



MINISTÈRE DE L'EMPLOI
ET DE LA SOLIDARITÉ

République Française

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**
Sous-direction de l'organisation du système de soins
Bureau de l'organisation de l'offre régionale
de soins et populations spécifiques (O2)
Tél. : 01 40 56 59 88
Fax : 01 40 56 50 89

RAPPORT du groupe de travail relatif aux
« Recommandations d'organisation
et de fonctionnement
de l'offre de soins en psychiatrie
pour répondre aux besoins en santé mentale »

mars 2002

SOMMAIRE

INTRODUCTION, PROBLEMATIQUE ET METHODE DU GROUPE DE TRAVAIL

1^{ERE} PARTIE : LA SITUATION ACTUELLE : LES POINTS ESSENTIELS DU DIAGNOSTIC

I. LA PLURALITE DES ATTENTES A L'EGARD DE L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE

1.1 LES ATTENTES DES USAGERS

1.1.1 Les attentes des associations représentant les usagers et leurs familles (FNAP-PSY et UNAFAM)

1.1.2 Les attentes du grand public

1.2 LES ATTENTES DES PROFESSIONNELS

1.2.1 Les attentes des professionnels de santé

A/ Les attentes des professionnels de la psychiatrie

B/ Les attentes des autres professionnels du champ sanitaire

1.2.2 Les attentes des acteurs associés

A/ Les dispositifs de lutte contre l'exclusion

B/ Les dispositifs de prise en charge médico-sociale pour personnes handicapées ou pour personnes âgées

C/ Les autres dispositifs sociaux gérés par les conseils généraux

II. L'ANALYSE CRITIQUE DE L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE EN SANTE MENTALE

2.1 LE CONSTAT DES DISPARITES D'ORDRE QUANTITATIF

2.1.1 L'évolution des démographies médicales et infirmières

A/ La démographie médicale

B/ La démographie infirmière

C/ Les psychologues

2.1.2 Des disparités d'équipement

A/ Les taux d'équipement et la situation de la carte sanitaire de psychiatrie

B/ Des évolutions différentes entre le secteur public et le secteur privé à but lucratif et non lucratif

2.2 LE CONSTAT DES LIMITES EN TERMES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

2^{ème} PARTIE : LES PROPOSITIONS

I. LES PRINCIPES D'ACTION

1.1 GARANTIR L'ACCES AUX SOINS

1.2 GARANTIR LA QUALITE DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES

1.3 GARANTIR LA CONTINUTE DE LA PRISE EN CHARGE

1.4 SOUTENIR ET IMPLIQUER LES FAMILLES

II. LES PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

2.1 DEVELOPPER L'INTERVENTION A DOMICILE EN PSYCHIATRIE POUR LES ADULTES

2.2 PROMOUVOIR L'ENSEMBLE DES COOPERATIONS NECESSAIRES A LA QUALITE ET A LA CONTINUTE DES SOINS

2.2.1 Promouvoir la coopération entre les acteurs du champ sanitaire

2.2.2 Promouvoir et définir l'articulation de la psychiatrie avec les acteurs des champs médico-social et social

2.3 PRIVILEGIER LE FONCTIONNEMENT EN RESEAU POUR METTRE EN COHERENCE L'ACTION DE L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES DE LA SANTE MENTALE

2.4 PRIVILEGIER L'APPROCHE PAR OBJECTIF POUR REpondre AUX BESOINS IDENTIFIES

2.4.1 Les domaines d'intervention directe

2.4.2 Les domaines d'intervention indirecte ou en partenariat

2.5 AMELIORER LA FORMATION ET OBSERVER LES PRATIQUES

2.6 PROMOUVOIR LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE

III. LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS PRIORITAIRES

3.1 AU NIVEAU NATIONAL : AFFIRMER ET FAVORISER LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

3.1.1 La définition d'orientations nationales dans le domaine de la santé mentale

A/ Dans le domaine sanitaire

B/ Dans le domaine social et médico-social

3.1.2 L'accompagnement financier

A/ Dans le sanitaire : la poursuite de l'accompagnement financier mis en place depuis 2001

B/ Dans le secteur social et médico-social

C/ Pour les secteurs sanitaire, social et médico-social

3.1.3 La démographie et les métiers en santé mentale

3.2 AU NIVEAU REGIONAL : INTEGRER LA PSYCHIATRIE DANS UNE OFFRE SANITAIRE GLOBALE - LES SROS 3

3.3 AU NIVEAU REGIONAL ET LOCAL : ARTICULER LES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES ET IMPLIQUER LES ELUS LOCAUX DANS LA SANTE MENTALE

3.3.1 Articuler les politiques sanitaires, sociales et médico-sociales : les contrats pluriannuels de santé mentale

3.3.2 Impliquer les élus locaux dans la santé mentale : les conseils territoriaux de santé mentale

3.4 PROMOUVOIR LES RESEAUX DE PROFESSIONNELS

- ANNEXE N°1 : L'APPROCHE PAR MODALITES DE SOINS**
- ANNEXE N°2 : LES INTERVENTIONS A DOMICILE**
- ANNEXE N°3 : LE TRAVAIL EN RESEAU**
A/ La composition du réseau de santé mentale
B/ La définition et la délimitation de la notion de réseau en santé mentale
C/ Les modalités de fonctionnement du réseau de santé mentale
D/ L'évaluation du réseau de santé mentale
E/ La logistique du réseau de santé mentale
F/ Les conditions de réussite et les écueils à éviter
- ANNEXE N°4 : LES RELATIONS AVEC LA PSYCHIATRIE PRIVEE**
- ANNEXE N° 5 : LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS**
- ANNEXE N° 6 : SANTE MENTALE ET PERSONNES AGEES**
- ANNEXE N° 7 : LES ATTENTES DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DE LEURS FAMILLES**
- ANNEXE N° 8 : LES ATTENTES DES REPRESENTANTS DES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE**
- ANNEXE N° 9 : LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL**
- ANNEXE N° 10 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES**

INTRODUCTION

PROBLEMATIQUE ET METHODE DU GROUPE DE TRAVAIL

UNE REFLEXION PREVUE DANS LES PROTOCOLES D'ACCORD DES 13 ET 14 MARS 2000

Le présent rapport constitue la synthèse des travaux de l'un des groupes de travail mis en place à la suite des protocoles d'accord des 13 et 14 mars 2000 qui avaient identifié les axes de travail suivants pour la psychiatrie :

- mieux définir les missions et l'organisation des services et des secteurs et, en leur sein, l'action des professionnels ;
- définir les modalités de développement de l'intersectorialité, de la psychiatrie de liaison et d'un travail en réseau avec l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- rechercher la contractualisation des missions de service public en psychiatrie, fondée sur des contrats d'objectifs et de moyens à généraliser dans tous les bassins de vie, à partir notamment des établissements spécialisés en santé mentale et des services de psychiatrie à l'hôpital général.

La démarche s'inscrit dans le cadre des textes réglementaires définissant les équipements et services de lutte contre les maladies mentales (décret et arrêté du 14 mars 1986)¹ et tient compte des travaux menés à l'occasion de l'élaboration des schémas régionaux et du PMSI de psychiatrie.

L'objectif assigné à ce groupe de travail était de formuler des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatrique publique et privée pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé mentale.

PROBLEMATIQUE

UNE REFLEXION DESTINEE A FAVORISER L'EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE VERS UN DISPOSITIF DE REPONSE AUX BESOINS EN SANTE MENTALE

Les besoins **dans le domaine de la santé mentale** s'expriment auprès du dispositif de soins spécialisé de psychiatrie et auprès d'autres professionnels, qu'ils soient des secteurs sanitaire, social, médico-social ou éducatif.

La santé et la santé mentale

La santé mentale doit être conçue comme un des aspects de la santé en général. L'OMS définit la santé comme étant « un état de complet bien-être, physique, mental et social, ce qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi le champ de la santé mentale déborde celui de la psychiatrie proprement dite comme le champ de la santé dépasse celui de la médecine. Les conditions de vie, d'hygiène, de nourriture, de travail...sont aussi largement

¹ Rappel des dates des principales circulaires :

- Circulaire et guide méthodologique annexé du 21 décembre 1987
 - Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
 - Circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents
- Rapport du groupe de travail DHOS/O2 : « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »
Document présenté devant le comité consultatif de santé mentale d'avril 2002

responsables de l'augmentation de la durée de vie que les progrès de la médecine. La santé en général ne peut se réduire aux soins physiques ou psychiques, ni les séparer. Elle ne peut se limiter non plus à l'absence de maladie pour un patient donné, mais doit inclure les facteurs environnementaux qui la facilitent ou la restreignent. Ceci comporte le contexte social dans lequel la santé comme équilibre global peut émerger et se maintenir. Il en est de même pour la santé mentale, qui ne peut se réduire aux soins médico-psychiatriques ou psychologiques individuels et à l'absence de troubles, mais doit également inclure l'environnement familial et social du patient. Celui-ci constitue un partenaire et une ressource indispensables pour la prévention, le dépistage précoce, l'assistance et le traitement des troubles mentaux.

La psychiatrie et son évolution récente

La psychiatrie constitue une spécialité médicale ayant pour vocation de traiter des pathologies mentales. Elle appartient au champ du soin, elle repose sur une analyse psychopathologique qui prend en compte l'histoire familiale et individuelle du sujet et permet de définir une stratégie thérapeutique évolutive. Les références théoriques et les pratiques cliniques de la psychiatrie sont très diversifiées, associant la biologie, la médecine, la psychologie et les psychothérapies dont la psychanalyse, pour ne citer que les principales. Le concept de "discipline carrefour" est souvent utilisé pour rendre compte de cette relation à différents courants de pensée et de connaissances issues d'autres disciplines comme par exemple la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie et la philosophie...

Dès le début des années soixante, on a vu se développer, issus d'horizons différents et de pratiques très dissemblables en apparence, des mouvements hétérogènes (mouvements des droits de l'homme, organisations de familles de malades, mouvements de psychiatrie de secteur, communautaire ou sociale, mouvement des thérapies familiales, le traitement de gestion des cas dans la communauté...), mais qui partageaient tous le souci du traitement du patient dans la communauté, et non à l'hôpital. Tous ces mouvements traduisent, à partir de conceptions et d'initiatives différentes, l'intégration du fait social dans la pratique psychiatrique et l'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale. Ils témoignent de l'avancée vers le traitement ambulatoire d'une psychiatrie dont l'éthique, la clinique et l'organisation sont de moins en moins coupées du contexte social dans lequel elle s'exerce.

La France participe, comme les autres pays, et de plus en plus, à cette évolution globale. Toutes ces pratiques ont en commun de mettre l'accent sur le traitement du patient au sein de son système familial et micro-social et avec sa participation, ce qui inclut l'offre thérapeutique. C'est pourquoi **la triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique et de la maladie mentale** est aujourd'hui communément admise. La plupart des approches conviennent qu'il existe des facteurs biologiques dans l'étiologie de nombreux troubles mentaux. De même elles prennent en compte la psychopathologie individuelle et le sens des dynamiques relationnelles. Elles considèrent le travail avec la famille et les ressources communautaires comme un aspect indispensable, complémentaire, d'un traitement combiné global.

La logique communautaire du soin et des actions de santé : une conception incomplètement mise en œuvre et à ancrer dans les pratiques

Le domaine de la psychiatrie connaît, depuis plusieurs années, une profonde réorganisation. La construction de la sectorisation depuis les années 1960 a largement contribué à mettre en œuvre les objectifs de la politique de santé mentale concernant l'amélioration de l'accessibilité aux soins et le développement et la diversification des prises en charge. A ce titre, les secteurs de psychiatrie peuvent être considérés comme les précurseurs du travail en réseau. A travers leur schéma d'organisation, la plupart des régions se sont engagées dans une démarche d'intégration de la psychiatrie dans l'offre générale de soins, de développement des alternatives à l'hospitalisation et

de promotion des soins ambulatoires. De nouveaux types d'organisation (comme l'intersectorialité, les coopérations...) tendent à se développer notamment pour la prise en charge de populations ciblées (adolescents, personnes âgées, patients « chronicisés », malades agités...). Les liens entre les professionnels des secteurs de la santé, du social et du médico-social, de l'éducatif... et les professionnels de la psychiatrie se sont multipliés, dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS suicide, santé des jeunes...), les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS...), la politique de la ville. Mais malgré ces évolutions significatives, les disparités du dispositif de soins tant dans sa répartition géographique que dans les modes de réponse offerts, la place encore importante de l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie générale ainsi que le maintien d'un cloisonnement des acteurs militent en faveur de la poursuite de la recomposition de l'offre de soins en psychiatrie.

Le dispositif reste trop marqué par l'hospitalo-centrisme alors qu'une psychiatrie ambulatoire, accessible dans la cité et prenant en compte la famille, a plus de chances de développer une approche globale de la personne (et non uniquement du sujet), bio-médico-psycho-socio-familiale. **Il importe d'amplifier le développement des soins ambulatoires de la psychiatrie, tant dans les objectifs poursuivis que dans les pratiques, tout en adaptant l'hospitalisation aux besoins.**

La souffrance psychique et la psychiatrie

Toute souffrance, qu'elle soit somatique ou psychique, mérite attention. Toute souffrance psychique et tous les troubles du comportement ne relèvent pas nécessairement d'un traitement par la psychiatrie seule. Le risque d'une nosographie extensive serait de psychiatriser à outrance notre société. En effet, le domaine de la santé mentale n'appartient pas uniquement à la psychiatrie, mais plutôt à un espace interdisciplinaire qui peut aller de la médecine, à l'anthropologie, à la psychologie et même à l'action politique.

Au niveau des acteurs locaux, la santé mentale apparaît sous l'angle des problèmes à résoudre : plaintes, isolement, errance. Dans la cité, l'ensemble des acteurs, dans leur diversité sont confrontés aux problèmes de santé mentale, au sens large de « mal-être » : professionnels de la santé mentale mais aussi professionnels de santé en général, professionnels du social, professionnels de l'éducation, non professionnels... Les tensions et les diverses formes de mal-être plus ou moins aiguës, la violence, les tentatives de suicide et les conduites à risques sont devenues des phénomènes récurrents à prendre en compte par l'action locale, qu'il s'agisse d'éducation, d'insertion, de lutte contre les exclusions, de vie locale ou de développement social.

Il est nécessaire de dépasser ce qui pourrait apparaître comme une polarisation entre d'un côté la clinique et les pathologies individuelles et de l'autre le champ social et les dynamiques collectives. Les personnes concernées par ces problèmes doivent revenir au centre des discussions.

Toute souffrance psychique, comme toute politique de prévention de celle-ci, ne ressort pas nécessairement ou exclusivement du champ sanitaire, et la prise en charge pourra souvent être sociale, avec une composante psychologique, voire éducative. Pour ne donner qu'un exemple, la politique de prévention du suicide ne peut se traiter, à l'évidence, uniquement dans le champ de la médecine fût-elle psychiatrique². Ceci implique qu'il y a lieu de distinguer quelle est la nature des actions à mener et dans quel champ : politique, social, médico-social, sanitaire, et quels dispositifs et quels professionnels doivent être mobilisés, ainsi que leur part respective dans ce champ, et comment ils s'y coordonnent.

² source : groupe de travail n° 3 « urgences » dans le cadre de ses réflexions sur l'urgence psychiatrique

Rapport du groupe de travail DHOS/O2 : « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »

Document présenté devant le comité consultatif de santé mentale d'avril 2002

La réflexion sur l'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins psychiatrique spécialisée, publique et privée, s'attachera à clarifier, dans ce contexte, la nature des interventions de la psychiatrie (première ligne ou deuxième ligne) et ses articulations avec les autres champs et les autres professionnels, pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé mentale. Son champ ira donc au-delà de la seule psychiatrie pour s'inscrire délibérément dans celui de la santé mentale.

METHODE DE TRAVAIL

UNE REFLEXION CONDUITE DE FACON PLURALISTE ET METHODIQUE

Critères de composition du groupe de travail

Le groupe de travail a été composé de manière à assurer la représentation institutionnelle (syndicats médicaux et non-médicaux, conférences, usagers, administration) et la pluridisciplinarité (diversité des métiers, des lieux d'exercice, autres disciplines, personnalités qualifiées).

Une réflexion fondée sur le respect de 4 principes majeurs

- la proximité et l'accessibilité ;
- la qualité de l'offre de soins
- la continuité des soins ;
- le soutien et l'implication des familles.

Une réflexion centrée sur 4 types essentiels de besoins

- la prévention ;
- la réponse à l'urgence et à la crise ;
- les soins ;
- les soins de suite ou de réadaptation et la réinsertion.

Une réflexion conciliant la distinction des besoins des enfants et des adolescents de ceux de la population adulte (constitution de deux sous-groupes) et la recherche des convergences (temps de synthèse commun)

Des propositions concrètes d'évolution, permettant de répondre aux besoins de la population identifiés:

- des modalités de réponse (directes et indirectes) actuelles notamment aux objectifs de proximité, d'accessibilité, de continuité des soins, de prise en compte de l'environnement socio-familial, d'information et de soutien des familles ;
- des avantages présentés par les divers modes de réponse en terme d'intervention ou de structures ;
- des difficultés et des freins rencontrés ;
- des propositions d'évolution et des leviers d'action.

Le comité consultatif de santé mentale a été chargé de valider les axes et la méthode du groupe de travail animé par la DHOS et d'en suivre les travaux.

1^{ère} PARTIE : LES POINTS ESSENTIELS DU DIAGNOSTIC

I. LA PLURALITE DES ATTENTES A L'EGARD DE L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE

Les attentes d'une société ouverte au concept de santé mentale obligent la psychiatrie à mettre en œuvre des formes de prise en charge qui ne négligent aucune des pathologies, ni aucun des modes d'accès. Les contraintes économiques imposent d'inscrire la psychiatrie dans une logique d'optimisation des moyens en organisant les complémentarités et la mutualisation des ressources.

Une approche globale de la santé conduit non seulement à envisager une réponse à des besoins de soins appréciés selon des critères diagnostiques, mais aussi à aménager des parcours de soins de plus en plus élaborés, au travers de plusieurs dispositifs (sanitaire, social et médico-social), dont il convient d'assurer la complémentarité et la coordination.

1.1. LES ATTENTES DES USAGERS

L'expression des attentes des usagers à l'égard du dispositif de santé mentale se situe dans un contexte marqué à la fois par une mutation sensible de la place et du rôle des usagers du système de santé et par le fait que les malades mentaux se trouvent à présent très majoritairement pris en charge dans la cité.

1.1.1 LES ATTENTES DES ASSOCIATIONS REPRESENTANT LES USAGERS ET LEURS FAMILLES (FNAP-PSY ET UNAFAM)

Des contributions sur ce point ont été demandées à la FNAP-Psy et à l'UNAFAM. Elles figurent en **annexe 7**. Leur position commune est la suivante :

Comme on peut le constater dans les documents fournis en annexe, les attentes des deux associations ou groupes d'associations FNAP-Psy et UNAFAM sont très proches. Elles concernent la prévention, le traitement des crises et des urgences, les soins et l'accompagnement au long cours dans la cité.

Les attentes de ces deux catégories d'usagers (situation spécifique par rapport à d'autres domaines de soins) ont fait l'objet d'un document unique (Livre Blanc publié en juin 2001) qui explicite les six services demandés, depuis les soins jusqu'au dispositif destiné à maintenir un minimum de lien social pour les personnes concernées.

Au-delà de l'intérêt pratique de présenter des propositions communes avec leurs partenaires soignants, la FNAP-Psy et l'UNAFAM confirment, chaque fois qu'il leur en est donné l'occasion, leur volonté de manifester publiquement leur accord sans faille en ce qui concerne la défense des droits des personnes dans le domaine qui est le leur. Les patients et les familles se considèrent comme confrontés ensemble aux conséquences de la maladie. Leurs représentants ont décidé de s'entraider quoiqu'il arrive et au-delà de toutes les difficultés et des éventuelles différences de point de vue, normales et inévitables à un moment donné. Ils ont, effectivement, une expérience personnelle de la psychiatrie dans sa réalité quotidienne et considèrent que leur seul réel ennemi commun est la maladie.

1.1.2 LES ATTENTES DU GRAND PUBLIC

Il ressort des questions formulées par le jury citoyen de février 1999, constitué dans le cadre des Etats généraux de la santé sur le sujet de la santé mentale et de la psychiatrie, des préoccupations relatives aux cinq thèmes suivants :

- les tabous et les peurs autour de la souffrance psychique (questions touchant à la méconnaissance et à la peur de la maladie mentale, à la reconnaissance et à l'acceptation de la maladie, à l'isolement des personnes concernées et de leur famille...);
- l'accès aux soins (questions de la réponse à l'urgence et de l'égalité des soins pour tous...);
- la relation soignant/soigné (questions relatives à la connaissance des professionnels de la santé mentale et aux modalités thérapeutiques...);
- la société et la santé mentale (questions concernant l'impact de l'organisation de la société en général (travail, violence, place de l'individu...) sur la santé mentale et les choix politiques en matière de santé mentale...);
- la gestion du patrimoine santé (questions relatives à la périnatalité, aux personnes âgées et à la prévention en terme de comportement).

Plus globalement, les attentes de la société vis-à-vis de la psychiatrie ont évolué vers le champ de la souffrance psychique. Les attentes en matière de santé mentale se manifestent notamment au travers du succès du dispositif spécialisé en situation de catastrophe (attentats, catastrophes naturelles, accidents de grande ampleur...) qui s'est développé au cours de ces dernières années. La création du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe par la circulaire du 28 mai 1997 et sa sollicitation croissante et médiatisée attestent de la préoccupation d'une meilleure prévention et prise en charge des conséquences du psycho-traumatisme lié à ces situations. La question des limites et des modalités de l'intervention des équipes de psychiatrie est toutefois posée eu égard à l'inflation des demandes, y compris dans des situations ne relevant pas de la catastrophe.

Parallèlement à cette évolution des attentes, on constate le maintien d'une certaine méfiance à l'égard de la psychiatrie.

1.2 LES ATTENTES DES PROFESSIONNELS

1.2.1 LES ATTENTES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

A/ Les attentes des professionnels de la psychiatrie

- Une politique nationale claire et durablement accompagnée au plan régional, départemental et local ;
- Une mise en adéquation des moyens avec les besoins et les missions sur la base de référentiels construits et validés en commun ;
- La prise en compte des contraintes particulières dans l'exercice professionnel liées à la multiplicité des sites d'intervention dans le cadre du travail de secteur et du travail en réseau ;

- Un règlement de la crise de l'hospitalisation à temps complet et une modernisation de ce dispositif (capacité, sécurité, implantation...);
- La mise en œuvre de procédures (fonctionnement par projet, par objectifs...) permettant la suprématie du virage ambulatoire avec un accompagnement social adapté pour les personnels;
- Une évolution des métiers à partir d'une adaptation de la formation initiale et continue;
- Le développement coordonné, cohérent et durable d'une recherche-action multidisciplinaire liant les universités et les acteurs de terrain, qui peuvent déboucher sur des enseignements et des formations régulièrement actualisés et des innovations;
- Un partenariat avec les usagers et les familles et leurs organisations, à tous les niveaux (national, régional, local, individuel);
- Une articulation avec l'ensemble des acteurs concernés;
- Une politique coordonnée et durable d'information, de communication et de diffusion des pratiques cliniques, nationale et loco-régionale en direction de la population et des professionnels.

B/ Les attentes des autres professionnels du champ sanitaire

- **Les médecins généralistes**

Une mauvaise articulation entre le médecin généraliste et le secteur psychiatrique est souvent dénoncée (rares échanges d'informations à l'admission du patient, absence de lettre à l'entrée du malade à l'hôpital, lettre de sortie tardive ou absente, mais surtout différence de rythme professionnel opposant la consultation quasi immédiate du médecin traitant à la consultation toujours différée du spécialiste).

- **Les services hospitaliers relevant des disciplines somatiques**

Ils restent souvent en attente d'une plus grande implication des équipes de psychiatrie. Ce constat vaut en psychiatrie générale pour les services de médecine et de chirurgie générale mais aussi pour les services très spécialisés (oncologie...) et, en psychiatrie infanto-juvénile, pour les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie.

Concernant plus particulièrement ces derniers, la dimension « santé mentale » ne peut échapper à l'exercice de la pédiatrie et les services de pédiatrie et de néonatalogie sont souvent en première ligne pour les maltraitances, les maladies chroniques, les adolescents, les « somatisations », le lien mère-bébé. Des liens forts et formalisés doivent s'établir avec les secteurs de pédopsychiatrie mais aussi avec la psychiatrie générale (adolescents, parents présentant des troubles mentaux). Il convient de « développer la reconnaissance mutuelle et le rôle respectif de chacun, les spécificités et les limites de chacun » (D. Baily). Cette formalisation pourrait se faire sous forme d'une charte de coopération qui permet à la fois la cohésion et la différence et d'éviter les enjeux de pouvoir, précisant les valeurs partagées (place du psychique et du somatique, multidisciplinarité), l'éthique, les responsabilités de chacun, les rôles respectifs. Cela implique une équipe de liaison du secteur de pédopsychiatrie, fortement inscrite dans le service de pédiatrie

(temps de psychiatre et de psychologue suffisant). Les missions de l'équipe de liaison sont de faire un travail d'évaluation et d'orientation auprès des enfants et de leurs familles, mais aussi de faire un travail institutionnel au sein des services de pédiatrie, notamment de formation et de soutien aux équipes et de supervision. Cela nécessite que les secteurs de psychiatrie soient dotés des moyens nécessaires en personnels et en outils thérapeutiques. **Il faut insister sur la nécessité de lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie et les capacités de réponse en urgence** pour les enfants et les adolescents. Actuellement les services de pédiatrie suppléent, de manière inappropriée, à ce déficit en lits d'hospitalisation psychiatrique pour les adolescents nécessitant des soins psychiques et un cadre thérapeutique adapté. Il faut aussi que les services de pédiatrie aient des moyens adaptés à ces prises en charge, en personnel soignant (pédiatres, infirmières) mais aussi en éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, assistants de service social, enseignants.

A contrario, la prise en charge somatique des malades mentaux doit être améliorée.

1.2.2 LES ATTENTES DES ACTEURS ASSOCIES

A/ Les dispositifs de lutte contre l'exclusion

L'attente d'une réponse concerne les besoins des personnes en situation d'exclusion sociale, parmi lesquelles on recense une part minoritaire de patients atteints de maladie mentale, mais qui de façon générale présentent souvent une souffrance psychique : fatigue, angoisse, addiction, tristesse et dépression, insomnie.

La caractéristique de cette population est l'accès tardif aux soins du fait des difficultés d'identification de cette souffrance et des préjugés à l'encontre de la psychiatrie et de ses lieux de soin (rejet de lieux psychiatriques classiques, peur de la stigmatisation et inadéquation du dispositif sectoriel).

A cet égard, les partenaires du champ social sont en attente d'une intensification des interventions directes et indirectes des équipes de psychiatrie dans les lieux où s'exprime cette souffrance psychique (CHRS, mission locale...).

B/ Les dispositifs de prise en charge sociale et médico-sociale du secteur du handicap et de l'inadaptation ou des personnes âgées

Une forte demande émane des institutions sociales et médico-sociales pour enfants et adultes handicapés et pour personnes âgées, concernant un soutien de la psychiatrie tant auprès des personnes prises en charge que des professionnels.

Des dysfonctionnements actuels résultent de la confrontation des structures sociales et médico-sociales à des prises en charges trop difficiles à assurer sans aide extérieure et se traduisent par des hospitalisations en urgence de patients dont les difficultés auraient pu être gérées en amont.

C/ Les autres dispositifs sociaux gérés par les conseils généraux

Le constat est établi de difficultés rencontrées par les structures et les professionnels des établissements et services relevant des services départementaux opérant dans le cadre des missions

d'aide sociale en faveur de l'enfance et de la famille (foyers départementaux de l'enfance, centres maternels, établissements d'aide à l'enfance et à la famille...).

Les établissements et services interviennent selon des modalités d'accueil de première urgence autant que dans des prises en charge à moyen ou long terme de personnes mineures et majeures nécessitant un accompagnement éducatif, social et psychologique dans le champ de la prévention et de l'insertion.

L'approche des facteurs déclenchants observés dans l'accueil en urgence met en évidence des problématiques complexes où s'amalgament des facteurs sociaux, économiques, psychologiques et culturels (failles identitaires, pathologies de l'exil...).

Les événements traumatiques (ruptures, violences, errance, échecs, précarisation, ...) et les parcours personnels douloureux, tendent à susciter des réponses organisées dans l'émergence de conduites addictives, fugues, passages à l'acte, violences...

L'évolution des publics fait apparaître de façon assez significative la question de l'adéquation des moyens de l'action éducative et sociale aux besoins de personnes, enfants, adolescents et adultes en situation de souffrance psychique mais non considérées comme « psychiatriquement » malades. Ces personnes dont les troubles du comportement affectent le climat institutionnel et amenuisent l'action des professionnels, ne peuvent s'engager dans des dispositifs de soin.

Les institutions, confrontées à la montée des réactions violentes tentent, parfois vainement de préserver leur caractère contenant, au prix d'une usure des professionnels et du sentiment d'insécurité des usagers.

Les situations d'aller et retour du secteur social, socio-éducatif, au secteur sanitaire (services somatiques) ou psychiatrique (urgence psychiatrique, hospitalisations de cours séjour...) renvoient souvent à des conflits de diagnostics et d'évaluation des intervenants sociaux et médicaux.

Il est fréquemment évoqué de la part des opérateurs de terrain le positionnement des institutions psychiatriques renvoyant à des problèmes éducatifs, sociaux ou institutionnels : absence de places disponibles dans les structures spécialisées, clivages... Sentiment parfois pour les professionnels du champ social que les besoins de soins psychiques ne sont pas pris en compte et ne sont pas traités.

Au regard des difficultés rencontrées avec les personnes présentant des troubles psychiatriques, accueillies dans les dispositifs départementaux gérés par les conseils généraux, pour les faire accéder aux soins, il paraît nécessaire de favoriser les synergies entre les divers modes d'intervention sociale, socio-éducative et psychiatrique (psychiatrie infanto-juvénile, périnatale, psychiatrie des adolescents)... Des coopérations doivent se développer à la fois pour permettre des modes opératoires optimisés dans la prise en charge des enfants, adolescents et adultes, sans se substituer aux structures spécialisées dont les moyens doivent être renforcés et pour encourager la mise en relation de savoirs et de pratiques professionnelles dans les champs du social et du psychiatrique.

Ces coopérations inter-institutionnelles doivent pouvoir se décliner dans l'élaboration et la mise en œuvre des schémas départementaux des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

II. L'ANALYSE CRITIQUE DE L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE EN SANTE MENTALE

2.1 LE CONSTAT DES DISPARITES SUR LE PLAN QUANTITATIF

2.1.1 L'EVOLUTION DES DEMOGRAPHIES MEDICALES ET INFIRMIERES

A/ La démographie médicale

Le bilan de la sectorisation psychiatrique réalisé par la DREES en juin 2000 et la SAE 1999 font ressortir les difficultés suivantes :

- une répartition des médecins faisant une grande part au secteur libéral :

Activité	Effectifs	%
Secteur libéral	6 300	47 %
dont activité hospitalière	1 800	
Exercice salarié	6 900	53 %
dont en établissement de santé	6 200	
Total	13 200	100 %

- le taux de vacance observé des postes de psychiatres hospitaliers reste un des plus élevé par rapport aux autres disciplines médicales. Mais ce taux est extrêmement variable selon les régions, avec également des disparités à l'intérieur d'une même région (densité de 88 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris contre moins de 12 psychiatres pour 100 000 habitants en Mayenne, Lozère, Eure, Pas de Calais ou Aisne) ;
- Le secteur privé non lucratif connaît, comme les hôpitaux publics, une grave pénurie de médecins psychiatres, ce qui compromet son fonctionnement et son évolution (les établissements à but non lucratif ont en leur sein 537 psychiatres salariés à temps plein, 775 à temps partiel et 812 ETP) ;
- à l'horizon 2020, le nombre de psychiatres (tous psychiatres confondus) devrait chuter à environ 8000 soit une baisse de 39%, ce qui représente la baisse la plus forte de l'ensemble des spécialités médicales ;
- l'ensemble des éléments précédents, accompagnés par les nombreux départs en retraite attendus, l'ARTT, vont accentuer les disparités régionales (héliotropisme).

⇒ L'évolution de la démographie médicale est un sujet central en raison de son impact sur les solutions susceptibles d'être proposées en matière d'évolution de l'organisation des soins.

B/ La démographie infirmière

Les éléments disponibles sont ceux de la SAE pour les exercices 1997, 1998 et 1999 (psychiatrie-groupe de discipline d'équipement).

Nombre d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et de secteur psychiatrique et personnels d'encadrement du personnel soignant en équivalent temps plein (ETP)

Etablissements	1997			1998			1999		
	IDE et de secteur psychiatrique	Personnels d'encadrement du personnel soignant	TOTAL	IDE et de secteur psychiatrique	Personnels d'encadrement du personnel soignant	TOTAL	IDE et de secteur psychiatrique	Personnels d'encadrement du personnel soignant	TOTAL
PUBLIC	43 129,28	5 684,54	48 813,82	42 517,20	5 415,52	47 932,72	42 826,59	5 315,78	48 142,37
Privé PSPH	6 041,16	915,80	6 956,96	6 030,25	881,29	6 911,54	5 964,75	881,52	6 846,27
Privé Non PSPH	2 292,84	208,20	2 501,04	2 379,75	210,15	2 589,90	2 441,96	210,85	2 652,81
TOTAL	51 463,28	6 808,54	58 271,82	50 927,20	6 506,96	57 434,16	51 233,30	6 408,15	57 641,45

Si ces chiffres traduisent une stabilité globale des postes infirmiers budgétés, en psychiatrie, sur les trois années considérées, pour autant des difficultés sont à prévoir, dans les 4 à 5 ans à venir, du fait du nombre important de départs en retraite des infirmiers de secteur psychiatrique. Afin d'anticiper ces difficultés, il est nécessaire d'une part, d'inciter les infirmiers diplômés d'Etat à aller travailler en psychiatrie et d'autre part, de travailler sur le contenu des modules de formation initiale.

C/ Les psychologues

Il faut noter une insuffisance de postes de psychologues cliniciens à temps complet et partiel aussi bien dans le public que le privé à but non lucratif, ce qui pénalise l'évolution vers la diversité de l'offre de soins et l'aide que l'on peut apporter aux demandes des équipes et aux intervenants du travail en réseau dont le psychologue est un maillon essentiel.

2.1.2 DES DISPARITES D'EQUIPEMENT

L'offre de soins psychiatriques reste marquée par une disparité des équipements selon les régions, les départements voire les secteurs. Selon le bilan de la DREES de juin 2000, on observe un écart d'équipement allant de 1 à 13 entre les départements les mieux dotés et les moins bien dotés. La Cour des comptes dans son rapport public 2000 a également souligné les disparités existantes dans la répartition de l'offre de soins sur le territoire national.

