

Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie

Un rapport de l'IGAS

La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a pour mission d'aider les pouvoirs publics dans le domaine de la planification sanitaire ; c'est souvent un travail de longue haleine, car concilier les orientations générales données par les textes et les réalités du terrain en psychiatrie prend du temps ; elle assure parfois un rôle de médiateur lors de situations particulièrement difficiles ; elle s'efforce d'observer ce qui va bien, de le faire connaître et de recommander les changements de ce qui va mal.

Elle s'est toujours défendue de tout rôle d'inspection ou d'audit, ne trouvant pas dans ces registres l'esprit de militantisme qui l'anime depuis sa création : à chacun son travail.

Sa route lui a néanmoins permis de croiser à plusieurs reprises des membres de l'IGAS, notamment ceux qui ont montré leur attachement à « faire avancer les choses » dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale ; tel a été le cas lors de rencontres informelles sur des sujets comme la réforme de la loi de 1990 ou le rôle du Plan psychiatrie et santé mentale.

Pluriels, qui se veut pluraliste - autant que faire se peut - vous présente donc dans ce numéro un texte faisant la synthèse du récent rapport de l'IGAS sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines de six établissements de santé spécialisés en psychiatrie. Dans ce même numéro, nous faisons réagir quelques professionnels à la lecture du rapport ; ce faisant, notre objectif n'est pas d'alimenter artificiellement un débat déjà très riche sur la situation de la psychiatrie publique ; il est de voir ce à quoi les conclusions du rapport, pour autant qu'elles soient acceptées, nous conduisent en termes de mise en œuvre des préconisations. La MNASM a en effet trop vu - depuis 1960 et le lancement du secteur - de grandes orientations - très pertinentes dans leur intentions - se perdre dans les sables de la mise en œuvre, pour ne pas contribuer à la diffusion de connaissances issues d'un travail d'analyse de terrain.

I. Les points essentiels du rapport.

Une mission de contrôle de six établissements hospitaliers spécialisés, sous l'angle de la gestion des ressources humaines, a été inscrite au programme annuel de l'Inspection générale des Affaires sociales.

Cette mission IGAS a été effectuée dans des établissements de taille, de localisation et de statut différents, ce qui constitue un échantillon, mais non représentatif.

L'Inspection a contrôlé dans chacun des CHS les procédures de gestion du personnel, mais aussi les stratégies sur lesquelles elles s'appuient. Son rapport ne reprend pas le contrôle des différentes fonctions de gestion des ressources humaines : recrutement, contrats, paie, temps de travail, gardes, formation, absentéisme. Les remarques à faire sur ces différents sujets sont consignées dans les rapports de contrôle des sites. De manière générale, il faut constater qu'il n'y a pas de dysfonctionnement majeur dans la gestion au jour le jour des ressources humaines,

S O M M A I R E

P 1 à 5

I. Les points essentiels du rapport

1. L'application des nouvelles procédures budgétaires et comptables au établissements psychiatriques pose problème.
2. Au niveau de chaque établissement, la mission IGAS a constaté un défaut de pilotage.
3. L'évolution des moyens consacrés à la psychiatrie hospitalière est difficile à apprécier.
4. Il est nécessaire que chaque établissement fasse l'objet d'une analyse fine de ses ressources en fonction de l'activité qu'il doit mener.

P 6 à 8

II. Impressions de lecture

Jacques François, Pierre Juhon, Jean-Jacques Moitié, Serge Kannas

sinon les laxismes habituels dans l'application de certaines réglementations.

Le rapport de l'IGAS traite des modalités d'attribution, de gestion et d'utilisation des ressources humaines dans leur acception générale et leurs implications en termes de santé publique.

Une évolution positive mal perçue par les faux défenseurs de la psychiatrie.

Oublieux de l'histoire, mais aussi de la réalité, ces défenseurs de la psychiatrie, qui ignorent le visage actuel de la psychiatrie publique : l'unité d'hospitalisation, située dans un des grands établissements bâtis tout au long du siècle dernier, ne représente, pour chaque secteur, c'est-à-dire chaque service attaché à un territoire en moyenne de 100 000 habitants qu'une part, en décroissance, de son intervention. Pour ne citer qu'un exemple, un des établissements contrôlés, le Centre Hospitalier Spécialisé de V., qui offrait 2000 lits en 1970 (contre une centaine à sa création en 1875) n'en comptait plus que 355 en 2007, dont la moitié environ seulement sur le site originel de son implantation. Mais, font partie aussi de cet établissement plus de 90 structures psychiatriques, des hôpitaux de jour et de nuit, des services d'accueil familial spécialisé, un service d'hospitalisation à domicile, des centres médico-psychologiques, des centres d'accueil à temps partiel. Et si l'on se réfère à l'évolution de la file active, c'est-à-dire au nombre de personnes qui recourent aux services de l'établissement, celle-ci a augmenté, quel que soit le mode de prise en charge, de plus de 5 % pour des patients hospitalisés à temps complet, de plus de 26 % pour ceux pris en charge à temps partiel et de plus de 11 % pour ceux suivis en ambulatoire, dans les cinq dernières années.

1. L'application problématique des nouvelles procédures budgétaires et comptables aux établissements psychiatriques.

En effet, le système de la T2A et de l'EPRD vise à encadrer les établissements hospitaliers dans une procédure budgétaire dans laquelle on détermine un montant de recettes, à partir d'une tarification de l'activité, l'établissement étant responsable de l'adaptation des dépenses (coût de l'activité) à ces tarifs. Mais, en psychiatrie, il n'existe à ce jour pas de système de tarification de l'activité.

