

Le rapport Couty

Entre le discours d'Antony du chef de l'État, la loi HPST, la réforme annoncée de la loi de 1990 sur l'hospitalisation sans consentement et l'arrivée prochaine des ARS, la commission Couty ne pouvait plus mal, ou mieux tomber.

Selon ses recommandations, selon son appropriation ou non par le politique, le rapport qui en émanait pouvait aller dans le sens d'une approche réductrice et sécuritaire de la psychiatrie, ou bien au contraire contribuer à ouvrir sur un nouveau sens, un nouvel élan de la politique de santé mentale, que beaucoup attendent tout en le craignant.

L'exclusion de la réforme de la loi de 1990 du mandat de la commission et du rapport s'interprétait, en effet, dans les deux sens. Le travail de la commission était donc attendu, entre espoir et absence totale d'illusion. La rédaction du rapport lui-même, confiée *intuitu personae* à l'ancien Directeur des Hôpitaux et non à la commission elle-même, a constitué une source de divergences entre l'auteur du rapport, les membres de la commission et tous ceux, usagers, professionnels, soignants, qui scrutaient attentivement ses travaux. Enfin, les recommandations du rapport ont fait l'objet d'interprétations diverses, de condamnations ou de forts soupçons, et aussi de soutiens mesurés.

Notre expérience déjà ancienne d'Édouard Couty nous a appris qu'il était homme de courage, d'engagement et de réforme, sans langue de bois. Aussi nous a-t-il semblé important – et nous le remercions d'avoir accepté – de lui donner la parole dans ce numéro de *Pluriels*, à partir des questions que nous lui avons posées à la MNASM, et que beaucoup se posent, pour que chacun puisse, à partir des commentaires, se faire une idée plus précise de son travail.

Docteur Serge Kannas.

S O M M A I R E

P2

Pour une politique de santé mentale
Édouard Couty

P3

Interview d'Édouard Couty

P7

Parole d'inspecté :
un droit de réponse au numéro de *Pluriels* consacré au rapport de l'IGAS

Jean-Maurice Lasserre

P8

Coordonner soins et accompagnement social : l'IRTS organise un colloque les 26 et 27 mai 2009.

Pour une politique de santé mentale.

D'après l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et elles sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang, derrière les maladies cardio-vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année, et même une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXI^e siècle : la schizophrénie, les troubles bipolaires, les addictions, la dépression et les troubles obsessionnels compulsifs.

Toutes les estimations indiquent que ce bilan, si des mesures ne sont pas prises rapidement, devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici 2020.

En France, les troubles psychiatriques sont responsables chaque année de 12 000 morts par suicide, auxquels s'ajoutent la surmortalité non suicidaire (accidentelle, consommation d'alcool, de tabac et de drogue). Les études épidémiologiques comparées menées dans plusieurs pays européens montrent par ailleurs que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France.

La loi du 11 février 2005, qui a reconnu dans la définition du handicap, le handicap psychique, rend impérative une collaboration étroite entre les professionnels de santé et ceux des champs social et médico-social.

Cette coopération entre des secteurs traditionnellement très cloisonnés, aux cultures et aux pratiques différentes, n'est pas toujours acquise partout. Le rôle des familles et des patients eux-mêmes, essentiel dans la prise en charge thérapeutique et pour la réussite du suivi et de la réinsertion des patients, doit encore être confirmé.

Après les deux plans ministériels qui, entre 2002 et 2008, ont mis en place des mesures pour améliorer la prise en charge et le suivi des malades, d'importants efforts restent à accomplir pour assurer une coopération effective entre les acteurs de la prévention (PMI, médecine scolaire, universitaire, médecine du travail), du soin et du suivi (psychiatrie et médico-social), et de l'insertion (logement, emploi, culture et formation).

Cette coopération entre des secteurs d'activité qui trop souvent s'ignorent, la conférence européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » qui s'est tenue le 13 juin 2008 l'a souhaitée. Le « Pacte européen pour la santé mentale », établi à l'issue de cette conférence et auquel la France a souscrit, souligne la nécessité d'une approche globale et d'une vision de santé publique.

C'est pourquoi toute politique de santé publique devrait comporter un important volet consacré à la santé mentale impliquant la prévention, le soin, le suivi et l'insertion dans la cité, la promotion de la

santé mentale, la déstigmatisation de la maladie mentale et du handicap psychique.

Cette politique devrait permettre de renforcer le rôle institutionnel des malades, de leur famille ou de leur entourage, acteurs à part entière du système de santé aux côtés des professionnels ; elle devrait également promouvoir l'évaluation des structures, des activités et des pratiques afin de bien connaître et de bien faire connaître l'importance des actions accomplies.

Assurer une prise en charge globale, dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité, et dans le cadre d'un parcours personnalisé pour des malades qui ne sont pas toujours en mesure de demander des soins, suppose que soient réunies au moins trois conditions : la proximité, la pluridisciplinarité et la bonne coordination de tous les intervenants.