A/ Les taux d'équipement et la situation de la carte sanitaire de psychiatrie

Le bilan de la carte sanitaire de psychiatrie au 30 juin 2001 (qui ne correspond pas à l'ensemble des équipements psychiatriques mais uniquement aux capacités publiques et privés, à but lucratif ou non, faisant l'objet d'une autorisation par l'ARH)³, tel que figurant dans les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (annexe relative aux restructurations hospitalières) fait ressortir les éléments suivants :

Psychiatrie générale :

- Le taux d'équipement national en lits d'hospitalisation complète est de **1.08** pour 1000 habitants. Ce taux est supérieur à l'indice de 0.5 à 0.9 fixé par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques.
 - **Le nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés est de 64 718 soit un excédent national de 15 216 lits d'hospitalisation complète.**
 - Le taux d'équipement national en lits et places est de **1.52** pour 1000 habitants. Ce taux est inférieur à la borne maximale fixée par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques (1 à 1.8). Les DOM hormis la Guadeloupe enregistrent un taux inférieur à la borne minimale – traduisant de fait des besoins, notamment, en alternatives à l'hospitalisation complète.
 - Le nombre de places autorisées est de **27 886**.
 - **Le nombre de lits et places autorisés est de 92 604 soit un excédent national de 3 987 lits et places. Cet excédent porte essentiellement sur les lits d'hospitalisation complète (cf. supra) et correspond de fait à un déficit de places alternatives à l'hospitalisation.**
- ⇒ Il existe encore une grande hétérogénéité dans la situation des régions traduisant des capacités diverses de redéploiement au profit des alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie générale. Ainsi, les régions Auvergne, Aquitaine, Bretagne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Franche-Comté présentent des taux d'excédent en lit d'hospitalisation complète pour 1000 habitants très supérieurs aux autres régions.

Psychiatrie infanto-juvénile :

- Le taux d'équipement national en lits d'hospitalisation complète pour 1000 habitants de moins de 16 ans est de **0.19**. Ce taux est inférieur à la borne minimale de l'indice de référence (0.1 à 0.3) dans 7 régions dont 3 DOM ;
- Le nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés est de **2 617 soit un déficit national de 76** lits d'hospitalisation complète, recouvrant des situations diverses selon les régions.

³ Arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques et fixant la liste des équipements comptabilisés dans la carte sanitaire : lits d'hospitalisation complète, places de jour, lits de nuit, places de placement familial thérapeutique, places d'appartement thérapeutique, lits de centre de crise et lits de centres de post-cure psychiatrique. L'ensemble de ces équipements concerne les établissements publics et privés participant au service public hospitalier sectorisés alors que les établissements privés à but lucratif ne sont concernés que par l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour et de nuit.

- Le taux d'équipement national en lits et places pour 1000 habitants de moins de 16 ans est de **0.95** (la fourchette des indices fixées par l'arrêté du 11 février 1991 étant de 0.8 à 1.4).
 - Le nombre de places est de 10956
 - Le nombre de lits et places est de 13 573 soit un déficit de 1 637 lits et places.
- ⇒ Le dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile est donc insuffisamment développé en lits d'hospitalisation complète, tant pour les enfants que pour les adolescents. Seules quatre régions présentent un excédent en lits et places (Auvergne, Midi-Pyrénées, Guadeloupe et Poitou-Charentes). Par contre, les Pays de la Loire, PACA et la Martinique ont des taux de déficit en lits et places pour 1000 habitants très supérieurs aux autres régions.

B/ Des évolutions différentes entre le secteur public et le secteur privé à but lucratif et non lucratif

Ce sont les établissements publics de santé qui présentent les évolutions les plus importantes. Les réductions de lits d'hospitalisation complète concernent les établissements spécialisés en psychiatrie (diminution de 3 151 lits de psychiatrie générale entre 2000 et 2001 à relier en partie à la procédure de renouvellement des autorisations qui a notamment permis de faire coïncider les lits autorisés avec les lits réellement installés). L'augmentation du nombre de lits dans les établissements de santé non spécialisés s'inscrit dans l'objectif de rapprochement de l'offre de soins de la population (+ 215 lits de psychiatrie générale dans les centres hospitaliers non spécialisés en psychiatrie). Ce sont également ces établissements qui voient leur nombre de places alternatives à l'hospitalisation le plus augmenter (+ 225 places de psychiatrie générale).

La part des équipements ambulatoires et alternatifs à l'hospitalisation (y compris ceux non soumis à autorisation), du secteur à but non lucratif, est très importante. Ce secteur, bâti au fur et à mesure des projets associatifs, présente un profil polyvalent contrastant nettement avec la place des établissements privés lucratifs dans le champ de la psychiatrie.

Les capacités des établissements de santé privés sous objectif quantifié national (OQN) sont restées stables. Cette situation peut s'expliquer en partie par l'impossibilité juridique pour ces établissements de créer d'autres alternatives que les hôpitaux de jour et de nuit et par l'absence de tarification de ces derniers équipements par l'assurance maladie.

2.2 LE CONSTAT DES LIMITES EN TERMES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

Ce paragraphe synthétise les constats effectués par le groupe de travail, dans le cadre de l'approche thématique développée en annexe 1 (cf. l'encadré en début de 2^{ème} partie ci-après).

Malgré quelques opérations de communication particulières, **l'information sur la maladie mentale et le dispositif de psychiatrie reste trop limitée. En outre, le point de vue des usagers et des familles est insuffisamment pris en compte** : il existe un manque d'information et de transparence sur la diversité des méthodes de prise en charge et les pratiques des équipes.

Le dispositif de soins reste principalement orienté vers le curatif, les démarches de prévention et de soins de suite ou de réadaptation et de réinsertion demeurant encore trop limitées.

Les délais d'attente trop longs pour un premier rendez-vous en centre médico-psychologique ou en libéral, l'augmentation continue des files actives traduisent **la saturation du dispositif de soins psychiatriques face aux multiples demandes qui lui sont adressées**.

Les urgences, qui sont souvent la première occasion de rencontrer un professionnel du soin et plus particulièrement de la psychiatrie, se réalisent souvent dans des conditions défavorables à une inscription dans une démarche de soin. Le dispositif n'est pas assez organisé pour permettre la réponse immédiate que suppose la crise ou l'urgence. En effet, compte tenu de l'importance des files actives, il est difficile de donner une réponse aux demandes non programmées.

L'intervention à domicile en psychiatrie générale est pratiquée essentiellement par les infirmiers, au bénéfice des patients connus et dans le cadre d'interventions généralement programmées de routine. L'intervention non programmée pour des patients non connus est rarement réalisée. Or, **il existe aujourd'hui une demande croissante en faveur de l'intervention à domicile** pour plusieurs raisons :

- l'exigence constante du réseau primaire (réseau social et généralistes) ainsi que des familles d'obtenir une assistance en cas de crise "in locus doloris" ;
- une demande au sein de la société et de la part de professionnels que certaines populations (exclus, victimes) ou situations (urgence, crises, catastrophes) reçoivent une réponse plus adaptée et plus précoce par une intervention psychiatrique sur place.

Il est constaté **la faiblesse globale des moyens de la pédopsychiatrie** et plus particulièrement en hospitalisation complète alors que **la psychiatrie générale est marquée par une répartition des moyens défavorable au dispositif ambulatoire**.

Le cloisonnement administratif lié à des références législatives ou réglementaires multiples et l'inscription dans des filières spécifiques qui en résulte, **constitue un frein au développement d'une prise en charge globale**. Il contribue au manque de lisibilité des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales existantes.

Les articulations sont encore insuffisamment développées en amont et en aval tant avec les autres professionnels de santé (médecins généralistes) qu'avec les professionnels sociaux et éducatifs (Education nationale, aide sociale à l'enfance, aide sociale délivrée par les collectivités territoriales, services publics de l'emploi ou du logement...). Il est donc nécessaire de rationaliser les importantes sollicitations du champ médical et social auprès du dispositif de psychiatrie mais également de souligner les carences de la médecine scolaire, du secteur médico-social et de la médecine du travail dans le domaine de la santé mentale. En outre, la réglementation actuelle empêche les prises en charge conjointes sanitaire et médico-sociale (ex : prise en charge en hôpital de jour et en institut médico-éducatif). Par ailleurs, le manque de prise en compte du temps nécessaire aux équipes pour développer le travail en réseau est souligné.

Le maintien en hospitalisation de certains patients, faute de relais dans le secteur social ou médico-social, nuit à l'efficacité et à la qualité des interventions des professionnels de psychiatrie. Par ailleurs, la persistance de conditions d'hospitalisation dégradées dans certaines unités est une nouvelle fois signalée.

La place du secteur privé à but lucratif dans l'offre de soins psychiatriques n'est pas assez prise en compte dans l'organisation des réponses aux besoins de la population. Les complémentarités et les coopérations entre les secteurs public et privé sont peu développées et peu valorisées dans le domaine de la santé mentale.

Le secteur privé à but non lucratif rencontre des difficultés de reconnaissance et de financement (notamment des avenants agréés aux conventions collectives), même lorsqu'il participe au service public hospitalier. Cependant, le secteur privé à but non lucratif a su innover et proposer des expériences originales dans le cadre du secteur, du réseau ou d'une coopération avec les structures médico-sociales et les institutions scolaires et universitaires.

Dans la formation des psychiatres, la formation pratique reste majoritairement réalisée auprès de malades hospitalisés. **Un décalage croissant entre l'enseignement et la recherche et la réalité de l'exercice médical est constaté.**

* *
 *

2^{ème} PARTIE : LES PROPOSITIONS

Afin de faciliter la lecture du présent rapport, ne sont rapportées dans cette partie que les propositions à caractère général et les actions prioritaires à développer. Celles-ci ont été définies au regard de l'analyse des propositions thématiques formulées par le groupe de travail en matière de prévention, de réponse à l'urgence et à la crise, de soins et de soins de suite ou de réadaptation ou de réinsertion. L'annexe n°1 détaille l'état des lieux et les propositions pour chacune de ces modalités de soins.

I. LES PRINCIPES D'ACTION

1.1 GARANTIR L'ACCES AUX SOINS

L'accessibilité aux soins s'apprécie à plusieurs égards:

- En termes géographiques :

Il convient d'organiser l'ensemble de l'offre de soins psychiatriques de manière à assurer une réelle prise en charge de proximité en tenant compte de la démographie médicale et de l'environnement et notamment des modes de communication. Il s'agit notamment **d'amplifier le développement des structures et/ou activités de soins dans la communauté** au plus près des lieux de vie et d'activité des populations ainsi que des interventions précoces à domicile par les équipes de psychiatrie, y compris en cas de crise ou d'urgence.

Afin de garantir l'accès aux soins, la continuité des prises en charge et préserver l'insertion familiale et sociale du malade, **les unités d'hospitalisation à temps complet éloignées des bassins de population qu'elles desservent devront être relocalisées dans des sites hospitaliers plus proches**. Ces relocalisations devront être réalisées dans des conditions permettant d'assurer la qualité et la sécurité des soins. A ce titre, l'implantation de ces unités devra privilégier les établissements de santé disposant d'un service d'accueil des urgences (SAU ou UPATOU).

- En termes de délais : il s'agit de raccourcir les délais de réponse par d'autres modes d'organisation des services en permettant la réponse en temps réel aux demandes qui le justifient, et en augmentant le nombre de jours et les horaires d'ouverture des différentes structures d'accueil.
- En termes de diversité de modalités d'accès : la prise en compte des besoins de santé mentale doit être reconnue par tous les acteurs (généralistes, travailleurs socio-éducatifs, personnels de la justice, spécialistes publics et privés...). Selon les cas, l'intervention du dispositif spécialisé s'effectuera sous forme de prise en charge directe des personnes ou des interventions indirectes de type conseil, formation...

- En termes de lisibilité du dispositif : il s'agit d'améliorer la connaissance des usagers et des professionnels, par exemple au travers d'annuaires, et d'améliorer l'image de la psychiatrie dans le grand public, l'objectif étant de simplifier et de rendre plus transparentes les modalités d'entrée dans le dispositif ;
- En termes socioculturels : il convient d'adapter les modes d'accueil pour tenir compte des besoins des personnes en fonction de leur appartenance socioculturelle (ex : communautés étrangères).
- En terme de coût pour les usagers (coût des transports et temps de déplacement...).

1.2 GARANTIR LA QUALITE DE L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES

- Favoriser une offre de soins graduée et diversifiée ...

Les prises en charge doivent pouvoir s'appuyer sur un dispositif souple et évolutif en terme de pratiques et de structures. Toutes les combinaisons doivent être possibles et les différentes propositions mobilisables, en fonction des besoins d'une personne à un moment donné, en fonction de son projet de vie.

Le développement des alternatives et de l'ambulatoire doit être nettement encouragé notamment grâce à une répartition des moyens plus favorable.

L'hospitalisation complète doit être considérée comme une modalité de soins parmi les autres et doit pouvoir être mobilisée en cas de besoin des patients. En outre, la qualité de l'hospitalisation implique des locaux adaptés, entretenus et rénovés ainsi qu'un fonctionnement assurant la qualité des soins et le respect des libertés individuelles.

- ...répondant à une préoccupation d'amélioration de la qualité

La poursuite des démarches d'accréditation, conduites par l'ANAES, doit concourir à l'amélioration constante de la qualité des pratiques, des prises en charge, des locaux ... Il est nécessaire que l'ANAES tienne compte des orientations du plan santé mentale et notamment du développement de l'ambulatoire dans son guide d'accréditation. Il est également souhaité que l'ANAES participe à la définition et au développement des outils d'évaluation dans le domaine de la santé mentale.

1.3 GARANTIR LA CONTINUTE ET LA COHERENCE DE LA PRISE EN CHARGE

Le principe de continuité, qui constitue un des fondements du secteur psychiatrique, induit de définir une organisation des soins attachée à soutenir et à accompagner les trajectoires des patients.

Il convient aujourd'hui, de redéfinir les conditions de garantie de ce principe quand la diversité des sollicitations à l'égard de la psychiatrie interroge la capacité du secteur à apporter l'ensemble des réponses attendues. Cela conduit à considérer le dispositif de soins en psychiatrie essentiellement en termes d'intégration, d'articulation et de relais.

Il s'agit de permettre une adaptation des soins, quels que soient l'état de santé et les besoins de prise en charge que présente une personne, à l'endroit, au moment, pour la durée et l'intensité dont elle a besoin, qu'ils relèvent strictement du domaine sanitaire ou du champ social.

Le secteur psychiatrique ne peut, à lui seul, fournir l'ensemble des réponses attendues et des modes de fonctionnement nouveaux, tels que l'intersectorialité, fondés sur la notion de coopération, doivent être imaginés.

La nécessité d'aménager des parcours de soins au bénéfice des patients pour répondre à la complexité des besoins de soutien et de prise en charge, tout au long de leur trajectoire, implique également de réduire les cloisonnements au sein du dispositif de soins : entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale, entre la psychiatrie publique et la psychiatrie libérale, entre la psychiatrie et les disciplines somatiques, entre la ville et l'hôpital.

La continuité et la cohérence des soins passe par le développement des partenariats entre les acteurs de santé mentale, mais aussi avec l'ensemble des acteurs et des dispositifs associés. Le travail en réseau doit se renforcer entre les différents intervenants :

- liens entre médecins généralistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens et médecins spécialistes en psychiatrie,
- entre secteur somatique (dont les services d'urgences) et secteur psychiatrique,
- entre psychiatrie publique et psychiatrie privée à but lucratif ou non lucratif,
- et plus globalement entre sanitaire, social, médico-social et éducation nationale.

1.4 SOUTENIR ET IMPLIQUER LES FAMILLES

Les familles doivent être considérées comme un partenaire de l'équipe de psychiatrie. A ce titre, elles doivent être écoutées, informées, formées et soutenues dans leur rôle d'accompagnement de la personne malade.

II. LES PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

2.1 DEVELOPPER L'INTERVENTION A DOMICILE POUR LES ADULTES

Compte tenu de la pratique des secteurs de pédopsychiatrie en matière de prise en charge ambulatoire et alternative à l'hospitalisation complète et d'intervention à domicile ainsi que des besoins identifiés pour les adultes, les propositions de développement de l'intervention à domicile visent en priorité ces derniers. L'annexe n° 2 regroupe cependant les réflexions menées par le groupe pour la psychiatrie infanto-juvénile aussi bien que pour la psychiatrie générale.

Le développement de l'intervention à domicile pour les personnes adultes est préconisée afin de répondre aux objectifs suivants :

- permettre une **réponse graduée** dans le temps (urgence/post-urgence, programmée/non programmée) et dans l'espace (allant du tout hospitalier au tout ambulatoire) ;
- développer l'**accessibilité** du dispositif de santé mentale ;
- contribuer à **limiter le fardeau familial et social du soin**, prévenir ainsi les mécanismes d'usure ou de rejet ;
- **promouvoir l'alliance thérapeutique avec les patients et leur entourage** en inversant la démarche habituelle qui est celle du malade vers les professionnels, en accédant au contexte de l'intervention comme information et comme ressource et en aidant le patient et son entourage à s'engager dans une prise en charge ;
- **limiter le recours à l'hospitalisation** quand elle ne s'impose pas et préparer cette dernière quand elle s'avère indispensable ;
- **permettre le maintien à domicile de patients présentant des troubles graves et persistants** (patients seuls, comorbides et présentant des hospitalisations à répétition) ;
- **permettre l'hospitalisation à domicile** lorsque l'état de la personne le permet et que l'environnement familial l'autorise.

Concernant les modalités de développement de ce type d'intervention, l'accent est mis sur les points suivants :

- **prévenir l'insécurité dans les situations de crise ou d'urgence** : prendre en charge des situations d'urgence psychiatrique au domicile peut comporter, pour les professionnels, un danger qui ne doit pas être sous-évalué. Celui-ci peut provenir du patient lui-même, de son entourage, ou du voisinage. Une formation appropriée, une vigilance et des précautions permanentes, des procédures définies et rigoureusement appliquées sont indispensables.
- **adapter la réponse en fonction des besoins identifiés et des moyens disponibles**
Plusieurs options peuvent être retenues au regard des besoins et des moyens mobilisables. Dans le cas où l'option d'une organisation 24h/24 est prise, il conviendra de prendre en compte la notion de taille critique suffisante (de 200 000 à 400 000 habitants suivant les zones et le contexte) pour garantir le niveau d'activité et "amortir" sur plusieurs secteurs le prélèvement éventuel des ressources nécessaires.

2.2 PROMOUVOIR L'ENSEMBLE DES COOPERATIONS NECESSAIRES A LA QUALITE ET A LA CONTINUTE DES SOINS

2.2.1 PROMOUVOIR LA COOPERATION ENTRE LES ACTEURS DU CHAMP SANITAIRE :

- **L'articulation entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale :**

Cette articulation est nécessaire pour réaliser une approche globale et pour assurer la continuité de la prise en charge garantissant la qualité des passages. Elle est tout particulièrement requise pour la prise en charge des adolescents, lors du passage à l'âge adulte de jeunes pris en charge par la psychiatrie infantojuvénile et dans le domaine de la périnatalité.

- **La coopération entre secteurs psychiatriques et entre établissements : l'intersectorialité**

Il s'agit pour plusieurs secteurs psychiatriques rattachés ou non à un même établissement de santé de promouvoir un projet de soins élaboré en commun. Cette coopération se justifie dès lors que des critères tenant à la spécificité, à la localisation ou à la masse critique ne permettent pas à un seul secteur de répondre aux besoins identifiés. Ce mode de coopération est adapté à la mise en œuvre de techniques de prise en charge spécialisées telle que la réponse aux urgences, la psychiatrie de liaison, la réinsertion, ou la prise en charge de populations particulières telles que les enfants et les adolescents, les suicidants,...

Cette stratégie de soins fondée sur la spécialisation est efficace mais elle comporte des risques de hiérarchisation des soins, contraire à la notion d'égalité d'accès, et de fragmentation de l'offre, contraire au principe de continuité de soins.

Afin de préserver la cohérence et la continuité des soins, la mise en place de services ou d'équipements intersectoriels doit se concevoir et fonctionner en articulation forte avec les différents secteurs concernés, qui doivent s'investir pleinement dans la gestion mutuelle d'un projet médical commun, lui-même défini en cohérence avec les projets sectoriels.

L'intersectorialité entre secteurs rattachés à un même établissement peut se traduire par diverses modalités d'organisation : unités fonctionnelles, départements regroupant des unités fonctionnelles à vocation intersectorielle, fédération de secteurs. La fédération hospitalière, en raison de sa souplesse, de la concertation permanente qu'elle suscite et de sa réversibilité, semble la modalité la mieux adaptée à la gestion de l'intersectorialité et la plus apte à éviter les risques sus-évoqués.

L'intersectorialité entre plusieurs établissements de santé peut s'exercer dans le cadre d'une convention, d'un syndicat inter-hospitalier, d'une association de 1901, en privilégiant la fédération médicale inter-hospitalière, qui peut permettre de pallier la difficulté à pourvoir les postes médicaux pour les établissements gestionnaires d'un secteur unique ou d'un petit nombre de secteurs posant le problème de la masse critique, et faciliter la gestion de postes partagés. La coordination exigeant du temps, des moyens devront être prévus à cet effet.

Dans tous les cas, il est nécessaire de formaliser ces coopérations et de les assortir d'un règlement intérieur. Ce dernier doit prévoir la nature de l'activité, les protocoles d'admission et de prise en charge des patients, les relations fonctionnelles entre les secteurs, les conditions de responsabilité et de coordination médicale, de gestion des personnels, de traitement de l'information médicale...Doit également être prévue l'évaluation périodique de l'activité et du fonctionnement de la structure.

- **La coopération entre établissements de santé publics et privés à but lucratif ou non lucratif**

L'obligation d'offrir aux patients non seulement les conditions du libre choix mais aussi les conditions d'égalité d'accès aux modalités de prise en charge adaptée à leurs besoins (telles que les prises en charges alternatives à l'hospitalisation), quel que soit le statut de la structure ou du praticien qui les prend en charge, justifient pleinement la recherche et la définition d'une complémentarité entre établissements de santé publics et privés. La nécessité de développer la collaboration entre les professionnels est également liée à la difficulté à faire face à la croissance des sollicitations (diversification des missions de la psychiatrie publique, saturation de la psychiatrie privée), ainsi que la nécessité d'optimiser les ressources. Elle constitue également un enrichissement en matière d'échanges des pratiques.

◆ **La coopération** permet d'envisager les modalités de mise à disposition réciproque, au bénéfice des patients, entre les établissements en charge des secteurs psychiatriques et les établissements privés de différents potentiels, en matière de :

- activités particulières (ex : thérapies familiales, prise en charge des troubles alimentaires, ergothérapie, alcoologie....) ;
- alternatives à l'hospitalisation ;

Plusieurs domaines doivent bénéficier de cette coopération :

- la prise en charge des urgences et des situations de crise : contribution à l'intervention de la psychiatrie dans les services d'urgences, réservation quotidienne de lits dans les cliniques privées dans le cadre de convention avec le SAU... ;
- les réponses à des besoins prioritaires de santé publique tels que le suicide, l'alcoolisme... ;
- les réponses aux besoins de populations particulières telles que les adolescents et jeunes adultes, les personnes âgées... .

Les outils suivants peuvent être mis au service de cette coopération :

- la formation commune des personnels ;
- la démarche qualité ;
- le système d'information et d'évaluation.

◆ **L'extension au secteur privé à but lucratif et non lucratif non sectorisé de la possibilité de créer et de gérer l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation**

Il convient d'appréhender la demande réitérée des acteurs de l'hospitalisation privée tendant à la création et la gestion, à leur initiative et sous leur responsabilité, de l'ensemble des structures alternatives, avant tout sous l'angle du principe d'égalité d'accès aux soins.

En effet, si leurs besoins ou leur pathologie le justifient, il est indiscutable que les patients hospitalisés dans le secteur privé, doivent pouvoir bénéficier, à l'issue d'une hospitalisation complète, à l'instar des patients hospitalisés dans le secteur public, de l'ensemble des modalités de prise en charge ambulatoires (hospitalisation partielle, mais aussi ateliers thérapeutiques, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel...). La satisfaction de ce principe est assurée dès lors que l'ensemble des structures alternatives gérées par les établissements sectorisés appliquent dans leur fonctionnement, une règle d'accueil et de prise en charge, dans des conditions élaborées conventionnellement, de patients antérieurement hospitalisés en privé. Lorsque les besoins de leurs patients peuvent ainsi être satisfaits, il n'y a plus la même nécessité pour les établissements privés de créer la «palette» de structures alternatives.

S'il est envisageable néanmoins que la restriction actuelle quant à la nature des alternatives susceptibles d'être créées et gérées à l'initiative du privé soit levée, cela ne peut se concevoir que sous condition de leur participation aux contraintes du service public (notamment en ce qui concerne la permanence des soins et la réponse à la crise et à l'urgence), dans une logique de complémentarité. Il convient, en effet, d'éviter les doublons et l'instauration de filières parallèles.

En tout état de cause, la création, par des promoteurs privés, de structures diversifiées en alternative à l'hospitalisation complète, doit -comme pour les établissements sectorisés- être considérée comme un élément de mutation et d'adaptation du dispositif hospitalier et doit, en conséquence, en fonction des indices d'équipement en vigueur sur les territoires considérés, être

gagée par la réduction correspondante de lits d'hospitalisation complète dans le secteur privé. Pour les équipements non inscrits dans la carte sanitaire, une réflexion particulière devra être poursuivie afin de garantir leur adéquation aux besoins.

- **La coopération entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales : la psychiatrie de liaison, la prise en charge somatique des malades mentaux et la conduite conjointe de projets**

La psychiatrie de liaison recouvre une pratique de consultation, centrée sur les patients pris en charge dans le cadre de disciplines médicales ou chirurgicales et en soins de suite et de réadaptation (SSR) et présentant des troubles psychopathologiques ou une souffrance psychique. Elle comporte, en outre, une aide apportée aux équipes de soins somatiques. Il s'agit d'un travail en équipe, justifiant une véritable multiprofessionnalité, une technicité, et requérant du temps et de la disponibilité. La psychiatrie de liaison concerne les centres hospitaliers mais aussi les hôpitaux locaux. La psychiatrie de liaison gagne à être appréhendée comme partie d'un dispositif cohérent d'intervention de la psychiatrie dans d'autres services hospitaliers (d'un même établissement ou dans un autre établissement), incluant les urgences, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et l'ensemble des interventions auprès des disciplines somatiques.

Un tel dispositif qui implique une équipe pluri-professionnelle complète, doit faire l'objet d'une formalisation précise entre les établissements de santé ou les services hospitaliers concernés (objectifs, moyens, modalités de travail en commun et de coordination et responsabilité médicale, effectifs médicaux et non médicaux mis à disposition, relations fonctionnelles avec les équipes somatiques, modalités pratiques d'intervention, responsabilité des prescriptions médicales, traitement de l'information médicale, responsabilité civile..) et doit intégrer de façon systématique la réciprocité des échanges.

Le dispositif d'intervention de la psychiatrie auprès des services de soins somatiques doit comprendre en corollaire une définition des modalités d'intervention de ces services pour **assurer la prise en charge somatique des malades mentaux** (accès rapide et simple aux consultations spécialisées médicales ou chirurgicales, recours aux plateaux techniques, mise à disposition d'anesthésistes pour l'électro-convulsivothérapie...).

Pour la prise en charge de certaines pathologies ou populations, la définition de projets médicaux conjoints et la mutualisation de moyens pour les mettre en œuvre peuvent prendre des formes diverses selon les situations locales allant de la convention à la fédération médicales (fédérations de périnatalité, de géronto-psychiatrie...).

- **La coopération ville/hôpital**

Cette coopération peut être envisagée selon les modalités suivantes :

- accès à des consultations dans des délais rapprochés, pour fournir une expertise au généraliste,
- appel éventuel à l'équipe de secteur dans les situations d'urgence psychiatrique,
- contact régulier des généralistes avec les équipes de psychiatrie : visite des patients dans les lieux d'hospitalisation, études de cas et formation réciproque, protocole de sortie et lettre standard comportant un minimum de renseignements (suivi des projets de sortie, référents au sein de l'équipe).
- les centres de santé (mutualistes, associatifs...), lorsqu'ils existent, doivent être pris en compte dans ces partenariats.

2.2.2 PROMOUVOIR ET DEFINIR L'ARTICULATION DE LA PSYCHIATRIE AVEC LES ACTEURS DES CHAMPS MEDICO-SOCIAL ET SOCIAL

- **Pour les personnes prises en charge au long cours**

Il convient de développer les liaisons entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social à l'égard des patients qui présentent des difficultés au long cours. En effet, les atouts du partenariat sont indiscutables pour permettre aux équipes de ne pas se sentir isolées pour assurer, dans la durée, l'accompagnement de ces patients et le soutien de leur trajectoire, en bénéficiant d'un enrichissement réciproque et de la mutualisation d'outils de réflexion.

De manière concrète, deux propositions peuvent être formulées :

- Certains patients pourraient durant leur prise en charge, être admis de manière séquentielle dans des établissements médico-sociaux afin que justement un regard différent soit porté sur leur trouble et qu'un projet de vie soit élaboré dans ses différentes composantes. Ceci pourrait être envisagé de manière inverse, pour des sujets ayant des pathologies lourdes, confiées de façon très longue au secteur médico-social, et qui auraient besoin, d'un accueil là aussi séquentiel et régulier, dans une structure psychiatrique, afin qu'une observation soit réalisée et que la prise en charge, soit éventuellement infléchie ou réadaptée ;
- Des échanges de personnel à temps plein ou à temps partiel pourraient être effectués entre les structures médico-sociales, sociales et sanitaires. On peut en effet envisager l'intérêt de l'intervention d'un infirmier ou d'un éducateur, appartenant à un service de psychiatrie, pendant 6 mois ou un an dans un institut médico-éducatif ou dans une structure médico-professionnelle. Il pourrait ainsi s'imprégner des modalités de travail de cette structure et réciproquement afin qu'il y ait en quelque sorte une importation des savoirs et des connaissances dans l'institution à laquelle appartient initialement le soignant.

- **Favoriser l'appui de la psychiatrie aux structures médico-sociales, sociales, éducatives et judiciaires**

A cet égard, il convient de distinguer :

- le soutien à des patients pris en charge par des équipes ou dans des structures substitutives de domicile, au titre de la continuité des soins qui fonde l'intervention du secteur psychiatrique et qui doivent bénéficier de l'intervention des équipes de secteur dans des conditions aussi proches que possible de l'ensemble de la population ;
- le soutien aux professionnels qui doit davantage s'apprécier comme une prestation fournie par le secteur psychiatrique.

Dès lors, les moyens des secteurs doivent être abondés de façon à répondre à ces besoins.

En tout état de cause, l'articulation de la psychiatrie avec ces équipes et ces structures doit faire l'objet d'une définition précise, par le biais de **conventions particulières**.

- **Garantir la qualité des projets de création de structures sociales ou médico-sociales pour les personnes handicapées psychiques**

Lorsque le projet est élaboré par un établissement de santé :

Pour aider à la conduite de ces opérations et éviter notamment les risques de ségrégation et garantir la qualité des projets, un guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la psychiatrie, élaboré par la mission nationale d'appui en santé mentale et l'administration centrale, a été diffusé aux services déconcentrés et aux établissements en janvier 2001.

Pour les autres créations, outre les dispositions prévues par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale en ce concerne le développement de la qualité dans les structures sociales et médico-sociales, il conviendra de veiller tout particulièrement à l'organisation de la prise en charge sanitaire des personnes accueillies, en liaison avec l'offre de soins existante. Par ailleurs, le niveau de médicalisation de ces structures devra être adapté aux besoins.

Une convention de financement entre le préfet de région, l'ARH et le Conseil général peut permettre de bien identifier l'ensemble des conditions financières de ces opérations.

- **Promouvoir et définir l'articulation de la psychiatrie avec les dispositifs de lutte contre l'exclusion sociale et d'accès aux soins**

Il s'agit de :

- assurer l'intervention de la psychiatrie au sein d'équipes pluri-professionnelles dans les lieux fréquentés par les populations en difficulté

L'intervention d'équipes psychiatriques pluri-professionnelles (médecin, assistante sociale ou éducateur, infirmier...) doit s'effectuer dans les lieux fréquentés par les populations en difficulté (S.A.M.U.-social, centres sociaux, C.H.R.S, missions locales, espace santé, partenaires associatifs, foyers de jeunes travailleurs...).

La présence psychiatrique, infirmière en général, est de nature à repérer et à rencontrer les sujets en grande souffrance psychique et à aider les équipes.

Il est souhaitable que ce soutien soit assuré, dans le cadre de conventions, par une équipe « référente » qui sera généralement intersectorielle.

- délivrer des soins de qualité en organisant un accueil adapté des exclus

Il s'agit de prendre en compte la souffrance psychique des plus démunis tout en limitant la stigmatisation psychiatrique redoutée par cette population.

Les exclus se présentent le plus souvent en état de crise dans les services d'urgence, lieu de prédilection de la demande d'aide. Cette détresse doit être accueillie à l'hôpital général dans un cadre multi-disciplinaire : l'intervention de la psychiatrie doit s'intégrer aux permanences d'accès aux soins de santé dans les établissements de santé (PASS), qui permettent de mettre en œuvre une prise en charge simultanée des aspects sanitaires et sociaux ainsi que la prévention ; une telle unité à

proximité des urgences doit faciliter l'accès des exclus aux différents services de soins de l'hôpital (alcoologie, urgence, psychiatrie, médecine somatique) ainsi qu'au réseau externe composé de la médecine de ville, des services sociaux et des associations.

L'accueil peut se faire aussi au C.M.P, dont il convient de revoir les contraintes horaires et les modalités d'accueil (consultations sans rendez-vous...).

2.3 PRIVILEGIER LE FONCTIONNEMENT EN RESEAU POUR METTRE EN COHERENCE L'ACTION DE L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES DE LA SANTE MENTALE

Le réseau de soins constitue actuellement la forme la plus aboutie de coopération des acteurs de soins au bénéfice du patient.

La notion de réseau de soins n'est pas nouvelle en psychiatrie puisque depuis 1960, s'est développé, pour assurer la continuité des soins, le réseau généraliste sectoriel autour du patient. **Il ressort cependant des réflexions du groupe de travail que cette modalité se voit conférer, aujourd'hui plus que jamais, une pertinence particulière en santé mentale, en raison de la prééminence de la notion de continuité des soins.** L'évolution nécessaire vers la prise en compte de la trajectoire des patients et vers une diversification des stratégies de soins oblige à promouvoir un décloisonnement des dispositifs, ainsi que toutes les formes de coopération entre l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir au long du parcours des patients. Le réseau apparaît par nature comme le moyen d'assurer le « maillage » garantissant la mise en cohérence entre les diverses formes de partenariats.

Les textes distinguent à ce jour les réseaux inter-établissements et, concernant le secteur libéral, les réseaux soumis à des modalités dérogatoires de financement.