Les systèmes de régulation antérieurs n'ont jamais abouti à une harmonisation des ressources entre régions et entre établissements. La mission [IGAS] a ainsi constaté des différences importantes en termes de nombre de lits et places offerts ainsi qu'en nombre de personnels médicaux et non médicaux. Le nombre de psychiatres (ou faisant fonction) est ainsi de 4,8 ETP à E, de 5,2 ETP à I, de 15 ETP à T et B, voire de 18 ETP à V, pour 100 000 habitants. Ces disparités sont accentuées par les difficultés de recrutement : les établissements, et à l'intérieur de ceux-ci les secteurs les moins bien pourvus, perdent toute attractivité.

Quand bien même il existe une volonté, au niveau national, de procéder à des redéploiements, force est de constater que la connaissance fine de l'activité des CHS fait défaut. Le système du PMSI, expérimenté dans deux des établissements contrôlés, a échoué dans la production d'une information simple, fiable et utilisable pour valoriser une activité, comme pour en comprendre le fonctionnement. Il faut dire que le système aboutissait à recueillir plus de 200 items, et qu'il s'est avéré impossible d'effectuer des corrélations significatives entre groupes de malades et activité. De plus, les données recueillies par la DREES sur l'activité des secteurs, d'une part sont traitées avec un certain délai de latence (la mission [IGAS] a travaillé sur une enquête effectuée en 2000), et sont trop disparates pour servir de base à une analyse du fonctionnement au niveau local.

La mission [IGAS] a fait une analyse détaillée de l'activité et de l'organisation du travail dans deux secteurs de chaque établissement (dans chaque structure, les différents types de professionnels ont été interrogés sur leur activité).

De manière générale, il apparaît partout un défaut d'articulation du projet médical avec le projet de soins et en général avec le projet d'établissement. Les moyens ne sont jamais appréciés en fonction de l'activité exercée et souhaitée.

L'harmonisation des moyens entre établissements n'a pas abouti.

Dans les années 90, on a tenté de réguler les dépenses hospitalières par la planification de l'offre. En psychiatrie, l'instrument qui était utilisé pour déterminer les moyens de chaque établissement était les normes : normes de lits d'hospitalisation pour 1 000 habitants et en lits et places, pour tenir compte de l'équipement du secteur. Cette régulation était possible dans la mesure où l'on connaissait le nombre d'habitants relevant de chaque secteur et où l'on pouvait suivre son évolution. Elle n'était pas absurde, dès lors que les taux d'incidence et de prévalence de nombre de pathologies psychiatriques sont à peu près uniformément répartis, même si les moyens nécessaires aux soins diffèrent aussi en fonction de la géographie (distances) et des problèmes sociaux de chaque territoire.

De fait, elle n'a pas abouti parce que les normes étaient supérieures aux maximas constatés et qu'il était, dès lors, difficile de redéployer entre régions ou entre établissements de la même région.

Les indices de personnels (médecins, infirmiers, soignants non médecins) témoignent des mêmes inégalités, sans que ces disparités aient été utilisées pour pallier les manques les plus criants.

La mission IGAS a constaté ces différences, qui existent depuis longtemps, sans que cette question paraisse avoir trouvé de solution jusqu'à présent au niveau de l'administration centrale. Il faut ajouter que les établissements les mieux dotés n'en ont pas vraiment conscience. Enfin le fait d'être « bien doté » est relatif. Certains secteurs qui le sont utilisent à plein tous leurs moyens et offrent ainsi dans des territoires très défavorisés (93) une psychiatrie de grande qualité.

Les ratios de personnels moyens pour 100 000 habitants selon les établissements contrôlés

CHS	Ratio pour 100 000 habitants en 2005			
	Médecins	internes	Personnels soignants non-médecins	Dont infirmiers
B.	13,6	2,4	143,3	94,6
E.	4,8	0,4	94,2	41,4
I.	5,6	1	33 (2)	21,8
P.	9,36	0,3	160	92
T.	13,75	0,25	150	92
V.	17,9	4	123	66
France entière (1)	10	2,3	122,7	88

Sources : DREES et CHS.

(1) Chiffres 2000.

(2) Médico et socio-éducatifs non compris.

Il faut noter aussi que les éléments de contexte et de besoins n'expliquent pas ces différences. Par exemple, la densité de psychiatres libéraux est faible dans l'Eure, comme en Savoie, mais plus élevée dans le Var. Les difficultés sociales sont importantes en Seine-Saint-Denis, mais sans doute moins dans les Pyrénées Orientales.

La notion de projet.

La détermination des moyens nécessaires n'est pas articulée avec le projet d'établissement.

L'ensemble des établissements visités élabore un projet d'établissement comprenant un projet médical, un projet d'organisation des soins infirmiers et un projet social.

La plupart du temps, ces projets ne reposent pas sur une analyse un tant soit peu précise du fonctionnement de l'établissement et de ses besoins.

Dans certains cas, le projet médical rattache à une description rapide et sans vision critique de chaque secteur quelques développements sur les sujets « pouvant rapporter quelques crédits supplémentaires », selon les modes d'approches de l'échelon national : les adolescents, la psychiatrie gériatrique, psychiatrie et précarité, addictions, prévention des suicides, violences familiales, etc.

Dans d'autres cas, il se contente d'une déclinaison incantatoire des grands principes de la sectorisation.

Ce qui est mis en avant le plus souvent dans les projets d'établissement concerne la qualité des locaux et des modifications à la marge du concept initial de secteur. Mais les questions concernant le management médical paraissent taboues.