Le niveau territorial permettant la proximité souhaitable n'est pas le territoire de santé tel qu'il peut être défini régionalement, mais c'est certainement le territoire de l'actuel secteur psychiatrique (entre 70 000 et 150 000 habitants, un peu plus pour la pédopsychiatrie). C'est dans cet espace et autour du secteur psychiatrique actuel que peut s'organiser la coopération des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Ce fonctionnement en réseau, qui traduit le souci d'interdisciplinarité et qui mobilise des acteurs divers, pourrait être assuré au sein d'un groupement local de coopération pour la santé mentale dans lequel se retrouveraient : l'hôpital, représenté par le secteur qui lui est rattaché, les collectivités locales concernées, les institutions du secteur médico-social et le monde associatif.

Cette structure disposerait des moyens additionnés de l'hôpital (par le secteur psychiatrique qui en dépend), des structures médico-sociales qui assurent le suivi, des moyens consacrés, notamment par l'État, à l'information, à la prévention et à la formation et des moyens alloués par les collectivités locales pour l'action sociale et l'aide à l'insertion (logements, emploi, formation, culture).

Dans ce cadre, chaque acteur assure la prestation qui ressort de sa compétence, le groupement a en charge la coordination de toutes ces actions et assume la responsabilité de leur mise en œuvre. L'hospitalisation, lorsqu'elle est nécessaire, demeure évidemment décidée et gérée par le secteur psychiatrique qui a en charge le patient car c'est bien sa mission et son obligation. Cette hospitalisation est, dans tous les cas, garantie par l'hôpital de rattachement, membre du groupement local de coopération pour la santé mentale, c'est là aussi sa mission et son obligation.

Le conseil local de santé mentale composé d'élus, de représentants des associations de malades et des familles et de professionnels de santé ou du secteur social, s'assurerait de la mise en œuvre concrète, par le groupement de coopération, de tous les aspects du volet local de la politique de santé mentale : information, prévention, soins et suivi des soins, insertion dans la vie de la cité.

L'objectif recherché est bien celui de mobiliser, pour la santé mentale, des acteurs multiples, de décloisonner des structures intervenant dans des champs différents et de coordonner leur action pour

une plus grande efficacité, sans pour autant ôter à chacun sa responsabilité et son identité.

Ce niveau de proximité est essentiel pour garantir une prise en charge globale et de qualité sur une longue durée, pour faire en sorte que le parcours de soin soit complété par un accompagnement pour le parcours social dans la cité. Il est complété par le niveau de l'hospitalisation, on a vu que le lien étroit entre ces deux niveaux est assuré par le secteur psychiatrique, « cordon ombilical » entre l'action ambulatoire globale de proximité et l'hôpital qui doit être accessible en cas de nécessité. Le niveau d'hyperspécialisation et d'expertise peut être situé au niveau régional. Ces divers niveaux ne sont pas cloisonnés, ils sont obligatoirement liés par contrat sur des objectifs précis de prise en charge de soins, d'enseignement ou de recherche.

Une telle réforme exige un vaste débat et une loi pour la santé mentale. Elle ne peut se mettre en place sans moyens d'accompagnement. Ces moyens concernent le logement social (colocations, résidences ou locations), les professionnels médecins hospitaliers, médecins généralistes ou spécialistes libéraux (formation, conditions d'exercice, démographie), les infirmiers (spécialisés au niveau master), les psychologues, éducateurs et travailleurs sociaux ; le développement de la recherche en psychiatrie et en santé mentale, le développement de la recherche évaluative ; le mode de financement des établissements hospitaliers et des activités des secteurs psychiatriques qui leur sont rattachés (soins, enseignement, recherche), enfin l'information de tous pour faire évoluer le regard sur la santé mentale, sur la psychiatrie et sur ceux qu'elle prend en charge : enfants, adolescents, adultes ou vieillards.

Dans les années soixante, la psychiatrie a été à la pointe de l'innovation en créant, avec le secteur psychiatrique, l'outil qui a permis de rompre avec les structures asilaires des grands hôpitaux psychiatriques hérités du XIX^e siècle, pour le plus grand profit des patients et le progrès dans leur prise en charge. Aujourd'hui, avec le secteur rénové, le partenariat formalisé avec les autres acteurs de la santé mentale et le soutien des associations de patients et des familles, elle peut encore innover en montrant qu'il est possible de concevoir un mode de prise en charge globale au sein d'un système ouvert associant élus locaux, responsables associatifs et professionnels de la santé et du social. Elle peut innover en montrant qu'au-delà des seules stratégies professionnelles ou de champs de compétence, il peut y avoir une vraie politique de santé publique au service d'une population en souffrance, une politique qui permette de sortir du cercle précarité - prison - psychiatrie dans lequel chaque personne en difficulté sociale ou sanitaire court hélas le risque de tomber.

L'avenir dira si les spécialistes, mais également tous les responsables concernés par la santé mentale et inspirés par la psychiatrie, ont su relever ce défi.

Édouard Couty, le 25 mars 2009.

Ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Président de la commission de réflexion pour la psychiatrie et la santé mentale.

Interview d'Édouard Couty.

Monsieur Couty, bonjour et merci d'avoir accepté de répondre aux questions de la Mission nationale d'appui en santé mentale sur le rapport « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » que vous venez de remettre à Madame la ministre. Tout d'abord, quelle a été votre méthode de travail pour l'élaboration de ce rapport ?