Afin d'assurer une réelle continuité des soins, en coordonnant autour du patients des stratégies de soins complémentaires entre les acteurs et les institutions, il importe de **développer les réseaux ville-hôpital en santé mentale** réunissant l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux, soit au service d'une population particulière (Ex : adolescents, personnes âgées...), soit pour la prise en charge d'un besoin de santé publique (conduites addictives, suicide).

Le fonctionnement en réseau tient une place prépondérante dans chacune des modalités de soins développées par le groupe de travail (annexe n°1). C'est la raison pour laquelle une réflexion particulière a été menée par le groupe sur ce sujet, dont les développements figurent en annexe n°3 du présent document.

2.4 PRIVILEGIER L'APPROCHE PAR OBJECTIF POUR REpondre AUX BESOINS IDENTIFIES

L'adaptation de l'offre de soins doit être conduite au regard des besoins de la population. L'approche ne doit plus être centrée sur les structures, ces dernières devant être considérées comme des outils évolutifs de réponse aux besoins identifiés. L'évaluation des besoins est en conséquence essentielle et doit permettre d'éviter des réponses stéréotypées pour chaque secteur. Les éléments objectifs issus de cette évaluation pourront entraîner une répartition différenciée de l'offre de soins, adaptée à chaque contexte local.

La définition des modalités de soins doit privilégier une approche par objectif dans une perspective de réponse cohérente, à des besoins identifiés en santé mentale. Il s'agit à partir d'une meilleure identification des besoins, de définir des objectifs permettant de clarifier les missions des équipes des secteurs ; ceux-ci étant fixés, il est alors possible d'envisager une plus grande souplesse dans l'utilisation des outils existants, de mieux « calibrer » les moyens et de favoriser l'évolution des pratiques professionnelles, le plus important étant le savoir-faire et la mobilité des personnels.

La définition des objectifs d'actions des secteurs doit permettre de répondre, de façon adaptée, aux besoins de la population et aux réalités locales, conformément aux orientations du SROS, aux projets des secteurs psychiatriques et aux projets des établissements de santé. Ces objectifs s'appliquent à l'ensemble des secteurs. Plusieurs niveaux de réponse - sectorielle ou intersectorielle - peuvent être élaborés par les équipes selon le thème et la situation locale.

14 objectifs majeurs sont définis, à partir des principaux besoins de la population identifiés par le groupe de travail. Les équipes de secteur devront, dans un cadre sectoriel ou intersectoriel, proposer pour chaque objectif des réponses adaptées aux problématiques et contexte locaux. L'implication de chaque équipe pourra être variable en fonction des réponses existantes et de l'intervention des partenaires. Ainsi, selon les objectifs et les partenariats, les soins directs auprès des personnes et les interventions indirectes (conseil, appui, articulation, liaison avec les autres professionnels concernés) représenteront une part variable de l'activité des équipes. D'autres objectifs pourront également être fixés en fonction des priorités et des ressources locales.

2.4.1 LES DOMAINES D'INTERVENTION DIRECTE

(l'intervention directe auprès des personnes est dominante)

- **Les objectifs communs aux secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile**

1-La réponse aux besoins des personnes (enfants, adolescents, adultes) en situation de crise et d'urgence

- **Dans la communauté**

- Possibilité d'obtenir, dans des délais rapides, des consultations non-programmées en ambulatoire
- Coordination des CMP pour l'organisation des astreintes (téléphoniques, déplacements...)
- Intervention d'équipes mobiles à domicile (24/24, 12/24... selon les sites) en lien avec le SAMU, le médecin généraliste, les travailleurs sociaux, l'équipe de secteur... concernés.

- **A l'hôpital général**

- Dans les services d'urgence

- Présence de psychiatres au niveau des urgences hospitalières
 - Des locaux adaptés pour les consultations et l'accueil des patients et de leur famille

- A proximité du service d'accueil des urgences

- Création de lits de crise de 72 heures intersectoriels, avec système de garde, pour les personnes hospitalisées librement ou susceptibles de relever d'une hospitalisation sous contrainte

- **Globalement**

- Améliorer la prévention pour limiter les crises et le recours aux urgences
 - Identification d'une ligne téléphonique unique pour répondre aux professionnels
 - Participation à un système coordonné d'accueil et de prise en charge des victimes (situations individuelles ou collectives, enfants ou adultes, victimes d'accident, d'agression, de catastrophe...) : accueil des victimes à l'hôpital, intervention sur place (urgence médico-psychologique en cas de catastrophe), suivi...

2-La réponse aux besoins des familles (accueil, information et soutien)

- Mise en œuvre du droit des familles d'être reçues par un professionnel de l'équipe
 - Mise en place d'un référent par secteur chargé des relations avec les familles (informations sur les traitements, réunions avec les familles...)
 - Mise en place de groupes de parole
 - Aide à la création de groupes d'auto-soutien.

3- La réponse aux besoins des personnes (enfants, adolescents, adultes) en matière de soins programmés de courte ou de longue durée en psychiatrie

- Soins programmés de courte durée

- Priorité pour les enfants et les adolescents : renforcer le dispositif infanto-juvénile et développer les capacités d'accueil en hospitalisation complète
 - Information sur l'offre de soins (lisibilité des structures, des professionnels...), les pathologies, les thérapeutiques....
 - Liens avec les médecins généralistes et les psychiatres libéraux (cf objectif 6)
 - ...

- Pour les personnes justifiant d'une prise en charge prolongée en psychiatrie :

- réserver l'hospitalisation prolongée en psychiatrie aux patients qui le justifient en raison de l'évolutivité ou de l'acuité de leur troubles ;
 - évaluer régulièrement, de façon à éviter tout risque de chronicisation, le fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation complète mises en place pour répondre aux besoins des malades traités au long cours.

4- La réponse aux besoins des personnes nécessitant une intervention coordonnée de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie générale

- La périnatalité :

- Développer la psychiatrie de liaison dans les services de maternité, de pédiatrie et en PMI
 - Organiser un réseau dans chaque maternité autour des professionnels concernés
 - Mettre en place des consultations voire des unités mères/enfants

- La prise en charge des adolescents :
 - organiser une approche globale en constituant une filière adolescent transdisciplinaire et commune à tous les champs (sanitaire, social, judiciaire, éducatif...)
 - mettre en œuvre des réponses multiples, coordonnées, non exclusives les unes des autres, permettant des prises en charge inter-institutionnelles alternatives ou conjointes
 - en matière de prévention : travail de communication et de formation des équipes de psychiatrie auprès des partenaires des champs sanitaire, médico-social et socio-éducatif, ainsi que des familles et des usagers
 - en matière d'hospitalisation : développer les unités intersectorielles spécifiques pour adolescents.
- La gestion du passage à l'âge adulte des jeunes suivis par la pédo-psychiatrie
- Les objectifs spécifiques aux secteurs de psychiatrie générale

5- La réponse aux besoins des patients « difficiles »⁴

- Définir une organisation pré-établie et pas seulement une réponse au cas par cas
- Constituer un groupe de référents eux-mêmes supervisés et aidés
- Accès rapide et fiable à un numéro de téléphone pour ces patients et leur famille et les professionnels

2.4.2 LES DOMAINES D'INTERVENTION INDIRECTE OU EN PARTENARIAT

(l'intervention indirecte ou en partenariat est dominante)

- Les objectifs communs aux secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-Juvenile

6- La réponse aux besoins de la population en matière de prévention

- créer en priorité les postes de coordonnateurs chargés de développer la prévention et le travail en réseau⁵
- développer l'information sur le dispositif spécialisé (annuaire, réunions d'information...).

7- La réponse aux besoins des professionnels et des institutions de soins (travail de liaison dans le secteur sanitaire) :

- Organisation d'échanges entre les médecins généralistes et les spécialistes (psychiatres, pédiatres...) sur des cas identifiés et partagés
- Identification précise, par voie conventionnelle, des relations avec l'ensemble des structures hospitalières publiques et privées (urgence, psychiatrie de liaison, assistance en cas de crise).

⁴ Patients qui en raison de l'intensité et de la persistance des troubles (instabilité, violence, refus des soins, rechutes fréquentes, comorbidité, cumul de problèmes médicaux et sociaux...) nécessitent beaucoup de ressources (intervention d'un nombre important de personnes, savoir-faire d'un groupe) pendant une durée assez longue

⁵ préconisés par la circulaire du 31 décembre 2001 relative à la campagne budgétaire pour 2002 des établissements sanitaires financés par dotation globale et développés en annexe n°1 (prévention).

8- La réponse aux besoins des personnes handicapées (enfants, adolescents, adultes)

- Conventions avec les établissements médico-sociaux afin d'améliorer les soins ambulatoires et les conditions d'hospitalisation des personnes qu'ils prennent en charge et de formaliser le soutien aux équipes médico-sociales
- Création de structures sociales ou médico-sociales pour les personnes handicapées psychiques (notamment pour les personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie ne nécessitant plus ce mode de prise en charge...)

9- La réponse aux besoins des personnes (mineures et adultes) sous main de justice (cf le plan santé des personnes détenues)

Dans un cadre intersectoriel :

- Diversification et intensification des soins ambulatoires en milieu pénitentiaire
- Meilleur accès à l'hospitalisation en établissement de santé et sécurisation des conditions de ces hospitalisations

10- La réponse aux besoins des personnes souffrant de conduites addictives

- Prise en charge directe, en ambulatoire et en milieu hospitalier (psychiatrie de liaison...)
- Coordination avec les équipes hospitalières de liaison en addictologie et les dispositifs spécialisés (centres de cure ambulatoire en alcoologie, centres spécialisés de soins aux toxicomanes, consultations de tabacologie...).

• Les objectifs spécifiques aux secteurs de psychiatrie générale

11- La réponse aux besoins des personnes âgées

- Identification de 3 niveaux d'intervention : le domicile, les institutions, les réseaux
- Amélioration de la prise en charge de certaines catégories de personnes âgées en clarifiant les lignes de partage et les articulations entre la psychiatrie et les autres champs d'intervention (du sanitaire et du médico-social) en ce qui concerne les malades mentaux vieillissants, les déments (notamment les démences Alzheimer) et les personnes âgées ayant besoin d'une prise en charge psychiatrique.

12- La réponse aux besoins d'insertion sociale et professionnelle des personnes adultes (activités, emploi, travail, logement,)

- Actions thérapeutiques directes auprès de patients identifiés concernés par ces situations :
 - soutien et accompagnement des personnes venues directement ou amenées par d'autres professionnels,
 - réponses graduées : du plus intensif au plus léger, dans les différents domaines :
 - activités non professionnelles (maintien dans la communauté par la culture, le sport...)
 - emploi/travail : graduation des réponses allant de l'emploi protégé à l'emploi normal
 - logement, hébergement (gamme de réponse allant de l'appartement thérapeutique jusqu'à l'appartement individuel)
 - insertion (RMI...)

- Actions indirectes de partenariat entre professionnels et travail avec les institutions concernées
Ex : AGEFIPH, EPSR (équipe professionnelle pour le suivi et la réinsertion), OIP (organismes d'insertion professionnelle)...
 - Coordination avec les programmes définis dans les champs concernés (ex : plan départemental d'insertion des travailleurs handicapés), montage de projets avec des associations....
- **Les objectifs spécifiques aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile**

13- La réponse aux besoins des enfants et des adolescents en matière de soins, de scolarisation et d'études (articulation avec l'Education nationale, les universités)

14- La réponse aux besoins des enfants et des adolescents relevant des dispositifs de protection de l'enfance (PMI, ASE, PJJ...)

- coordination des politiques et acteurs
- prise en charge intégrant les aspects éducatifs, sociaux, judiciaires et les soins, en portant une attention particulière aux mineurs les plus en difficulté.

2.5 AMELIORER LA FORMATION ET OBSERVER LES PRATIQUES

• **La formation**

La formation apparaît comme un facteur privilégié d'évolution des pratiques et des organisations. Le caractère prioritaire qui lui est donné sur l'ensemble des problématiques abordées (prévention, travail en réseau, travail en équipe, aide aux « aidants », management, conduite de projet...) conduit à préconiser le développement des formations communes et croisées en lien avec les recommandations du groupe sur l'évolution des métiers en santé mentale piloté par la direction générale de la santé.

• **Observer les pratiques**

Mieux connaître les pratiques en psychiatrie, qui sont très diverses, les recenser et permettre l'évaluation des organisations de soins et de prise en charge des malades mentaux, notamment dans les secteurs, est une nécessité.

Il est illusoire de penser que ces dernières peuvent être « normalisées » : les réalités humaines locales sont éminemment différentes suivant les régions et les hommes et offrent des solutions différentes et variées aux problèmes et aux besoins des malades. Cependant, le constat selon lequel la nature réelle des prises en charge réalisées reste encore mal connue est en contradiction avec les impératifs de santé publique concernant l'accès aux soins, la continuité des soins et la qualité des réponses apportées à la population.

Une réflexion devra être menée à cet égard, en liaison avec les travaux engagés par la direction générale de la santé sur l'évolution des métiers. Elle devra tenir compte du rôle de l'ANAES en la matière.

2.6 PROMOUVOIR LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE

La recherche en psychiatrie constituant un préalable indispensable pour fonder une politique de santé mentale à même de répondre aux besoins, le groupe rejoint la préoccupation évoquée dans le Plan Santé Mentale de novembre 2001 quant à l'insuffisance de son développement et son nécessaire renforcement dans le domaine de la clinique, de l'épidémiologie et de la thérapeutique.

Le développement de la recherche psychiatrique ne peut aujourd'hui se concevoir qu'à partir d'un renforcement des coopérations, celles-ci devant se faire à la fois sur un mode interdisciplinaire (avec les chercheurs en santé publique, en épidémiologie, en pharmacologie, en biologie, en génétique, etc) et au sein de la discipline, par un renforcement des collaborations entre services universitaires et non universitaires.

Ce développement peut s'appuyer sur divers existants qu'il convient de renforcer :

1. Les PHRC et les collaborations avec les DRRC pour la recherche clinique :

Les PHRC doivent permettre le renforcement de la recherche en psychiatrie (celle-ci a été retenue comme thème prioritaire pour le PHRC national 2002). Les liens de collaboration que les PHRC ont d'ores et déjà permis de tisser entre les DRRC et les équipes hospitalo-universitaires doivent pouvoir être davantage étendus aux équipes non universitaires, ce qui suppose une meilleure formation de ces dernières à la méthodologie de la recherche, qui pourrait être un des objectifs de structures fédératives de recherche à mettre en place au niveau régional.⁶

2. Les structures de recherche, et notamment l'INSERM, pour la recherche clinique, épidémiologique et fondamentale :

L'intercommission INSERM "Santé mentale et pathologies psychiatriques" récemment créée doit ainsi participer au choix des grandes orientations de la recherche en psychiatrie et favoriser la promotion des jeunes chercheurs de la discipline. Les équipes de recherche universitaires (UPRES, Jeunes Equipes, etc), INSERM ou CNRS doivent également participer à ce développement.

3. Le potentiel humain :

La recherche en psychiatrie a besoin d'un renforcement de son potentiel humain.

Ce renforcement nécessite tout d'abord la formation d'un plus grand nombre de jeunes chercheurs dans la discipline, notamment à travers la filière des DEA (Diplômes d'Etude Approfondie) rattachés à des écoles doctorales. Il nécessite en outre le recrutement par les instituts de recherche (INSERM) d'un plus grand nombre de chercheurs en psychiatrie, ce qui est une des missions de l'intercommission INSERM "Santé mentale et pathologies psychiatriques".

⁶ telles que les CRRSM (Centres Régionaux de Recherche en Santé Mentale) proposés dans le rapport des Docteurs Piel et Roelandt : « De la psychiatrie vers la santé mentale » (juillet 2001).

Rapport du groupe de travail DHOS/O2 : « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »

Document présenté devant le comité consultatif de santé mentale d'avril 2002

III. LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET DE MISE EN ŒUVRE DES ACTIONS PRIORITAIRES

3.1 AU NIVEAU NATIONAL : AFFIRMER ET FAVORISER LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

3.1.1 LA DEFINITION D'ORIENTATIONS NATIONALES DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE

Il convient de réaffirmer le pilotage et un suivi au niveau national de la politique de santé mentale visant à répondre aux besoins sanitaires et sociaux des personnes souffrant de troubles mentaux.

A/ Dans le domaine sanitaire

Concernant l'évolution de l'offre de soins et dans l'attente de la loi cadre annoncée dans le plan santé mentale de novembre 2001, une circulaire de mise en œuvre des préconisations du groupe de travail sera notamment élaborée par le ministère de l'emploi et de la solidarité.

B/ Dans le domaine social et médico-social :

Les programmes d'équipement et d'intervention du secteur social et médico-social devront intégrer les besoins en santé mentale des personnes en situation de handicap psychique du fait de troubles mentaux et des personnes qu'ils accueillent ou prennent en charge.

- **Développer les réponses aux besoins d'insertion sociale et professionnelle**

Les personnes qui se trouvent en situation de handicap du fait de troubles psychiques graves et durables ne trouvent pas actuellement les réponses adaptées à leurs besoins en termes d'insertion sociale et professionnelle, en complément des soins qui leur sont prodigués et en bonne articulation avec ceux-ci. Il convient donc de promouvoir et de développer, dans le cadre commun de la politique en direction des personnes handicapées, toutes formes d'aide, d'accompagnement et d'accueil pertinentes et nécessaires. **Les schémas et programmes d'équipement médico-sociaux devront prendre en compte les besoins des personnes handicapées psychiques du fait de troubles mentaux**, et cette obligation doit en constituer une condition d'adoption.

Les innovations en matière de développement des services d'accompagnement et des structures d'accueil et de soins destinés aux enfants, adolescents et adultes souffrant de troubles mentaux, articulés avec le dispositif de soins, rendues possibles par les nouvelles dispositions de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, devront être soutenues.

- **Organiser les réponses pour les personnes nécessitant une prise en charge au long cours**

L'évolution du dispositif de soins psychiatriques et notamment des capacités d'hospitalisation complète passe par la réponse aux besoins sociaux et médico-sociaux des personnes hospitalisées de manière inadéquate au long cours en psychiatrie.

Il conviendra que dans chaque région, en collaboration avec les partenaires concernés, l'agence régionale de l'hospitalisation diligente une **enquête sur les personnes malades mentales prises en charge au long cours ou susceptibles de l'être** afin de recenser celles qui pourraient bénéficier d'une prise en charge plus appropriée en structure sociale ou médico-sociale et d'évaluer

le nombre de places nécessaires. Sur la base des besoins identifiés, une concertation devra être menée dans chaque région avec les autorités compétentes (Etat, conseils généraux, Caisse régionale d'Assurance maladie) afin d'établir un **programme d'accueil dans les structures existantes ou de création de structures adéquates**.

La création (ex nihilo ou par transformation de lits d'hospitalisation complète) de structures sociales ou médico-sociales pour personnes handicapées (MAS, FDT) ou pour personnes âgées, afin d'offrir une prise en charge adéquate aux patients au long cours, doit s'effectuer en cohérence avec les programmes définis dans les secteurs social et médico-social (ex : plan régional MAS/FDT), tant en termes de capacités que de modalités de fonctionnement des structures (localisation, projet de vie...).

Compte tenu de la diversité des situations régionales, notamment concernant les potentiels d'accueil en hospitalisation complète et les capacités de redéploiements afférentes, les transferts de moyens du secteur sanitaire vers le médico-social doivent être effectués avec discernement. En effet, si les structures médico-sociales doivent être dotées de façon à fournir une prise en charge de qualité, il s'agit également de permettre que ces opérations soient l'occasion d'une amélioration qualitative, voire -si nécessaire- quantitative, du potentiel d'hospitalisation complète, et de doter les secteurs psychiatriques des effectifs nécessaires pour apporter un soutien aux personnes accueillies dans les structures sociales et médico-sociales.

En tout état de cause, il convient que la conduite de ces opérations conjointes, concernant à la fois les secteurs sanitaire, social et médico-social, s'effectue de façon homogène en se référant à une démarche type proposée au niveau national et permettant dans chaque région, à l'ensemble des partenaires concernés (ARH, Etat, Conseils généraux, Caisse régionale d'Assurance maladie) de s'engager de façon coordonnée pour répondre aux besoins recensés.

L'élaboration d'un guide méthodologique de la planification sanitaire, sociale et médico-sociale permettrait également d'harmoniser les démarches régionales et départementales.

- **Autoriser les prises en charge conjointes sanitaire et médico-sociale**

Il est urgent de lever les obstacles juridiques à la prise en charge conjuguée en structure médico-sociale et en psychiatrie.

3.1.2 L'ACCOMPAGNEMENT FINANCIER

A/ Dans le sanitaire : la poursuite de l'accompagnement financier mis en place depuis 2001 (tant en investissement qu'en fonctionnement)

Compte tenu des évolutions importantes qu'elles supposent tant pour ce qui concerne les personnels que l'investissement, il est nécessaire de prévoir un accompagnement financier des mesures proposées.

Cet accompagnement devra amplifier les efforts, initiés en 2001, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale au titre de la santé mentale. En effet, 19,6 M€(129 MF) ont été alloués au région en 2001 et 19 M€(125 MF) en 2002 dont 7,6 (50 MF) pour mettre en place des coordonnateurs chargés de développer la prévention et le travail en réseau. Les crédits alloués en

2001 ont eu un effet levier important puisqu'au total plus de 45,7 M€(300 MF) ont été attribués par les ARH pour la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie.

La lisibilité et le suivi des moyens de la psychiatrie sont indispensables à la poursuite du développement de l'ambulatoire et d'un exercice optimal de l'ensemble des missions dévolues au secteur (prévention, soins, réadaptation et réinsertion). L'approbation des projets d'établissement, la mise en œuvre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, les retraitements comptables du PMSI⁷ ainsi que le bilan régional annuel des dépenses ciblées sur la psychiatrie permettront une plus grande clarté sur l'utilisation des crédits. Par ailleurs, l'identification au niveau national et régional d'une sous-enveloppe psychiatrique permettrait de suivre l'évolution des moyens dédiés à cette discipline.

B/ Dans le secteur social et médico-social :

Le développement des capacités d'accueil, dans les établissements de ce secteur, des personnes ne relevant plus d'une prise en charge au long cours en psychiatrie, ne saurait s'inscrire uniquement dans une logique de redéploiement du sanitaire vers le social ou le médico-social mais suppose que des moyens supplémentaires soient dédiés à ce secteur.

C/ Pour les secteurs sanitaire, social et médico-social

Il conviendra de demander aux ARH pour le secteur sanitaire et aux préfets de département pour le secteur social et médico-social de procéder à un **état des lieux de l'existant et de chiffrer le coût de la mise en œuvre des propositions** formulées par le groupe de travail. Une instruction ministérielle devra intervenir afin d'homogénéiser les démarches régionales.

L'administration centrale devra réaliser la synthèse des états des lieux et déterminer, dans un cadre pluriannuel, les accompagnements financiers à demander au titre des projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale.

La répartition de ces crédits devra tenir compte des inégalités régionales en fonction d'indicateurs spécifiques à la santé mentale tant dans le domaine sanitaire que social et médico-social.

3.1.3 LA DEMOGRAPHIE ET LES METIERS EN SANTE MENTALE

Bien que les questions relatives à la démographie et aux métiers n'aient pas été développées dans ce rapport, **le groupe y attache une importance particulière dans la mesure où les propositions d'évolution de l'offre de soin sont liées, pour leur mise en œuvre, aux réponses préconisées ou apportées en matière de démographie** (suites des rapports de la direction générale de la santé et de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins remis en 2001) **et d'évolution des métiers et des pratiques** (rapport du groupe de travail piloté par la direction générale de la santé relatif à l'évolution des métiers en santé mentale).

En tout état de cause, il est impératif de maintenir des effectifs suffisants dans les établissements publics ou privés participant au service public hospitalier.

⁷ Aujourd'hui, uniquement pour les établissements assujettis au PMSI M.C.O ayant également une activité de psychiatrie.

Rapport du groupe de travail DHOS/O2 : « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »
Document présenté devant le comité consultatif de santé mentale d'avril 2002

3.2 AU NIVEAU REGIONAL : INTEGRER LA PSYCHIATRIE DANS UNE OFFRE SANITAIRE GLOBALE, LES SROS 3

Le groupe de travail est favorable à l'élaboration d'un **schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) unique** intégrant un volet obligatoire sur les soins psychiatriques afin de permettre une meilleure cohérence des organisations sanitaires, l'intégration de la psychiatrie dans l'offre de soins générale et la promotion des articulations avec l'ensemble des partenaires. Cette évolution est en effet indispensable pour améliorer la coordination d'une part entre les soins somatiques et psychiatriques (notamment pour ce qui concerne la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et la couverture des besoins somatiques des malades mentaux) et d'autre part entre la psychiatrie et les secteurs social et médico-social.

Ce SROS unique permettra également que les autres spécialités médicales intègrent la psychiatrie dans leur fonctionnement et leur pratique ainsi que dans leurs projets de développement.

Les propositions du groupe de travail pourront être déclinées dans chaque région en fonction des contextes locaux. La circulaire relative à l'élaboration des SROS 3 devra appeler l'attention des ARH sur les actions prioritaires énoncées par le groupe.

3.3 AU NIVEAU REGIONAL ET LOCAL : ARTICULER LES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES ET IMPLIQUER LES ELUS LOCAUX DANS LA SANTE MENTALE

3.3.1 ARTICULER LES POLITIQUES SANITAIRES, SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES : LES CONTRATS PLURIANNUELS DE SANTE MENTALE

La multiplicité des décideurs locaux, notamment en raison de la décentralisation, ainsi que les différents niveaux de planification (départemental, régional...) posent des problèmes de cohérence de l'action publique.

Afin d'offrir une réponse globale aux besoins de la population et pour assurer la cohérence des dispositifs, il est nécessaire de prévoir l'articulation des politiques et des planifications sanitaire, sociale et médico-sociale.

Cette articulation dans les différents champs suppose donc la formalisation des partenariats entre les décideurs locaux (ARH, préfets, assurance maladie, élus). Le groupe de travail demande que la loi cadre prévue dans le plan santé mentale rende obligatoire l'élaboration de **contrats pluriannuels de santé mentale** garantissant la cohérence des actions engagées sur les différents champs de compétence et permettant d'organiser et de financer des actions communes.

Il conviendra de veiller à assurer la portée mais aussi à limiter la complexité et la lourdeur de cette démarche :

- l'engagement dans une procédure contractuelle ou tout au moins dans une concertation formalisée entre les décideurs, devrait figurer dans les différents schémas de planification,

- pour éviter que la possibilité de contractualisation ne se heurte à une diversité de niveaux d'avancement des démarches des différents partenaires, une procédure contractuelle à plusieurs « étages » doit être envisagée :

- ◆ engagement conjoint de tous les décideurs sur des axes définis au niveau régional et départemental (ex : Contrat d'engagement ou de partenariat, avec volet financier, pour répondre de façon coordonnée aux divers besoins des malades mentaux),

- ◆ puis, en se référant à ce cadre, engagements bilatéraux, voire multilatéraux dans des programmations d'actions concrètes et partenariales de réponses aux besoins recensés au niveau des secteurs sanitaires ou des territoires pertinents correspondant aux objectifs recherchés.

3.3.2 IMPLIQUER LES ELUS LOCAUX DANS LA SANTE MENTALE : LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTE MENTALE

La concertation de l'ensemble des partenaires sur ces thèmes, et notamment les élus, est essentielle afin de pouvoir réaliser l'exercice communautaire de la psychiatrie. Un débat national est nécessaire sur la place des élus dans la politique d'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques dans la cité. Ces débats devront avoir lieu à l'occasion de la modification de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées du 30 juin 1975 ainsi que de la préparation du projet de loi cadre sur la santé mentale.

En vue de la définition des contrats pluriannuels de santé mentale et de leur mise en œuvre, il est proposé d'identifier un lieu d'échanges, permettant d'améliorer la connaissance mutuelle des élus et des professionnels et d'appréhender les compétences et les possibilités d'intervention de chacun. Il est préconisé la mise en place d'un **conseil territorial de santé mentale**, conçu comme un lieu d'établissement du partenariat entre les professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, en présence des décideurs institutionnels de chacun de ces champs. Il réunira ces différents acteurs afin de réaliser l'état des lieux des ressources existantes, des difficultés rencontrées sur le territoire qu'il couvre et de proposer les projets prioritaires à développer ou initier pour y remédier. Le territoire géographique concerné pourrait être celui du secteur sanitaire ou tout autre territoire pertinent correspondant aux objectifs recherchés, sachant que les articulations avec les conseils de secteur existants ou à venir seront à prendre en compte.

Le secteur psychiatrique demeure le référent pour organiser la prise en charge soignante des patients. Pour autant l'approche globale des besoins de ces derniers nécessite que d'autres acteurs et notamment les élus, interviennent et s'impliquent pour mettre en œuvre un plan cohérent d'intégration sociale (soin, logement, insertion...) pour lequel la psychiatrie seule n'est pas compétente.

3.4 PROMOUVOIR LES RESEAUX DE PROFESSIONNELS

La promotion du travail en réseau, garant de l'accessibilité, de la qualité et de la continuité des soins et permettant de rendre complémentaire les actions menées par différents professionnels et institutions, apparaît comme un élément incontournable de l'évolution du dispositif de soin.

L'amélioration des modalités de financement des réseaux par les ARH et les URCAM, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, permet d'accompagner la mise en œuvre des réseaux dont ceux dans le champ de la santé mentale, dans une perspective ville/hôpital et santé/social.

La désignation de **coordonnateurs**⁸ chargés de développer les actions de prévention, de définir les besoins de formation réciproques et d'articuler les interventions des professionnels, telle que prévue par la circulaire budgétaire relative aux établissements sous dotation globale pour 2002, pourra également utilement participer à l'amélioration des partenariats entre les acteurs.

CONCLUSION

Le présent rapport et ses annexes constituent le cadre général d'un travail qui doit se poursuivre à tous les niveaux : national, régional, local, entre décideurs, entre institutions et professionnels et entre professionnels des champs concernés par la santé mentale (sanitaire, social et médico-social, éducatif, etc). Les éléments de constats, les propositions à caractère général ou thématiques ainsi que la mise en œuvre des priorités devront faire l'objet de larges concertations.

⁸ cf. annexe n° 1 (propositions relatives à la prévention).

ANNEXES DU RAPPORT RELATIF AUX

« Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »

ANNEXE N°1 : L'APPROCHE PAR MODALITES DE SOINS

ANNEXE N°2 : LES INTERVENTIONS A DOMICILE

ANNEXE N°3 : LE TRAVAIL EN RESEAU

A/ La composition du réseau de santé mentale

B/ La définition et la délimitation de la notion de réseau en santé mentale

C/ Les modalités de fonctionnement du réseau de santé mentale

D/ L'évaluation du réseau de santé mentale

E/ La logistique du réseau de santé mentale

F/ Les conditions de réussite et les écueils à éviter

**ANNEXE N°4 : LES RELATIONS AVEC LA PSYCHIATRIE
PRIVEE**

ANNEXE N° 5 : LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

ANNEXE N° 6 : SANTE MENTALE ET PERSONNES AGEES

**ANNEXE N° 7 : LES ATTENTES DES REPRESENTANTS DES
USAGERS ET DE LEURS FAMILLES**

**ANNEXE N° 8 : LES ATTENTES DES REPRESENTANTS DES
PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE**

**ANNEXE N° 9 : LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE
TRAVAIL**

ANNEXE N° 10 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

ANNEXE N° 1

L'APPROCHE PAR MODALITES DE SOINS

I. LA PREVENTION

- 1.1 Un contexte général peu favorable à la prévention en matière de santé mentale**
- 1.2 Les difficultés rencontrées par l'offre de soins spécialisée dans le domaine de la prévention en santé mentale**
- 1.3 Les recommandations en matière de prévention**
 - 1.3.1 Les actions relatives à l'offre de soins**
 - 1.3.2 Le développement de l'information et de la formation**

II. LA REPOSE A LA CRISE ET A L'URGENCE

- 2.1 Un contexte général de développement des demandes d'intervention en situation de crise et d'urgence**
- 2.2 Les difficultés rencontrées par l'offre de soins spécialisée dans le domaine de la crise et de l'urgence en santé mentale**
- 2.3. Les recommandations en matière de réponse à la crise et à l'urgence**
 - 2.3.1 L'amélioration de la prévention de la crise et de l'urgence et le développement des réponses dans la communauté**
 - 2.3.2 L'amélioration des réponses au niveau des urgences hospitalières**
 - 2.3.3 La pluralité des réponses fondées sur le développement des partenariats**

III. LES SOINS

- 3.1 Un contexte général marqué par la multiplication et la diversité des demandes adressées à la psychiatrie**
- 3.2 Les difficultés rencontrées par l'offre de soins spécialisée dans le domaine des soins en santé mentale**
- 3.3. Les recommandations en matière de soins**
 - 3.3.1 Les propositions générales**
 - 3.3.2 L'organisation et le fonctionnement du dispositif ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation**
 - A/ La réponse aux besoins des enfants et des adolescents
 - B/ La réponse aux besoins des adultes
 - 3.3.3 L'organisation et le fonctionnement de l'hospitalisation à temps complet**
 - A/ La réponse aux besoins des enfants et des adolescents
 - B/ La réponse aux besoins des adultes
 - 3.3.4 Les conditions de mise en œuvre de ces propositions et les mesures d'accompagnement**

IV. LES SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION ET LA REINSERTION

- 4.1 Un contexte marqué par la diversité des approches**
- 4.2 Les difficultés rencontrées par l'offre de soins spécialisée dans le domaine des soins de suite ou de réadaptation et la réinsertion en santé mentale**
 - 4.2.1 Pour les enfants et les adolescents**
 - 4.2.2 Pour les adultes**
- 4.3 Les recommandations en matière de soins de suite ou de réadaptation et la réinsertion**
 - 4.3.1 Pour les enfants et les adolescents**
 - 4.3.2 Pour les adultes**

I. LA PREVENTION

La prévention consiste à :

- prévenir l'apparition d'une maladie (diminution de l'incidence)
- retarder l'apparition d'une maladie
- diminuer la gravité d'une maladie, sa durée
- diminuer les complications, éviter, atténuer les rechutes, les récurrences, les séquelles, le handicap...

Elle se caractérise par des actions de repérage, d'information, d'orientation et de dépistage.

1.1 UN CONTEXTE GENERAL PEU FAVORABLE A LA PREVENTION EN MATIERE DE SANTE MENTALE

La culture de santé publique demeure insuffisante en France, qu'il s'agisse de la prévention ou de la promotion de la santé et la préoccupation en matière de santé publique est très différente d'une région à l'autre.

Malgré quelques opérations particulières (exemple : semaine de la santé mentale...), **l'information du grand public sur la maladie mentale reste trop limitée.**

L'absence de cohérence des politiques et des actions menées par les pouvoirs publics et les partenaires entraîne bien souvent des difficultés de positionnement avec les secteurs social et médico-social et la segmentation des réponses (filières alcool, ...) ainsi qu'une relative étanchéité des dispositifs.