Dans aucun cas, on ne trouve d'estimation des moyens nécessaires à la réalisation du projet, hormis les moyens immobiliers. Souvent sont affirmées des positions dites cliniques, sans que l'on estime leur coût en personnels.

Les budgets sont reconduits d'année en année, avec des augmentations déterminées de manière très empirique, en fonction des enveloppes disponibles au niveau régional.

2. Un défaut de pilotage au niveau de chaque établissement.

La fonction ressource humaine n'est pas bien identifiée au sein des établissements. Elle est partagée entre la DRH proprement dite, qui n'est souvent responsable que de la gestion statutaire, la direction pour la gestion des médecins et la direction des soins infirmiers pour l'organisation du travail soignant. S'ajoute, à cet éclatement, celui entre secteurs : la coopération intersectorielle pour des problèmes spécifiques (urgences, gardes, recherche) ou des populations particulières (adolescents, psychogériatrie...) n'étant pas gérée par l'établissement.

La réforme de la gouvernance hospitalière n'est pas adaptée aux missions de la psychiatrie publique et à leur organisation. Les services y sont en effet des secteurs, c'est-à-dire les cadres d'une intervention territorialisée, partenariale et largement extrahospitalière. De plus, ils ne sont pas complémentaires, mais plus ou moins identiques. La notion de pôle reste donc abstraite. Par ailleurs, le Conseil exécutif n'est pas parvenu à incarner, dans le CHS où il a été installé, une instance de pilotage collégial, réunissant des professionnels différents dans une posture décisionnelle et non pas d'affrontement consultatif.

Cette absence de ligne et de cadre, insécurisante pour les professionnels et les usagers, est renforcée par le déficit de management à tous les niveaux. Du fait des vacances de postes, mais aussi d'une propension à privilégier une activité clinique, trop de médecins, notamment les chefs de service, ne consacrent pas assez de temps à l'encadrement des unités. Pour que celui-ci soit efficace, il est nécessaire que le binôme médecin chef de service/cadre supérieur de santé fonctionne bien, ce qui est parfois empêché

par l'absence d'entente entre les deux ou le défaut de capacité managériale de chacun. Pourtant, les échanges interprofessionnels, le travail en équipe, les évaluations collectives sont, en psychiatrie, essentiels. D'autant plus que, du fait du raccourcissement des durées de séjour hospitalier, chaque structure fait face à des patients dont l'état nécessite une densité de soins plus importante. C'est la cohésion de l'équipe et l'utilisation bien pensée des ressources soignantes qui sont nécessaires, plus qu'un accroissement non calibré des moyens.

3. L'évolution des moyens consacrés à la psychiatrie hospitalière est difficile à apprécier.

Sur l'ensemble des CHS, le nombre de personnels non médicaux est passé de 78 954 ETP à 81 260 ETP entre 1997 et 2003 (+3 %). Cette progression est toutefois nettement moins importante que celle de la file active des malades (à V par exemple, entre 2000 et 2005, la file active a augmenté de 5 % pour l'hospitalisation à temps plein et de plus de 20 % pour l'ensemble).

Cette augmentation des postes a cependant été consacrée, en totalité, voire plus, à la mise en œuvre de la RTT en général, mais aussi à des réductions importantes de temps de travail des médecins, consécutives à l'application des réglementations sur les gardes.

Dans certains établissements, la comparaison entre le temps de travail théorique (le nombre d'heures financées selon la réglementation) et le

Le temps médical : une situation critique.

Le temps médical est le temps moteur dans le travail du secteur. Comme chef de service et manager, comme praticien effectuant le diagnostic et l'orientation des soins des patients, comme chef d'équipe, comme responsable de la qualité clinique, le médecin reste le pivot de la « production » d'un secteur de psychiatrie. Si, sur un certain nombre des tâches qu'ils accomplissent, les médecins peuvent être relayés et complétés par des cadres de santé, les psychologues et l'administration, un temps de présence active des médecins est indispensable.

Dans certains secteurs visités par la mission [IGAS], le temps médical déjà réduit du fait des moyens autorisés, est encore limité par les vacances de postes et les absences des médecins pour diverses raisons, certaines non maîtrisables (maladie, notamment de longue durée), d'autres plus problématiques (gardes très nombreuses, expertises, enseignement en sus des activités d'intérêt général, voire absences non déclarées).

temps de présence effectif fait apparaître des « déficits » pouvant atteindre 15 % de ce temps. S'agissant des médecins, la diminution du temps de présence médicale entre 2001 et 2005 est bien plus importante, dans certains cas de l'ordre de 20 %.

Ces aménagements des conditions de travail, menés sans rigueur et sans attention à l'utilisation des deniers publics, ont conduit dans certains cas à des situations injustifiables, qui entachent la réputation de la psychiatrie publique. À V, les médecins quittent l'établissement à 17 h, laissant les équipes à la garde d'un médecin dit « de permanence », à une heure de grand risque d'agressivité des malades. C'est dans cet établissement aussi qu'une organisation des gardes, que ne justifie pas l'activité nocturne ou dominicale, aboutit à « geler » plus de 15 postes de praticiens hospitaliers.

À E comme à I, la baisse des ressources médicales, mais aussi celle des personnels infirmiers, aboutit à une sur-hospitalisation du fait du faible dynamisme de la psychiatrie ambulatoire.

Il est donc indispensable que les moyens soient désormais attribués en fonction d'un projet de soins des établissements, qui allie une application rigoureuse de la réglementation et une organisation du travail plus efficiente.