Madame la ministre de la Santé m'a adressé une lettre de mission (annexée au rapport) au mois de juillet 2008 en me demandant de présider une commission de concertation et de réflexion sur l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. La commande qui m'a été passée était donc de faire des propositions et de rédiger un rapport. Durant quatre mois, environ deux cent personnes ont été auditionnées. Puis, en novembre et en décembre, deux séances de débats ont eu lieu entre les membres de la commission. À l'issue de ces débats et avant de commencer la rédaction, j'ai rappelé aux membres que, sur la base de ma lettre de mission, je porterai seul la responsabilité du rapport.

Quelles sont, selon vous, les recommandations-phares du rapport ?

Mon objectif n'était pas de proposer une liste de recommandations. Deux plans successifs pour la psychiatrie ont été conçus et mis en œuvre, le bilan n'en a pas encore été complètement dressé. L'idée était de proposer les éléments de ce qui pourrait constituer les bases d'une politique de santé mentale, un cadre pour l'action. Le rapport présente les trois éléments qui doivent, à mon avis, fonder une politique de santé mentale aujourd'hui :

- Une politique de santé mentale doit être adossée à la politique de santé publique, autour du triptyque : soin, suivi, réinsertion. Il n'y a pas de politique de santé publique sans un volet santé mentale. Mais la réinsertion sociale implique d'autres acteurs que les soignants. La psychiatrie ne peut plus aujourd'hui assumer à elle seule toutes les tâches ni toutes les responsabilités. Il faut relire la circulaire de 1960 : l'esprit du secteur, c'était sortir de l'asile et donc aussi faire du suivi et de la réinsertion avec d'autres partenaires.

- Pour faire cette politique, il faut accroître la place des usagers et des familles, et leur participation aux instances qui traitent de la psychiatrie et de la santé mentale. Cela se concrétise, par exemple, par la création d'un bureau des usagers ou d'une maison des usagers dans chaque hôpital disposant de services de psychiatrie. Il faut inclure les patients et les familles dans des conseils locaux de santé mentale.

- Enfin, il faut impérativement pousser les professionnels à développer et à mettre en place, avec la HAS, des systèmes d'évaluation pertinents des structures de prise en charge de la maladie mentale ainsi que des processus d'évaluations des activités et des pratiques, même si c'est difficile, je ne le conteste pas : connaître et faire connaître ce que l'on fait, pour une meilleure reconnaissance.

Pour faire tout cela, il faut une grande loi pour la santé mentale.

Le rapport préconise d'autres mesures concrètes très importantes comme la formation des infirmières, la recherche, la répartition des tâches entre les infirmiers spécialisés, les médecins et les psychologues. Ce sont les mesures d'accompagnement.

Effectivement, une des recommandations importantes du rapport nous semble être la loi redéfinissant l'ensemble du dispositif de prise en charge en psychiatrie. Pouvez-vous nous éclairer sur l'articulation entre cette loi à venir, la loi HPST, la loi de 1985 sur le secteur et la réforme de la loi de 1990 sur les hospitalisations sous contrainte ?

S'agissant d'une réflexion sur la réforme de la loi de 1990, il me semble que le travail réalisé par Madame Hélène Strohl peut, à lui seul, servir de base à une refonte des modalités de l'hospitalisation sous contrainte. Mais cela doit s'intégrer dans une loi pour la santé mentale qui traite de l'ensemble des problématiques. Relisons les études épidémiologiques de l'OMS, la prévalence des maladies mentales dans les années qui viennent est alarmante. Cela nécessite un débat national sur les moyens que l'on veut y consacrer. Le risque, face à la polémique, c'est de réduire ce débat à sa composante sécuritaire et de ne réformer que la loi de 1990. Or, il est illusoire de croire que la psychiatrie va pouvoir continuer à fonctionner selon son mode d'organisation actuelle. Si l'objectif est de conserver le secteur et la philosophie qui l'a fait naître, la psychiatrie a beaucoup à perdre à l'absence de réforme. En revanche, elle aura beaucoup à gagner en acceptant de revoir son fonctionnement. Il faut accepter un partenariat renforcé et formalisé notamment avec les collectivités locales et les responsables des institutions médico-sociales. Ce partenariat devrait être formalisé afin d'identifier clairement les objectifs, les moyens, la responsabilité de la prise en charge des missions de prévention de soin et de réinsertion.

Quelles seront exactement les attributions de la mission interministérielle « santé mentale » placée auprès du ministre de la Santé ?

Il y a aujourd'hui au moins six ministères différents concernés par la santé mentale. Il faut, pour coordonner toutes les décisions et bien préparer les arbitrages, un seul responsable, rattaché au ministère de la Santé, ou mieux, au Premier Ministre. Un monsieur ou madame Santé mentale investi(e) par une lettre de mission et qui rende des comptes sur la mise en œuvre et le suivi des politiques. Ce responsable devrait également participer directement au pilotage des ARS. Chaque ARS devrait d'ailleurs être dotée d'un service dédié à la santé mentale et à la psychiatrie.

À plusieurs reprises dans le rapport, vous préconisez un « secteur rénové » qui assurerait les soins ambulatoires de niveau 1. Et, dans le même temps, la double mission traditionnelle du secteur est réaffirmée puisque vous écrivez que le secteur devrait continuer à être en charge à la fois de l'extra-hospitalier et des soins en hospitalisation. D'aucuns voient là une ambiguïté. Quel sera le périmètre géographique d'action du GLC ?