Pour la psychiatrie générale, une prévention primaire dans le domaine de la santé mentale apparaît difficile à appréhender et à mettre en place et elle est peu évaluée. Le rôle de la médecine du travail ou du système éducatif, par exemple, apparaît beaucoup plus déterminant en ce domaine que celui de la psychiatrie. **Il semble donc plus utile de réfléchir autour des capacités d'actions dans le domaine de la prévention secondaire et tertiaire.**

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les actions d'aide à la parentalité, le travail avec les parents constituent des axes essentiels de la prévention primaire.

La formation initiale et continue des professionnels de la santé mentale est insuffisante dans le domaine de la prévention et plus globalement, pour tout ce qui touche à la réactualisation des connaissances et l'animation de projets. Ce manque de formation des professionnels et l'absence de formations communes participe à la méconnaissance des professionnels entre eux et donc aux difficultés de travail en commun notamment entre les équipes de secteur, les médecins généralistes et les psychiatres libéraux.

Enfin, **l'insuffisance des démarches de recherche et d'évaluation** nuit au développement de la prévention dans le domaine de la santé mentale.

1.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE DANS LE DOMAINE DE LA PREVENTION EN SANTE MENTALE

L'adaptation des réponses rencontre parfois des limites liées à la sectorisation psychiatrique du fait de sa vocation généraliste.

Les acteurs de terrain expriment souvent le sentiment d'être submergés par la multitude et la pluralité des sollicitations qui s'adressent aux équipes de secteur et la difficulté dans ces conditions à bien discerner ce qui relève de la prévention, qui constitue néanmoins une des missions essentielles du secteur psychiatrique.

Si l'on constate que la prévention ne fait généralement pas l'objet d'actions spécifiques ; il convient de relever que l'absence de valorisation de l'activité de prévention dans les recueils statistiques ne favorise probablement pas la promotion de cette activité et l'attribution des moyens qu'elle nécessite.

Par ailleurs, la prévention et le dépistage précoce sont d'autant plus difficiles à mettre en œuvre à partir des centres médico-psychologiques, que ceux-ci exercent leur activité principalement dans un cadre programmé, selon des délais parfois importants.

1.3 LES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE PREVENTION

Deux types de mesures sont proposés pour le développement de la prévention en santé mentale. Elles concernent l'offre de soins ainsi que l'information du public et la formation des professionnels.

1.3.1 ACTIONS RELATIVES A L'OFFRE DE SOINS

Il convient de développer une prévention globale et surtout ne pas segmenter en fonction des symptômes. Les institutions spécialisées doivent s'ouvrir sur la société et les secteurs doivent s'inscrire dans une démarche de santé publique, de santé communautaire. Pour les aider dans cette démarche, le groupe préconise la définition d'un programme de prévention, décliné selon les objectifs au niveau sectoriel ou intersectoriel et portant sur deux volets :

- le rôle des professionnels de l'équipe de soins (et notamment une réflexion sur la complémentarité entre les professionnels de santé) ;
- le positionnement du dispositif psychiatrique par rapport au réseau primaire (les modes d'organisation mis en place peuvent être divers). Il faut trouver un équilibre entre un exercice généraliste et spécialisé de la psychiatrie.

Le développement de la prévention passera nécessairement par une meilleure valorisation de cette activité par les outils statistiques et le PMSI psychiatrie.

6 recommandations particulières sont retenues pour la psychiatrie infanto-juvénile :

- intervenir dans les lieux où se trouvent les enfants et les adolescents. Il s'agit de développer l'activité hors de l'hôpital et d'adapter le fonctionnement des secteurs psychiatriques (offrir d'autres prestations que la consultation en CMP) ;
- travailler avec les parents : renforcer les actions d'aide à la parentalité ;

- soutenir les professionnels de première ligne dans la prise en charge des familles à difficultés multiples ;
- renforcer la présence des personnels de soins à l'école primaire de type puéricultrices ;
- créer des structures spécifiques mères-bébés et de lieux relais ou ressources en dehors de l'hôpital ;
- mutualiser les moyens et les compétences notamment en favorisant la mise en place de fédération périnatale regroupant la pédiatrie, la psychiatrie générale et infanto-juvénile et la gynécologie-obstétrique, fédération de médecine (pédiatrie) et de psychiatrie de l'adolescent (pédopsychiatrie et psychiatrie adulte). Le travail entre la psychiatrie et les services de maternité doit permettre de sensibiliser ces derniers aux petits signes et/ou antécédents de la mère (risque psychologique intégré dans les décrets périnatalité) et donc de favoriser si nécessaire une intervention précoce de la psychiatrie.

Globalement, il est préconisé de réintroduire, dans l'offre de soins, des capacités de réponse aux demandes non-programmées.

1.3.2 LE DEVELOPPEMENT DE L'INFORMATION ET DE LA FORMATION

Pour favoriser le développement de l'activité de prévention, il est nécessaire d'impulser une politique de prévention au niveau régional. A ce titre, il est proposé de constituer un centre régional d'information et de prévention en santé mentale, ouvert aux usagers et aux professionnels, avec la participation de l'université, pour des actions de promotion de la santé. Le financement pourrait assuré par la mutualisation des moyens des secteurs et la participation de l'assurance maladie (FNPEIS de la CNAM) et des collectivités locales (conseil général, municipalités...).

Au niveau local, la création d'une fonction de coordonnateur de prévention ou de santé publique chargé de développer les actions de prévention et le travail en réseau est préconisée. Elle permettrait de développer les actions d'information dans des lieux et sous des formes différents selon les publics visés (les enfants et les adolescents, les familles, les autres professionnels) et d'articuler les interventions des professionnels. **En effet, si la prévention et la réinsertion entrent dans les missions du secteur de psychiatrie, chacun s'accorde à reconnaître qu'il ne peut intervenir seul. Il lui faut, pour y parvenir, développer des partenariats multiples et diversifiés.**

Concernant la pédopsychiatrie, il convient de rappeler l'importance du repérage et du diagnostic précoce ainsi que la mise en place d'une prise en charge adaptée, à proximité du lieu de vie de l'enfant ou du jeune, en lien avec l'ensemble des professionnels intéressés (PMI, Education nationale, PJJ, secteurs de psychiatrie), ainsi que les mesures d'aide à la parentalité.

Il ne s'agit pas de construire le réseau autour des services de psychiatrie, mais bien de permettre à ces derniers de dégager du temps et des moyens pour développer les partenariats nécessaires à ce travail en réseau.

A ce titre, conformément à la circulaire budgétaire relative aux établissements sous dotation globale pour 2002, des postes de coordonnateur seront créés par les agences régionales de l'hospitalisation et rattachés à la psychiatrie publique. Leurs missions sont de recenser l'ensemble des actions actuellement menées par les secteurs de psychiatrie ainsi que les spécificités auxquelles elles répondent (institutions et publics concernés), d'analyser la mobilisation des ressources des secteurs de psychiatrie en la matière et de recenser les attentes et les besoins des différents partenaires. A partir de cet état des lieux, le coordonnateur propose, en lien avec les équipes de psychiatrie, un programme d'intervention et de formation réciproque dont il assure la coordination de la mise en œuvre. **A partir de cette programmation, les équipes de psychiatrie concernées resteront chargées de constituer ou de renforcer le travail de partenariat ou le réseau adéquat.**

Le renforcement de la prévention repose assez largement sur le développement de « l'aide aux aidants ». Le secteur de psychiatrie a en effet à réaliser un travail de communication et de formation auprès de ses partenaires des champs sanitaires, médico-social et social mais également auprès des familles et des usagers. L'objectif est d'accroître la compétence de chacun dans le repérage et la prise en charge des troubles. A ce titre, il est proposé :

- de développer l'information des usagers et de leurs familles sur les pathologies et les stratégies de prise en charge ;
- de renforcer le rôle des médecins généralistes et des pédiatres, professionnels de soins en première ligne, dans le repérage et la prise en charge des troubles mentaux ;
- d'aider les professionnels non spécialisés des institutions médico-sociales, sociales et socio-éducatives confrontés à la souffrance psychique ou à des troubles avérés.

Pour cela, il est recommandé une augmentation significative des crédits dédiés à la formation continue pour la mise en place de formations communes et l'organisation de journées d'échanges entre les professionnels des différents champs.

Un meilleur accès à la prévention des troubles mentaux doit également s'appuyer sur une politique de dé-stigmatisation de la maladie mentale et notamment sur la sensibilisation du grand public par exemple grâce à l'organisation de journées d'information.

Pour aider les équipes à mettre en œuvre de ces propositions, il conviendra :

- de modéliser et développer des modèles communs de prévention ;
- de former les professionnels à la méthodologie de conduite de projet ;
- d'évaluer les pratiques.

II. LA REPONSE A LA CRISE ET A L'URGENCE

L'urgence psychiatrique a été définie par la circulaire du 10 Juillet 1992 comme « une demande dont la réponse ne peut être différée ; il y a urgence à partir du moment où la demande exprimée, par le patient, l'entourage ou le médecin nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

L'urgence psychiatrique est d'abord une crise ou une situation aiguë, une demande de médiation émanant du patient ou de son entourage et recouvrant trois types de situations, nécessitant une réponse spécialisée :

- les états de détresse ou crises existentielles,
- les décompensations somatiques ou d'allure somatique qui intéressent en premier lieu la psychiatrie de liaison,
- les décompensations psychiques, symptomatiques d'une pathologie psychiatrique.

La crise ou l'urgence nécessitent une réponse immédiate de la part d'un dispositif qui doit être organisé pour pouvoir y faire face. La crise ou l'urgence peut en effet constituer une opportunité à saisir pour créer une nouvelle dynamique.

Dans les établissements de santé, il convient de souligner les trois temps de l'accueil et du traitement des urgences psychiatriques :

- L'accueil :

Il convient de noter l'importance de la qualité du premier accueil aux urgences : ce contact est déterminant pour l'inscription dans la démarche de soins et la continuité des soins (adhésion du patient, association et accompagnement de la famille ou de l'entourage dans cette démarche).

Il s'agit d'accueillir et de faire une première évaluation de la crise, grâce à un travail de collaboration entre l'équipe d'urgentistes, l'équipe multiprofessionnelle de secteur ou les autres professionnels compétents.

Le premier temps d'accueil est un temps de diagnostic. Ce dernier peut être relativement facile en cas de pathologie avérée d'un patient connu qui est orienté vers l'équipe psychiatrique qui le suit et le cas échéant, vers les unités d'hospitalisation psychiatrique. En cas de pathologies associées (somatique et psychiatrique) l'orientation en médecine avec intervention de la psychiatrie de liaison sera réalisée.

Le plus souvent, il s'agit d'un état de crise qui demande évaluation et orientation.

- L'intervention :

Elle consiste dans le travail spécifique d'une équipe compétente qui vise, dans une ambiance apaisée, à favoriser une alliance thérapeutique avec le patient et à rencontrer l'entourage.

- L'orientation :

C'est le temps du soin et de « l'activation » du réseau, tant sanitaire que social.

Il s'agit de décider de la démarche de soins ultérieure :

- retour à domicile avec rendez-vous au CMP, auprès du généraliste ou du psychiatre libéral,
- transfert dans une unité d'hospitalisation psychiatrique, dans un lieu de crise ou dans une unité spécialisée dans la prise en charge du suicide ou en alcoologie,
- transfert dans une clinique psychiatrique (réservation de lits à la journée par convention),
- hospitalisation en service de médecine ou de chirurgie avec intervention de la psychiatrie de liaison.

Doivent en outre être assurés, l'accompagnement et le soutien de la personne et de sa famille.

2.1 UN CONTEXTE GENERAL DE DEVELOPPEMENT DES DEMANDES D'INTERVENTION EN SITUATION DE CRISE ET D'URGENCE

La crise ou l'urgence psychiatriques s'expriment dans la communauté, au domicile des personnes, au travail, dans les lieux publics pour les adultes et dans l'environnement des enfants et des jeunes (écoles, quartiers ou auprès des professionnels qui les prennent en charge tels que la protection judiciaire de la jeunesse, l'aide sociale à l'enfance ou le secteur médico-social...) ...mobilisant familles, médecins généralistes, services de secours d'urgence...

- pour les adultes, elles arrivent massivement aux **urgences hospitalières** (phénomène de société de recours systématique aux urgences en substitution notamment du recours aux médecins généralistes) ;
Comme pour toutes les disciplines médicales, le volume des urgences psychiatriques qui s'adressent aux Services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et aux Unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) est en constante augmentation.

Cette activité concerne une population qui échappe le plus souvent au dispositif sectoriel : domicile absent ou instable, refus de la psychiatrie, inadaptation des horaires des CMP, rupture de prise en charge... Les urgences de l'hôpital général constituent les seules occasions de rencontre avec une équipe psychiatrique.
- pour les adolescents, c'est une spécificité de recourir à la crise et à **l'urgence** pour accéder aux soins. Les urgences sont souvent la première occasion de rencontrer un professionnel du soin et plus particulièrement de la psychiatrie.

Les situations adressées à la psychiatrie sont souvent complexes : solidarités sociales ou familiales difficilement mobilisables, intrication des difficultés familiales, sociales, somatiques, psychologiques.

La psychiatrie est de plus en plus sollicitée pour **répondre à la détresse et au traumatisme des familles et venir en aide aux professionnels** confrontés aux situations de crise ou d'urgence.

La crise ou l'urgence nécessitent une réponse immédiate de la part d'un dispositif qui doit être organisé pour pouvoir y faire face. La crise ou l'urgence peut avoir une valeur organisatrice, être une opportunité à saisir pour créer une nouvelle dynamique.

Les demandes de prises en charge psychiatriques ou psychologiques non programmées de type victimologie se développent.

2.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE DANS LE DOMAINE DE LA CRISE ET DE L'URGENCE EN SANTE MENTALE

La faiblesse des interventions en amont ne permet souvent pas de prévenir la survenue de la crise ou le recours aux urgences.

En effet, si la prévention est un des objectifs essentiels de la psychiatrie de secteur et si le centre médico-psychologique est clairement défini dans les textes comme le pivot du dispositif sectoriel de santé mentale, constituant l'élément essentiel de l'accueil, entendu à la fois sous l'angle de l'accessibilité aux soins et de la réponse à « l'urgence », on doit néanmoins constater que :

- actuellement les modalités de fonctionnement des CMP (amplitude et horaires d'ouverture, implantation, identification, équipement, personnel...) sont hétérogènes ;
- compte tenu de l'importance des files actives, il est difficile d'organiser la réponse aux demandes non-programmées ;
- les délais de rendez-vous de l'ensemble des psychiatres (hospitaliers et libéraux) sont importants ;
- les généralistes manquent de possibilité de recourir à une expertise et sont amenés à adresser leurs patients aux services d'urgence.

Ces dysfonctionnements ne permettent pas d'assurer la prévention des situations d'urgences et de crise qui est l'objectif essentiel de la psychiatrie de secteur, et il conviendrait de renforcer l'action de l'équipe de secteur pour prévenir les urgences psychiatriques en amont de l'hôpital.

Le manque d'équipement et/ou l'inadaptation des équipements existants sont soulignés

- pour la prise en charge des adolescents ;
- pour les adultes devant faire l'objet d'une surveillance particulière à l'hôpital général.

2.3 LES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE REPONSE A LA CRISE ET A L'URGENCE

Le système de réponse à la crise et à l'urgence doit être réellement fonctionnel. A ce titre, il faut éviter la dispersion des moyens et tenir compte de la démographie médicale. Les réponses ne pouvant être uniformes sur l'ensemble du territoire, le dispositif doit donc être souple et adaptable à des contextes très différents : il convient notamment d'aborder

différemment le milieu urbain et le milieu rural où l'accès aux urgences n'est pas même (il n'y a pas des SAU partout).

La réponse à la crise et à l'urgence doit s'intégrer dans un dispositif de soins ayant organisé les réponses en amont (la prévention) et en aval (soin, articulation avec les autres professionnels...).

2.3.1 L'AMELIORATION DE LA PREVENTION DE LA CRISE ET LE DEVELOPPEMENT DES REPONSES DANS LA COMMUNAUTE

Un travail de prévention est nécessaire pour favoriser le « désamorçage » des crises et limiter le recours en urgence au dispositif psychiatrique et notamment à l'hospitalisation complète. L'amélioration de la prévention et de la réponse à la crise et à l'urgence passe par le développement et le renforcement du travail en réseau. Les articulations dans le secteur sanitaire mais également avec les secteurs social et médico-social doivent être recherchées.

L'organisation d'une réponse téléphonique permanente est préconisée permettant d'orienter les appels en cas d'urgence (renvoi sur le SAU ou l'UPATOU). L'installation de cette permanence téléphonique à l'hôpital permettrait également de répondre aux professionnels en difficulté.

Concernant le rôle des centres d'accueil et de crise en ville et de leur devenir : ceux qui existent répondent à des besoins mais il apparaît irréaliste de multiplier les lieux d'accueil 24h/24. En tout état de cause, la réponse doit être intersectorielle.

La réponse à la crise et à l'urgence doit être confiée à des équipes formées et expérimentées afin d'offrir une réponse optimum sans délai.

Le développement du travail de supervision des équipes sociale, médico-sociale, ou de la protection judiciaire de la jeunesse est également préconisé pour favoriser le « désamorçage » des crises et limiter le recours en urgence au dispositif psychiatrique et notamment l'hospitalisation complète.

Recommandations particulières pour les adultes, le développement de l'intervention à domicile en cas de crise et/ou d'urgence est fortement souhaité, notamment par les familles.

Recommandations particulières pour les adolescents, il y a nécessité d'élaboration d'une clinique spécifique aux adolescents et d'une culture commune qui fédère l'ensemble des acteurs (culture commune aux pédiatres et aux pédopsychiatres notamment en notant l'importance de la violence et du passage à l'acte).

Pour cela, il faut :

- développer la formation en direction des équipes psychiatriques infanto-juvénile et adultes, des équipes pédiatriques, des médecins généralistes, des professionnels sociaux et médico-sociaux ;
- élaborer des formations communes.

2.3.2 L'AMELIORATION DES REPNSES AU NIVEAU DES URGENCES HOSPITALIERES

Le rôle du SAMU-centre 15 pour la réponse à la crise et à l'urgence dans le domaine de la santé mentale : le centre 15 ayant une fonction de régulation-écoute-orientation, la question se pose de savoir s'il y faut la présence d'un psychiatre. En outre, la question de l'intervention sur place de type « SMUR psychiatrique » rejoint les interrogations sur la faisabilité évoquée à propos de l'intervention à domicile.

La réponse dans les services d'accueil des urgences doit être réalisée par une équipe psychiatrique complète. En effet, la continuité des soins dépend bien souvent de la qualité de l'accueil et de l'accompagnement de la personne et de sa famille. La prise en charge doit donc être personnalisée, organisée et structurée.

La qualité de l'accueil aux urgences suppose de disposer de locaux adaptés : bureaux pour les consultations et l'accueil des patients et de leur famille.

Des lits de crise à proximité du service des urgences doivent être prévus pour permettre de gérer la période d'hésitation clinique pendant laquelle, très souvent, une sortie prématurée n'est pas souhaitable et une hospitalisation en psychiatrie n'est pas sûre. **L'accès aux lits porte** des urgences doit pouvoir être réalisé en tant que de besoin (pour les suicidants par exemple). Concernant **la période « d'observation » de 72 heures** pour des personnes susceptibles de relever d'une hospitalisation d'office ou d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, le groupe a donné un accord sur le principe de cette mesure, en hôpital général, mais s'interroge sur sa faisabilité et sa généralisation sur tout le territoire. Le cas échéant, **il est souhaité que les moyens de réalisation soient prévus dans la loi qui instaurerait la période d'observation.**

2.3.3 LA PLURALITE DES REPNSES FONDEE SUR LE DEVELOPPEMENT DES PARTENARIATS

Il est important qu'une diversité des réponses soit proposée. Cela suppose le renforcement du dispositif d'hospitalisation complète permettant l'accueil en urgence des enfants et des adolescents dans le cadre d'organisations intersectorielles et le développement des suivis ambulatoires (extension des possibilités d'accueil en CMP de manière non programmée), de la psychiatrie de liaison et des prises en charge croisées avec le secteur social ou médico-social.

Il est proposé la définition d'un programme coordonné entre les équipes sectorisées et les autres professionnels, spécialisés ou non, organisant l'assistance en cas de crise, en fonction de l'ensemble de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante sur un territoire donné. Ce programme devra :

- définir la coordination à l'intérieur du dispositif de psychiatrie et avec les autres professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour assurer la cohérence et la complémentarité des réponses ;
- proposer les modalités de mutualisation des moyens notamment pour l'organisation des gardes ;
- permettre l'intensification de certaines modalités d'intervention (à domicile notamment) et l'adoption de modes de fonctionnement des structures d'accueil et des consultations intégrant la réponse aux demandes non-programmées.

Concernant les métiers ou les formations, il est souligné l'importance de :

- l'équipe pluriprofessionnelle ;
- l'assistance à la régulation ;
- l'accueil aux urgences et intervention à domicile par des équipes très expérimentées ;
- la formation nécessaire à la clinique de l'adolescent ;
- le travail de prévention, de formation, d'accompagnement des partenaires par l'équipe de psychiatrie.

III. LES SOINS

La pluralité des modalités de soins répond à la nécessité de prendre en compte la diversité et l'évolutivité des besoins des patients. Le dispositif de soins psychiatriques comprend une graduation qui va de l'ambulatoire strict à l'hospitalisation à temps complet.

Une part importante de la demande de soins psychiatriques s'adresse en première intention aux médecins généralistes et aux pédiatres. En outre, un grand nombre de personnes présentant des troubles mentaux ne demande pas de soins.

3.1 UN CONTEXTE GENERAL MARQUE PAR LA MULTIPLICATION ET LA DIVERSITE DES DEMANDES ADRESSEES A LA PSYCHIATRIE

Les demandes de soins dans le domaine de la santé mentale ne cessent d'augmenter et de se diversifier. Elles sont exprimées par les usagers, leur famille et les autres professionnels sanitaires, sociaux et éducatifs. Les interlocuteurs de la psychiatrie sont donc multiples et souvent l'aide de la psychiatrie est sollicitée en urgence.

Les modalités d'accès aux soins psychiatriques sont différentes pour les enfants et les adultes. Il semble que le recours au psychiatre par les parents soit de plus en plus facile pour les jeunes enfants alors que les adolescents et les adultes accèdent aux soins spécialisés par le biais des urgences ou des médecins généralistes.

3.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE DANS LE DOMAINE DES SOINS EN SANTE MENTALE

3.2.1 LES SOINS AMBULATOIRES ET LES PRISES EN CHARGE ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

L'ensemble des textes parus depuis 1960 ont incité au développement des soins ambulatoires et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Ce développement est consubstantiel de la notion de secteur, fondé sur les principes de proximité des soins, de maintien du patient dans son environnement (l'hospitalisation à temps complet n'est qu'une modalité de soins ; les soins sont délivrés dans la cité), et de continuité des soins (une équipe sectorielle intervenant à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital).

Les décret et arrêté du 14 mars 1986, faisant suite aux lois de 1985 relatives à la sectorisation psychiatrique, précisent le contenu des équipements et services de lutte contre les maladies mentale, comportant ou non des possibilités d'hébergement mentionnés à l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985.¹

Les circulaires du 14 mars 1990 et du 11 décembre 1992 relatives à la politique de santé mentale préconisent également le développement des prestations ambulatoires et à temps partiel en affirmant que le CMP doit assurer une fonction de pivot autour duquel s'articule le dispositif de secteur.

¹ liste des équipements de l'arrêté du 14 mars 1986

A/ Concernant les enfants et les adolescents : les données statistiques traduisent une quasi-exclusivité de la prise en charge des enfants et adolescents en ambulatoire et en hospitalisation de jour et peu en hospitalisation à temps complet (cf. les données de la DRESS concernant les personnes suivies et accueillies par les secteurs en 1997).

- **Les enfants et les adolescents accueillis (1996) :**
 - la quasi totalité des enfants présentant des troubles névrotiques est suivie en ambulatoire (93 %) ;
 - les enfants psychotiques sont suivis pour une moitié en ambulatoire et l'autre moitié à temps partiel ou complet ;
 - les enfants ayant une déficience mentale sont suivis pour plus de 60 % en ambulatoire et 20 % à temps partiel ;
 - la très grande majorité des enfants suivis en 1996 est scolarisée en classe ordinaire :
 - . 84 % des enfants suivis en ambulatoire
 - . 50% des enfants suivis à temps partiel

- **Les structures (rapports annuels de secteur 1997) :**
 - tous les secteurs disposent d'un CMP et 97 % des secteurs disposent d'au moins un CMP ouvert 5 jours par semaine et plus ;
 - 87 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile utilisent l'hôpital de jour, avec 27 places en moyenne par secteur. 69% des hôpitaux de jour sont situés hors des murs de l'établissement ;
 - 57 % des secteurs disposent d'au moins un CATTP et 89% des CATTP sont en extra-muros ;
 - 38% des secteurs disposent de places d'accueil familial thérapeutique.

- **l'évolution sur 10 ans :**
 - le suivi ambulatoire s'est principalement accru pour les adolescents âgés de 15 à 19 ans passant de 76% à 88% ;
 - une sensible diversification des modalités d'accueil et d'équipements :
 - . davantage de CMP ouverts 5 jours par semaine et plus
 - . développement des CATTP (en raison de leur souplesse mais également des contraintes de la carte sanitaire)
 - une diversification limitée dans les alternatives à l'hospitalisation :
 - . croissance hétérogène des hôpitaux de jour
 - . les formules d'accueil à temps complet à visée de réadaptation et de réinsertion restent en nombre limité et ne compensent pas la diminution de la capacité en hospitalisation (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, postcure ou hospitalisation à domicile restent en nombre réduit)
 - une diversification qui ne s'est pas faite de manière uniforme :
 - . le développement des formules alternatives s'est fait davantage là où il existait moins de lits.

Diverses contraintes limitent la portée du développement du dispositif ambulatoire et alternatif à l'hospitalisation à temps complet :

- Il est constaté une insuffisance d'articulation des professionnels entre eux et des filières de prise en charge (ex : coordination CMP / CMPP...) ;

- Les problèmes de tarification liées à la « double prise en charge » constituent par ailleurs une entrave à la mise en place de réponses conjointes du dispositif sanitaire (ex : prise en charge en hôpital de jour) et du dispositif médico-social (ex : prise en charge en institut médico-éducatif...);
- Faute de moyens suffisants, des professionnels ne peuvent pas soit bénéficier de formation soit valoriser les formations acquises. En effet, compte tenu de la nécessaire polyvalence des équipes, les formations spécifiques des professionnels sont parfois difficilement exploitables ;
- Par ailleurs, une grande disparité d'équipement des départements voire des secteurs à l'intérieur des départements est constatée. En outre, dans les secteurs ruraux, l'équipement est souvent insuffisant pour permettre des organisations différenciées par tranches d'âge et les équipes sont contraintes à une très grande polyvalence. Ces disparités entre les régions, les départements, voire les secteurs d'un même établissement, conduisent à s'interroger sur la nécessité de définir des références d'équipement minimum par secteur, tout au moins en termes d'équipes de professionnels.

B/ Concernant les adultes : malgré un essor indéniable, le développement des soins ambulatoires et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet est un succès relatif (cf. les données statistiques de la DRESS concernant les personnes suivies et accueillies par les secteurs en 1997).

- **Le suivi ambulatoire est largement prédominant sous des formes diversifiées :**

Sur plus d'un million de personnes suivies :

- 8 sur 10 ont bénéficié d'une PEC ambulatoire et ce suivi représente pour les ¾ d'entre elles (soit 670 000 personnes) la seule modalité thérapeutique sur l'année ;
- le suivi en CMP occupe de loin le 1^{er} rang (il concerne 94% des patients suivis) ;
- d'autres modalités sont également développées :
 - . 209 000 personnes ont été vues en unité d'hospitalisation somatique ;
 - . 120 000 personnes ont reçu au moins une visite à domicile et 77 000 dans une institution substitutive au domicile.

Sur les 290 000 patients suivis à temps complet, 128 000 ont eu une prise en charge exclusive à temps complet. Les autres ont bénéficié également d'une prise en charge à temps partiel ou ambulatoire.

Concernant les personnes suivies à temps partiel (plus de 115 000) : il y a plus de patients suivis en CATTP (57 000 et 23 séances en moyenne par patient) qu'en hôpital de jour (47 000 et durée de 61 jours continus ou non en moyenne). L'hospitalisation de nuit a concerné 8 000 personnes (pour 37 nuits en moyenne) et 7 000 patients ont bénéficié de séances d'atelier thérapeutique.

- **L'équipement des secteurs en structures ambulatoires (rapports annuels des secteurs 1997)**

- 98 % des secteurs disposent au moins d'un CMP (33% des secteurs ont un seul CMP et 65% en ont au moins deux) et 93 % des secteurs dispose d'au moins un CMP ouvert 5 jours par semaine et plus ;
- 83 % des secteurs de psychiatrie générale ont un hôpital de jour, (dont près de la moitié sont situés dans les murs de l'hôpital) avec 21 places en moyenne par secteur ;
- 69 % des secteurs disposent d'au moins un CATTP ;
- 5 % des secteurs n'ont ni HJ ni CATTP.

- **L'évolution sur 10 ans**

Une sensible diversification des modalités d'accueil et d'équipements,

- davantage de CMP ouverts 5 jours par semaine et plus ;
- développement des CATTP (en raison de leur souplesse mais également des contraintes de la carte sanitaire) : leur accroissement est notable en psychiatrie générale (118 structures en 1985 et 939 en 1997) ;

mais une diversification limitée dans les alternatives à l'hospitalisation :

- croissance hétérogène des hôpitaux de jour (+ 37% de capacité entre 1989 et 1997, toutefois la proportion de secteurs disposant d'un HJ a peu varié : de 80 à 83 % en 8 ans) ;
- les formules d'accueil à temps complet à visée de réadaptation et de réinsertion restent en nombre limité et ne compensent pas la diminution de la capacité en hospitalisation (accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, postcure ou hospitalisation à domicile restent en nombre réduit) ;

et une diversification qui ne s'est pas faite de manière uniforme : le développement des formules alternatives s'est fait davantage dans les secteurs où il existait moins de lits et un moindre poids de l'hospitalisation psychiatrique traditionnelle.

- **Parmi l'essentiel des difficultés rencontrées, le développement des structures extérieures à l'hôpital ne doit pas cacher le fait que les pratiques n'ont pas totalement atteint les objectifs du secteur.** Il est constaté :

- une pratique courante de spécificité des équipes intervenant à l'intérieur de l'hôpital d'une part et en ambulatoire d'autre part, contraire au principe de continuité ;
- une dérive sémantique relative à « l'extra-hospitalier » maintenant a contrario l'idée que la référence demeure l'hôpital ; la notion traduit ainsi le fait que le dispositif ambulatoire est lui-même empreint d'une vision hospitalocentrée ;
- une disproportion défavorable au dispositif ambulatoire dans la répartition des moyens gérés par les hôpitaux gestionnaires de secteurs psychiatriques ;
- un mode de fonctionnement s'avérant peu propice au développement de véritables relations avec les généralistes, pourtant indispensables au titre de la continuité des soins ;

- un mode de fonctionnement s'avérant peu propice au développement des articulations nécessaires au soutien et à la délivrance des soins auprès des personnes prises en charge par les dispositifs sociaux ou médico-sociaux ;
- le CMP, conçu en principe comme le pivot du dispositif, est organisé souvent comme un satellite ou une annexe de l'hôpital, le personnel médical basé à l'hôpital intervenant de façon accessoire en consultation ;
- l'hôpital de jour, encore assez souvent implanté à l'intérieur de l'enceinte hospitalière, intervient comme une modulation de l'hospitalisation complète et non comme une alternative.

• **Le développement des soins ambulatoires et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet a souvent obéi davantage à une logique d'équipement qu'à une logique fonctionnelle fondée sur des objectifs de réponse à des besoins.**

La mise en place et l'organisation des structures s'effectue le plus souvent et avant tout dans un mouvement de développement de l'extrahospitalier au titre du développement de la sectorisation tel qu'il était préconisé dans les années 80. Dès lors, la prise en charge des patients se déplace de façon indifférenciée de l'hôpital vers des structures extérieures, avec le risque de déplacer la chronicité.

L'arrêté du 14 mars 1986 a souvent favorisé une logique d'équipement par secteur, sans préoccupation d'inscription des projets dans une perspective de réponse cohérente.

En outre, l'évaluation des besoins reste difficile et le développement de l'extrahospitalier rencontre toujours des limites.

* *
* *

D'une manière générale, pour la psychiatrie infanto-juvénile, comme pour la psychiatrie générale, l'approche par structure est inopérante car elle ne prend pas en compte l'évolution des pratiques professionnelles et le risque de reproduction du système intra-hospitalier dans l'extrahospitalier. Le manque de lisibilité sur l'organisation de l'offre de soins et les missions de chacun des outils de soins est souligné. Par ailleurs, le dispositif de soins psychiatriques manque de souplesse : de nombreux freins juridiques (régime des autorisations) et financiers (problèmes des doubles tarifications) bloquent son évolution. Ces rigidités obligent souvent les professionnels à « bricoler » des organisations pour répondre aux besoins de leurs patients.

Les organisations sont d'ailleurs peu formalisées et reposent souvent sur des relations interpersonnelles, qui sont très fragiles du fait de l'absence de formalisation des modalités de collaboration des équipes.

Il convient également de noter le manque de prise en compte du temps nécessaire aux équipes pour développer le travail en réseau.

L'enjeu de la définition et du choix des modalités de soins ambulatoires et de prises en charge alternatives l'hospitalisation à temps complet tourne autour du caractère polyvalent ou spécialisé du dispositif sectoriel. Il s'agit de trouver un équilibre entre le respect du principe d'égalité d'accès des populations qui plaide pour un dispositif généraliste et une démarche de santé publique qui procède par objectif de réponse à des besoins identifiés.

3.2.2 L'HOSPITALISATION A TEMPS COMPLET

A/ Concernant les enfants et les adolescents, (cf. les données statistiques de la DRESS concernant les personnes suivies et accueillies par les secteurs en 1997).

- **Des prises en charge à temps complet minoritaires**

Sur les 380 000 enfants et adolescents suivis en 1997, seuls 3% ont été suivis à temps complet. La durée moyenne d'hospitalisation pour ces enfants s'élève à 58 jours et 31 % d'entre eux n'ont bénéficié que d'une hospitalisation temps plein comme mode de soin dans l'année.

- **Des disparités d'équipement en lits d'hospitalisation à temps complet**

Moins de la moitié des secteurs (43%) dispose de lits d'hospitalisation complète et parmi ceux qui en disposent, 79% ont moins de 20 lits. En 1997, 17 départements ne disposaient pas de capacité d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile.

- **Les difficultés particulières à l'hospitalisation complète :**

La limite d'âge de 15 ans et 3 mois en pédiatrie et de 16 ans en pédopsychiatrie est particulièrement sensible en matière d'hospitalisation : son application rigoureuse nuit à la qualité des prises en charge et parfois à la sécurité des jeunes patients ;

La disparité d'équipement est aussi particulièrement sensible en matière d'hospitalisation complète, en partie en raison de choix d'une grande partie des professionnels de ne pas recourir à ce type de prise en charge. La fermeture de lits quasi-systématique rend plus difficile aujourd'hui la création de lits en nombre suffisant.