Pour mieux assurer celle-ci, il sera nécessaire de repenser la formation et les fonctions dévolues aux différents professionnels dans une optique de coopération interprofessionnelle. À cet effet, c'est la qualification des équipes qui doit primer sur une spécialisation souvent corporatiste. Par exemple, la mission [IGAS] estime qu'il faut adapter le statut et le cursus de formation et de carrière des psychologues, pour mieux utiliser leurs compétences et les intégrer dans les équipes.

4. La nécessité d'une analyse fine des ressources en fonction de l'activité par l'établissement.

Pour gérer mieux les ressources humaines et adapter leur utilisation aux besoins de la psychiatrie de secteur des années à venir, pour travailler en réseau et en équipe, pour mener de front des interventions sectorielles

Le bon usage des plannings.

La prévision et le suivi des plannings laissent apparaître beaucoup d'approximations. La mission les a analysées de manière détaillée sur les sites de V et d'E, mais estime que ce dysfonctionnement est courant.

Du fait de l'importance des différences entre les plannings prévisionnels et les plannings réalisés, on peut se poser des questions sur la nécessité d'un certain nombre de moyens d'autant que les prévisions ne semblent pas suivre une logique très affirmée : dans l'une des unités d'hospitalisation dont l'IGAS a contrôlé les plannings, les effectifs journaliers variaient, pour le mois examiné, entre 10 et 14 agents, aucun jour ne semblant privilégié, sauf paradoxalement le week-end, alors que l'activité (entrées, sorties et taux d'occupation) y est plutôt allégée. Les plannings prévisionnels n'étaient jamais respectés et si, dans les deux tiers des cas, le nombre d'effectifs réels était inférieur au nombre programmé, dans trois cas, il était supérieur. De plus, sur le nombre de journées manquantes par rapport aux prévisions, si deux tiers s'expliquaient par des absences pour maladie, par définition imprévisibles, le tiers restant était dû à d'autres causes, dont les congés et les formations, par définition planifiables.

Cette absence de cohérence est d'autant plus dommageable que, dans toutes les unités contrôlées, la confection de ces plannings est « chronophage » : pour les personnels, qui parfois les confectionnent en quasi autogestion, pour les cadres qui, le plus souvent, les élaborent et les vérifient, pour les services gestionnaires qui, toujours, les collationnent. On peut se demander à quoi sert un travail de prévision aussi peu normatif.

Une profession sous-utilisée : les assistantes sociales.

Deux compétences des assistantes sociales sont peu utilisées : l'évaluation sociale des situations, conjointe à l'évaluation thérapeutique, qui permettra de trouver une solution pour les patients, en termes de continuité de soins et de type de vie (en famille, seul, en institution...) et le développement de l'insertion des patients dans la communauté, par le travail social collectif.

On peut expliquer le manque de recours à l'assistante sociale, pour évaluer les potentialités des patients, par la situation des institutions médico-sociales, qui fait que le plus souvent c'est l'offre de places qui va déterminer le choix pour le patient.

Quant au deuxième point, il est lié d'une part à un manque de formation des assistantes sociales françaises à ce type d'intervention et, d'autre part, au petit nombre d'assistantes sociales, qui conduit les directions d'établissements à les affecter essentiellement sur les tâches hospitalières précédemment décrites.

Enfin, certaines équipes préfèrent adresser les patients suivis en ambulatoire aux services sociaux départementaux, ou aux CCAS, oubliant peut être du fait que le développement du lien social pour les malades mentaux se fait parfois plus facilement en « groupe de pairs » que dans les lieux et des activités où ils sont mélangés avec des personnes démunies, mais qui ne noueront pas forcément de liens avec elles.

et intersectorielles au niveau de l'établissement, il est nécessaire que chaque établissement fasse l'objet d'une analyse fine de ses ressources en fonction de l'activité qu'il doit mener et qu'il mène. Il faut donner un sens aux moyens demandés et octroyés.

La mission [IGAS] a réalisé une analyse visant à quantifier en pourcentages les différents temps qui composent le temps de présence effective des professionnels.

Cette approche permet d'apprécier l'utilisation du temps de présence et la répartition, la diversité et le volume des activités réalisées.

Au niveau national, l'IGAS préconise une procédure d'attribution des moyens fondée sur des indicateurs peu nombreux, mais robustes. Le nombre d'habitants, pondéré par la densité de psychiatres privés, celle de l'habitat et un indicateur de difficultés sociales, pourrait servir à déterminer l'offre de service minimale de chaque secteur ou intersecteur.

Les moyens supplémentaires devraient être accordés en fonction de l'activité réalisée, évaluée à partir d'une très petite série d'items (temps d'hospitalisation, nombre d'entrées, de sorties à moins d'un mois, à plus d'un mois ; nombre de venues dans les structures ambulatoires ; amplitude et densité d'activités offertes dans les structures de type CATTP) éventuellement complétée par des engagements de service : amplitude d'ouverture, actions de prévention, de réseau...

Les problèmes de pénurie de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques doivent être anticipés par une série de mesures :

- réformer l'accès à la spécialité en restituant une voie d'accès en cours de carrière qui soit une formation de qualité équivalente à la formation initiale ;
- augmenter les attributions des psychologues en leur permettant, dans certains cas, d'effectuer des actes jusque là réservés aux médecins ;

- offrir aux professionnels soignants, en complément de leur formation de base, paramédicale ou socio-éducative, une formation en alternance de spécialité, interprofessionnelle et axée sur le travail collectif ;

- ouvrir une formation de manager de structure psychiatrique à des cadres intermédiaires, de type cadre supérieur de santé, psychologue, cadre socio-éducatif.