Je pense que les nécessités de l'organisation territoriale de la santé mentale sont très différentes de celle du MCO, et c'est une de ses spécificités.

Dans le MCO, on mise sur la mutualisation des moyens sur un territoire de santé : c'est l'utilisateur qui se déplace. En santé mentale, c'est différent. Ce qui fait la qualité, au contraire, c'est la proximité. D'autant plus que l'utilisateur n'est pas forcément demandeur du soin ! Il faut donc aller au-devant du patient. Le périmètre du territoire

sanitaire, 200 000 à 500 000 habitants, tel que décrit dans les SROS et soumis aux futurs ARS, n'est pas adapté à ce type de mission.

La base territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie, c'est bien le secteur traditionnel, c'est-à-dire un territoire entre 70 000 et 150 000 personnes, à moduler pour la pédo-psychiatrie, où il est plus large. Il faut de la proximité et du travail de terrain. Ce découpage n'est pas incompatible avec le volet santé mentale du projet régional de santé, c'est la déclinaison locale, de proximité, du projet régional.

Pourquoi un groupement local de coopération (GLC) ?

Pour faire le travail de terrain nécessaire, il faut aussi du social et du médico-social, d'où la proposition de confier les missions du premier niveau de prise en charge à un groupement local de coopération réunissant l'ensemble des acteurs concernés.

J'aurais pu proposer un GCS. Mais dans GCS, il y a « sanitaire ». Or, à mes yeux, le groupement de coopération en charge de la santé mentale, ce n'est pas que du sanitaire. C'est un groupement de coopération sanitaire, mais qui associe le sanitaire, le médico-social, le social, les collectivités locales et la médecine de ville.

Le secteur, dans son acception actuelle, a une place centrale en tant qu'acteur du soin mais il ne peut pas être seul. Il faut une plus grande fluidité entre structure de soins et suivi. D'ailleurs, je préconise également le développement de l'HAD en psychiatrie ainsi que le développement des équipes mobiles qui iraient directement au domicile du patient.

La loi de 2005 a reconnu le handicap psychique. On a affaire à des maladies récurrentes avec des périodes de rémission et des phases aiguës. Malheureusement, le sanitaire et le médico-social ne se parlent pas. Aujourd'hui, ce n'est pas le secteur, avec une assistante sociale (quand elle existe) qui peut faire ce travail. Il faut donc impliquer les secteurs (pour la prise en charge des soins intra et extra-hospitaliers) les collectivités locales et les institutions médico-sociales autour de trois axes d'action essentiels, tout aussi essentiels les uns que les autres : le soin, le suivi, la réinsertion. Traiter la question de la réinsertion sociale, dans la cité, c'est aussi se préoccuper du logement, du revenu, de l'emploi ou de l'activité professionnelle, des activités socio-culturelles. À ce titre, les villes et les élus doivent être associés, notamment pour la question du logement. S'ils ont une responsabilité institutionnelle dans le GLC, ils coopéreront, en réservant des places dans un HLM, par exemple, ou en aidant à disposer de logements en résidence accompagnés ou en colocation. Car les communes ont tout intérêt à ce que les patients soient réinsérés dans la cité de la manière la plus fluide possible.

Comment coordonner la myriade d'acteurs censés se retrouver au sein du GLC ?

Il n'est pas nécessaire qu'il y ait une myriade d'acteurs, il suffit qu'il y ait deux ou trois membres fondateurs : l'hôpital de rattachement du secteur, une ou deux institutions médico-sociales et (facultativement) une collectivité locale.

Pour que tout cela fonctionne, il faut un réseau. La difficulté des réseaux, c'est qu'ils sont « personne-dépendants ». Il faut donc les institutionnaliser pour pérenniser leur action.

Le GLC aura un conseil local, ce n'est pas un électron libre. Un conseil local de santé mentale, composé, aux côtés des professionnels d'élus

et de représentants des associations de patients et de familles de patients et de leur entourage qui s'assure de la cohérence et de la mise en œuvre du schéma local de santé mentale, à l'instar des conseils de secteurs qui n'ont, pour la plupart, jamais fonctionné. Le directeur sera nommé par l'ARS. Il faut un professionnel formé à la gestion et, dans le même temps, capable d'aller au-devant d'acteurs de cultures et d'origines très différentes.

Certains psychiatres s'inquiètent du profil de ce professionnel qui semble défini exclusivement comme un administratif ?

Je crois que cette question devrait être discutée et résolue dans le cadre de la concertation et du débat instaurés à l'occasion de la préparation d'une loi pour la santé mentale. Il est difficile et prématuré de se prononcer définitivement aujourd'hui. J'ai simplement écrit dans mon rapport que ce responsable, nommé par l'ARS, pourrait être un cadre médical, soignant ou administratif des équipes de secteur. Ce pourrait bien sûr être un psychiatre.

Comment, dans un État décentralisé, l'État peut-il obliger des collectivités territoriales à adhérer à un GLC ? D'autant plus que les Conseils généraux n'ont pas nécessairement les moyens financiers.

