une cohérence forte entre le socle psychopathologique de la discipline et son organisation institutionnelle. Ne va-t-on pas vers une variété d'organisations au travers de différents types de pôles envisagés ? Ne risque-t-on pas une fragmentation de l'adolescence entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie de l'adulte ? Ne risque-t-on pas une « tiers-mondisation » de la psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'elle s'inscrirait dans de vastes pôles psychiatriques ou médico-psychiatriques ? Ceux qui sont déjà petits étant les plus fragiles dans cette nouvelle organisation. Il a été rappelé, par exemple, que dès maintenant, la psychiatrie infanto-juvénile est la seule spécialité qui, dans le cadre des CHU, ne comporte qu'un seul PU-PH par service.

Pourtant, on a pu aussi soutenir - au-delà de la position « un pôle = un secteur » - que la construction de pôles débordant les limites d'un service avait un caractère inéluctable, de sorte qu'il valait peut-être mieux accompagner et conduire la réforme plutôt que de la subir, dans la mesure où il peut être dangereux de rester seul lorsque les autres s'unissent. Par ailleurs, il est clair que la notion de délégation contenue dans les contrats de pôles ne peut être envisagée que dans le cadre de pôles atteignant une certaine taille critique.

La question de la compatibilité du secteur avec le pôle se redouble de questionnements sur la coexistence des chefs de service et des chefs de pôle. Les chefs de pôle seraient-ils du côté de la gestion et les chefs de service dans l'organisation des soins ? De la même façon qu'il a pu être dit que pôles et secteurs ne seraient pas incompatibles parce qu'il ne s'agit pas de la même chose : le pôle se référant à l'organisation institutionnelle issue du projet d'établissement, le secteur constituant le cadre de la mise en œuvre des soins... L'inquiétude quant à la position des chefs de service vis-à-vis des chefs de pôle reste néanmoins très vive, suscitant au minimum une grande perplexité quant à la distinction et à la complémentarité des genres.

2) Quels principes, quels repères pour le choix d'une organisation en pôle ?

Plusieurs types de pôles ont été décrits à partir de situations locales déjà formalisées ou en cours d'élaboration : pôles médico-psychiatriques (pôle mère-enfant en particulier), pôles psychiatriques (un pôle = un secteur ou

plusieurs secteurs constituant un pôle). Et dans les pôles psychiatriques, les appariements - et les segmentations - pouvant se faire en tenant compte de plusieurs critères : les pathologies, les modalités de réponse (liaison, urgence, post-aigu, etc.), les âges, les territoires...

Comme nous l'avons dit plus haut, la notion de taille critique suffisante est déterminante s'il s'agit de rechercher des contenus de délégation générant de véritables marges de manœuvre.

Si la notion d'efficience ne peut pas nous laisser indifférents, celle d'une organisation optimale des soins, également soutenue par la réforme, est évidemment essentielle pour guider notre analyse. Au fond, la question princeps est : les pôles pour quoi faire ?

Pourront-ils améliorer la diversité et la qualité des soins, stimuler la créativité des équipes, favoriser la capacité d'adaptation de l'hôpital ?

Comment innover, décloisonner, responsabiliser les acteurs du soin sans détruire la cohérence territoriale de la politique de secteur ?

En dernière analyse, la question préalable au choix d'une configuration de pôles est celle de son adéquation avec les besoins de santé d'une population.

La cohérence des pôles est à trouver, en dehors et en amont de l'hôpital, à partir d'une démarche de planification issue d'un travail conjuguant les tutelles, les élus, les acteurs de santé et les usagers. À partir donc d'une démarche de planification travaillée dans un esprit de démocratie sanitaire, successivement au niveau de la région (l'étage du SROSS), des territoires de santé et, enfin, de l'établissement hospitalier : les configurations de pôle s'inscrivant en résonance avec les résultats de cette démarche.

Cependant, il n'est pas possible - et sans doute pas souhaitable - d'ignorer les facteurs locaux, les facteurs humains en tant qu'ils peuvent favoriser ou au contraire contrarier des alliances de services jugées théoriquement souhaitables...

Dans certains hôpitaux, la structuration en pôle a été décidée de façon très autoritaire. Dans d'autres, heureusement, c'est l'occasion d'une large réflexion qui seule peut conduire à la dimension d'un projet de santé publique.

C'est sans doute ce que l'on peut souhaiter de mieux, en cette période de mutation, aux établissements et aux services : qu'elle soit l'occasion d'un débat approfondi et d'un projet.

Docteur G. Bourcier,
Chef de service, Président de la CME,
Hôpital Esquirol (Saint-Maurice)

PLURIELS

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 :
Annie Brandon, Gérard Bourcier,
Carole Festa, Jean-Marie Lasserre,
Nathalie Viard, Gaëtan Wagenaar

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,

75013 Paris

Téléphone 01.53.94.56.90 -

Télécopie 01.53.94.56.99.

E-mail : mission@mnasm.com

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver
tous les numéros de Pluriels
sur le site :

www.mnasm.com