Comme d'autres rapports de l'IGAS l'ont préconisé récemment, il est temps de refonder la psychiatrie publique en abordant de manière globale les questions de droits des malades, de besoins des familles, d'organisation des soins et de prévention, de formation et de statut des professionnels et d'allocation des moyens financiers. Et ce, en associant les professionnels de terrain, les experts et les décideurs, de manière à ne pas légiférer dans l'urgence et sous la pression politique et médiatique.

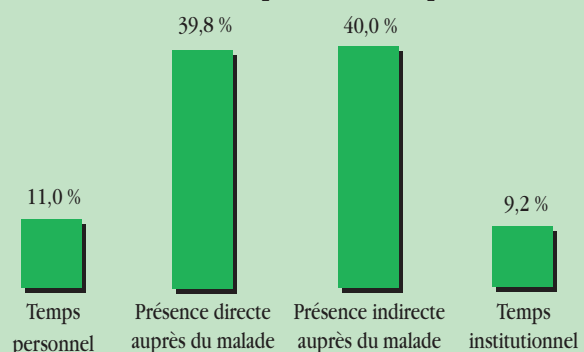
Les inégalités dans la répartition du temps.

Sans porter de jugement de valeur sur la légitimité des activités réalisées, la mission IGAS a pu ainsi quantifier en pourcentages les différents temps qui composent le temps de présence effective de ces professionnels :

- Le « temps personnel » est celui qui ne concerne que l'agent : temps à l'arrivée pour l'habillage et la prise de fonction, temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique), pause.
- Le temps de « présence directe auprès du malade » qui comprend les temps consacrés d'une part aux soins et aux activités thérapeutiques (soins, entretiens, préparation et distribution des médicaments, animation des ateliers) et, d'autre part, au nursing et aux tâches logistiques (aide au repas, au lever, à la toilette, à l'habillage, nettoyage des locaux etc.).
- Le temps de « présence indirecte auprès des malades », qui regroupe les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les réunions formelles ou informelles, les contacts avec les familles, la gestion des dossiers, le téléphone, les tâches administratives etc.
- Le temps « institutionnel », consacré aux réunions des instances officielles, aux visites de structures extérieures.

La mission IGAS a pu mesurer, à cette occasion, comment, dans un même établissement, le temps se répartit différemment selon que les médecins sont plutôt centrés autour du malade ou plutôt autour de l'institution.

Tableau de répartition du temps



II. Impressions de lecture.

Jacques François, Directeur d'hôpital, Centre Hospitalier de Montperrin, correspondant de la MNASM

« Pas de dysfonctionnement majeur dans la gestion au jour le jour des ressources humaines, sinon les laxismes habituels dans l'application de certaines réglementations ! » Ce constat est-il inquiétant ou rassurant ?

Chacun peut effectivement nourrir quelques « certitudes » à la lecture du rapport de l'IGAS, sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines dans six établissements de santé spécialisés en psychiatrie.

Au-delà du constat et des appréciations susceptibles d'en être tirées, sont confortées diverses analyses et « vérités » :

- L'application des nouvelles procédures budgétaires et comptables aux établissements psychiatriques pose problème !.. (T2A, EPRD...).
- La réforme de la Nouvelle Gouvernance n'est pas adaptée aux missions de la psychiatrie et à leur organisation.

La spécificité de la psychiatrie ne semble ainsi pas prise en compte !

Ce constat (cette analyse) peut être réitéré à la lecture d'un autre rapport... très actuel ! (cf. le rapport Larcher).

- Le défaut d'articulation entre le projet médical et le projet de soins et, en général, avec le projet d'établissement est mis en exergue.

Cette caractéristique est-elle spécifique à la psychiatrie ?

Il est, à ce sujet, regrettable que la psychiatrie ne tire pas bénéfice de sa situation particulière consistant, en l'espèce, en établissements monodisciplinaires !

- Le défaut de pilotage, et notamment dans la gestion des ressources humaines, est signalé (cf. gestion prévisionnelle défaillante).

Ici aussi, pas de « domaine réservé » à la psychiatrie !

- La répartition des moyens est très inégale et il n'y a pas de connaissance fine de l'activité des CHS !

Cette analyse (ce constat) n'est pas nouvelle et ne fait que confirmer... d'autres analyses (cf. rapports DGS, DREES) réalisées et communiquées depuis de nombreuses années.

... Aussi, pouvons-nous exprimer notre inquiétude au regard de constats qui confirment des éléments connus et non pris en compte à ce jour ; ne serait-ce que la spécificité de la psychiatrie et... de la santé mentale, et l'adaptation de l'offre et de la demande de soins en psychiatrie (cf. les inégalités territoriales).

Le problème se situe, certes, toujours à un niveau de gestion, mais il ne doit pas cacher le « niveau politique » et ce rapport, qui vient conforter des éléments... déjà connus, le confirme... tout comme une « solution avancée » : « mettre en place une procédure d'attribution des moyens fondée sur des indicateurs peu nombreux, mais robustes » ! (cf. *supra*).

Pierre Juhan, Directeur d'hôpital, chargé de mission MNASM

Deux sentiments contradictoires dominent mes impressions de lecture : l'admiration et la déception traversent en effet mon esprit sans qu'ils ne soient d'ailleurs liés directement, nous allons le voir, au travail des inspecteurs.