Évidemment, non, l'État n'a pas le pouvoir de contraindre les collectivités à adhérer à un groupement. L'adhésion de la collectivité locale ne peut être que volontaire. Mais à partir du moment où l'on crée un conseil local de santé mentale, il faut y mettre les usagers, les familles et les élus, et cela, la loi peut le prévoir. Deux observations : d'une part, je crois que les communes ont un intérêt évident à voir fonctionner un groupement de coopération pour une bonne prise en charge des questions de santé mentale sur leur territoire, d'autre part, l'évaluation des structures et des activités, et la transparence vis-à-vis des patients, de leur famille, de l'entourage, et finalement vis-à-vis des citoyens, fera connaître les actions de chacun.

On pourrait également imaginer de faire des expérimentations sur plusieurs modèles de gouvernance possibles élaborés lors de la concertation évoquée plus haut.

On peut avoir l'impression, à la lecture du rapport, d'assister à une scission, sur le plan juridique, budgétaire et organisationnel, du secteur psychiatrique traditionnel entre l'extra-hospitalier d'un côté, et l'intra- de l'autre : chronique d'une mort annoncée ?

C'est une ineptie de dire que le rapport préconise la séparation de l'intra et de l'extra. Je pense, au contraire, qu'il faut maintenir l'unité du secteur. Ce que je dis, c'est qu'il faut une structure responsable qui gère les moyens et les patients autour du soin, du suivi et de la réinsertion avec les psychiatres, le médico-social et les collectivités territoriales. Cela signifie aussi un regroupement des moyens financiers : budget du secteur (avec une répartition 50/50 entre l'intra et l'extra), les moyens des collectivités territoriales et les moyens attribués par l'ARS au titre du médico-social.

C'est pourquoi, contrairement à ce que j'entends dire aujourd'hui, le GLC pour la santé mentale ce n'est ni la mort du secteur ni « couper l'intra de l'extra ». C'est un groupement qui institutionnalise un réseau dans lequel se trouvent : le secteur (la partie ambulatoire

évidemment parce qu'il n'y a pas de lits au premier niveau de prise en charge) et les autres acteurs de la santé mentale. C'est ce que j'appelle le *secteur rénové*.

En dissociant l'hospitalisation et l'offre de soins de proximité ne risque-t-on pas d'encourager la formation de grands CHS départementaux, voire régionaux, à l'image des asiles d'avant-guerre ?

Il y a un risque, notamment si l'on raisonne sur un territoire correspondant à une communauté hospitalière de territoire (400 000 habitants), beaucoup moins si l'on travaille sur le territoire géographique du secteur (70 000/ 100 000 habitants). Mais la question ne se résout pas à celle des lits. Il faut développer des alternatives pour libérer des capacités d'hospitalisation : le logement, accompagné ou pas, la colocation, tout ce qui permet la réinsertion et ce qui accompagne l'action dans l'extra-hospitalier.

Pensez-vous que l'hôpital, général ou spécialisé, soit en mesure de s'impliquer dans la mise en place des GLC ?

Le secteur n'a pas de personnalité morale. La personne morale fondatrice du GLC, cela devrait donc être l'hôpital, mais cela sera également une institution médico-sociale.

L'hôpital sera donc membre fondateur du GLC et éventuellement membre de plusieurs GLC en fonction du nombre de secteurs. La territorialité n'est pas la même selon que l'on est en zone urbaine dense ou en zone rurale. Si l'on va au bout du schéma proposé, je crois même que le pôle d'activité de l'hôpital, qu'il soit général ou spécialisé, devrait être confondu avec le GLC.

En pédo-psychiatrie, il y a déjà peu de lits. Avec la mise en place des GLC, l'activité ne risque-t-elle pas d'être encore plus déconnectée de l'hospitalisation ?

Il y a toujours eu beaucoup de difficultés à hospitaliser les enfants et les adolescents, parce qu'il y a effectivement peu de lits. C'est un problème, et souvent les familles viennent de loin. S'agissant du GLC, il faut bien comprendre qu'il sera de toute manière rattaché à l'hôpital. L'hôpital devra s'engager à garantir l'hospitalisation en cas de besoin. Aujourd'hui, quand l'hôpital annonce qu'il n'a pas de lit disponible, on fait une HO pour être sûr que le patient soit pris ! Ce n'est pas satisfaisant. Dans le cadre d'un engagement formel de l'hôpital, la responsabilité sera clairement identifiée, quitte à ce que l'on constate qu'il faut rouvrir des lits. Mais la question est aussi peut-être de s'assurer que la fluidité du système est garantie. Tous les patients hospitalisés ont-ils besoin de l'être et de l'être aussi longtemps ? Je pense là, bien sûr, à la nécessité de développer les structures de suivi et de réinsertion, logements notamment.

Est-ce que le privé lucratif pourra participer à ces groupements ?

Oui, s'il le souhaite, mais à condition qu'il soit sectorisé, c'est-à-dire après avoir passé contrat avec l'ARS sur la prise en charge de missions de service public dont les principes sont la permanence, la continuité et l'égalité d'accès. Cet aspect relève de la loi HPST. Je dis simplement que s'agissant des missions de service public, il faut veiller à ne pas développer une psychiatrie à deux vitesses.

Dans le contexte actuel de tendance lourde des médecins libéraux à se désengager de la permanence des soins, comment envisagez-vous d'associer la médecine de ville au GLC, notamment pour ce qui concerne l'amont des urgences 24/24 que vous préconisez dans le rapport ?