- **Les autres formes de prise en charge à temps complet et leurs limites**

L'hospitalisation en pédiatrie : les services de pédiatrie ne peuvent accueillir les cas les plus lourds et les situations de crise, il est nécessaire de prendre en charge ces patients dans des unités d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie. Cependant les services de pédiatrie accueillent de nombreux enfants et adolescents présentant des signes de souffrance psychique (tentatives de suicide, troubles du comportement, manifestations somatiques ...). Si ces services disposent d'une infrastructure suffisante (équipe de liaison, personnel...) ils peuvent participer de manière efficace et adaptée à la prise en charge de ces enfants et adolescents sans les stigmatiser.

La présence de psychologues dans les services de pédiatrie peut parfois poser des problèmes de coordination lorsque ces derniers ne sont pas rattachés à l'équipe de psychiatrie.

Dans certains cas, les équipes de pédopsychiatres n'assurent pas toujours, par manque de moyens ou d'engagement, les interventions nécessaires en service de pédiatrie durant les périodes de garde ou d'astreinte.

- **L'accueil à temps complet dans les structures sociales, médico-sociales et de la protection de la jeunesse**

Les foyers de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse accueillent en urgence des enfants en grande difficulté alors que le cadre thérapeutique n'est pas adapté. Par ailleurs, un manque de lisibilité affecte le champ spécifique d'intervention des instituts de rééducation qui font l'objet d'une réflexion menée par la direction générale de l'action sociale.

B/ Concernant les adultes (cf. les données statistiques de la DRESS concernant les personnes suivies et accueillies par les secteurs en 1997).

- **La place prépondérante des secteurs de psychiatrie générale dans l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie**

En 1997, sur un total de 71 280 lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie :

- 2473 (soit 3,5%) relevaient de la psychiatrie infanto-juvénile ;
- 68 807 (soit 96,5%) relevaient de la psychiatrie générale.

Sur les 68 807 lits consacrés à la psychiatrie générale :

- 55 294 (soit 80%) relevaient du secteur public ;
- 13 515 (soit 20%) relevaient du secteur privé.

Sur les 55 294 lits du secteur public, 49 793 (soit 90%) relevaient de la sectorisation.

- **Une évolution significativement à la baisse du nombre des lits de psychiatrie générale, mais une répartition inégale entre les secteurs**

Entre 1987 et 1997, le nombre de lits des secteurs de psychiatrie générale a diminué de 41%.

Sur les 829 secteurs de psychiatrie générale, la répartition du nombre de lits par secteur est la suivante :

- 2% n'ont pas de lits ;
- 38% ont de 1 à 49 lits ;
- 47 % ont de 50 à 99 lits ;
- 11% ont plus de 100 lits.

- **Une baisse générale de la durée moyenne d'hospitalisation, mais qui reste dépendante de la capacité d'accueil**

Le nombre de patients hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie générale s'est accru de 13% entre 1989 et 1997, passant de 250 354 à 281 876. Ce qui correspond, en 1997, à 14 755 138 journées.

Parallèlement on enregistre une diminution de la « durée moyenne d'hospitalisation dans l'année » qui correspond au nombre de jours, continus ou non, passés par le patient dans l'année en hospitalisation complète : elle est passée de 86 jours en 1989 à 52 jours en 1997.

Elle croit avec les capacités d'accueil des secteurs :

- 39 jours dans les secteurs dotés de moins de 50 lits, ;
- 66 jours dans les secteurs dotés de 100 à 149 lits ;
- 107 jours dans les secteurs dotés de plus de 150 lits.

- **La part encore non négligeable des patients hospitalisés depuis plus d'un an**

Le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an a baissé de 29% entre 1991 et 1997. Il s'élève néanmoins à 13 000 personnes en 1997, ce qui représente seulement 4,6% des patients hospitalisés dans l'année (la file active hospitalière) mais qui correspond, un jour donné, à l'occupation de 26% des lits.

Au-delà des données statistiques, des éléments d'appréciation relèvent de plusieurs registres :

L'hospitalisation à temps complet est restée le traitement de référence dans la formation des psychiatres, alors même que la politique de sectorisation tend précisément à la prévenir et à réduire sa part relative.

Un personnel infirmier plus qualifié mais moins expérimenté du fait du diplôme unique, doit faire face à l'alourdissement des situations des patients hospitalisés, compte tenu notamment de l'augmentation de la part des personnes hospitalisées sans consentement dans les services, dans un contexte de saturation fréquente des services.

Le problème de l'évolution de la démographie médicale génère d'ores et déjà une sous-médicalisation d'un nombre important de services d'hospitalisation (15 départements combinent une capacité élevée rapportée à la population : 180 lits et plus pour 100 000 habitants et une faible densité de psychiatres : inférieure à 17 pour 100 000 habitants).²

L'hospitalisation à temps complet concentre environ 80 % des moyens.

Il apparaît que l'hospitalisation inadaptée et/ou prolongée comporte des effets iatrogènes.

Les usagers souhaitent généralement que le recours à l'hospitalisation soit fait en dernier lieu.

² Bilan de la sectorisation psychiatrique DRESS Juin 2000

3.3 LES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE SOINS

3.3.1 PROPOSITIONS GENERALES

Il convient d'organiser un dispositif diversifié et souple : un panel de structures et d'outils doivent être à la disposition des équipes et doivent pouvoir être configurées selon les besoins des patients. Les freins juridiques et financiers qui limitent la souplesse du dispositif doivent être levés : il faut transcender les logiques institutionnelles au profit d'une approche fonctionnelle, visant une réponse adaptée aux besoins de chaque patient.

Il s'agit de permettre une plus grande souplesse dans l'utilisation des outils et la souplesse à l'intérieur du secteur sanitaire entre la pédiatrie, la psychiatrie générale et la psychiatrie infanto-juvénile et avec les partenaires sociaux et médico-sociaux. Pour cela, il est proposé :

- d'organiser une plate-forme de prise en charge avec des interfaces différentes selon les cas (Education nationale, structures médico-sociales et sociales). L'objectif est de permettre les doubles voire les triples prises en charge ;
- d'organiser les modalités de concertation des décideurs (ARH, Conseil généraux notamment) ;
- de formaliser, protocoliser les relations entre les acteurs (définir la place et le rôle de chacun).

En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, il est souhaité que les outils de soin soient identifiés plus clairement afin d'améliorer la lisibilité sur les missions et donc de faciliter l'attribution des moyens de fonctionnement. En effet, pour les enfants et les adolescents, il pourrait être utile de réaliser, au niveau local, un travail d'identification des pôles sur lesquels repose le travail en pédopsychiatrie afin de déterminer un cahier des charges. Certains membres du groupe souhaitent que se soit déterminé, pour une population donnée, le nombre de places respectives des unités d'hospitalisation complète en pédiatrie, en psychiatrie, des hôpitaux de jour, de l'accueil familial thérapeutique, des centres médico-psychologique, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Dans tous les cas, il est nécessaire de travailler sur les articulations avec les autres acteurs et d'identifier les croisements nécessaires avec les différentes filières de prise en charge (exemple : adolescents, autistes...).

Il convient également de **ne pas catégoriser les structures en fonction des pathologies**. En effet, la concentration de pathologies similaires ne recueille pas l'aval des professionnels. Au contraire, la mixité des populations et des pathologies semble être un atout permettant des approches des troubles différentes tant pour les usagers, leur famille que pour les professionnels.

En outre, il doit y avoir un travail en commun entre les professionnels et les familles. Il s'agit d'aider les familles dans leur propre souffrance et de les aider dans leur capacité à aider le patient (« aide aux aidants »).

3.3.2 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DU DISPOSITIF AMBULATOIRE ET DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

A/ La réponse aux besoins des enfants et des adolescents

Le renforcement du dispositif ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation doit être poursuivi.

Au-delà des dispositions réglementaires existantes, quelques précisions sur les missions des principales structures de soin, peuvent être apportées, afin de rendre plus lisibles les outils à disposition des équipes de psychiatrie.

- **Le centre médico-psychologique**

Le CMP a une activité de consultations à la fois de diagnostic et de soins. Il peut organiser cette fonction de suivi et de soins soit en individuel soit en groupe (rapprochement avec l'hôpital de jour ou le CATTP).

Le CMP qui doit pouvoir accueillir en programmé ou non, doit s'inscrire dans un important travail en réseau.

- **le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel**

Le CATTP se différencie de l'hôpital de jour par la moindre densité des soins qu'il délivre. Il peut être un moyen intéressant pour l'accès aux soins de patients non pris en charge en CMP.

Généralement, le CATTP dispose de structures architecturales moins contenantes qu'à l'hôpital de jour ;

Les indicateurs suivants sont proposés pour repérer le travail en CATTP:

- . accueil à la journée
- . activités de groupe
- . accueil d'enfants ou d'adolescents en situation d'intégration scolaire ou dans le secteur médico-social
- . accueil de patients dont la capacité évolutive est reconnue après évaluation en partenariat avec les autres professionnels et les familles.

- **l'hospitalisation de jour**

L'hôpital de jour est une structure souple qui peut accueillir différentes pathologies avec des tranches d'âge qui ne doivent pas être trop différentes. Il faut une grande souplesse d'accueil et une grande diversité des outils thérapeutiques.

Le travail avec les parents et les autres institutions est très important (écoles, secteur médico-social et social). Mais il faut être vigilant et ne pas demander à ces acteurs de remplir une mission thérapeutique spécialisée.

Une personne de l'hôpital de jour doit toujours être référente pour pouvoir intervenir en cas de besoin. La fonction de référent peut être exercée en binôme avec un infirmier.

Il doit être possible de concevoir des prises en charge partagées avec le secteur médico-social : par exemple un temps en hôpital de jour et un temps en IME. Dans ce cas également, la structure médico-sociale doit prendre une place complémentaire à l'intervention psychiatrique.

L'hôpital de jour doit bénéficier de locaux spécifiques car certains enfants ont besoin de lieux architecturalement repérés contrairement aux enfants pris en charge en hospitalisation à domicile.

- **l'accueil familial thérapeutique**

L'accent est mis sur l'utilité de ce type d'offre de soins et la nécessité de son développement. Le placement familial thérapeutique complète souvent très pertinemment l'ensemble des dispositifs de soins mis en place pour les enfants et adolescents et il s'avère parfois indispensable.

Il doit permettre la poursuite d'un travail avec les parents afin que ceux-ci ne se sentent pas exclus ou disqualifiés. De façon conjointe, il semble important aussi que l'enfant puisse conserver dans la représentation de son espace personnel, une place pour ses parents. Le placement familial thérapeutique offre aussi un cadre de vie très personnalisé à un enfant pour lequel des processus d'identification précis et minutieux doivent être développés en direction d'adultes référents au long cours. Cette prise en charge qui lui est adressée à lui en tant que personne, l'aide en général à reconquérir une place de sujet en voie d'individualisation et d'autonomisation.

L'admission en placement familial thérapeutique, peut être envisagée à moyen et long terme. Cette modalité de prise en charge est en général conçue de façon complémentaire avec un autre dispositif de soins comme par exemple une hospitalisation de jour, une hospitalisation de semaine. En effet, il est important de pouvoir coupler ces différentes actions dans la mesure où leurs additions ont fait la preuve de leur pertinence. Ces deux modalités s'enrichissent l'une l'autre, s'étayent réciproquement, surtout pour des enfants présentant de sévères et durables pathologies. Le placement familial thérapeutique peut également se poursuivre lorsque l'enfant quitte les structures sanitaires pour une prise en charge à temps partiel ou à temps plein dans un établissement médico-social, constituant ainsi un fil rouge dans sa trajectoire.

Les accueillants qui s'engagent dans ce travail, doivent avoir d'indéniables compétences, une disposition à faire face à de sévères difficultés psychologiques et une solide formation constamment réactualisée. Le placement familial thérapeutique doit être un dispositif relevant du secteur de psychiatrie de l'enfant afin que ces familles soient soutenues, étayées et accompagnées dans leur mission par une équipe spécialisée.

B/ La réponse aux besoins des adultes

Il est recommandé de développer une approche par objectif en fonction des besoins de la population.

L'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population suppose une meilleure évaluation de ces besoins.

En outre, il est également souligné :

- l'importance de l'articulation avec les autres acteurs et notamment les médecins généralistes. En effet, il faut insister sur l'importance de la reconnaissance de la place et du rôle du médecin généraliste par le psychiatre par rapport à la prescription (intérêt d'un processus explicite de mandatement) qui s'exprime notamment par la position de consultant pour le psychiatre (recommandation de prescription) ;
- l'intérêt d'une réponse téléphonique organisée (plate-forme téléphonique) ouverte à divers professionnels (médecins généralistes et autres) et reposant sur d'autres professionnels que les seuls psychiatres ;
- **la nécessité de mettre en adéquation les moyens et les missions, avec une incitation forte pour transférer des moyens de l'intrahospitalier vers l'extrahospitalier avec deux réserves.** D'une part, la clé de répartition 40 (pour l'intra) et 60 (pour l'extra) n'a pas été validée : elle ne doit pas être un objectif en soi mais elle constitue un indicateur utile pour suivre le déplacement du centre de gravité vers la communauté. La répartition des personnels servira d'indicateur de cette progression. D'autre part, la question de la généralisation des actions sur l'ensemble du territoire et des moyens est posée : exemple de l'intervention à domicile 24/24.

3.3.3 L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE L'HOSPITALISATION COMPLETE

L'hospitalisation complète sert principalement à déployer des soins intensifs et permanents autour des patients, dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité. Les principales fonctions de l'hospitalisation temps plein sont :

- assurer la permanence 24h/24 d'une réponse non programmée ;
- transférer la charge du soin de la famille vers les professionnels et réguler les tensions micro-sociales, effet et cause du symptôme ;
- surveiller, contenir et contrôler le comportement extrême du patient ;
- mise à distance du patient de son environnement ;
- observer le comportement du patient.

A/ La réponse aux besoins d'hospitalisation des enfants et des adolescents

- **la nécessité de renforcer les capacités d'accueil en hospitalisation complète des enfants et des adolescents**

La nécessité de disposer de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile est affirmée dans l'intérêt :

- des enfants ou les adolescents compte tenu des risques de séquelles et de l'importance de la « réanimation psychologique » dans certains cas ;
- des familles qui ont besoin de soutien ;
- des équipes de pédiatrie ou du secteur social ou médico-social qui ne sont pas adaptées aux cas les plus lourds.

- **Une organisation par tranche d'âges**

L'hospitalisation complète doit être organisée pour répondre aux besoins des parents et des bébés, des enfants et des adolescents. La référence à 15 ans et 3 mois ou à 16 ans doit donc être supprimée au profit d'une organisation par tranches d'âges (0-3 ans, 3-11 ans et plus de 11 ans). **Les services spécifiques par symptômes ne sont pas recommandés.** L'organisation de l'hospitalisation par tranches d'âge est préférable car elle permet d'élargir les possibilités d'intervention. L'absence d'organisation par pathologies permet également aux familles de relativiser les troubles présentés par leur enfant.

- **L'implantation et l'organisation des unités d'hospitalisation complète**

Les unités d'hospitalisation complète peuvent être implantées :

- en gynécologie-obstétrique ou en psychiatrie générale pour les unités parents-enfants ;
- en pédiatrie pour les cas ne présentant pas de pathologie trop sévère ou hors situation d'urgence, dans le cadre d'une organisation formalisée avec la psychiatrie permettant notamment l'étayage des équipes somatiques ;
- en pédopsychiatrie sous forme d'unités de 8 à 10 lits.

Ces unités doivent être organisées dans un cadre intersectoriel notamment pour les adolescents. Elles sont implantées de préférence à l'hôpital général du fait de l'intrication entre les problèmes somatiques et psychiques. Des critères de proximité doivent présider à l'implantation de ces unités afin de garantir l'accès aux soins mais également l'efficacité des partenariats et pour ne pas déconnecter l'hospitalisation complète des CMP, CATTP et hôpitaux de jour...

Dans tous les cas, les organisations doivent être adaptées aux contextes des bassins de vie (notamment en fonction du caractère urbain ou rural).

- **Le recours à l'isolement et à l'hospitalisation sous contrainte**

Sauf cas très exceptionnels (type hospitalisation sous contrainte), il ne doit pas y avoir de mineurs hospitalisés dans des services d'adultes qu'il s'agisse de la psychiatrie ou des autres spécialités.

Si le recours à l'isolement est nécessaire, un partenariat formalisé avec la psychiatrie générale doit être réalisé. Le personnel soignant de pédopsychiatrie peut éventuellement être détaché dans le service de psychiatrie adulte d'accueil pour accompagner le patient durant cette période. Pour l'hospitalisation sous contrainte, il faut travailler avec les juges des enfants.

- **Les partenaires de l'hospitalisation complète**

L'objectif est de réaliser une approche globale intégrant l'amont et l'aval de l'hospitalisation et d'assurer la continuité de la prise en charge pour garantir la qualité des passages. Il est proposé de constituer une filière adolescent transdisciplinaire commune à tous les champs (sanitaire, social, éducatif...) dont la pérennité serait garantie par des conventions entre les équipes.

L'hospitalisation doit donc être réalisée dans le cadre d'un travail conjoint associant notamment :

- les parents ;
- l'éducation nationale ;
- les structures sociales, médico-sociales ou judiciaire voire les services sociaux locaux qui prennent habituellement les jeunes en charge ;
- les gynécologues et plus particulièrement dans le cas de psychoses puerpérales, de dépressions post-partum, de naissances prématurées ;
- la pédiatrie pour permettre une prise en compte globale des patients (intrication des problèmes somatiques et psychiques) ;
- la psychiatrie générale en particulier pour le travail avec les familles, les prescriptions médicales ou l'hospitalisation sous contrainte...
- les médecins libéraux (généralistes, psychiatres privés, dermatologues...).

- **Les équipes**

L'importance de la formation des équipes est soulignée tant pour la qualité des prises en charge que pour la qualité du travail en réseau. Il est recommandé d'organiser des formations communes ou croisées afin d'améliorer le socle de connaissances des professionnels mais également pour favoriser la connaissance et la reconnaissance des professionnels entre eux. Par exemple, un tronc de formation commun à la pédiatrie et à la psychiatrie permettrait aux professionnels d'approfondir leurs connaissances : en matière de développement de l'enfant pour les équipes de psychiatrie et en matière de psychologie pour les équipes de pédiatrie.

Concernant les psychologues intervenant dans les services de pédiatrie, il est recommandé de les rattacher à l'équipe de psychiatrie ou au département de psychologie lorsque ce dernier existe afin de garantir un cadre d'intervention et éviter les risques de conflit de pouvoir. Le cas échéant, le recours au psychiatre doit toujours être possible.

Le rôle des secrétaires médicales doit être reconnu dans la mesure où ces personnels assurent bien souvent le premier accueil et participent à l'orientation des patients.

Les assistants de service social ont un rôle fondamental dans les unités d'hospitalisation. Leur statut à l'hôpital doit être revu pour que les postes hospitaliers

demeurent attractifs. Il en va de même pour les éducateurs tant en hospitalisation que dans les secteurs.

D'une manière générale, il convient de respecter au maximum le choix d'activité des professionnels et de favoriser la valorisation de formations. Cependant, cette volonté se heurte à la nécessaire polyvalence équipes dans les secteurs les moins dotés.

B/ La réponse aux besoins d'hospitalisation des adultes

• Les capacités d'hospitalisation complète

Les membres du groupe n'étant pas parvenus à un accord sur cette question, deux propositions sont formulées:

- 15 à 40 lits publics sectorisés pour 100 000 habitants pour les patients aigus, à condition qu'il y ait des réponses d'aval et d'amont suffisants, et environ 60 lits et places pour 100 000 habitants pour répondre à l'ensemble des besoins y compris dans le secteur médico-social ;
- 15 à 40 lits par secteur de psychiatrie générale (à l'exclusion des lits intersectoriels, des autres lits à temps complet et des lits privés) et le développement des alternatives à l'hospitalisation et des réponses dans le secteur médico-social.

Il conviendra d'éviter l'écueil de la fermeture trop importante de lits comme cela a été le cas pour la pédopsychiatrie.

La réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète doit s'accompagner d'un renforcement de l'encadrement en personnel de ces services compte tenu de l'accueil essentiellement de patients aigus. Parallèlement les réponses alternatives et médico-sociales doivent être programmées. Les planifications sanitaires et médico-sociales doivent mieux s'articuler. Les lits ne devront pas être supprimés tant que des réponses dans le secteur médico-social ne sont pas en place. Il conviendrait d'incorporer au dossier CROSS un volet relatif aux réponses dans la communauté et dans le secteur médico-social pour toutes les opérations de réduction de lits.

Une fourchette pourrait être déterminée, en fonction d'indicateurs adaptés tenant compte de la diversité des besoins les régions et les départements. Chaque région devra fixer les capacités en fonction notamment, des flux d'entrée et de sortie des patients, des pratiques médicales et de l'environnement (population, caractère urbain ou rural, tissu social et médico-social important ou non, densité de la médecine libérale...).

• Une différenciation tenant à la durée de l'hospitalisation

Il est proposé d'opérer une différenciation de l'hospitalisation permettant une graduation des soins :

- des lits intersectoriels de très courte durée à l'hôpital général (0-72heures), à proximité des urgences ;
- des lits dans des unités psychiatriques (1 jour à plusieurs mois) pour patients ayant des pathologies aiguës.

En outre, des lits, des places ou des actions de longue durée doivent être prévus pour des patients nécessitant des prises en charge intensives sur de longues périodes (pouvant durer plusieurs années).

- **L'implantation et l'établissement de rattachement**

Concernant le rattachement des unités, ce qui importe, ce n'est pas la nature juridique des établissements mais la qualité des projets. Il convient d'avoir une démarche organisationnelle et non pas idéologique.

Les unités d'hospitalisation complète doivent répondre à des critères de proximité des lieux de vie des populations qu'elles desservent. Il conviendra donc de rapprocher les unités éloignées. L'implantation des unités d'hospitalisation complète à l'hôpital général participe au rapprochement de l'offre de soins des besoins de la population. Un accompagnement financier sera nécessaire.

Un nombre minimum de deux secteurs est nécessaire pour permettre le bon fonctionnement du service public hospitalier, assurer la permanence médicale et garantir l'expression des besoins et des projets des services psychiatriques à l'hôpital général.

Le développement des petites unités isolées dans la communauté n'est pas souhaitable si ces dernières ne répondent pas à un cahier des charges précis sur les conditions de fonctionnement notamment la permanence médicale, l'accès avec un plateau technique somatique...

La préservation des moyens des services de psychiatrie implantés à l'hôpital général peut être obtenue grâce à l'engagement ferme de l'ARH sur le caractère prioritaire de la psychiatrie et les contrats d'objectifs et de moyens.

- **les modalités d'organisation**

Le recours à l'intersectorialité permet des gains en terme de prise en charge et de qualité du travail en réseau notamment pour répondre aux besoins de certaines populations (adolescents, personnes âgées, personnes en situation de précarité ou d'exclusion...) ou pour certaines pathologies (autisme...) ou pour certaines prises en charge (psychiatrie de liaison, urgences, structures sociales et médico-sociales...).

- **Les articulations avec le secteur social et médico-social**

L'extension des compétences des ARH au secteur médico-social pourrait **permettre une vision globale des problématiques**. Les planifications sanitaires et médico-sociales doivent être plus cohérentes et mieux articulées. Parallèlement à la réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale, les réponses alternatives et médico-sociales doivent être programmées. En effet, les lits ne devront pas être supprimés tant que des réponses dans le secteur médico-social ne sont pas en place. Il conviendrait d'incorporer au dossier CROSS un volet relatif aux réponses dans la communauté et dans le secteur médico-social pour toutes les opérations de réduction de lits. Ces dossiers ne devraient plus être examinés par la seule section sanitaire mais par le CROSS réuni en séance plénière.

Des réponses aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie doivent être développées dans le secteur médico-social. La dimension soignante ne doit pas être minimisée dans ces projets et il sera nécessaire d'opérer les transformations de qualification nécessaires pour assurer l'élaboration et la réalisation d'un véritable projet de vie intégrant un projet de soin.

- **La place du secteur privé**

L'hospitalisation privée fait partie intégrante de l'offre régionale de soins spécialisés. A ce titre, sa place en terme de capacité, de complémentarité et de coopération, doit être précisée par la planification régionale. Des exemples existent dans plusieurs régions, constituant l'amorce d'une politique à développer. Il s'agit par exemple de la réponse aux besoins d'hospitalisation des adolescents par une clinique privée pour la population de plusieurs secteurs de pédopsychiatrie, de la réservation de lits d'hospitalisation par convention avec les secteurs pour les prises en charge en post-urgence...).

L'ouverture de l'ensemble des alternatives à l'hospitalisation revendiquée par les établissements privés n'est pas contestable dans son principe, toutes les modalités thérapeutiques devant être à la disposition de l'ensemble des professionnels et des patients. En revanche, une telle évolution suppose d'inscrire les institutions privées dans la logique d'une réponse coordonnée et graduée adaptée aux besoins de la population de la région.

3.3.4 LES MESURES D'ACCOMPAGNEMENT ET LES CONDITIONS DE REALISATION DE CES PROPOSITIONS

Ces recommandations supposent une évolution des projets médicaux, des projets de soins et des projets d'établissement et des qualifications.

L'hospitalisation restera très coûteuse (l'encadrement en personnel est élevé) et les moyens nécessaires à des soins de qualité devront lui être réservés

Des moyens financiers seront nécessaires tant en investissement qu'en fonctionnement dans le secteur sanitaire mais également dans le secteur médico-social.

IV. LES SOINS DE SUITE OU DE READAPTATION ET LA REINSERTION

L'article L6111-2 du Code de la Santé précise que « les établissements de santé ont pour objet de dispenser (...) des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion. »

L'article L3221-1 du CSP stipule que « la lutte contre les maladies mentales comportent des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et réinsertion sociale .»

Les soins de suite et de réadaptation consistent en conséquence à assurer, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins actifs ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation, à la réinsertion en vue du retour à une existence autonome. L'objectif poursuivi est donc le retour à l'autonomie des personnes dans leur environnement.

4.1 UN CONTEXTE MARQUE PAR LA DIVERSITE DES APPROCHES

D'une manière générale, la question des soins de suite est apparue comme la plus difficile à traiter compte-tenu des positions extrêmes des équipes de psychiatrie qui, soit considèrent qu'elles n'ont plus à intervenir directement après la phase aiguë, soit poursuivent les prises en charge sur des périodes très longues sans véritables articulations avec les secteurs social et médico-social.

L'idée de suite suppose une intervention dans des milieux peu ou pas psychiatisés mais dans lesquels le soin doit être poursuivi.

Il est constaté une gestion difficile de la transition notamment pour aider les patients à passer d'une prise en charge majoritairement soignante à une prise en charge plus sociale et médico-sociale dans laquelle le soin doit trouver une autre place. Ces difficultés s'expliquent pour partie par l'absence de relais hors de la psychiatrie. En conséquence, il est constaté un effet iatrogène des prises en charge à long terme, avec le maintien de la stigmatisation et de la dépendance de la personne à l'égard de la psychiatrie alors que les actions mises en œuvre sur le long terme ne devraient concerner qu'une minorité de patients.

Certains patients, compte tenu de la complexité de leur situation, sont renvoyés d'un dispositif vers un autre sans articulation ni cohérence (ex : « syndrome de la patate chaude ») ou ne sont pris en charge que par leur famille voire ne bénéficient d'aucune prise en charge (ex : personnes en situation d'exclusion).

4.2 LES DIFFICULTES DE L'OFFRE DE SOINS SPECIALISEE DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION ET DE LA REINSERTION EN SANTE MENTALE

4.2.1 POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

Le retour à l'autonomie passe par des actions d'accompagnement, de soutien du patient et de son environnement (famille, professionnels) et d'organisation des relais avec l'Education nationale, les secteurs social (aide sociale à l'enfance) et médico-social (instituts médico-éducatifs, instituts médico-professionnels, instituts de rééducation...).

Même si cela est moins marqué en pédopsychiatrie qu'en psychiatrie générale, l'implication des équipes dans le secteur social et médico-social est diverse. Parallèlement, le secteur médico-social peut également fonctionner de manière autarcique.

Il convient toutefois de relever qu'il est difficile d'élaborer un véritable projet de vie (ex : poursuite des études, des activités sportives et culturelles...) et de le faire coïncider avec le projet de soins. Les différents outils et dispositifs spécifiques sont peu nombreux ou insuffisamment souples. Par exemple, concernant les adolescents pour lesquels l'intégration scolaire n'est pas possible, il existe des dispositifs permettant d'allier les soins et les études mais leur nombre reste limité. Bien souvent les jeunes retournent à domicile sans projet.

Les articulations entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale demeurent insuffisantes pour assurer dans tous les cas la qualité des relais dans les prises en charge.

4.2.2 POUR LES ADULTES

Le secteur fonctionne encore trop souvent selon un modèle médico-psychologique induisant une disjonction entre la logique de réinsertion et la logique de soins.

Parallèlement les dispositifs sociaux et médico-sociaux sont encore insuffisamment accessibles aux malades mentaux ou utilisées de façon inadaptée (ex : transfert sans assurer la continuité des soins). L'implication des collectivités territoriales est hétérogène et reste limitée. En conséquence, des structures sanitaires sont amenées à fonctionner en substitution de structures sociales et médico-sociales, sans pour autant répondre correctement aux besoins d'insertion sociale.

Le risque de la chronicisation s'accroît quand la durée de la prise en charge n'est pas définie et que les liens ou les relais sont mal assurés avec le milieu de vie, le secteur social ou médico-social.

L'insuffisante pluriprofessionnalité des équipes psychiatriques ne favorise pas leur action en ce domaine (rôle important des assistants de service social et des éducateurs spécialisés).

Par ailleurs, les familles et les partenaires sociaux et médico-sociaux sont demandeurs d'une aide et d'un soutien accrus de la part des équipes de psychiatrie.

Pour sa part, le secteur associatif considère que la reconnaissance du handicap ne peut constituer la seule réponse en termes de réadaptation et de réinsertion. Les soins de

réadaptation sont un maillon indispensable à l'issue des premiers soins et ouvrent d'autres perspectives, d'autres expériences professionnelles et soignantes (une autre catégorie de soins) que la reconnaissance immédiate du handicap. En outre, ce secteur est à la recherche d'une reconnaissance de ses activités dans le domaine de la réadaptation et considère que l'idée largement partagée que les soins en psychiatrie favorisent la réadaptation et l'insertion de la personne, se heurte continuellement à la séparation administrative et culturelle des espaces de pensées et de pratiques soignantes, du monde de l'entreprise et de la société civile. Ce secteur regrette enfin que l'expérience de ces soins de réadaptation ne soit pas plus étendue et que certaines bonnes volontés se heurtent localement à un refus compte tenu de l'assise juridique insuffisante pour certains équipements proposés (unité de soins de réadaptation...

4.3 LES RECOMMANDATIONS EN MATIERE DE SOINS DE SUITE, DE READAPTATION ET DE REINSERTION

4.3.1 POUR LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS

A/ Organiser des réponses les moins stigmatisantes possibles

Deux options existent pour la prise en charge après la phase aiguë : certaines organisées par la psychiatrie et d'autres par le secteur médico-social. Si cela est organisé dans le secteur médico-social, la notion de soins doit être préservée. Dans tous les cas, il faut proposer des réponses les moins stigmatisantes possibles.

B/ Organiser des réponses articulant les dimensions sanitaires, sociales et éducatives

Les dimensions médicales, sociales et éducatives doivent être présentes dans tous les projets. Ce n'est pas le statut juridique du promoteur qui est important mais la qualité du projet au regard des objectifs de réadaptation et de réinsertion de l'enfant ou de l'adolescent.

C/ Une offre de soins ancrée dans la communauté

L'offre de soins doit privilégier les réponses qui ne séparent pas le patient de son environnement. Il ne peut y avoir de soins de suite si la place laissée à l'hospitalisation est trop importante. Plus l'offre va tendre à traiter le patient dans son environnement plus des solutions normales peuvent être proposées. Lorsque la séparation de l'enfant d'avec sa famille est nécessaire, le travail doit se poursuivre avec eux.

Une plus grande souplesse doit être introduite dans l'utilisation des différents outils : les freins liés à la tarification doivent être levés.

Il est proposé de développer les internats scolaires et les internats thérapeutiques pour adolescents.

D/ Quand mettre en place des soins de suite ?

Il convient d'envisager la sortie quand le patient va le mieux possible, c'est-à-dire en fonction du processus évolutif de l'enfant ou de l'adolescent. Il faut éviter que les institutions

partenaires vivent ce placement comme « défectologisant », c'est-à-dire quand la pédopsychiatrie ne peut plus rien faire. Au moment de la sortie, il faut tenir compte des contraintes de l'environnement et notamment de l'existence d'étapes obligatoires :

- la fin de maternelle : 1 an de prolongation possible ;
- la fin d'école primaire : prolongations limitées ;
- 16/18 ans : fin de la scolarité.

L'accompagnement par la psychiatrie doit avoir pour objectif de ne pas maintenir le patient dans une dépendance à l'égard de la psychiatrie et viser, à terme, à son retrait. Pour cela, il faut que la psychiatrie se retire progressivement mais puisse toujours être activée par ses partenaires en cas de besoin. Les passages se font d'autant mieux que la pédopsychiatrie est présente et ne disparaît pas brutalement.

E/ Développer les partenariats

L'intervention de la psychiatrie doit se faire en direction du patient mais également viser les ressources des aidants afin qu'ils ne s'épuisent pas. Il s'agit de soutenir la famille et les autres professionnels des secteurs de l'Education nationale, de l'aide sociale, du médico-social, de la PJJ...

Pour que le partenariat fonctionne, il faut établir une relation de confiance qui repose notamment sur une accessibilité permanente à un membre de l'équipe de psychiatrie. Pour cela, des conventions doivent être signées avec les partenaires et il est utile de désigner des référents dans chaque institution. En effet, cette mesure paraît de nature à garantir le lien thérapeutique entre les différents structures.

La mise en place de formations communes et croisées participerait à une meilleure connaissance des professionnels entre eux et à leur reconnaissance mutuelle.

⇒ avec l'Education nationale

Il est nécessaire de développer les outils d'intégration scolaire tels que les classes relais. Le partenariat avec les enseignants doit être organisé : ces derniers sont d'autant plus favorables à l'intégration scolaire et actifs qu'ils savent qu'ils seront soutenus par l'équipe de psychiatrie en cas de besoin.

Développer la recherche

Il est nécessaire de fédérer les équipes psychiatriques et médico-sociales autour de la recherche.