La qualité du travail effectué par l'équipe des quatre inspecteurs tient d'abord à sa grande minutie : quand tant d'études sur les ressources humaines à l'hôpital se bornent à quelques calculs globaux conduisant à quelques recommandations générales, l'IGAS a voulu pousser la connaissance de la gestion et de l'utilisation des ressources humaines jusqu'à l'analyse fine de l'utilisation du temps de présence à l'hôpital. Cette plongée dans la « vraie vie » au travail est édifiante tant elle montre les écarts de

pratiques selon les établissements et les professions, mais elle n'a été rendue possible que par une exploitation minutieuse et probablement fastidieuse d'un ensemble de données qu'il a fallu préalablement « épilucher » pendant de longues heures. Grâce soit donc rendue à ces explorateurs des coulisses du temps de travail !

La grande qualité du travail tient ensuite à la persévérance mise dans les temps d'observation : beaucoup de critiques formulées sur la gouvernance, sur le management, sur la notion de projet, sont manifestement issues de temps d'écoute patients et constants auprès des professionnels. Cependant il est probable que certains d'entre eux se sentiront injustement traités dans le jugement qui est porté sur quelques-unes de leurs pratiques... mais il leur sera difficile de soutenir qu'ils n'ont pas été écoutés ou entendus ! On peut donc dire que les métiers exercés en psychiatrie ont fait l'objet d'une « auscultation » avec un sens clinique aigu et que les milieux professionnels sont décrits tels qu'ils sont.

Enfin l'intérêt du travail de l'IGAS est qu'il prend nettement partie - sans faux-fuyant - sur plusieurs sujets qui font débat en psychiatrie : le rôle des usagers et de leurs familles, l'application de la gouvernance, l'analyse de l'activité et son, par exemple, des sujets abordés sans œillères avec, au terme de l'analyse des six établissements, un bilan de la mise en place de ces orientations stratégiques.

Ce travail laisse toutefois un sentiment de déception pour deux raisons d'ordre d'ailleurs très différent : certaines observations, peu nombreuses mais substantielles, pourront être aisément taxées de subjectivité tant il est difficile de les étayer et encore moins de les démontrer : c'est le cas lorsque la mission IGAS, à propos des personnels infirmiers, indique que « la nostalgie du cadre s'estompe » ou quand elle propose d'avoir « des établissements de taille raisonnable ».

Bien plus, notamment si l'on s'efforce de garder un regard de candide sur le texte du rapport, on ne peut qu'être étonné par la simplicité des propositions de réforme : attribuer des moyens supplémentaires selon un projet de soin, construire un instrument robuste - mais simple - pour évaluer ces moyens, faire travailler les professionnels ensemble, les former avec des modules communs, répondre aux problèmes urgents de pénurie, traiter les inégalités de répartition des effectifs. Est-ce cela le malaise de la psychiatrie ? Comment expliquer que des remèdes aussi simples n'aient encore jamais pu être administrés alors qu'ils paraissent tant marqués par un « pur » bon sens ?

Certes, mais toute la question est ensuite de savoir ensuite comment mettre en œuvre ces solutions alors que le constat de l'état des lieux prend parfois une tonalité alarmante... sans que rien ne bouge. Faut-il attendre le probable retour d'une « actualité chaude » pour agir sous la pression du fait divers ?

Justement ce travail fournit une occasion de réformer « à froid » la psychiatrie publique, et de le faire avec les milieux professionnels : faisons-le ! Tel est sans doute l'enjeu du travail de la commission présidée par Édouard Couty : souhaitons lui bonne chance !

Jean-Jacques Moitié, Directeur des soins, correspondant de la MNASM

« Gestion et utilisation des ressources humaines en psychiatrie »

Intéressons nous à l'appréciation générale et aux conclusions du T1, pp. 52 à 61. du rapport. L'observation de l'IGAS concernant la « confusion entre dialogue social et dialogue professionnel » est pertinente. L'un et l'autre devraient être valorisés. La proposition d'un « état des lieux du temps payé et du temps travaillé et de l'affectation de ces temps » n'a de valeur que si ce bilan est contradictoire et transparent.

« Donner du sens aux moyens demandés et octroyés, aller vers de vrais engagements de soins » est une louable intention que le service public ne peut ignorer plus longtemps.

« Construire des projets d'établissement en partant de l'existant et reposant sur une analyse participative » est toujours aussi difficile. La démarche projet initiée au début des années 90 est à bout de souffle, le projet de service encore bien souvent le projet du seul chef. Le projet médical compile, sans participation des personnels non médicaux, les projets de service, sans analyse critique et sans priorités pour ne gêner personne. L'IGAS relève à juste titre un « défaut dans l'articulation du projet médical avec le projet de soins et en général avec le projet d'établissement ».

« Prendre en compte les spécificités du soin psychiatrique, promouvoir une gouvernance spécifique des établissements et des secteurs ». Va-t-on voir ressurgir le concept d'établissement public de psychiatrie de secteur ? À suivre.

Sous l'intitulé global de « révision des statuts des différents personnels », l'IGAS se propose « de répondre aux problèmes urgents de pénurie de soignants ».

Une péréquation des ETP médicaux est-elle envisageable entre établissements ? Il est suggéré fort courageusement d'agir à chaque vacance de poste, mais sur quelle base, puisqu'il n'existe aucune norme nationale ?

L'IGAS pose la question iconoclaste : « les psychologues peuvent-ils remplacer les psychiatres et à quel prix ? »

Cette évolution, qui semble souhaitée par l'IGAS, s'accompagne, en annexe de l'idée saugrenue d'ouvrir l'accès aux fonctions de cadre supérieur aux psychologues !!!