Les libéraux coopéreront si, en contrepartie, ils ont la garantie que la prise en charge de leurs patients sera assurée en hospitalisation si nécessaire et qu'ils pourront en assurer le suivi ensuite en ambulatoire.

Pouvez-vous préciser ce que sera la position statutaire des personnels, actuellement hospitaliers, qui seront amenés à travailler au sein du GLC ? Où seront affectés les PH ?

Le GLC n'a pas vocation à être employeur, ce n'est pas son rôle. Pour ce qui est des infirmiers de secteur et des psychiatres actuellement gérés par un établissement de santé, leur statut ne serait pas modifié.

Mais sur tous ces aspects pratiques de la construction et du fonctionnement du GLC, il faudra une loi et des décrets d'application à l'occasion desquels tout cela devra être concerté, développé et précisé.

Le GLC a-t-il vocation à couvrir à la fois la psychiatrie adulte et infanto-juvénile ? Au-delà de propositions très intéressantes, mais ponctuelles, que fait le rapport sur la périnatalité ou les équipes mobiles, on ne perçoit pas bien la place de la pédo-psychiatrie dans l'édifice à trois niveaux que vous préconisez ?

C'est vrai que dans le rapport, la pédo-psychiatrie a surtout été traitée sous l'angle de la prévention. Mais en réalité, l'outil du GLC est bien adapté à la prise en charge de la pédo-psychiatrie qui coopère déjà beaucoup avec d'autres acteurs, notamment l'Éducation nationale.

Sur le dimensionnement des secteurs, je n'ai pas *d'a priori*. Je pense qu'il faut faire des expérimentations sur ce sujet comme sur les autres. Mais, s'agissant de la pédo-psychiatrie comme discipline, il me semble qu'elle nécessiterait de faire l'objet d'un rapport en tant que telle, ce qui à ma connaissance n'a jamais été fait jusqu'à maintenant.

Aujourd'hui, l'activité de la psychiatrie n'est pas prise en compte pour l'élaboration de la dotation globale. Par conséquent, à l'hôpital général, il peut être tentant d'utiliser la psychiatrie comme variable d'ajustement de budgets déjà contraints. Pour freiner cette dérive, pourquoi ne pas préconiser une sanctuarisation des moyens de la psychiatrie ?

Je ne pense pas qu'il faille « sanctuariser » les enveloppes de financement. Ce terme a une connotation péjorative. Il ne faut pas une attitude protectionniste, mais plutôt pro-active.

Par ailleurs, la question qui se pose aujourd'hui est aussi celle d'une utilisation plus judicieuse, d'une meilleure répartition des moyens alloués. Pour cela, il faut organiser un peu plus de transparence : notamment sur l'emploi des ressources allouées par la solidarité nationale. Aujourd'hui, c'est plutôt l'opacité qui règne. Cela fait partie des recommandations du rapport qui parlent de l'évaluation du service rendu : efficacité et efficience. Il existe des outils pour éva-

luer, même s'il faut évidemment que ces outils soient adaptés à la psychiatrie, élaborés et partagés avec les professionnels.

Sur la question des moyens, l'horizon 2010-2011 que vous préconisez pour la généralisation de la VAP vous paraît-il vraiment réaliste ?

Il faut faire la VAP ! Et si j'en crois les nombreuses personnes que j'ai rencontrées au cours de ce travail, les acteurs de l'hospitalisation psychiatrique l'attendent avec impatience. Malheureusement, cela n'a pas, ces dernières années, été jugé comme une priorité. Il faut vite redémarrer en incluant l'extra-hospitalier. Si la psychiatrie rate le virage de la VAP, je crains que ce ne soit l'ensemble de ses activités qui soient menacées. Si l'on veut conserver le secteur et son esprit, il faut valoriser toutes les activités, intra, extra et les activités de prévention et de réinsertion. Mais aussi, plus largement, évaluer et faire connaître ces activités et impliquer véritablement les patients et leurs familles.

Parmi ses recommandations, le rapport préconise la création d'une spécialisation de psychiatrie pour les IDE, sur le modèle des puéricultrices, IADE et IBODE. Cela signifie un retour vers une carrière strictement psy et probablement étanche à une mobilité vers le MCO ?

Je propose, dans le cadre du LMD pour les infirmiers, un master de santé mentale et psychiatrie, pour avoir des professionnels formés, spécialisés à bac+5 ; pour les psychologues, c'est le master avec des valences de psychologie clinique.

C'est important car, depuis la disparition de la spécialité d'infirmier psychiatrique, les jeunes IDE hésitent à aller en psychiatrie et, quand ils arrivent dans les services, ils ne sont pas bien préparés à ce métier et à ses difficultés.

J'ai toujours été convaincu, depuis mon expérience de DHOS, de la nécessité de créer une ou plusieurs années supplémentaires de formation pour les infirmiers qui vont travailler en psychiatrie. Ce que j'ai entendu de la part des professionnels, lors des auditions, m'a conforté dans ce point de vue.