4.3.2 POUR LES ADULTES

A/ La logique de réinsertion ne peut être disjointe de la logique de soins

B/ Travailler la sortie dès le début de la prise en charge et fixer les limites de l'intervention

C/ Organiser des réponses articulant les dimensions sanitaires, sociales et médico-sociales

Les trois dimensions doivent être présentes dans tous les projets. Ce n'est pas le statut juridique du promoteur ou le type de structure psychiatrique qui prime mais la qualité du projet au regard des objectifs de réadaptation et de réinsertion. Une plus grande souplesse doit être introduite dans l'utilisation des différents outils.

D/ Ancrer l'offre de soins dans la communauté et privilégier la prise en charge sociale et médico-sociale avec l'appui de la psychiatrie

Pour cela, il faut que le médico-social ait les moyens de sa politique et veiller à ne pas fermer les structures sanitaires fonctionnant actuellement par substitution du médico-social, tant que ce dernier n'est pas en mesure de prendre le relais.

La prise en charge par le social et le médico-social se fera d'autant mieux que la psychiatrie est présente et peut soutenir les équipes.

E/ Organiser et développer les partenariats

Il s'agit notamment :

- d'organiser la disponibilité des équipes de psychiatrie vis-à-vis de leurs partenaires
- des conventions doivent être signées avec les partenaires afin de clarifier les rôles et les limites de l'intervention de chacun.

F/ Le rôle et la place des personnels sociaux et éducatifs en psychiatrie

Il s'agit notamment :

- d'augmenter la pluridisciplinarité des professionnels de la psychiatrie
- de développer les échanges de professionnels entre les secteurs sanitaires et sociaux (mise à disposition de personnels...).

ANNEXE N°2

LES INTERVENTIONS A DOMICILE

A/ La notion de domicile

1/ En psychiatrie infanto-juvénile

L'on a de plus en plus tendance à ranger sous le vocable générique d'interventions à domicile, les visites elles mêmes ainsi que le vaste registre des hospitalisations en dehors du cadre strictement hospitalier.

Au fur et à mesure de la pratique, les professionnels se sont rendus compte qu'il était souvent difficile sinon délicat de travailler avec l'enfant uniquement au sein de son habitation. Ceci dans la mesure où cette action ne lui permettait pas d'être aidé dans le repérage de son espace propre.

Ces actes de soins spécifiques et hautement techniques sont dispensés :

- soit totalement en dehors de la structure hospitalière et donc au domicile exclusif;
- soit plus fréquemment accompagnés de moments séquentiels en centres médico-psychologiques, en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, voire parfois en hôpital de jour.

C'est ainsi que la notion de domicile est progressivement devenue extensible pour englober :

- La halte garderie
- La crèche
- L'école
- La ludothèque ainsi que tous les autres lieux d'activités ludiques ou sportives
- La consultation médico-psychologique, le C.A.T.T.P voire l'hôpital de jour dans la mesure où il peut venir participer de manière séquentielle à quelques activités de type ambulatoire.

2/ En psychiatrie générale

L'intervention à domicile a été évoquée comme étant un élément des solutions aux problèmes qui pouvaient se poser tant en direction des patients qu'en direction des familles pour répondre à l'urgence et à la crise.

En psychiatrie générale, le domicile vu du point de vue des familles, est un lieu où le patient est chez lui, seul ou parmi les siens, en dehors de toute surveillance médicale continue en règle générale. Il est censé y être un citoyen à part entière.

Le droit au domicile n'est pas acquis pour les malades psychiques. C'est un réel problème, notamment en région parisienne. Il constitue pourtant un élément essentiel dans l'évolution favorable de la maladie. Les foyers occupationnels et les foyers de réinsertion voire d'autres structures analogues constituent également des domiciles avec des objectifs particuliers.

B/ Les fondements de cette action thérapeutique

1/ En psychiatrie infanto-juvénile

Elle tend à montrer combien les soignants ont progressivement souhaité travailler en dehors des murs de l'hôpital afin d'être en conséquence au plus près de la population. Cette intervention permet par ailleurs de se rendre compte plus précisément des conditions d'hébergement et d'accueil qui sont proposées à l'enfant. Cette donnée permet de compléter les investigations étant entendu qu'il conviendra par la suite de passer à d'autres modalités de prise en charge en veillant à ce que le domicile reste cette fois le cadre intime de l'enfant et de ses parents.

Il est possible de repérer l'intervention à domicile par ce qu'elle n'est justement pas :

- il ne s'agit pas de la confondre avec la présence d'une travailleuse familiale ;
- avec les prestations de l'assistante sociale des différentes institutions auxquelles est confronté l'enfant comme l'A.P.J.J., l'aide sociale à l'enfance ;
- le rôle de l'éducateur de l'aide sociale à l'enfance a lui aussi sa singularité.

L'intervention à domicile peut donc être définie de la manière suivante : il s'agit d'une action de soins menée auprès de l'enfant en même temps qu'elle s'étaye sur un travail avec la famille et les autres intervenants qui peuvent de leur place soutenir l'enfant dans son parcours évolutif. C'est dire qu'il s'agit d'un travail à la fois direct et indirect dans lequel est très impliqué le réseau médico-social dans sa globalité.

On peut donc parler de soins dispensés à l'enfant et d'un étayage familial sans que cette dernière notion soit assimilée à une thérapie parentale.

2/ En psychiatrie générale

La connaissance du milieu de vie du patient est un élément important pour apprécier l'état de sa santé.

La V.A.D., ou visite à domicile, effectuée sur prescription médicale, dans la limite des moyens en personnel soignant du secteur, ne se substitue pas à la consultation au C.M.P. Cette connaissance du milieu de vie permet au soignant d'harmoniser son action avec les autres partenaires de la cité qui apportent leur aide humaine ou matérielle au patient.

C/ Les indications

1/ En psychiatrie infanto-juvénile

Les indications en ce qui concerne les interventions à domicile sont différentes lorsqu'il s'agit de très jeunes enfants et de patients plus âgés ou d'adolescents.

- Intervention dans le domaine de la périnatalité :

Nous sommes de plus en plus confrontés à des futures mères connaissant des difficultés sur le plan psychologique et socio-familiales. Certaines d'entre elles sont fort heureusement accompagnées lors de leur grossesse tandis que d'autres se retrouvent malheureusement seules. Ainsi les conditions d'accouchement deviennent compliquées ainsi que le retour à la maison.

Les services de protection maternelle et infantile déploient d'indiscutables efforts pour que des puéricultrices et des sages femmes continuent d'aider ces jeunes mères. Cependant il est absolument impératif qu'elles puissent aussi se sentir aidées sur le plan psychologique.

C'est donc lors de ces circonstances très spécifiques, que la présence d'un soignant de l'équipe de psychologie périnatale s'impose dans la mesure où il va permettre à cette mère de se retrouver avec son enfant de manière moins seule et surtout accompagnée dans les interactions précoces. Ainsi l'intervenant à domicile peut indiscutablement favoriser ce travail de présentation de l'enfant à sa mère qui dès lors peut se le réapproprier surtout si les conditions de grossesse et d'accouchement n'ont pas permis ce travail. Le soignant, participe à la reconnaissance et à l'étayage de la fonction maternelle, ainsi qu'à la facilitation des liens interactifs. Il permet une sorte de «greffe» de l'enfant et de sa place au sein de cette nouvelle dynamique familiale.

Il convient enfin de laisser à ces jeunes mères une très grande liberté dans la mesure où elles doivent se sentir accompagnées et non surveillées donc «maîtres» des contacts qu'elles ont avec la soignante qui leur rend visite. Il semble essentiel de respecter les moments d'intimité auxquels elles aspirent légitimement. D'ailleurs lorsque les visites s'espacent l'on peut souvent considérer que la dyade mère-enfant s'est constituée et que la mère a peut être repris à son propre compte l'exercice de sa fonction maternelle.

L'on assiste alors et de manière assez fréquente à des venues dans le service, la maman se déplaçant cette fois avec son jeune enfant pour montrer combien il évolue bien, combien il prend du poids, combien il est de plus en plus éveillé. La mère est ainsi gratifiée et renarcissisée par la fonction qu'elle a intériorisée, reprise à son propre compte, prenant alors les soignants à témoin.

- En ce qui concerne les enfants plus grands :

Il s'agit dans ces circonstances d'aider le couple parental, l'enfant ou l'adolescent à prendre une certaine distance et à lui permettre de gagner en autonomie et en indépendance.

Ainsi il conviendra de favoriser chez le jeune patient, un repérage précis de son espace personnel par rapport à celui de ses parents pour justement lui permettre d'accéder à des processus de mentalisation personnelle.

Partant de cette donnée l'on concevra aisément que l'intervention dite à domicile devra se passer la plupart du temps en dehors du cadre familial.

Cependant l'appellation à domicile conserve toute sa pertinence puisqu'il nous semble absolument indispensable que le soignant vienne chercher l'enfant, ait un contact avec les parents, qu'il puisse ainsi s'informer de son comportement durant les jours qui ont précédé la visite, mais ceci sans dimension intrusive.

De concert, le soignant qui va raccompagner le jeune patient à son domicile va pouvoir faire aux parents un bref compte rendu de ce qui s'est passé tout en respectant bien évidemment cette indispensable notion d'espace personnel et de temps partagé avec le soignant. Dès lors les modalités concrètes peuvent être brièvement résumées de la façon suivante :

- l'éducateur ou l'infirmier, peuvent accompagner l'enfant à l'école, rester quelques instants avec lui ceci en accord très précis avec l'enseignant ;
- Ils peuvent participer à des activités de loisirs ou sportives ;
- Les membres de l'équipe peuvent aussi inscrire l'enfant dans des activités thérapeutiques séquentielles au sein du C.M.P., du C.A.T.T.P ou de l'hôpital de jour.

Il s'agit donc d'aider cet enfant à reconquérir son espace propre, à vivre des moments qui lui sont spécifiques et à être ainsi à distance durant quelques moments de la semaine, de ses parents. Cela permet à l'enfant ainsi qu'à ses proches de ne pas avoir une histoire et des séquences temporelles complètement superposables. Il est important que l'enfant puisse justement lors de l'absence de son domicile, intégrer qu'il aura l'occasion d'y revenir et qu'après ce moment de séparation, interviendront les retrouvailles. Ainsi il est aidé dans son activité d'élaboration de la séparation et de l'absence pour que justement il puisse la différencier de façon radicale et constructive, de la perte, de ses parents : il s'en éloigne pour les retrouver... Il s'en sépare pour se retrouver en lui même tandis qu'au retour au domicile le soignant joue le rôle de lien entre l'avant et l'après. Il convient d'aider ce jeune patient à renouer des liens sociaux, aussi bien avec ses pairs qu'avec d'autres adultes. Il en va de même avec les parents, dans la mesure où il est constaté dans notre expérience combien le soignant qui vient à la maison, joue le rôle de trait d'union entre la vie familiale et la vie sociale à laquelle parfois certains parents ont renoncé du fait de leur propre difficulté psychologique.

Dès lors étant eux-mêmes mieux inscrits dans le tissu social, mieux reconnus et mieux considérés dans leur place de sujets, ils pourront à leur tour et de manière indirecte, aider leur enfant à « retramer » des liens de plus en plus étroits avec son environnement. Les interventions à domicile permettent à l'enfant de jouer le rôle de synchroniseur du fonctionnement parental. En effet ceux ci étant souvent au chômage, ils étaient de plus en plus désinsérés socialement, temporellement, historiquement par rapport à leur environnement. Ainsi la venue régulière et anticipée du soignant leur permettait de s'organiser en fonction justement de son arrivée laquelle venait scander ce temps parental qui avait tendance à couler de façon fluide et de manière quasi infinie.

2/ En psychiatrie générale

Les indications correspondent à un stade de la maladie et tiennent compte de l'environnement du patient. Les interventions à domicile sont rendues possibles par l'utilisation d'antipsychotiques de nouvelle génération, produisant moins d'effets secondaires et mieux admis par les patients. Face à un échec, la remise en cause du traitement est parfois nécessaire jusqu'à l'obtention d'un résultat satisfaisant au prix éventuellement d'une nouvelle hospitalisation aussi courte que possible. Le coût de ces nouvelles molécules ne doit pas être

un obstacle à leur administration en regard du prix de journée de l'hospitalisation et d'un meilleur résultat attendu.

- Dans le cadre d'une situation courante

L'intervention à domicile permet une surveillance médicale propice à déceler toute rechute éventuelle. Elle ne remplace pas la consultation au C.M.P. et permet de maintenir le lien avec celui-ci. De plus, souvent elle se fera avec l'accord du patient, avec tact et discrétion en respectant sa vie privée.

- Dans le cadre des situations de crise et d'urgence

L'intervention à domicile constitue parfois le seul moyen pour désamorcer une situation de crise et prévenir les cas d'urgence au dénouement parfois tragique. Si les services spécialisés des hôpitaux répondent à ces situations 24 H sur 24, il existe souvent un hiatus entre le lieu où se déclare la crise et ce service. Souvent le malade n'est pas consentant, soit replié sur lui-même, soit agressif et terrifiant son entourage. L'intervention à domicile est alors indispensable. Elle devrait pouvoir se faire à toute heure du jour et de la nuit par des équipes spécialisées, très professionnelles, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Pourtant les solutions existent et les expériences menées dans le cadre du système ERIC dans le département des Yvelines donnent dans ce domaine entière satisfaction. Elles permettent d'éviter des hospitalisations et s'appuient sur l'entourage du patient, véritable auxiliaire de l'équipe médicale mobile. Les familles sont tout à fait favorables à la généralisation d'un tel système qui a fait ses preuves.

Ces interventions à domicile peuvent, bien sûr, déboucher sur des hospitalisations quand celles ci sont nécessaires, soit avec l'accord du patient, soit sur la demande d'un tiers (H.D.T.), soit sur la demande d'une autorité publique (H.O.).

- Les mesures complémentaires à l'intervention à domicile

L'intervention à domicile est indissociable de la consultation au C.M.P., qui reste le pivot autour duquel s'organisent les soins.

L'intervention à domicile est nécessaire pour établir et garder le contact avec le patient dans certaines circonstances. Elle permet d'évaluer les déficiences qui résultent de la maladie psychique et de mettre en œuvre les moyens de compensation en ayant recours à des aides appropriées. Qui mieux que l'équipe médicale est à même d'évaluer les besoins de la personne malade. Pour le malade psychique, ce sont les aides humaines qui répondent le mieux à ces besoins sans pour autant négliger certaines aides techniques.

Une aide humaine de qualité dépend en grande partie des personnes qui l'assurent : les auxiliaires de vie. Or cette profession n'a actuellement aucune assise de légale ou réglementaire. Une formation spécifique pour répondre aux besoins des malades paraît indispensable. Ces aides humaines, l'équipe médicale ne peut les assurer car ce n'est pas son rôle. Mais elle constitue un maillon essentiel du réseau chargé de prendre en compte la maladie dans toutes ses dimensions et ce n'est pas le moindre rôle de l'intervention à domicile.

La garantie de l'offre de soins ne suffit pas si l'isolement demeure. Les structures de type «foyers» ou «espaces-accueil» ou accompagnement à domicile, doivent être multipliés. L'objectif de ces «cellules» est de promouvoir des activités orientées d'avantage vers le maintien d'un lien social. Ces activités sont souvent culturelles, sportives. Même le non service d'activité ne doit pas couper le lien avec le club, même si celui-ci est ténu, pour préserver la personne d'un isolement total.

- L'intervention à domicile et l'entourage du patient

Les familles sont souvent confrontées à des situations de détresse notamment au début de la maladie de leur proche et plus tard lors des rechutes. La maladie psychique cause des ravages dans les familles. Elle est parfois déterminante dans le développement de maladies aussi bien somatiques que psychiques.

L'intervention auprès de certaines familles parfois complètement désemparées ou de certaines mères seules en situation de détresse extrême doivent être développées afin d'éviter d'arriver à un point tel que le maintien du patient au domicile familial ne sera plus possible.

D/ La place des parents

- **En psychiatrie infanto-juvénile**

Les interventions à domicile ne manquent pas d'exacerber parfois chez certains parents des sentiments extrêmement pénibles et douloureux à propos desquels il convient de se montrer extrêmement attentifs (sentiments d'intrusion et d'effraction de leur intimité parentale). Certaines mères peuvent aussi avoir l'impression que leurs propres prérogatives sont en quelque sorte confisquées et que l'équipe spécialisée vient là leur donner des leçons mettant involontairement en exergue leurs failles sinon leur faillite.

Dès lors l'on assiste à des effets inverses à ceux qui étaient recherchés : c'est à dire une plus grande vulnérabilité narcissique chez les parents alors que justement il convient de les aider dans ce travail de reconquête de l'estime d'eux-mêmes.

Ainsi l'on pourrait dire que leur besoin est dominé par la nécessité d'une identification à une fonction d'étayage de l'enfant tout en se sentant respecté dans leur capacité parentale quiescente. L'équipe soignante doit donc s'efforcer de veiller à cette fameuse et indispensable restauration narcissique tout en tenant compte de leur propre histoire pour leur permettre justement de la dépasser et d'éviter certain processus de répétition.

Les dérives : elles peuvent être fréquentes dans ce type de travail dans la mesure où les soignants sont parfois involontairement amenés à se substituer aux parents et à «confisquer» comme nous le disions plus haut, le rôle qui leur est dévolu. Il est vrai que certains pères ou certaines mères se montrent de ce point de vue là, très complaisants et ont une tendance excessive à déléguer leur responsabilité. Il appartient alors aux intervenants, de rester très vigilants pour que justement les processus d'identification restent à l'œuvre. Le danger constant étant la substitution dans la mesure où de son côté tout soignant est habité de façon là encore tout à fait légitime par le fantasme de réparer de façon un peu magique l'enfant atteint, de faire mieux que ses parents qui eux, ont échoué, et de leur montrer comment désormais il

convient d'agir. Ces dérives méritent d'être très précisément pointées par l'ensemble de l'équipe soignante à laquelle l'intervenant doit rester très précisément référencé : le travail dit à domicile exige en effet cet indispensable sentiment d'appartenance à l'équipe que le soignant doit constamment rehausser s'il souhaite prétendre travailler sur un meilleur repérage des places : la sienne au sein d'une équipe, celle de l'enfant au sein de sa famille.

- **En psychiatrie générale**

Quand la famille a accepté la maladie de son proche et qu'elle a retrouvé son équilibre et sa sérénité, elle doit être reconnue comme partenaire à part entière du soignant et du médecin sans qu'elle soit appelée à se substituer à l'un et à l'autre. Son rôle est déterminant dans l'amélioration du pronostic.

E/ Les soignants et l'organisation du travail

- **En psychiatrie infanto-juvénile**

Celui qui intervient au sein du milieu familial doit s'efforcer de parler au nom de l'ensemble de l'équipe et non pas uniquement en son nom personnel. Il est vecteur d'une stratégie thérapeutique. Il s'efforce de la mettre en œuvre. Il doit par ailleurs rendre des comptes à ses collaborateurs qui l'aident justement à éviter les dérives que nous évoquons plus haut.

Ce sentiment d'appartenance nous paraît extrêmement important. Il en va de la loyauté du soignant, même si celui-ci a la possibilité de s'autoriser une part d'invention et de création personnelles, liées à sa propre histoire, à sa formation, à son parcours...

Cependant il doit se montrer très vigilant et en particulier lors des processus d'identification qui ne doivent pas se commuer en identification adhésive avec comme résultante la confusion des rôles et des fonctions : les parents restent à leur place, le soignant les accompagne dans la restauration de leur fonction pour un meilleur exercice de leur responsabilité en direction de l'enfant.

De manière concrète, des rencontres très fréquentes s'imposent au sein des équipes afin que justement les différents éléments cliniques ainsi que les informations liées au travail quotidien puissent être métabolisés et élaborés : ceci pour permettre la poursuite du parcours évolutif de l'enfant.

L'on a constaté par ailleurs combien certains soignants finissaient par être véritablement «phagocytés» par la famille qui, voulant de façon très prégnante établir des liens d'alliance avec eux, finissait par ne plus laisser au soignant la place qui est la sienne : c'est à dire celle marquée du sceau d'une certaine neutralité et d'une certaine distance.

En effet certaines familles, très involontairement d'ailleurs, exercent vis à vis de l'intervenant la même captation qu'ils ont tendance à opérer en direction de leur enfant, neutralisant du même coup toutes les incidences thérapeutiques et annulant l'impact du travail mis en place.

- **En psychiatrie générale**

Le travail du soignant est difficile. Il demande à la fois une certaine technicité et des qualités humaines. Une formation spécifique à la maladie mentale est indispensable.

La fonction d'infirmier cumule à la fois le manque générale d'effectifs d'infirmiers et parfois une dévalorisation qui lui est attachée.

Une formation spécialisée au même titre par exemple que celle d'infirmier anesthésiste, devrait figurer dans le cursus de leur formation de façon que la psychiatrie ne soit pas le parent pauvre de la spécialisation médicale.

F/ L'intervention à domicile et le réseau

- **En psychiatrie infanto-juvénile**

C'est un truisme de dire combien il est absolument indispensable que l'intervenant à domicile, là encore très précisément référencé à son équipe puisse établir des liens avec les autres intervenants. Ce sont par exemple les puéricultrices les sages femmes, les assistantes sociales qui elles aussi appartiennent à une institution et agissent en fonction justement des axes directeurs de leur équipe.

Il est dès lors précieux que l'intervenant, faisant partie de l'équipe de pédopsychiatrie, redouble de vigilance, pour que justement les prestations offertes ne soient pas l'addition d'actions individuelles et personnelles mais justement des interventions complémentaires d'institutions respectives qui s'efforcent de mener chacune en ce qui les concerne leur fonction sociale, éducative et thérapeutique...

- **En psychiatrie générale**

Le soignant ne peut ignorer les aides spécifiques hors médicales dont peut bénéficier le patient. Parfois il les suscite en intervenant par exemple auprès du C.C.A.S. Et c'est sa connaissance du domicile du patient et de son environnement qui peut faciliter ces aides.

Elles peuvent prendre un aspect matériel tant sur le plan de l'hygiène, de la nourriture à préparer ou des courses à effectuer.

Elles ont une incidence essentielle sur la santé psychique et physique du patient. Elles constituent un lien social pour le patient et pour le soignant un clignotant clinique dès lors qu'une collaboration s'établit entre les différents partenaires.

ANNEXE N°3

LE TRAVAIL EN RESEAU

Le réseau peut être considéré comme un espace composite et pluri-institutionnel dans son essence même.

Le patient et sa famille sont les destinataires principaux de ses interventions, mais il doit être clairement identifié dans son organisation et dans son aspect fonctionnel. Ce dernier se fonde sur des actions fédératrices et sur une mutualisation des compétences et des savoirs qui eux-mêmes s'enrichissent au fil du temps.

De manière diachronique, on peut rappeler que certaines structures sont amenées par rapport à d'autres à occuper le devant de la scène en fonction du caractère dominant de tel ou tel trouble du patient.

L'important est de conserver ces liens inter et supra-institutionnels indispensables à l'étayage du patient qui doit identifier ce réseau comme un contenant protecteur et non comme une nasse.

A/ La composition du réseau

Elle peut être envisagée de la façon suivante en fonction des différents partenaires qui sont habituellement ceux des équipes de psychiatrie.

- **Le secteur social :**

En ce qui concerne les enfants, il s'agit notamment, des crèches, des haltes garderie, des maisons mère-enfant, des établissements à caractère social.

Pour les adultes, sont concernés notamment les différents foyers d'hébergement (CHRS...).

- **Le monde associatif** qui regroupe les associations d'usagers en général et des parents en particulier.
- **Le secteur médico-social** constitué par les instituts médico-éducatifs, les instituts de rééducation, les instituts médico-professionnels, les centres d'aide par le travail, les ateliers protégés et les foyers à double tarification.....
Ce secteur médico-social a une fonction éducative, d'accompagnement et de réinsertion.
- **Le secteur judiciaire** avec ses services et en particulier la protection judiciaire de la jeunesse.
- **Les collectivités territoriales** avec par exemple la protection maternelle et infantile (P.M.I) et l'aide sociale à l'enfance (A.S.E.).

- **Le secteur scolaire**
- Enfin, le « **sanitaire** » composé par :
 - Les structures hospitalières.
 - Les structures d'hospitalisation privée.
 - Les professionnels de pratique libérale : les médecins généralistes, les psychiatres, les psychologues, les infirmières, les sages-femmes....

B/ Définition et délimitation de la notion de réseau

Même dans sa conception actuelle, le réseau reprend certaines notions développées il y a de cela longtemps par le secteur en psychiatrie dans la mesure où il avait comme fondement principal : la mise à disposition des patients, de moyens thérapeutiques diversifiés et complémentaires au plus près de leurs besoins.

C'est dire qu'il s'agit donc au sein du réseau, de rendre complémentaires, des actions menées par différentes institutions composées elles-mêmes de professionnels d'horizons différents : médecins généralistes, psychologues, psychiatres, assistantes sociales, infirmiers.... On peut parler d'un travail de liaison inter et supra-institutionnel qui fédère des savoirs et des compétences diverses. Le réseau peut ainsi mener des actions de prévention et de soins mais aussi de formation.

Son champ d'intervention est psychosocial : c'est dire qu'il s'adresse à des personnes ayant des difficultés combinées additionnées et donc complexes. Ainsi il convient de mutualiser les moyens tout en respectant très précisément la spécificité de chacune des institutions concernées et la place de chacun des intervenants. Ces structures doivent se connaître, se reconnaître et se respecter. Il s'agit là d'un des fondements déontologiques essentiels du fonctionnement du réseau. Cependant cette acception psychosociale ne doit pas s'accompagner d'une dilution du soin dans le social et réciproquement.

Il convient ainsi de considérer que certaines structures peuvent, de leur place, concourir à des actions thérapeutiques même si elles ne sont pas de façon structurelle, des institutions consacrées au soin. Il en est ainsi de l'école qui peut accueillir dans le cadre d'intégrations, des enfants en grande difficulté, lesquels sont de concert traités en hôpital de jour. Un travail d'étroite collaboration permet justement à l'institution scolaire, de favoriser des efforts de socialisation, de rencontres entre l'enfant en difficulté et ses pairs. Cette démarche permet des processus d'identification de l'enfant en difficulté aux autres élèves de son âge même si, durant d'autres moments de la semaine, il est confié à un hôpital de jour ou à un C.A.T.T.P.

C/ Les modalités de fonctionnement

Le patient, sa famille, son environnement sont l'objet de cet étayage pluri-institutionnel et ceci en fonction de l'importance des troubles. On pourra ainsi favoriser un recrutement progressif de ces structures et une réponse graduée.

Il s'agit d'établir l'ensemble des « connexions » nécessaires à l'articulation entre les différents acteurs susceptibles d'intervenir au cours de la trajectoire des patients, afin de favoriser les « passages de relais » entre ces différents acteurs, tout en rappelant que c'est en fait le patient lui-même, qui justifie la mobilisation concrète de tout ou partie de ce réseau, en fonction de la singularité de ses besoins et de son évolution.

La trajectoire du patient est accompagnée lors de ses différents moments évolutifs par telle ou telle structure en fonction de l'importance de tel ou tel trouble : le travail des équipes de psychiatrie constituant le fil rouge de la prise en charge même si elles n'occupent pas forcément le devant de la scène. Leur fonction est alors de créer du lien.

Le réseau doit avoir une dynamique plastique avec des interventions parfois séquentielles. Il est malléable et l'on peut parler à son propos, d'intervenants de première intention tandis que d'autres sont alors en recul. Ainsi la configuration organisationnelle du réseau génère un aspect fonctionnel toujours adapté à la situation du sujet et constamment réévalué.

Le fonctionnement du réseau doit tenir compte des forces de « déliaison » qu'a tendance à exercer le patient sur son environnement et sur le cadre qui lui est proposé. Ainsi le réseau dans sa composition multiforme doit à l'inverse sécréter des forces de liaison.

Cette configuration fonctionnelle veille à conjurer la tendance qu'ont certains malades à « instrumentaliser » les professionnels qui, parfois, peuvent dans leur travail au quotidien se sentir aussi instruments de l'institution dans laquelle ils exercent. Au contraire, ils restent des personnes, référencées à une équipe qui les mandate pour des actions spécifiques.

Ce travail en équipe avec différentes catégories professionnelles met aussi en lumière la délicate question du secret médical en particulier et du secret professionnel en général. *Concernant la question des informations qu'il convient ou non d'échanger, il a été retenu qu'un certain nombre de renseignements, ne trahissant pas trop l'intimité du sujet, pouvaient être donnés, avec si possible son accord, afin que justement ces éléments permettent une meilleure prise en charge. Un juste milieu doit donc être trouvé entre une totale transparence et une certaine opacité du patient que l'on doit très précisément aider dans le meilleur repérage possible de son espace personnel. Le réseau exerce ainsi une fonction contenante et ne doit pas donner au sujet et à sa famille, le sentiment d'être traversés de toutes parts, d'être ainsi mis à nus, d'être dilués....*

D/ L'évaluation du réseau

Elle doit être préfigurée dès le début et s'étendre sur une certaine durée. Elle doit être pratiquée par un tiers extérieur au réseau afin que celui-ci puisse garder l'indispensable neutralité pour son appréciation.

L'indice de satisfaction des professionnels et des patients semble pertinent en même temps qu'il convient de prendre en compte le paramètre « évolution ».

E/ La logistique

Ce terme recouvre les deux questions essentielles : qui fait quoi ? et à qui ?

L'idée d'un financement mono-institutionnel a semblé contraire à l'idée de réseau puisqu'il est justement constitué par un jeu de connexions variables, diverses et pluri-institutionnelles. Il serait peut être pertinent de payer le médecin généraliste, l'orthophoniste, la psychomotricienne, la sage femme ou l'infirmier libéral quand ils participent à une réunion. Cette compensation financière du temps de travail destiné aux différentes formes de partenariat (contacts, réunions...) est nécessaire afin que le travail de ces professionnels soit non seulement reconnu mais encouragé. Le bénévolat a été considéré comme ayant ses limites.

Ce travail de réseau imposerait, pour que ses actions de « liance » soient développées, le recrutement d'un mi-temps de travailleur social, d'un mi-temps de coordinateur et d'un temps plein de secrétaire.

La nécessité d'identifier et de formaliser le réseau dans sa constitution a été approuvée car elle permet de :

- mieux repérer les institutions concernées à un temps T et à un temps T plus 1 ;
- mieux caractériser les missions qui lui sont confiées et celles de ses intervenants ;
- visualiser ainsi le nombre d'institutions recrutées pour tel et tel type de travail, par tel et tel type de patient et en fonction surtout du moment évolutif de sa pathologie.

En outre, il convient de noter **l'importance d'une formalisation au niveau des institutions**. En effet, il est nécessaire que les décideurs institutionnels locaux affirment les objectifs communs dans lesquels doit s'inscrire le travail en réseau. Cette formalisation doit permettre de garantir la pérennité et la continuité du travail développé par les professionnels des différents champs. En toute hypothèse, le réseau ne peut être créé **qu'à partir de la volonté et de l'engagement personnel des acteurs**, et doit être formalisé par une **charte constitutive soumise à l'agrément des décideurs (Conseil général, ARH, ...)** et précisant :

- les acteurs ;
- les objectifs opérationnels communs ;
- le champ d'intervention ;
- les intervenants, l'organisation interne et les modalités de coordination des soins ;
- le système d'information et les modalités de formation ;
- les moyens à disposition et les modalités de financement ;
- les relations avec les partenaires ;
- la place des usagers ;
- le suivi et l'évaluation.

F/ Les conditions de réussite et les écueils à éviter

- **En ce qui concerne la position des parents :**

Ceux-ci peuvent vivre l'intervention du réseau comme étant impérialiste, voire intrusive. Ainsi, elle peut favoriser l'apparition de sentiments persécutifs qui entraînent eux-mêmes une sorte de repli de la famille sur elle-même, voire une désolidarisation par rapport au projet initial.

Certains parents peuvent éprouver aussi l'impression que leur enfant est devenu non plus un sujet mais un cas, objet de l'intérêt d'une multitude de personnes, se sentant alors dépossédés de leur propre action et de leur implication.

- **En ce qui concerne le patient lui-même :**

Il convient, à l'occasion, des multiples interventions, de rester extrêmement vigilants sur le danger de son appropriation par l'équipe. Il n'est pas l'objet d'une institution en particulier. Il est en quelque sorte au carrefour d'un certain nombre d'interventions qui doivent respecter dans le cadre de leur travail conjoint, une certaine intimité de ce même patient.

Justement l'un des intérêts du réseau, est de l'aider à mieux organiser son espace personnel et à ne plus se vivre comme étant littéralement transpercé par les vecteurs institutionnels qui agissent autour de lui et pour lui.

- **En ce qui concerne la configuration des réseaux :**

Concernant la question de la taille des réseaux, il est important de veiller à ce qu'il ne soit ni trop étendu ni trop dense et ni à l'inverse trop réduit. En effet, il semble extrêmement important que les intervenants conservent une certaine proximité par rapport aux différentes institutions avec lesquelles ils sont amenés à travailler.

Il a été évoqué la notion de taille seuil ou de taille critique au-delà de laquelle, la gestion du fonctionnement du réseau semble très complexe : les forces fédératrices s'annulent en quelque sorte elles-mêmes.

Par ailleurs, ce travail supra-institutionnel est extrêmement consommateur de temps. Il convient d'y veiller de façon très précise afin que les praticiens hospitaliers ou les psychologues qui occupent des fonctions de référence ne soient pas à leur tour absorbés par ces tâches de liaison qui les éloignent du travail clinique auprès du patient.

Enfin, à propos de la question du travail direct et indirect, il est déterminant de veiller à ce que les actions indirectes ne supplantent pas de façon trop excessive les interventions directes que doivent continuer de mener les psychologues ou les psychiatres.

En effet, l'un des fondements du fonctionnement du réseau est le principe de la délégation de mission : délégation ne devant pas rimer avec relégation. Auquel cas, le sujet suivi, risque de vivre très douloureusement la perte des contacts assidus qu'il avait avec son thérapeute....

- **En ce qui concerne les soignants :**

Le groupe de travail est revenu sur cette notion d'appropriation du cas dans la mesure où tous les acteurs peuvent noter combien parfois, pour le professionnel, s'occuper d'un malade, finissait par avoir, comme fonction essentielle, celle de favoriser et de rehausser son identité même de soignant. L'intérêt du patient devenant alors tout à fait second.

A coté de cette appropriation, sinon incorporation, le groupe a noté à l'inverse, de véritables « abandons » de situations et de sujets qui se trouvent ainsi sans prise en charge dans la mesure où à l'occasion du passage d'une institution à une autre, le travail de relais n'a pas été suffisamment aménagé. Il en est bien évidemment ainsi des patients difficiles qui au bout d'une assez longue trajectoire émousent sinon érodent la disponibilité des intervenants.

Enfin, la question de « l'incorporation » du soignant par la famille a été évoquée dans la mesure où travaillant avec le patient et ses proches sur une assez longue période, l'intervenant, finit par être dilué à l'intérieur de la constellation familiale. Il est parfois lui-même « instrumentalisé ». Il est donc extrêmement important de veiller à la différence essentielle qu'il convient de faire entre alliance avec le patient et sa famille, et fusion avec eux.