Après avoir valorisé les « compétences spécifiques des infirmiers », l'IGAS préconise de compléter les équipes d'infirmiers par d'autres professionnels. La diversification des équipes est plus ou moins réalisée selon les secteurs, mais elle s'est faite au détriment du service infirmier de 1989 à 2003 pour les secteurs de psychiatrie générale. Les cadres infirmiers ont vu fondre leur effectif (-46 %) et les infirmiers (-15 %). Cela suffit !!! Par contre, les ETP d'aide soignant/d'AMP ont été multipliés par deux, les ETP d'éducateurs par quatre, les ETP d'assistante sociale ont progressé de plus de 50 %.

Enfin, l'IGAS recommande la « construction d'un instrument robuste pour évaluer les moyens nécessaires aux établissements et secteurs psychiatriques ». Des études locales, régionales, nationales existent. Des DRH et DS, parfois avec des psychiatres, ont identifié les indicateurs principaux. De même l'évaluation du minimum nécessaire à un secteur psychiatrique pour fonctionner est possible. Là encore des directeurs des soins ont travaillé mais ce qui manque, localement et nationalement, c'est la volonté d'avancer et d'aboutir !

À propos « du défaut de pilotage constaté dans les établissements », les affirmations de l'IGAS me semblent excessives : « pas de personne pleinement responsable des ressources humaines », « pas d'articulation DRH/DS », « pas de prise sur les médecins par la DRH ». Le constat d'une « gouvernance qui n'est pas clairement organisée en psychiatrie » aurait dû inciter l'IGAS à en situer plus équitablement les responsabilités.

Par contre, je confirme qu'il existe bien un « fractionnement, voire une absence de pilotage du travail collectif » et un « manque de vision globale et interprofessionnelle ».

Je partage l'analyse des inspecteurs sur la fonction managériale et l'importance du binôme chef de service/cadre supérieur de santé. Le rappel que le « temps consacré au management et à l'animation des équipes n'est pas du temps perdu » est utile.

Mais je suis scandalisé par l'affirmation figurant page 25 du rapport : « le niveau actuel des cadres et cadres supérieurs de santé n'est pas suffisant pour qu'ils soient de réels collaborateurs des médecins chefs de service. Il serait tout à fait impératif, en tout cas en psychiatrie, de renforcer leur formation en management et à la mise en œuvre d'un projet de soins très solide qui dépasse la formation à la connaissance et à l'application des textes et règlements ».

Affirmations gratuites, méprisantes et déconnectées de la réalité. J'ose affirmer que si les établissements de santé ont changé ces trente dernières années, c'est bien grâce, notamment, à l'engagement et à la mobilisation des cadres de santé.

Encore aujourd'hui, lors de nos déplacements sur le terrain, les membres de la Mission d'Appui peuvent en témoigner. Bien entendu, chacun doit être attentif au choix des personnes et des affectations. Mais cette attention est encore plus d'actualité pour le choix des médecins responsables de service et de pôle (quels critères de compétence ? quelle formation ?) et pour le choix des directeurs.

Je citerai, pour conclure, Stanislaw Tomkiewicz : « *Je pense que l'histoire se déroule toujours de manière dialectique, le pire et le meilleur sont intriqués et vont ensemble, c'est à nous de nous emparer du meilleur pour lutter contre le pire.* ».

Serge Kannas, Psychiatre, Coordinateur de la MNASM

Je suis frappé par la convergence des commentaires : accord assez large sur le constat général, à des nuances près ; sentiment que ce constat n'est pas nouveau ; et, enfin, que ce qui a été fait (ou non fait) a peu marché. Que doit-on faire alors maintenant, et qui doit le faire ?

Certains psychothérapeutes, confrontés à une situation chronique se posent la question suivante : dans quelle mesure des problèmes demeurant inchangés malgré des interventions intelligentes et concordantes sont-ils des solutions à d'autres questions ? Ceci s'applique-t-il à la psychiatrie ?

La question des ressources et des inégalités

Il est peu vraisemblable que des ressources supplémentaires viendront alimenter une psychiatrie insuffisamment transparente et peu engagée vers le changement, dans le contexte actuel, et après le plan psychiatrie et santé mentale.

Les ressources supplémentaires seront rares et lentes, car elles seront plutôt incitatives d'une politique ciblée, que représentatives d'une action globalement redistributive.

Où se trouvent les sources de réduction des inégalités qui limitent le moins possible les moyens soignants ?

• À l'hôpital

Dans l'articulation sanitaire/médico-sociale, avec la réduction des hospitalisations inadéquates, à condition que celle-ci ne soit pas financée intégralement par la psychiatrie, que les marges de manœuvre soient conservées par elle pour des objectifs ciblés, et que l'entreprise soit suffisamment réussie et durable pour ne pas se solder par un retour en masse des patients sortis (cela nécessite une transversalité continue de politiques publiques que la mise en place des ARS ne règlera pas complètement, ce sera long, lent et aléatoire).

Dans la réduction du poids de fonctionnement et de maintenance des grands sites hospitaliers spécialisés (une centaine), si ce poids est rendu réellement proportionnel aux besoins des territoires desservis [40 ha pour moins de 400 lits en moyenne]. Décision politique forte, génératrice de nombreux conflits sociaux : ce sera très long, lent et aléatoire.

• En dehors de l'hôpital
Si l'on améliore, à l'échelle du territoire de santé, l'insuffisante coordination entre public et privé (dans les deux cas : décision politique forte qui ne concerne pas que la psychiatrie).