Il faut, comme cela a été fait pour de nombreuses autres disciplines en MCO (ophtalmologistes/orthoptistes, radiologues/manipulateurs, etc.), réfléchir, expérimenter dans le cadre de la loi et évaluer de nouvelles répartitions des tâches entre les professionnels médicaux et non-médicaux. L'observatoire national des professions de santé, présidé par le Professeur Berland, est prêt à s'engager dans cette démarche d'expérimentation pour la psychiatrie, sous réserve que les médecins psychiatres et les paramédicaux acceptent une concertation. L'objectif, c'est de dégager du temps de psychiatre, lequel aura, bien entendu, toujours la responsabilité de la décision médicale, de la prescription et de la coordination de la prise en charge.

Enfin, aujourd'hui, on aurait besoin de plus de rééducateurs, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux, de psychomotriciens dans les services d'hospitalisation psychiatrique. Ce panel de métiers illustre la diversité des tâches et des besoins.

Qui assurerait cette formation ?

L'université est tout à fait à même de faire assurer cette formation par les IFSI avec lesquels elle passera convention. La formation devra être sujette à évaluation par l'AERES.

Ne craigniez-vous pas que cette proposition soit contestée par les psychologues et les médecins ?

Je ne le crois pas car tous les professionnels ont intérêt à ce que leur travail soit bien reconnu et valorisé, que les tâches soient mieux réparties et que les prises en charge s'en trouvent améliorées.

Le travail expérimental du partage de compétences est principalement et prioritairement à concevoir entre les infirmiers spécialisés et psychiatres.

La notion de proximité revient souvent dans votre rapport, c'est une des notions-clés de l'organisation proposée. Mais la proximité, cela commence et cela s'arrête où ?

La proximité dont je parle, c'est deux choses.

Tout d'abord, c'est la proximité géographique, celle délimitée par le territoire. Et je redis que le territoire de la santé mentale ne peut pas être celui du MCO, il doit être plus petit, environ 100 000 habitants, plus pour la pédo-psychiatrie.

Ensuite, c'est le mode opératoire du dispositif. Dans les responsabilités du GLC, il doit y avoir celle du suivi personnalisé et organisé du patient. Il faut un répondant, un interlocuteur qui, pour chaque patient, fasse le lien entre les différents acteurs et intervenants.

La psychiatrie française a été à la pointe de l'innovation en développant la notion de secteur. Elle a, en créant ce concept, créé un modèle qui a ensuite été adapté à toute l'organisation hospitalière. La psychiatrie, il y a plus de quarante ans, a montré la voie de l'alternative à l'hospitalisation en faisant sortir l'hôpital de ses murs et en mettant fin aux asiles.

Elle a aujourd'hui la possibilité de montrer à nouveau une voie de progrès en relevant avec succès le défi du décloisonnement du sanitaire, du social et du médico-social, en montrant qu'un système ouvert et pluridisciplinaire peut être garant d'une meilleure prise en charge des patients, du soin à la réinsertion dans la vie de la cité.

Monsieur Couty, merci d'avoir répondu à nos questions.

Parole d'inspecté.

En septembre 2008, Pluriels avait consacré son numéro 75 au rapport de l'IGAS « Gestion et utilisation des ressources humaines dans six établissements spécialisés en psychiatrie ». Jean-Maurice Lasserre, directeur du CHS de la Savoie qui faisait partie des six établissements visités par l'IGAS, a souhaité exercer un droit de réponse aux informations délivrées à l'occasion de ce rapport. Voici le texte qu'il nous a transmis.

Dans son numéro de septembre 2008, *Pluriels* présente une synthèse du rapport de l'IGAS sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines de six établissements spécialisés en psychiatrie, accompagnée de commentaires globalement complaisants.

L'établissement que je dirige fait partie de l'échantillon que l'IGAS avait retenu.

Le rapport général résultant de la synthèse des inspections des six établissements livre une image péjorative de la gestion des ressources humaines et du management en psychiatrie que les directeurs d'hôpital - et les autres professionnels - ne peuvent partager. La démonstration repose en effet sur l'amalgame et la sélection de points de dysfonctionnement qui révèlent davantage un défaut de pilotage national du dispositif qu'une carence des gestionnaires locaux.

Le rapport énonce plusieurs contre-vérités :

1. « Défaut d'articulation Projet médical – Projet de soins – Projet d'établissement. Les projets ne reposent pas sur une analyse précise des besoins ».

Notre Projet médical 2006-2010 - comme dans beaucoup d'EPSM - est une déclinaison du SROS III. Il a été conçu dans le cadre d'une réflexion participative en lien avec nos partenaires du sanitaire, du médico-social, de l'éducatif. Il intègre des projets diversifiés qui répondent à une volonté d'amélioration de l'offre de soins, comme favoriser les solutions d'aval de l'hospitalisation, améliorer la prise en charge somatique ou mieux répondre aux demandes spécifiques (enfants, adolescents, personnes âgées...).

2. « Un défaut de pilotage – Un déficit de management à tous les niveaux ».

Le management des établissements publics de santé n'est pas un exercice facile. Affirmer qu'il n'y a pas de pilote dans ces établissements est faire injure aux équipes en place. Rappelons que les cadres de direction ont vocation à diriger les établissements MCO comme psychiatrique.

S'agissant des cadres soignants, je suis, comme Jean-Jacques Moitié, directeur des soins et correspondant de la MNASM, très choqué que leur management ne soit pas reconnu (cf. article de Jean-Jacques Moitié dans le même numéro de *Pluriel*).