En conclusion, 6 points essentiels résument les recommandations sur le travail en réseau :

- le réseau a comme spécificité, des actions psychosociales. Il fédère ainsi une multitude d'institutions ou de structures associatives ;
- sa fonction est de les repérer, de les reconnaître et de mutualiser leur moyens d'interventions et de recherches ;
- ce réseau fonctionne par phénomène de recrutement en fonction des diverses pathologies. Chaque institution peut tour à tour être le centre de gravité de la prise en charge, sachant que ce pôle peut se déplacer d'une institution à une autre lors du parcours du sujet ;
- le réseau exerce aussi une fonction contenante et étayante ;
- de manière complémentaire il constitue un repère, un cadre ;
- enfin le respect de la place du sujet ainsi que le respect de la spécificité des soignants, référencés à leur institution propre, constituent d'indispensables exigences déontologiques....

ANNEXE N°4

ECHANGES AVEC LES REPRESENTANTS DE LA PSYCHIATRIE PRIVEE

Réunion du 13 décembre 2001

Etaient présents :

Pour les professionnels et les usagers :

M. le Dr LEONARDI (président de l'union nationale des cliniques psychiatriques privées : UNC-Psy), Mme GUIRAUD-CHAUMEIL (UNC-Psy), M. MEILLIER (UNC-Psy), M. le Dr ASSABGUI (UNC-Psy)

M. le Dr BESSE (président de l'association française des psychiatres d'exercice privé - Syndicat national des psychiatres privés : A.F.P.E.P.-S.N.P.P.)

M. QUEYROUX (FEHAP) et M. le Dr CACOT (FEHAP-SPASM)

M. le Dr KANNAS (MNASM)

Mme ROBILLARD (CFE-CGC)

M. HARGOUS (UNAFAM)

Pour l'administration :

Mme LEMOINE-PAPE (ARH de Bretagne),

M. CAIRE (directeur de projet psychiatrie),

Mme BUSSIERE (DHOS/F3),

Mme le Docteur ROUSSEAU, Mme BONNAFOUS et Mme VIARD (DHOS/O2).

I. Présentation de l'ordre du jour et des problématiques

Rappel par le bureau O2 des travaux en cours et des objectifs de la réunion

Un groupe de travail a été mis en place par la DHOS à la suite des protocoles d'accord des 13 et 14 mars derniers qui ont identifié les axes de travail suivants pour la psychiatrie :

- mieux définir les missions et l'organisation des services et des secteurs et, en leur sein, l'action des professionnels ;
- définir les modalités de développement de l'intersectorialité, de la psychiatrie de liaison et d'un travail en réseau avec l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- rechercher la contractualisation des missions de service public en psychiatrie, fondée sur des contrats d'objectifs et de moyens à généraliser dans tous les bassins de vie, à partir notamment des établissements spécialisés en santé mentale et des services de psychiatrie à l'hôpital général.

Bien que les protocoles d'accord portent sur l'offre de soins psychiatrique publique, l'objectif assigné au groupe de travail est de formuler des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatrique publique et privée pour répondre aux besoins de la population dans le domaine de la santé mentale. Le comité consultatif de santé mentale a été chargé de valider les axes et la méthode de travail du groupe et d'en suivre les travaux.

Lors de la dernière réunion de ce comité (octobre 2001), il a été convenu d'organiser une réunion de travail entre des représentants du groupe et des représentants du secteur privé afin

d'approfondir le thème de la place et des perspectives d'évolution de la psychiatrie privée dans l'offre de soins spécialisés. Tel est l'objet de la présente réunion.

Afin de préparer au mieux cette séance de travail, le projet de rapport des travaux du groupe a été communiqué aux personnes invitées. Il s'agit d'un document de travail qu'il convient de compléter et de faire évoluer sur des thématiques particulières, dont celle relative à la psychiatrie privée, qu'il s'agisse des articulations avec les psychiatres libéraux ou avec les établissements privés à but lucratif.

Il est proposé que les échanges s'articulent autour des quatre grands types de besoins étudiés par le groupe, à savoir :

- la prévention
- la réponse à l'urgence et à la crise
- les soins (l'hospitalisation et les alternatives à l'hospitalisation)
- les soins de suite et de réadaptation et la réinsertion.

Pour chacun de ces thèmes, il conviendrait d'élaborer, après un rapide état des lieux de la situation, des propositions sur la place et les perspectives d'évolution de la psychiatrie privée (institutions et professionnels d'exercice libéral) dans l'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale.

II. Echanges et recommandations

Déclarations liminaires :

Avant que les échanges ne s'engagent sur l'ordre du jour, les présidents de l'UNC-Psy et de l'AFPEP-SNPP expriment leur regret d'être associés aussi tardivement et ponctuellement aux travaux du groupe. M. le Dr Leonardi estime que la psychiatrie privée à but lucratif ne peut être considérée comme une simple « pièce rapportée ». M. le Dr Besse se félicite de la définition d'une politique de santé mentale englobant l'ensemble des acteurs et regrette d'autant plus l'arrivée tardive du secteur privé dans la réflexion du groupe. Il évoque la culture de santé publique méconnue, car isolée, de ce secteur (associatif, médecins psychiatres libéraux, médecins généralistes) qui représente pourtant des files actives nombreuses, un plateau technique de qualité, des actions théorisées (comme le travail en réseau en pédopsychiatrie notamment). Ce secteur enfin connaît également des problèmes de démographie et de nomenclature.

Mme Bonnafous rappelle les contraintes dans la composition du groupe de travail liées à sa genèse (issu des signataires des protocoles) et à sa méthodologie (un nombre de participants limité à 30 pour pouvoir travailler efficacement). La psychiatrie privée a toute sa place dans les travaux en cours, étant précisé que d'autres problématiques (travail en réseau, interventions à domicile, adolescents, personnes âgées) font également l'objet de réunions spécifiques. En outre, il va de soi que l'ensemble des questions relatives à la psychiatrie privée ne saurait être traitée en une seule séance, c'est la raison pour laquelle des contacts existent d'ores et déjà avec la DHOS (et notamment les bureaux F3 pour l'aspect financier et O2 pour l'organisation des soins) et seront poursuivis indépendamment de la remise des travaux du groupe sur l'évolution de l'offre de soins.

Les échanges s'organisent ensuite autour des thèmes suivants :

1°) La prévention :

M. Meillier indique que ce sujet n'est pas le terrain de prédilection des cliniques privées qui comptent 100 000 patients en hospitalisation complète. Pour autant, elles mènent des actions de prévention essentiellement en tabacologie, alcoolisme, toxicomanie, troubles du sommeil, liens avec les familles et les associations. Mme Guiraud-Chaumeil évoque la création de groupes de prise en charge de parents de patients anorexiques. L'ouverture de l'ensemble des alternatives demandée par le privé devrait également lui permettre de travailler vers la prévention. M. le Dr Cacot fait état de l'importance du travail d'aide aux aidants (familles, travailleurs sociaux), de l'aspect fondamental de la notion d'étayage, mais se pose le problème de financement de ce mode de prévention. M. le Dr Besse indique qu'il va organiser une journée de réflexion sur l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe et le psycho-traumatisme. Il évoque la difficulté de rémunérer la prévention secondaire : par exemple, le travail auprès des parents en pédopsychiatrie n'est pas rémunéré.

Selon M. le Dr Cacot les sociétés savantes doivent se pencher sur la prévention :

- quel mode d'intervention préférentiel en matière de souffrance psychique ?
- psycho-traumatisme : jusqu'où fait-on bien et quelle est la place des autres partenaires ?
- la communication en matière de prévention : favoriser l'accès aux soins en tenant compte des capacités de réponse.

Sur ce dernier point, M. Hargous estime que la prévention secondaire n'existe pas vraiment et qu'il est incompréhensible que la psychose soit autant ignorée de la population et stigmatisée. L'ignorance semble entretenue même dans le monde de la psychiatrie et constitue un scandale pour les usagers et leurs représentants. La priorité est de modifier l'image de la psychiatrie dans l'ensemble de la société et d'assurer une information correcte de l'entourage (familles, travailleurs sociaux...). En effet, une stratégie de réinsertion n'est possible que si toute la population se sent concernée (employeurs, logeurs...). C'est pourquoi l'axe 1 du plan santé mentale de novembre 2001 est fondamental.

2°) Les soins

Selon M. le Dr Besse la démedicalisation importante du secteur médico-social (avec 1 000 postes non pourvus) pose un problème de prévention du fait du manque de moyens en amont. La dimension de l'institutionnel s'est affaiblie et il lui paraît prioritaire de remettre des psychiatres à des endroits clés. Pour Mme Lemoine-Pape, il convient de faire évoluer la conception selon laquelle tous les aspects de la prise en charge devraient être assurés de façon quasi-autarcique par une seule et même structure. Aujourd'hui et concernant les structures médico-sociales, pour garantir la dimension du soin auprès des personnes accueillies, il convient plutôt de privilégier la notion de partenariat et les modalités traduisant la complémentarité des dispositifs, la pluralité des acteurs et des institutions permettant de mieux prendre en compte la diversité des besoins et des trajectoires des patients : ainsi doit être favorisée l'intervention -dans des conditions définies par la voie conventionnelle- du dispositif sectoriel en appui des structures médico-sociales. M. Hargous estime qu'il faut en finir avec « le tout ou rien » et que les modalités d'intervention dans les institutions médico-sociales sont à redéfinir. Il donne l'exemple d'un foyer totalement social pour malades psychiques accueillant 14 personnes, ayant entre 10 et 37 ans d'hospitalisation psychiatrique antérieures. L'établissement fonctionne sans aucun effectif médical propre, la couverture médicale étant assurée par le secteur, sur la base d'une convention.

Concernant la formation, M. le Dr Assabgui pense qu'elle constitue un des moyens de répondre au grand désarroi des professionnels (médicaux mais également infirmiers). Elle doit porter en priorité sur la supervision et l'analyse des pratiques.

M. le Dr Leonardi redoute également la démedicalisation dans les structures sanitaires. Il s'inquiète en effet des conséquences de la démographie médicale et de la baisse préoccupante du nombre de psychiatres dans les établissements sanitaires. Les institutions sont de moins en moins attractives du fait notamment de la nécessité de faire face aux sujétions liées aux gardes. M. Meillier précise que les cliniques privées représentent 140 établissements, 10 000 salariés, 11 000 lits, soit 20% des séjours psychiatriques en hospitalisation complète, 2,4 milliards de francs (soit 5% de la psychiatrie en général). Elles comptent 600 psychiatres qui suivent en moyenne 15 à 20 patients chacun. L'ensemble des pathologies sont couvertes. 100 000 patients par an sont accueillis, à un tarif moyen inférieur à 800 francs (honoraires compris), essentiellement dans le court séjour du fait de l'impossibilité de développer l'ensemble des alternatives.

La question de l'ouverture de l'ensemble des alternatives au secteur privé :

Selon le Dr Assabgui ce point est à revoir : il existe actuellement des bricolages pour offrir aux patients des prises en charge alternatives autres que celles actuellement autorisées et il convient selon lui de faire sauter le verrou du principe de l'exclusivité de la psychiatrie de secteur à créer l'ensemble des alternatives. L'inégalité de traitement entre le privé et le public ne lui paraît pas justifiable sur le principe.

Pour M. Meillier, il importe d'imaginer des dispositifs plus souples comme des lits à « géométrie variable », c'est-à-dire des lits dont on pourrait concevoir qu'ils soient utilisés tantôt comme lits d'hospitalisation, tantôt comme places de jour ou autre alternative. A la question de savoir où en est le développement des alternatives d'ores et déjà accessibles aux cliniques privées (à savoir l'hospitalisation de jour et l'hospitalisation de nuit), il indique que sur les 140 cliniques, 4 ou 5 disposaient de places de jour en 1991. Après cette date, l'autorisation reste naturellement possible mais l'absence de tarification au niveau national fait que ces formules ont été peu utilisées.

Mme Lemoine-Pape ajoute que la faiblesse du nombre des promoteurs s'explique en partie par l'absence de tarification mais surtout parce que les promoteurs privés ne souhaitent pas se voir opposer un taux de change lorsqu'ils envisagent de mettre en place des alternatives à l'hospitalisation complète. Selon M. Meillier, l'application de ce dernier n'est pas évident, car compte tenu de la demande d'hospitalisation toujours croissante, le nombre de lits reste insuffisant. Mme Lemoine-Pape rappelle qu'il convient de raisonner en termes de diversification du dispositif privé et non d'ajout. Mme Guiraud-Chaumeil pense qu'à moyen terme, l'ouverture des alternatives devrait permettre d'aboutir à une baisse des réhospitalisations. Mme le Dr Rousseau ajoute que les « alternatives » sont, par définition, des alternatives à l'hospitalisation complète et qu'on ne peut donc échapper au change. Elle rappelle la demande forte des usagers que l'hospitalisation complète soit la plus brève possible et évitée chaque fois que possible. Il y a par conséquent une substitution à envisager.

Pour M. le Dr Cacot on manque de principes : quel que soit l'endroit où se trouve la personne, elle a droit à des soins, or l'organisation en secteurs (sanitaire, social, médico-social) vient contrarier la logique d'accès aux soins. Il existe une méconnaissance du médico-social par les psychiatres. Il évoque par exemple la difficulté de réaliser des soins auprès des personnes travaillant en CAT. Il faut des passeurs, revoir ces découpages et pouvoir apporter le soin dans un projet global de réponse aux besoins des personnes. Il s'interroge sur l'utilité de continuer sur les bases actuelles et propose de faire évoluer le centre de gravité du système vers l'extra-hospitalier. Il indique que les centres de réadaptation - qui représentent une quarantaine de structures - doivent bénéficier d'une reconnaissance administrative.

M. le Dr Kannas fait part des principaux constats effectués par la mission nationale d'appui en santé mentale sur la question de la psychiatrie privée, à l'occasion de ses interventions sur divers sites. Il

constate tout d'abord que la désinstitutionnalisation a été très marquée dans le public mais pas dans le privé. Sous l'angle de la santé publique, cette situation mérite qu'on s'interroge. Si on rencontre une assez grande superposition des profils de la clientèle en ambulatoire entre le privé et le public, il n'en est pas de même en ce qui concerne l'hospitalisation, où la clientèle du privé diffère, non en termes de catégories diagnostiques (on compte un pourcentage un peu inférieur, d'environ 27%, de psychotiques et un peu supérieur d'anxio-dépressifs) mais au regard de la loi de 1990 (le poids de l'accueil des hospitalisations sous contrainte dans le public est considérable, le taux d'hospitalisation à la demande d'un tiers représentant entre 30 et 40 % de l'hospitalisation complète, un jour donné). Il lui semble important de réfléchir à une offre globale mieux coordonnée (Ex : réflexion en pédopsychiatrie, sur le rôle des CMPP) mettant fin à un système de dispositifs étanches.

Selon M. le Dr Leonardi, la situation n'est pas si cloisonnée sur le terrain et des liens existent dans le cadre d'un réseau non formalisé. Il est fréquent que des structures privées soient sollicitées par des structures publiques afin d'accueillir certains patients. En cela le secteur privé ne constituerait-il pas une alternative au secteur public ? Pour M. Meillier le système privé apporte parfois une réponse là où le secteur public n'a pas répondu et offre une possibilité de choix aux patients.

M. le Dr Besse s'interroge quant à lui sur l'articulation entre le maintien de la vocation nationale de certaines cliniques privées et l'organisation régionalisée de l'offre de soins. Il évoque la différence de coût entre le privé (moins cher) et le public. Il estime que la proximité est un principe qui ne doit pas devenir un dogme, l'éloignement dans une autre région étant parfois nécessaire.

Pour Mme Lemoine-Pape l'analyse des besoins de la population et la définition de l'offre publique et privée doit être réalisée de façon globale, faute de quoi on risquerait d'aboutir à un cloisonnement inacceptable.

M. le Dr Cacot précise que la question des liens entre le public et le privé est très différente pour les institutions associatives. Il y a des zones de carrefour et de rencontres mais l'Etat organise lui-même deux marchés (par exemple sur le problème des IDE mieux payés dans le public).

3°) Les soins de suite ou de réadaptation :

La question des post-cure psychiatriques privées est rappelée tant au plan juridique que financier.

M. le Dr Cacot insiste sur l'importance des unités de soins et de réadaptation, outils bi-face (soins/social) visant à répondre aux besoins en matière de travail, d'insertion et de formation. Elles disposent d'équipes pluridisciplinaires permettant d'associer des cultures professionnelles ad hoc afin de soigner sans désinsérer. La psychiatrie est en train de changer de mission : se pose la question de l'inscription sociale des actions de la psychiatrie.

M. Meillier rappelle que dans le cadre des préconisations du rapport Cléry-Melin, on distinguait 3 étages (hospitalisation, alternatives, réadaptation). Le positionnement des établissements de santé privés relevant de l'annexe XIX (post-cure) du décret de 1956 réclame un examen plus attentif.

Mme Bussière précise qu'un travail important d'évaluation des pratiques des structures reste sans doute à accomplir.

Les partenariats, la coopération et le fonctionnement en réseau :

Si comme M. le Dr Leonardi l'a précisé, les partenariats et les collaborations sont fréquents sur le terrain, Mme Guiraud-Chaumeil pense que la formalisation est très importante. La démarche qualité le prévoit. Mme Bussière ajoute qu'il faut en effet formaliser les relations pour donner garantie et lisibilité aux ARH. Il faut passer des conventions de partenariat. C'est indispensable pour la démarche d'accréditation et la reconnaissance des partenaires. Mme Rousseau ajoute qu'un dynamisme de coopération se crée quand on part d'une analyse commune des besoins (Exemple du réseau Yvelines Sud).

Mme Lemoine-Pape rappelle que l'obligation de coopérer est incontournable et trouve sa traduction dans des outils comme le contrat d'objectif et de moyens. Il est possible de soutenir financièrement la coopération et les dispositifs favorisant les relais.

Pour M. Hargous le vrai problème ce n'est pas que chacun veuille rester chez soi mais qu'on se heurte à un manque de moyens pratiques pour réaliser les projets et notamment à des difficultés pour établir des liens avec les dispositifs de suite. Au-delà du manque de places, il existe un problème de connaissance de l'existant. On en est au stade de l'artisanat. Il existe beaucoup de liens individuels et personnels mais on manque d'informations sur l'ensemble du réseau. Mme Rousseau indique que la constitution d'un annuaire, permettant l'inventaire fonctionnel des partenaires, est souvent la première phase de la démarche des réseaux.

Pour M. le Dr Besse le travail en réseau c'est de « l'ingénierie » sociale visant à favoriser l'intelligence des situations. Il convient de veiller à renforcer le lien social et non le contrôle social et à respecter la confidentialité (Ex du travail avec les enfants, les parents, les familles d'accueil, les professionnels des autres champs, dans le cadre des placements familiaux de l'ASE).

4°) L'urgence et la crise

Mme Guiraud-Chaumeil fait état de quelques unes des propositions d'un groupe de travail mis en place sur ce sujet en région Midi-Pyrénées, dans le cadre du SROS :

- mise en place d'un système de post-urgence immédiate avec une garde, à tour de rôle, après l'urgence au SAU ;
- le SAMU envoie des urgences dans le privé ;
- ...

Mme Lemoine-Pape donne l'exemple de lits réservés dans le privé pour l'urgence et la crise.

M. le Dr Leonardi indique à ce sujet que 60% des patients viennent par le biais des urgences ou de la psychiatrie de liaison, ce qui est un travail bien différent de celui d'accueillir un patient adressé par son psychiatre. Cette prise en charge est très lourde, notamment en temps, et pose le problème de la valorisation des lits réservés.

M. le Dr Besse évoque la charge de travail des psychiatres libéraux qui ne leur permet pas d'aller travailler aux urgences. Ils reçoivent l'urgence dans leurs cabinets (entre 10 et 20 appels par jour...). Mme Lemoine-Pape précise que dans le schéma régional de Bretagne est prévue une mutualisation des consultations non programmées (notamment pour répondre aux demandes des généralistes et raccourcir les délais de rendez-vous). Mme Robillard évoque la grande difficulté que rencontrent les médecins généralistes pour obtenir, dans des délais rapides, l'avis d'un psychiatre et un rendez-vous pour les patients qui en ont besoin. Mme Guiraud-Chaumeil indique que fonctionne dans certains établissements privés une prise en charge rapide des états de crise par une consultation et ou une hospitalisation de courte durée en réponse aux demandes des médecins généralistes : une

surveillante générale centralise les appels et une réponse est donnée dans la journée. Dans 80% des cas, il n'y a pas d'hospitalisation.

L'ensemble des points prévus à l'ordre du jour ayant été traités, Mme Bonnafous remercie les participants. Sur la base de ces échanges, des développements importants pourront être intégrés dans le projet de rapport du groupe, étant précisé que le sujet n'est pas épuisé et que d'autres rencontres devront suivre pour approfondir la réflexion et les perspectives d'évolution.

ANNEXE N°5

LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

Réunion du 10 janvier 2002

Etaient présents :

Mme le docteur ASENSI, Mme FELDER, Mme ROBILLARD, Mme SCHULER, Mme le docteur GRAVELAT, Mme le docteur BENSADOUN, M JACQUENET, M le docteur KANNAS, M. CAIRE, Mme CUVILLIER, Mme BARICHASSE, Mme le docteur GUYOT, Mme ROUSSEAU, Mme BONNAFOUS, Mme VIARD.

Etait invité : Monsieur le Professeur JEAMMET, Professeur à l'université Paris VI, chef de service de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte à l'Institut Mutualiste Montsouris, Paris.

Etait excusé : M le docteur MARCIANO

I. Présentation de l'ordre du jour et des problématiques par Mme Nathalie VIARD

Objectif de la réunion

Il s'agit de formuler des propositions concrètes d'articulation entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie générale, tout en les inscrivant dans le travail en réseau avec les autres professionnels œuvrant en direction des adolescents.

Rappel des travaux en cours

2 groupes de travail :

- un groupe de travail chargé de formuler des recommandations pour l'amélioration de la prise en charge des adolescents en grande difficulté : co-piloté par M le Pr. Jeammet et associant les ministères et les professionnels des champs sanitaire, social, médico-social, éducatif et judiciaire. Suite au séminaire de mai 2000, un guide est en cours d'élaboration (approches théoriques et outils) ;
- un groupe, mis en place à la suite des protocoles des 13 et 14 mars 2000, chargé de formuler des recommandations pour adapter l'organisation et le fonctionnement de l'offre de soins psychiatriques pour répondre aux besoins dans le domaine de la santé mentale.

Synthèse des propositions

• Des propositions générales

L'ensemble de ces travaux conduit à affirmer la nécessité de développer et diffuser une clinique spécifique aux adolescents. En outre, il s'agit d'organiser une approche globale en constituant une filière « adolescent » transdisciplinaire et commune à tous les champs (sanitaire, social, médico-social, judiciaire et éducatif). Des réponses multiples doivent être offertes mais elles doivent être coordonnées, non exclusives les unes des autres.

Ces propositions amènent les questions suivantes se posent :

- cette clinique spécifique est-elle définie précisément ?
- la prise en charge des adolescents doit-elle être conjointe pédopsychiatrie / psychiatrie générale ou les adolescents peuvent-ils être pris en charge indifféremment par l'un ou l'autre sous réserve de la formation des professionnels ?
- quelle diffusion de cette clinique ?
- faut-il une approche distincte fille / garçon ?
- la question de la prise en charge des adolescents pose la question de l'organisation et de la gestion des passages : comment ? par et avec qui ?
- quelle place et information des parents ?
- les outils du décloisonnement :
 - . les fédérations médicales
 - . la formation

• Des propositions relatives à la prévention ou à la prise en charge

1/ La prévention

- quels rôles pour la psychiatrie infanto-juvénile et générale en matière d'information ? quelle place des parents ,
- comment faciliter l'accès aux soins : approche plus globale type maison de l'adolescent ?
- prévention du suicide ?

2/ La crise et l'urgence

- modalités de renforcement du travail en réseau ?
- centres de crise intersectoriels pour adolescents ?

3/ Les soins

- propositions pour l'hospitalisation complète (cf. tableau de synthèse)
- quelles propositions en ambulatoire et en alternatives ?

4/ Les soins de suite ou de réadaptation

- articulation soins/études ou emploi ?
- projet de vie : gestion du passage « jeunes adulte » ?

II. Discussion du groupe

Monsieur le Professeur JEAMMET est favorable à la méthodologie proposée : aborder les principes puis les méthodes. Cependant, il précise qu'il existe un risque car plus l'on organise plus on risque d'exclure. Or le plus souvent ceux qui échappent aux dispositifs sont les plus en difficulté.

Il est nécessaire de garantir la diversité à l'intérieur de la cohérence. Pour cela, il faut organiser et accompagner les passages en sachant que ce qui est le plus rationnel n'est pas forcément le plus efficace.

Selon lui, les adolescents sont profondément ancrés dans la pédopsychiatrie : il s'agit d'individus en développement et non de personnes souffrant de maladies organisées. Sociologiquement, on constate une prolongation de l'adolescence et du point de vue clinique, le basculement dans la maladie organisée est plus tardif du fait des progrès sociaux et des connaissances.

Pour la prise en charge des adolescents, le rattachement à une formation de type pédopsychiatrique est nécessaire ; les professionnels de psychiatrie générale souhaitant développer la prise en charge des adolescents doivent avoir acquis ces compétences. La formation doit être plus attentive à

comment réfléchir à la souffrance, comment la repérer et comment agir. Il convient d'intervenir tôt et différemment afin de donner des outils pour diminuer les tensions et réduire le basculement vers des maladies organisées. Il faut rompre avec le schéma « malade » / « pas malade » qui marque davantage la psychiatrie générale.

La question du traitement médicamenteux des adolescents doit être travaillée. L'autorisation de mise sur le marché des neuroleptiques est à revoir en ce qui concerne les violences incoercibles.

Mme le docteur ASENSI explique que compte tenu des problèmes de démographie médicale, chacun a tendance à se replier sur ses activités. Comment former à cette nouvelle clinique ?

Monsieur le Professeur JEAMMET indique qu'il faut être vigilant à ne pas vouloir tout résoudre, il ne faut pas leurrer les patients, les familles... pour ce qui concerne les pathologies les plus lourdes. Les structures intermédiaires, même si elles sont coûteuses, apportent une qualité de vie aux patients souffrant des pathologies les plus lourdes.

Mme FELDER rappelle que le décès des parents est une catastrophe pour ces patients surtout pour ceux restés dans leur famille, du fait notamment du manque important de structures d'accueil adéquates.

Monsieur le Professeur JEAMMET souligne qu'il est nécessaire de s'interroger sur la qualité de vie qui leur est proposée. Il ajoute que la difficulté d'accès aux psychothérapies réalisées en ville est problématique. Compte tenu des difficultés liées à la démographie médicale, il est nécessaire d'assurer au minimum un accueil rapide des demandes mais tous les suivis ne pourront avoir lieu. Cela renvoie à la question du statut des psychologues libéraux.

Mme VIARD précise que les groupes animés par la DHOS et la DGS ont pour objectif de formuler des propositions d'évolution tenant compte du contexte : à ce titre, les propositions relatives au travail en réseau, à l'intersectorialité ou à l'évolution des métiers constituent des réponses aux problèmes soulignés par Monsieur le Professeur JEAMMET.

Mme CUVILLIER s'interroge sur la prévention : doit-elle relever de la compétence du secteur ou de ses partenaires ? D'autre part, elle s'interroge sur les risques de morcellement des prises en charge du fait de la tendance à une spécialisation par pathologie.

Monsieur le Professeur JEAMMET répond que le secteur doit avoir un rôle pivot et doit aider les autres acteurs en termes de formation, d'aide, de soutien... Par exemple, il faut repenser le travail avec les écoles pour ce qui concerne l'évaluation, l'intégration, les relais... l'école et le secteur doivent s'organiser, pour donner des réponses collectives, au-delà des situations individuelles. Il souligne que le travail de liaison est très consommateur de temps.

Mme le docteur GRAVELAT constate que l'évolution est lente au sein de l'Education nationale pour ne pas faire d'un problème une exclusion.

Pour Monsieur le Professeur JEAMMET, l'objectif est l'amélioration de l'état de l'enfant. Tout ce qui valorise le sujet est important. Il faut des critères de suivi qui nécessitent toujours une vigilance mais pas toujours une prise en charge lourde. Pour cela, il faut trouver des relais dans le milieu scolaire.

Il ajoute qu'un diplôme universitaire relatif aux adolescents difficiles vient de se mettre en place. Il s'adresse aux professionnels des différents champs.

Mme le docteur ASENSI remarque que les adultes ont également besoin de soutien (parents, enseignants, médecins généralistes...). Ce soutien suppose du temps pour les équipes de secteur.

Monsieur le Professeur JEAMMET pense qu'il faut créer des points de rencontre dans la continuité : penser les organisation, identifier les référents. Tout cela doit être relié avec la veille éducative. Il est également nécessaire d'augmenter le nombre de médecins.

Mme BONNAFOUS rappelle que le groupe de travail a proposé la création de coordonnateurs chargés de développer la prévention et le travail en réseau.

Mme CUVILLER ajoute que l'Education Nationale se demande si ce coordonnateur ne devrait pas se situer dans le champ éducatif.

Monsieur le Professeur JEAMMET pense qu'il est nécessaire que des contacts s'instaurent de manière régulière entre le chef de secteur et les directeurs d'école. Il lui semble qu'il faut laisser les acteurs locaux choisir les professionnels qui seront chargés de l'organisation du travail en commun. Il faut laisser se développer des initiatives et des possibilités d'évolution.

Mme le docteur GUYOT considère qu'il y a quatre temps :

- la prévention primaire
- la prévention secondaire : repérage précoce à organiser avec l'Education nationale et les partenaires extérieurs à l'école (parents, PEJ, PJJ, maisons intermédiaires...)
- la clinique de l'adolescent par la pédopsychiatrie
- l'aval : quelles pistes de travail pour assurer la continuité ?

Monsieur le Professeur JEAMMET insiste sur l'intérêt de ne pas afficher un âge limite en pédopsychiatrie et au maintien de la souplesse dans les prises en charge. En effet, le passage vers la psychiatrie générale doit être pensé et ne pas être vécu comme un abandon.

Madame le docteur ASENSI rappelle que la pédiatrie est « envahie » par les sollicitations des adolescents mais qu'elle ne peut prendre en charge les adolescents les plus déstructurés.

Monsieur le Professeur JEAMMET indique qu'il faut être vigilant quant aux effets d'annonce (cf. campagnes de lutte contre le suicide). Il souhaite également que l'on évite une trop grande spécialisation des prises en charge. Celle-ci a des effets néfastes sur des adolescents en quête d'identité.

Madame le docteur ASENSI souligne que le mélange des pathologies est très positif en pédiatrie. Cette dynamique suppose également la diversité des équipes.

Monsieur le Professeur JEAMMET précise que les services doivent être pensés en lien mais de manière différenciée au sein d'un département de pédiatrie. Par contre, pour certaines pathologies, il y a besoin de stratégies particulières (anorexie alimentaire). Il ne faut pas seulement des services généralistes ni des services axés sur un symptôme car il y a une force identificatrice du fonctionnement

Concernant les victimes, l'organisation doit être en lien avec le secteur (ex : consultations spécialisées).

Mme le docteur ASENSI remarque que le fléchage des crédits s'oppose à l'élaboration de projets globaux.

Mme VIARD et M le docteur KANNAS ajoutent que dans certains départements la difficulté réside dans la difficulté à trouver des promoteurs de projets compétents et volontaires.

M le docteur KANNAS complète en indiquant que certains professionnels montent des projets alors qu'ils ne sont pas compétents. Cela renvoie à la question de la formation. Peut-être faut-il développer des centres ressources comme cela a été le cas pour l'autisme.

Mme le docteur GUYOT souligne l'importance de former les professionnels qui se trouvent en première ligne.

Pour répondre à Mme le docteur BENSADOUN, Monsieur le Professeur JEAMMET précise qu'il existe plusieurs actions de formation telles que le DU santé de l'adolescent piloté par le docteur MARCELLI à Poitiers, à Tours, à Nantes et à Paris. D'autres modalités pourraient être développées comme la vidéo-conférence au niveau local.

Madame CUVILLIER revient sur la question du suicide et indique que le plan santé mentale préconise une approche globale. Elle ajoute concernant le groupe « métiers », piloté par la DGS, qu'il y a une grande vigilance quant aux glissements de compétences. La clinique de l'adolescent en cours de constitution mériterait d'être intégrée en tant que telle dans la formation initiale.

Monsieur le Professeur JEAMMET propose que les représentants du ministère interviennent sur ce thème lors des journées de formation des pédopsychiatres qui se tiendront en mars prochain.

Pour répondre à Madame le docteur ROUSSEAU concernant les priorités à identifier en terme d'organisation des soins, Monsieur le Professeur JEAMMET considère qu'il faut une gamme de soins :

- la réponse à l'urgence (72h à 8 jours),
- les séjours de 2 à 3 mois,
- les séjours plus longs qui peuvent prendre la forme de services de soins/études (au moins 1 par région). L'existence d'internat est nécessaire pour un certain nombre de jeunes en conduite d'échec.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'articuler l'existant et de développer les complémentarités entre les régions.

Monsieur le docteur KANNAS répond que la mise à distance peut poser problème lors du retour de l'adolescent dans son milieu. Il n'est pas certain que l'on puisse faire l'apprentissage de nouvelles relations en séparant les protagonistes.

Pour Monsieur le Professeur JEAMMET, l'objectif est de faire cesser la dévalorisation de l'adolescent.

Madame le docteur GRAVELAT attire l'attention du groupe sur la nécessité de maintenir le lien avec les familles et les équipes de secteur.

Madame ROBILLARD précise que le travail de son établissement avec l'équipe de Monsieur le Professeur JEAMMET fonctionne dans ce sens.

Sur la question de l'intérêt des maisons de l'adolescent, M le docteur KANNAS estime que la pédopsychiatrie est moins stigmatisante que la psychiatrie générale et que cela est nécessaire mais la banalisation ne veut pas dire mystification.

Mme FELDER pense que pour les familles il faut arriver petit à petit à reconnaître le trouble mental. Les maisons de l'adolescent peuvent permettre cet abord large.

Pour Mme le docteur ASENSI, ce qui compte ce n'est pas la structure mais la compétence et l'esprit dans lequel est porté le projet. Ce qui compte c'est l'indication or la difficulté réside parfois dans la difficulté à trouver un professionnels pour porter cette indication. Il apparaît donc nécessaire de développer les pratiques d'évaluation.

Mme FELDER ajoute que les psychologues scolaire jouent un rôle important.

Mme le docteur GUYOT considère que l'accès aux professionnels de santé mentale doit être particulièrement diversifié pour les adolescents, du fait des réticences d'un grand nombre d'entre-eux à s'inscrire dans des circuits traditionnels, et il faut de ce fait une palette étendue. Celle-ci doit comporter l'offre classique de pédopsychiatrie, mais il est nécessaire d'y associer également des maisons pour adolescents – comparables dans la démarche aux maisons vertes pour tous petits- ,les différents types de structures d'écoute, les consultations pour adolescents créés par des services de psychiatrie... Dans cette énumération, il ne faut pas oublier les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) car un certain nombre d'adolescents sont amenés à les fréquenter.