La question de certains obstacles à lever

Les facteurs liés à la rigidité de l'organisation sectorisée : ils induisent cloisonnement naturel, fragmentation et auto-référence et font prédominer l'élément (le secteur) organisé en suzeraineté indiscutable, sur le tout : projet collectif d'établissement dans un territoire donné (intersectorialité, programmes, filières). L'importance donnée au territoire de santé va accroître la conflictualité entre sectoriel et intersectoriel, entre pôle/secteur et pôle/regroupement d'activités. Cela nécessitera de combiner partout la création (ou la reconnaissance) de services de santé mentale spécifiques à l'échelon du territoire de proximité (territoire de santé) avec l'existence de services locaux polyvalents (territoires de secteur).

Il existe une conflictualité sociale induite par les redistributions : les emplois sur site, plutôt hospitaliers (80 % des emplois), vs les emplois ambulatoires, différents fonctionnellement et géographiquement. Il existe une concurrence entre certains métiers (cf. l'article de J.J. Moitié), etc. Si des redéploiements se font, profiteront-ils à la psychiatrie ?

Démographie et temps médical

Les zones bien médicalisées sont indifférentes vis-à-vis des inégalités déjà en cours. L'organisation rigidement médico-centrique de la psychiatrie renforce les besoins de médecin psychiatre partout et toujours, tandis que l'élargissement des responsabilités en matière de santé mentale rend le besoin confus. Dans les grandes missions du psychiatre, certaines ne sont pas substituables : le diagnostic et les aspects médico-légaux, la prescription, les stratégies thérapeutiques. D'autres le sont : les interventions psychothérapeutiques et d'opérateur de santé (coordinateur de projet) par d'autres métiers, si ces derniers disposent de la formation adéquate. Or, le verrouillage de la question des psychothérapies, quasi-monopole du psychiatre, le manque quantitatif et qualitatif de psychologues, la limitation des fonctions des cadres de santé, des éducateurs et des travailleurs sociaux, interdisent toute vraie délégation de compétence et renforcent la dépendance au temps médical.

Dans les années qui viennent, la politique d'optimisation du temps médical devra être scrutée partout à partir du temps de travail : inégalités de répartition, permanence des soins, légitimité des cycles de garde, du nombre de structures qui le nécessitent, remise en question du temps de trans-

ports et des déplacements multiples, à rebours de ce qui se passe actuellement.

La question des pouvoirs publics, la politique et les normes

Certains thèmes semblent relever de la gestion courante : temps de travail médical et non médical, relevés d'activité. Dans de nombreux endroits, entre les rapports annuels de secteur, le savoir des DIM et les informations à usage administratif, tout ce qui est nécessaire à la gestion courante existe, ailleurs leur absence est une carence inacceptable. Est-ce que l'absence d'utilisation de ces informations est en rapport avec l'évitement de la conflictualité entre médecins, entre médecins et direction, entre organisations professionnelles et administration ?

En définitive, à qui cet évitement profite-t-il ? Dans de nombreux cercles, pas seulement administratifs, l'idée court, et contamine l'ensemble de la discipline, que les psychiatres ne « foutent rien » et que la discipline « est un gisement de moyens ». De deux choses l'une : ou bien la gestion courante donne depuis longtemps les moyens de le vérifier et de le corriger. Si cela n'est pas fait, pourquoi ? Ou bien la gestion courante ne le valide pas, ou bien encore elle met dans le même sac ceux qui travaillent peu et ceux qui travaillent beaucoup. Est-ce que maintenir la suspicion ne sert pas à polluer toute discussion sur les moyens et empêcher *a contrario* toute négociation sur les redéploiements ?

Les autres éléments évoqués dans le rapport, traversés par les « obstacles » ou « ressources » que j'ai évoqués, semblent plutôt relever de la production de normes (l'évaluation, l'activité) ou de politiques publiques, dont certaines (l'installation médicale, les délégations de compétence, pour ne citer qu'elles) ont un impact bien plus large que la psychiatrie elle-même. Il en est de même pour l'articulation entre sanitaire, médico-social et social. L'importance de la réforme vers les ARS montre l'ampleur du changement nécessaire, qui ne résoudra que partiellement la question et en soulèvera d'autres. Idem pour les métiers et les formations. Quant au site des grands CHS, bon courage...

On approche de la fin du plan psychiatrie et santé mentale. Va-t-on laisser la suite au fil de l'eau, au gré des drames, des instrumentalisation ou des conséquences de la tarification ? Finalement, ce rapport plaide pour une refondation de la psychiatrie publique qui reconnaisse et tire les conséquences de l'interdépendance entre « droits des malades, besoins des familles, organisation des soins et de la prévention, formation et statut des professionnels, et allocation financière » (résumé du rapport, p. 4). On ne peut que l'approuver fortement.

Avertissement au lecteur

Le texte présenté est un condensé anonymisé du rapport.

Le texte intégral doit être demandé à :

IGAS • 39-43, quai André Citroën • 75739 Paris Cedex 15

PLURIELS

La lettre
de la

Mission Nationale d'Appui
à la Santé Mentale

Directeur de la publication :
Serge Kannas

Rédacteur en chef :
Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :
Jacques François, Pierre Juhan,
Serge Kannas, Jean-Jacques Moitié.

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,
75013 Paris
Téléphone 01.53.94.56.90 -
Télécopie 01.53.94.56.99.
E-mail : mission@mnaasm.com

Pluriels sur internet

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

www.mnaasm.com