3. « L'inadaptation de la gouvernance hospitalière ».

Les Conseils exécutifs fonctionnent dans la plupart des établissements et favorisent un meilleur dialogue direction/corps médical.

La mise en place des pôles est laborieuse, même si ce dispositif permet déjà, dans certains établissements, de corriger le cadre trop rigide du secteur. Rappelons toutefois que c'est le ministère qui a autorisé l'organisation 1 pôle = 1 secteur, compliquant sérieusement la tâche des acteurs locaux.

S'agissant enfin de l'absence « d'analyse fine des ressources en fonction de l'activité », faut-il rappeler que les directions hospitalières n'ont cessé de réclamer la mise en place d'indicateurs objectifs permettant d'apprécier et de comparer les activités ?

Même si la réticence de certains représentants du corps de psychiatres n'a pas favorisé l'adoption de règles du jeu partagées, force est de constater que le ministère ne semble pas aujourd'hui afficher une grande détermination pour la mise en place rapide d'une tarification à l'activité en psychiatrie.

La gestion des ressources humaines des établissements spécialisés de psychiatrie ne s'organise pas de manière très différente que dans les hôpitaux généraux et c'est heureux puisqu'il est là question de plus de 80 % du budget de l'hôpital !

Le management a autant sa place que dans les autres structures hospitalières et les réflexions engagées sur l'organisation et les pratiques professionnelles se développent de manière pluridisciplinaire. À cet égard, on peut souhaiter que la MEAH apporte son soutien à nos établissements preneurs de démarches innovantes.

Jean-Maurice Lasserre

Mardi 26 et mercredi 27 mai 2009

« Coordonner soins et accompagnement social : une fonction ? un métier ? »

Journées organisées par l'Institut régional du travail social (IRTS) Montrouge Neuilly-sur-Marne, l'École supérieure de travail social (ETSUP), la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM), en partenariat avec la Fédération d'aide à la santé mentale (FASM Croix Marine) et le DERPAD (Dispositif public régional au service des professionnels et des institutions en charge d'enfants et d'adolescents en difficulté).

Programme

Mardi 26 mai 2009 (à Montrouge, dans les locaux de l'IRTS)

9h00

Accueil par Hugues Dublineau, président de la Fondation ITSRS (IRTS)

9h15-10h30

Les enjeux de la coordination des actions et des dispositifs

- Dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale : Serge Kannas (MNASM)
- Dans le secteur social et médico-social : Marcel Jaeger (IRTS).

10h45-12h00

La coordination dans différents dispositifs (1)

- Le *case management* ou gestion des cas (Réseaux de santé Aura 77 et Prépsy) : Saïd Acef et Cécile Petitqueux-Glaser.
- La coordination des interventions à l'échelle un territoire de santé, dans le cadre du Réseau de promotion de la Santé Mentale Sud-Yvelines (RPSM 78) : Mickaël Robin.

14h00-15h30

La coordination dans différents dispositifs (2)

- Coordination des services sociaux : Christine Garcette, CLICOSS 93.
- La coordination dans le plan Alzheimer et pour les personnes âgées : Anne Kieffer, CNSA.
- Les maisons des adolescents : Patrick Cottin, MDA Nantes.

15h45-17h30

La coordination au regard de la place accordée à l'individu et au collectif

- Hélène Strohl, IGAS.
- Maryvonne Lyazid, adjointe du directeur général à la Fondation Caisse d'Épargne pour la solidarité.

Mercredi 27 mai 2009 (salle des conférences de l'Institut mutualiste Montsouris)

9h00-10h15

La coordination dans différents dispositifs (3)

- Pierre Schneider, coordonnateur d'équipe pluridisciplinaire de la MDPH de Nancy.
- Maxime Calvet et Jean-Jacques Valentin, DERPAD (Dispositif public régional au service des professionnels et des institutions en charge d'enfants et d'adolescents en difficulté).

10h30-12h00

Coordination et formations : expériences et témoignages...

- Gilles Poutou (Université Marne-la-Vallée)
- Monique Lips (EPSM de Lille) et Lydie Leroy (FNARS)
- Jean-Vincent Trelu (IRTS Bretagne)

14h00-16h30

Une nouvelle politique de formation ?

Table ronde animée par Marcel Jaeger (IRTS), avec Francine Bavay (Vice-Présidente du Conseil régional Ile-de-France), Dominique Letourneau (École supérieure Montsouris), Martine Mandopoulos-Clémentine (ANFH), Didier Tronche (SNASEA), Annie Léculée (syndicaliste).

16h30-17h-30

Conclusions

- Gérard Massé et Brigitte Cheval (ETSUP).

PLURIELS

La lettre
de la

Mission Nationale d'Appui
à la Santé Mentale

Directeur de la publication :
Serge Kannas

Rédacteur en chef :
Sabine Rivet

Ont participé à ce numéro :
Catherine Isserlis, Serge Kannas,
Gérard Massé, Sabine Rivet, Anne Veber.

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

**Inscriptions au secrétariat
de la formation continue de l'IRTS**

isabelle.dupire@gni.asso.fr

Participation aux frais : 60 euros pour les deux jours.

**Pluriels
sur internet**

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