III. Recommandations

Outre les recommandations formulées par le groupe de travail dans le rapport et dans l'annexe n°1 sur la prise en charge des adolescents et l'articulation entre la pédopsychiatrie et ses partenaires notamment la psychiatrie générale, les participants à la réunion soulignent les points suivants :

- **Un ancrage des prises en charge dans la pédopsychiatrie**

Les adolescents, dans la mesure où il s'agit d'individus en développement et non des personnes souffrant de maladies organisées, sont profondément ancrés dans la pédopsychiatrie. Le rattachement à une formation pédopsychiatrique est nécessaire pour les psychiatres de psychiatrie générale qui souhaitent développer les prises en charge d'adolescents.

La formation doit être plus attentive à comment réfléchir à la souffrance, comment la repérer et comment agir. Il convient d'intervenir tôt et différemment afin de donner des outils pour diminuer les tensions et réduire le basculement vers des maladies organisées. Il faut rompre avec le schéma « malade » / « pas malade » qui marque davantage la psychiatrie générale.

Il convient de ne pas afficher d'âge limite. Le passage vers la psychiatrie générale doit être pensé pour ne pas être vécu comme un abandon.

- **La question du traitement médicamenteux des adolescents doit être approfondie.**

- **Une organisation des soins souple et diversifiée**

Le secteur doit avoir un rôle pivot. Il intervient auprès des adolescents et des professionnels en contact avec eux en termes de soutien, d'aide et de formation.

Le secteur doit s'organiser au-delà des situations individuelles. Il faut créer des points de rencontre avec les autres professionnels : penser les organisations, identifier les référents. Le travail avec l'école doit être repensé pour ce qui concerne l'évaluation, l'intégration, les relais...

Il convient de laisser aux acteurs locaux le choix des organisations et des professionnels qui seront chargés de l'organisation du travail en réseau. Il faut laisser se développer les initiatives et permettre les évolutions. Ce qui compte ce n'est pas la structure mais la compétence et l'esprit dans lequel est porté le projet.

La pédiatrie joue un rôle important dans la prise en charge des adolescents mais elle ne peut s'occuper des adolescents les plus déstructurés.

Il convient d'éviter une trop grande spécialisation des prises en charge. Le mélange des pathologies est très positif mais suppose la diversité des équipes.

En matière d'hospitalisation, une gamme de soins doit pouvoir être proposée :

- la réponse à l'urgence (72h à 8 jours),
- les séjours de 2 à 3 mois,
- les séjours plus longs qui peuvent prendre la forme de services de soins/études (au moins 1 par région). L'existence d'internat est nécessaire pour un certain nombre de jeunes.

Dans tous les cas, il est nécessaire d'articuler l'existant et de développer les complémentarités entre les régions.

- **L'importance de former les professionnels**

Il convient de diffuser la clinique de l'adolescent auprès des équipes de psychiatrie mais également de développer les compétences des professionnels qui se trouvent en première ligne. Pour cela, il existe plusieurs actions de formation de type DU (DU santé de l'adolescent, DU adolescents en grande difficulté...). Des formations communes, croisées, voire des vidéo-conférences pourraient se développer.

ANNEXE N°6

SANTE MENTALE ET PERSONNES AGEES

Réunion du 17 janvier 2002

Etaient présents :

Pour les professionnels et les usagers :

M. le docteur AUGER (SYNERPPA), M le docteur BASARD (psychiatre à l'EPS Charcot-78), Mme CHAMINADE CAILHO (CNDEPHAD), M le docteur FOURNIER (gériatre au CH de Lens), M. HARGOUS (Unafam), M. le professeur KUNTZMANN (gériatre au CHU de Strasbourg), M le docteur MALAPERT (psychiatre au CHS de Perray-Vaucluse-91/SPEP-INPH), Mme MORIN (directrice du CHIP de l'Oise), M le docteur PELLERIN (psychiatre à l'Hôpital Charles Foix d'Ivry), Mme VUILLEMIN (CNAMTS).

Pour l'administration :

Mme LEMOINE-PAPE (ARH de Bretagne), Mme GUERIN (directeur de projet personnes âgées), M. CAIRE (directeur de projet psychiatrie), Mme le docteur DUBUISSON (DGAS), Mme le Docteur ROUSSEAU, Mme le Docteur Le DIVENAH, Mme BONNAFOUS et Mme VIARD (DHOS/O2).

Etaient excusés :

Monsieur CAUSSE (FHF)
Mme GREGOIRE-SALOME (DHOS)

I. Présentation de l'ordre du jour et des problématiques

Objectif de la réunion et rappel des travaux en cours

Dans le cadre du travail sur la filière de soins gériatrique, il avait été prévu un groupe de travail sur la psycho-gériatrie et la prise en charge des personnes désorientées. Une partie des problématiques de ce groupe a déjà trouvé réponse dans le programme d'actions destiné aux personnes souffrant de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, annoncé par les ministres en octobre 2001.

Parallèlement le groupe de travail sur les recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale, souhaitait aborder, à l'occasion d'une réunion particulière, le sujet de la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Il a donc semblé intéressant d'organiser une journée de travail sur le thème «santé mentale et personnes âgées » réunissant des représentants des deux groupes de travail.

L'objectif est d'appréhender ce thème à partir des trois approches suivantes :

- la santé mentale et les personnes âgées
- la psycho-gériatrie
- la géronto-psychiatrie

que cela concerne des personnes vivant à domicile ou en établissement.

Un certain nombre de questions en découlent, et auxquelles les participants devront tenter de répondre :

- Comment peut-on définir ces concepts ?
- A quels besoins répondent-ils ?
- Quels sont les acteurs, y compris les familles ?
- Comment interviennent-ils ? qu'il s'agisse d'un établissement gériatrique ou psychiatrique ? à domicile ? Quelle coordination entre les professionnels ?

II. Synthèse des échanges et des propositions

1) La définition des concepts

Très rapidement, les participants s'accordent sur les définitions suivantes :

Santé mentale et personnes âgées

Il s'agit d'une approche globale, sur le plan psychique, de la personne qui avance en âge. L'objectif est que la personne âgée demeure actrice de sa vie, dans un entourage (famille, collectivité ...) lui permettant notamment de prévenir l'isolement, de préserver le lien entre les générations, de toujours appartenir à la société et de se sentir utile. Cette approche permet de mettre l'accent sur le registre de la prévention, par l'augmentation, dans le contexte social local, des préoccupations concernant la santé mentale des personnes âgées. **Elle concerne la société dans son ensemble** et donc, non seulement les professionnels médicaux (médecins généralistes, psychiatres, gériatres...), soignants (infirmiers, aides-soignants...) et intervenants à domicile (auxiliaires de vie..) mais également les professionnels sociaux (assistants de service social des circonscriptions d'action sociale...) ainsi que l'entourage et les familles, les élus, les médias....

Psycho-gériatrie

Elle correspond à la prise en charge de la souffrance psychique de la personne face à son vieillissement, généralement dans un contexte de vieillissement pathologique (polypathologies, démences de type Alzheimer et démences apparentées...). Dans ce domaine, la prise en charge gériatrique est au premier plan.

Géronto-psychiatrie

Elle correspond à la prise en charge psychiatrique de personnes âgées, qu'il s'agisse de pathologies mentales chroniques ou récentes, en phase aiguë ou non. Elle relève de la compétence des psychiatres.

Le groupe précise que s'agissant de santé mentale, de psycho-gériatrie ou de géronto-psychiatrie, l'articulation entre les professionnels concernés et notamment entre les médecins généralistes, les gériatres et les psychiatres, est essentielle en termes de complémentarité des compétences, pour répondre au mieux aux besoins des personnes. **Il apparaît toutefois que le médecin généraliste reste le pivot de la prise en charge des personnes et gère l'interface avec les spécialistes**, notamment en ce qui concerne la prise en charge au domicile.

En pratique, la clarification des concepts paraît plus opérante en établissement qu'en ville. Elle peut paraître artificielle dans la pratique quotidienne et notamment dans celle du médecin généraliste, qui est l'intervenant de première ligne. Ces derniers expriment la difficulté de faire appel aux psychiatres ou aux gériatres, notamment en milieu rural, du fait de la démographie médicale de ces

spécialistes. La définition des concepts contribue toutefois à la définition d'une meilleure organisation des soins notamment grâce à la clarification des rôles des professionnels spécialisés.

2) Les propositions pour répondre aux besoins identifiés en psycho-gériatrie

◆ En matière de prévention :

● **Améliorer l'accès à l'information des personnes et de leurs familles à tous les niveaux :**

- Informations générales dans le domaine de l'éducation sanitaire, de l'habitat, de l'alimentation, sur l'amélioration de l'image de la vieillesse ... par divers canaux (centres communaux d'action sociale, caisses de retraites, collectivités territoriales, médias, CFES...).
- Informations à l'usage des professionnels (annuaires...).

Le rôle central des CLIC (centres locaux d'information et de coordination) dans ce domaine, est évoqué, en particulier pour l'identification des ressources qualifiées existantes et l'information auprès des personnes et des médecins généralistes.

● **Lutter contre l'exclusion et l'isolement**

- Importance du rôle de la famille et de l'ensemble des acteurs sociaux dans l'environnement et tout ce qui touche à la vie quotidienne, la vie sociale, l'habitat... de la personne âgée.

● **Réaliser un diagnostic précoce :**

- Dépistage et traitement des facteurs de risques par le médecin généraliste (dépistage précoce de la dépression notamment).
- Importance des compétences (et donc de la formation) du médecin généraliste dans les domaines de la gériatrie et de la psychiatrie
- Développer les centres ressources pluridisciplinaires à la disposition des médecins généralistes : lieux d'évaluation de l'état de santé des personnes et de leur situation sociale, d'échanges entre les professionnels médicaux et sociaux, le patient et l'entourage, consultations avancées (consultations mémoire, consultations psychiatriques...);

● **Assurer le soutien de la personne âgée à domicile ou dans son lieu de vie habituel :**

- Favoriser le maintien à domicile en entretenant un réseau autour de la personne par les liens familiaux, sociaux, et soignants nécessaires, afin d'éviter le repli sur soi et « l'enfermement à domicile » ;
- Anticiper les réponses institutionnelles en fonction du moment de la vie de la personne, du respect de son choix, de l'évolution de sa (ou ses) pathologie(s) et de son autonomie psychique et physique ;
- Informer sur les différentes offres de soins des institutions et préparer la personne à y avoir recours, par exemple : les consultations d'évaluation gérontologique, les consultations psychiatriques spécialisées, l'accueil séquentiel en hôpital de jour psychiatrique ou gériatrique, ou encore en accueil de jour gériatrique ;
- Utiliser l'évaluation médico-sociale systématique, réalisée dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie, pour adapter les réponses aux besoins des personnes ;
- Créer du lien entre les institutions et les services d'aide à domicile ou entre ces différents services d'aide autour de la personne : par exemple, la maison de retraite, le SESSAD

(service d'évaluation sanitaire et sociale à domicile) et les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile) ...

◆ En matière de prise en charge

● **Répondre aux besoins liés à la comorbidité**

- Les principales difficultés identifiées tiennent à l'intrication des pathologies. Cela conduit à un besoin de consultations conjointes : gériatrique, psychiatrique et neurologique. Ce triptyque n'existe pas suffisamment actuellement.

- Il doit être développé par le biais de la création d'un centre de ressources par secteur sanitaire : dans ce cadre, un médecin reçoit la personne et évalue ses besoins, puis l'oriente auprès des autres professionnels en tant que de besoin.
- Cette collaboration est également fortement incitée tant à l'intérieur d'un même établissement, dans le cadre d'un travail de liaison organisée entre les services, qu'entre plusieurs établissements de santé (développer les consultations gériatriques dans les services de psychiatrie et inversement).
- L'articulation entre les institutions pour personnes âgées, les services de gériatrie et le secteur psychiatrique doit être développée afin de faciliter l'ouverture des EHPAD vers les secteurs psychiatriques (pour l'accueil des patients suivis en psychiatrie) ainsi que l'intervention des équipes du secteur psychiatrique dans les services de gériatrie ou les EHPAD (travail de liaison auprès des équipes ou des personnes accueillies).

- Concernant plus particulièrement la question des démences, il est noté qu'elles relèvent majoritairement d'une prise en charge en gériatrie, quelques cas nécessitant toutefois le transfert et la prise en charge en psychiatrie. Le développement des hôpitaux de jour pour personnes démentes est préconisé. Il est d'ailleurs prévu dans le programme pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, en lien avec les consultations mémoire et au sein des centres mémoire de ressource et de recherche.

● **Répondre au besoin de répit**

- Des familles : il convient de développer des mesures « d'aide aux familles aidantes » à domicile ainsi que des places d'hébergement temporaire en EHPAD ou dans d'autres structures gériatriques, ou encore dans des accueils ou hôpitaux de jour pour personnes démentes.
- Des professionnels : il est souligné les besoins particuliers des personnels, notamment des petites institutions (pas assez de réunions d'équipe, d'échanges dans le cadre de groupes de paroles...). Il apparaît important, dans le cadre de l'articulation entre les institutions pour personnes âgées et le secteur psychiatrique, d'identifier un interlocuteur compétent et disponible dans les équipes de secteur.

3) Les propositions pour répondre aux besoins identifiés en géronto-psychiatrie

● **3 situations cliniques relèvent essentiellement de la géronto-psychiatrie :**

- le délire authentique
- les situations médico-légales (maltraitance, alcoolisme...)
- les personnes souffrant de troubles psychiatriques avançant en âge.

- **Les difficultés et les besoins principaux**

Il apparaît que les besoins en ce domaine sont difficiles à évaluer.

Sont indiquées toutefois :

- les difficultés liées à la prise en charge des cas les plus difficiles (notamment les personnes âgées isolées) arrivant à l'hôpital. La faiblesse du nombre de lits de gériatrie ou de psychogériatrie entraîne souvent des orientations inappropriées en psychiatrie ;
- les difficultés pour faire admettre les malades mentaux vieillissants en maison de retraite ;
- la iatropathologie liée notamment à la prescription de neuroleptiques au long cours chez la personne âgée. Il est regretté qu'aucune autorisation de mise sur le marché de psychotropes n'ait fait l'objet d'une étude de validation chez le sujet âgé. Cette question fait partie des mesures inscrites dans le projet de programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées fragiles, qui sera annoncé par les ministres le 20 mars prochain.

Il ressort des échanges que, si les secteurs de psychiatrie suivent les patients vieillissants déjà connus, des problèmes sont rencontrés en revanche pour l'accès aux soins psychiatriques de patients non connus. De plus, face à la multiplicité des demandes d'intervention de la psychiatrie, il apparaît qu'un certain nombre de secteurs interviennent insuffisamment auprès des personnes âgées.

- **En termes d'organisation et de fonctionnement :**

- La géro-psi-chiatrie est un domaine où l'intersectorialité (association de plusieurs secteurs sur un projet commun) ou la transectorialité (développement des compétences d'un secteur au service d'un autre) sont tout à fait recommandées. En fonction du travail en réseau existant (bon fonctionnement en amont et en aval), il peut ne pas y avoir besoin d'unité d'hospitalisation de géro-psi-chiatrie.
- Il paraît important que la psychiatrie puisse mettre à disposition une compétence spécialisée et des réponses diversifiées, souples et évolutives, au service du réseau naturel, du réseau primaire sanitaire et social ainsi que du réseau gérontologique quand il existe.

- **Développer les bonnes pratiques et la recherche**

Globalement, les psychiatres sont peu formés à la gériatrie. **La mise en place de centres ressources** (un site de référence par région) permettrait de formaliser et de diffuser les savoir-faire et de développer la recherche. Il convient en effet que les psychiatres, universitaires et cliniciens (y compris des services non-universitaires), soient présents dans les recherches, les travaux et les publications en géro-psi-chiatrie, dans le cadre d'un PHRC ou d'un appel d'offres annuel de la CNAM.

4) Les propositions communes aux médecins généralistes, à la psycho-gériatrie et à la géro-psi-chiatrie

- **En matière de formation**

Des formations interdisciplinaires et multiprofessionnelles, associant des professionnels des différentes institutions et du secteur libéral (médecins généralistes, secteurs, EHPAD, services de gériatrie...), sont préconisées à divers titres :

- aide au développement du travail en réseau
- nécessité de personnels mieux formés, motivés, valorisés
- aide à la définition de projets de services ou de travail interinstitutionnel.

- **Le travail en réseau**

Chacune des réponses sociales et sanitaires (généraliste, gérontologique et psychiatrique) doit être flexible, accessible et combinable. Le travail en réseau, voire entre les différents réseaux existants, est un mode d'action qui doit être encouragé et aidé. En effet, le réseau permet la mobilisation des compétences autour de la prise en considération des besoins des personnes âgées. Il est non seulement le garant d'une démarche médicale efficace et d'une articulation continue entre le sanitaire et le social grâce à une mise en commun de référentiels, de protocoles de prise en charge et de modalités de transferts, mais il va aussi plus loin en permettant un accompagnement personnalisé de la personne âgée. Le réseau est finalement la toile de fond, au niveau local, des liens tissés entre le médical, le social, le préventif et le curatif.

Les représentants du groupe de travail sur les « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale » expriment le souhait d'être destinataires du projet de circulaire sur la filière de soins gériatriques.

ANNEXE N°7

**LES ATTENTES DES REPRESENTANTS DES USAGERS
ET DE LEURS FAMILLES**

- **FNAP-Psy**
- **UNAFAM**

LES ATTENTES DE LA FNAP Psy

Fédération Nationale des Associations d'(ex-)Patients en psychiatrie

FNAP Psy
24, rue de Maubeuge
75009 PARIS

Demandes de la Fnap Psy en ce qui concerne l'offre de soins en Psychiatrie.

- Prévention :

mission essentielle du secteur psychiatrique

programme de prévention soutenu par le conseil de secteur, avec évaluation réseau conforté par un conseil de secteur adapté, ouvert, mais qui reste dans le champ de l'offre de soins

- Information et formation

pour une meilleure réponse à la demande de soins, il est indispensable que l'information soit claire et disponible. Cela passe par la formation, à la fois des usagers par l'intermédiaire des associations d'usagers, mais aussi des professionnels, formation croisée et commune des divers intervenants.

Le centre régional d'information et de prévention en santé mentale, ouvert aux usagers et professionnels serait une innovation indispensable dans le paysage actuel.

Le développement «d'aide aux aidants» fait partie de cette politique d'ouverture et de réponse aux demandes.

Une véritable politique de formation doit être lancée. La Fnap Psy en a fait son but principal pour les 3 prochaines années.

- Evaluation

L'information et la formation doivent être accompagnées par l'évaluation continue des pratiques et des réponses. Cette évaluation sera favorisée par la formation commune des divers acteurs, qui permettra un décloisonnement et une sémantique identique.

- Crise et Urgences

Nous insistons fortement sur la prévention qui doit selon nous, éviter de nombreuses crises et donc la réponse des urgences. Cependant une réponse doit être instituée pour la crise et pour l'urgence. La crise et l'urgence devraient diminuer si l'accès aux soins devient plus lisible, si la prévention a mené correctement son objectif et si le suivi est organisé pour éviter les rechutes. Le réseau est indispensable, ainsi que le partenariat. La période de 72 heures prévue pourrait très valablement être suivie dans les hôpitaux généraux. **L'hôpital psychiatrique**, dont les lits intra muros devront diminuer de manière significative, **n'étant que la réponse ultime en cas d'échec**. L'hospitalisation devra être de courte durée. Bien entendu tous ces critères ne pourront être respectés que si la politique de secteur en matière de prévention et de réponse existe, et si des MAS ou des maisons communautaires sont parallèlement mises en place pour les personnes qui ont besoin d'un suivi spécifique, de longue durée.

Une action vers les **généralistes** devra également être instaurée. Car ils sont les **vigiles** et les **relais** idéaux dans la prise en charge de la maladie mentale.

Les CMP doivent être ouverts et accessibles. Ils doivent faire leur travail de prévention et d'information, en plus des soins.

Une évaluation des besoins sur chaque secteur, ou sur plusieurs secteurs (territoire pertinent) ainsi qu'une évaluation objective des réponses doivent être instaurées de manière durable (pas de coup par coup).

Une véritable politique de santé doit être instaurée et suivie en ce qui concerne la santé mentale. Pour nous cela touche 6 % de la population directement, 25 % de la population ayant plus ou moins des rapports avec la santé mentale. Il faut donc informer (cela passe aussi par les généralistes) et former (études des divers professionnels).

Il nous faut un secteur fort, ouvert. *Un conseil de secteur tel qu'il a été étudié par divers intervenants serait intéressant à mettre en place dans des secteurs pilotes pour étude.* Un fort partenariat avec les associations d'usagers «premiers», telle que la Fnap Psy, et les familles, telle que l'Unafam, est indispensable. Nous avons actuellement des projets de formation importants, et d'information notamment vers les médecins généralistes.

LES ATTENTES DES FAMILLES

Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM)

Les réflexions conduites au sein du groupe de travail DHOS interviennent en parallèle avec d'autres travaux ou rapports importants en passe de modifier en profondeur les principes de prise en charge des malades et handicapés psychiques. C'est dans ce contexte que l'UNAFAM souhaite exprimer les souhaits des familles. Il est essentiellement marqué par le fait qu'aujourd'hui les patients sont majoritairement dans la cité. L'offre de soins doit donc à notre sens prendre fortement en compte cette donnée. Elle impose la présence des soignants dans la cité auprès des autres partenaires, dans une nouvelle alliance visant à promouvoir une offre de soutien continu, tant médical que social, que nous définissons comme un accompagnement adapté.

Dans les réflexions du groupe le nécessaire découpage thématique, adopté pour sérier les réflexions, correspond globalement à la chronologie schématisée du parcours psychiatrique. C'est en suivant ce schéma que nous présentons ici nos observations. Il ne doit pas nuire toutefois à l'unicité de la personne du patient. Par ailleurs deux groupes ont été constitués, relatifs respectivement à la psychiatrie infanto-juvénile et adulte, et correspondent à des préoccupations différenciées, traduites dans l'organisation du système de soin. Le souci de synthèse permanent entre les travaux des deux groupes doit permettre de fondre ces réflexions en un ensemble cohérent de propositions, visant à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique au long de leur parcours.

Les travaux du groupe ont fait émerger des constats et des propositions qui correspondent à la préoccupation des familles et à leurs attentes.

Ce préambule permet de simplifier la présentation des attentes des familles en focalisant l'attention sur les domaines les plus ressentis dans le cadre actuel de l'offre de soin.

Il faudrait se garder de penser que ce sont là les seuls points sur lesquels porte notre intérêt, mais ce sont ceux sur lesquels il nous semble que l'écart existant entre l'offre du dispositif actuel et le besoin ressenti est le plus marqué.

Par ailleurs il est demandé aux familles de s'exprimer sur leurs attentes vis-à-vis des patients adultes ou âgés. Elles le font. Et ceci est légitime au regard de leur qualité d'aidants, de soutien social et surtout de co-souffrant. Toutefois il revient aux patients eux-mêmes d'exprimer leurs propres attentes. Les deux approches peuvent avoir un caractère complémentaire ou de subsidiarité. Elles ne doivent pas être exclusives l'une de l'autre.

En effet, comme on le sait, les familles sont amenées à défendre les droits des personnes malades lorsque celles ci sont momentanément ou durablement incapables de le faire elles mêmes.

La Prévention :

Le premier contact avec le monde de la psychiatrie est ressenti négativement sur deux points, au-delà de la mauvaise nouvelle que constitue toujours l'intrusion d'une maladie :

- La forte impression d'ignorance, de manque d'information.
- La sensation d'entrer en isolement social, sous l'effet du rejet et de la stigmatisation.

La demande est donc double :

- Améliorer la relation, l'information et la formation des familles et des patients. A noter que dans ce domaine les usagers ont un potentiel d'expérience et de compétences à ajouter à celles des professionnels. Il s'exprime déjà à échelle trop réduite par l'organisation de soutiens variés (groupes de paroles, permanences d'accueil, réseau d'écoute, publications d'informations, organisation de services...). Ceci ouvre un vaste champ de partenariat pour la formation et l'information tant des professionnels que du grand public.
- Changer le regard de la société sur la maladie mentale. Ceci nous paraît être l'effort le plus «payant» qui puisse être fait pour progresser dans la prise en charge (en contribuant à lever l'inhibition des malades et des familles), comme plus tard pour progresser dans la réinsertion dans le tissu social, comme enfin pour faire admettre la maladie mentale comme une priorité de santé publique et non comme une malédiction à ignorer.

La crise et l'urgence :

C'est un des plus forts soucis des familles que de pouvoir bénéficier d'interventions d'urgence à domicile, au même titre que pour toute situation d'urgence médicale. La nécessité d'une intervention médicale ou d'une hospitalisation psychiatrique, reconnue dans un service d'urgence de l'hôpital, devrait a fortiori pouvoir l'être à domicile. La situation de dangerosité pour le patient ou l'entourage y est bien plus extrême. Les familles considèrent que les arguments divers mis en avant pour expliquer, voire justifier les carences dans ce domaine sont de peu de valeur :

- Coût économique et manque de moyens
- Obstacles de nature juridique
- Difficultés de coordination avec les services publics (pompiers, police, Samu)
- Thèses médicales même, prônant la démarche volontaire individuelle comme seule significative.

Ces obstacles réels ou virtuels ont à être supprimés ou surmontés, au profit d'une prise en charge de l'urgence de même nature que pour toutes les interventions médicales : au plus tôt, au plus près, à toute demande.

Les soins :

Le soin est tout naturellement au centre du dispositif et en constitue le chapitre le plus important. Il y a peu à ajouter à l'ensemble des analyses et propositions émises. Nous soulignerons toutefois les domaines qui nous paraissent sensibles :

- La demande de considération des patients en tant que personnes, et pas seulement en tant que patients. Ceci vise particulièrement les conditions d'accueil et d'hébergement, souvent notablement inférieures à celles de l'hôpital général, le respect des droits légaux, l'information à fournir.
- La demande de prise en compte des familles, ou de l'entourage aidant, comme partenaire à part entière dans le processus d'accompagnement au long cours. Il faudrait définitivement oublier la caricature connue : « Durant l'hospitalisation l'entourage n'est bon à rien, hors de l'hospitalisation il est bon à tout ». Ceci est d'autant plus nécessaire qu'existe à notre sens une exigence de continuité du soin, en parallèle avec la continuité de la vie sociale. Les deux dimensions ne sont pas séquentielles mais permanentes, avec leurs modulations

instantanées nécessaires. Ceci nous conduit à appuyer fortement le principe du déploiement des moyens de soins ambulatoires, moyens de cette continuité du soin.

- Toutefois on ne peut négliger le fait que dans nombre de cas l'entourage, la famille, non seulement n'est pas à même de jouer ce rôle de partenaire aidant, mais se trouve elle-même en état de détresse psychique, d'altération de santé physique dû à l'épuisement et /ou à l'âge. La conception de prise en charge du soin doit à notre sens inclure cette dimension collective de la détérioration du milieu familial.

Les soins de suite et de réadaptation :

C'est, après la crise et l'urgence, le souci majeur de l'entourage. C'est aussi le plus ambitieux chantier ouvert à la coopération de tous les acteurs partenaires :

- Usagers patients
- Usagers familles
- Soignants
- Responsables du social dans la cité

Une première exigence est de reconnaître à la personne souffrant de maladie au long cours sa qualité de handicapé psychique.

Que le terme soit stigmatisant dans le contexte social à ce jour est une chose (à combattre d'ailleurs en changeant le regard comme dit plus haut), mais le fait est patent, et sa reconnaissance est créatrice de droits indispensables.

- Le fait est patent : La maladie psychique induit des inhabiletés sociales diverses, tant dans la vie quotidienne que dans les relations sociales et les capacités professionnelles.
- La reconnaissance est créatrice de droits. Face à des conséquences analogues, en termes de désavantages sociaux, à d'autres types de handicap, des mesures de compensation adaptées doivent être disponibles.

La nature de ce soutien est essentiellement la possibilité d'accompagnement, médical et social, en continuité et sans rupture, tout au long du parcours. Ceci ouvre le chapitre du vaste débat portant sur le relais, dans les deux sens, du médical par le médico-social, les problèmes d'articulation, les transferts de charge, l'évaluation des besoins, en diversité et en quantité.

Nous plaçons sans ambiguïté l'urgence dans ce domaine. La prise en charge sanitaire des patients psychiques a démontré, par son organisation et par les progrès enregistrés de la médecine, la possibilité de rendre au corps social des personnes certes handicapées, mais pouvant retrouver une vie citoyenne moyennant les adaptations nécessaires du milieu de vie. C'est dans cette direction que nous souhaitons voir se réorienter les moyens tant médicaux que sociaux, et non dans la suppression unilatérale de lits d'hospitalisation psychiatrique.

A ce titre nous faisons nôtres les propositions du récent «Plan Santé Mentale », inspiré de nombreux travaux récents ou en cours, tels que le rapport des Dr Piel et Roelandt, les livres blancs de l'UNAFAM et celui du CICA du 20^e arrondissement, ainsi que le rapport actuellement préparé par M. Michel Charzat, relatif à l'accompagnement social des patients et de leur famille.

Nous faisons également nôtres les propositions du « Plan Santé Mentale » visant à développer la recherche médicale. Ce chapitre n'a pas été, et n'avait peut être pas à être abordé dans les travaux du groupe, mais nous sommes très attachés à ce que cet aspect de progrès dans la prise en charge de la maladie psychique soit fortement pris en compte désormais.

ANNEXE N°8

LES ATTENTES DES REPRESENTANTS DES PROFESSIONNELS DE LA PSYCHIATRIE

Contributions des syndicats et conférences suivants :

- **Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)**
- **Syndicat des universitaires en psychiatrie (SUP)**
- **Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) et comité d'action syndical de la psychiatrie (CASP)**
- **CGT**
- **FO**
- **CFE/CGC (pour les psychologues)**
- **CFDT**
- **CFTC**
- **Conférence des présidents de CME de CHS**

RAPPORT

Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale

Contribution du S.P.E.P, syndicat des psychiatres d'exercice public sur les attentes des professionnels de psychiatrie générale

Nous sommes d'accord avec les affirmations du Chapitre 1.2.1. A , cependant, nous sommes un peu las de voir décliner, de texte en texte, tout ce que la psychiatrie devrait pouvoir assumer sans que, pour autant la possibilité lui en soit donnée. Longtemps considérée comme un réservoir de moyens elle doit figurer désormais au rang des priorités de santé publique. De deux choses l'une : ou ce fait est réellement pris en compte et les moyens appropriés devront être dégagés, ou ce n'est pas le cas et ce n'est pas une incantation de plus qui changera la situation actuelle.

Nous connaissons depuis longtemps les missions qui sont les nôtres, nous demandons les moyens de les accomplir.

Nous ajouterons plusieurs points.

- 1) Lier la définition des priorités par les politiques aux moyens qu'ils entendent leur consacrer.
- 2) L'élaboration d'un outil de répartition des moyens véritablement adapté à la discipline tenant compte des temps de synthèse, de supervision et de rencontres et pas seulement de la comptabilité des actes produits. (inadéquation du P.M.S.I. en psychiatrie)
- 3) L'individualisation au plan national, au plan régional comme au plan local, des budgets dévolus à la psychiatrie.
- 4) Des mesures incitatives pour encourager les initiatives en matière de prise en charge de besoins nouveaux, notamment sur le mode intersectoriel au sein d'un bassin de vie.
- 5) Des mesures susceptibles de faire du travail en réseau une réalité tangible (participation des professionnels de santé à des synthèses communes donnant lieu à une compensation financière pour ces derniers)
- 6) Prise en compte dans les moyens alloués des charges nouvelles dévolues à la psychiatrie. (Détenus, programmes d'accès aux soins des démunis, adolescents et jeunes adultes, prévention du suicide, interventions auprès des populations traumatisées par des catastrophes naturelles ou artificielles, moyens sociaux pour pallier aux situations de précarité etc...)
- 7) Exiger que des mesures financières appropriées accompagnent les textes de loi imposant des charges supplémentaires aux services de psychiatrie ou que les responsabilités soient autrement réparties.
 - a) P.ex. : la loi sur l'exclusion dispose que les établissements de santé doivent trouver une solution d'hébergement permettant d'assurer la continuité des soins à la sortie d'un patient, alors que ceux-ci ne maîtrisent pas le parc social. Elle aurait pu imposer aux acteurs sociaux de mettre l'hébergement nécessaire à la disposition des personnes dont la présence dans un service de soin n'est plus médicalement justifiée. Cette rédaction aurait eu

l'avantage d'obliger les services sociaux à se préoccuper de ceux de nos concitoyens qui ajoutent à leur problème social celui du handicap lié à la maladie mentale.

- b) Le texte du projet de loi pénitentiaire prévoit que les détenus (tout détenu, dit le texte. Pourquoi ? il doit bien y avoir des nuances et des distinctions notamment en matière de consentement et de psychopathologie) devront être traités dans des unités sécurisées(du point de vue du risque d'évasion) sans en prévoir les moyens. Il est à craindre que la mise en place de telles unités, si pertinentes qu'elles soient, ne se fasse par ponction des moyens des secteurs par un mécanisme qui fait que la main droite ignore(ou feint d'ignorer) ce que fait la gauche. Cette politique a fait long feu et n'est désormais plus recevable. On risque d'en mesurer bientôt les conséquences .

8) Recherche et dépassement des blocages institutionnels (décloisonnement)

Il est tout à fait remarquable que l'on demande aux professionnels de travailler en partenariat alors que les institutions dont ils dépendent en sont actuellement tout à fait incapables. Certes, des progrès ont été accomplis en ce qui concerne les rapports du champ médical et du champ social comme du médico-social. Et encore, cet effort demanderait à être davantage encouragé.

Mais qu'en est-il

- a) des rapports santé/ administration pénitentiaire ?

Quand on sait que la durée de séjour d'une personne sous main de justice excède largement celle d'un patient ordinaire simplement en vertu du fait qu'aucune des administrations concernées ne veut prendre en charge son rapatriement vers la prison, les uns arguant que, sortant, il n'est plus du ressort d'un service de soins, les autres qu'il ne leur appartient pas de venir le chercher. Il paraît qu'il faut, pour résoudre ce genre de problème rien moins qu'une hypothétique réunion interministérielle. Mazette !

- b) des rapports santé/ éducation nationale ?

Lors d'une réunion récente consacrée à la question des adolescents j'ai appris que ce que j'avais déjà constaté n'était pas du à des facteurs purement locaux mais à un problème structurel lié à une politique globale de l'éducation nationale. Il semble que cette administration n'admette aucun élément étranger susceptible de déranger un certain ordre établi. Selon cette administration qui, décidément, peine à se réformer, voire est particulièrement réticente à évoluer mais à laquelle, cependant nombre de citoyens sont amenés à confier l'éducation de leurs enfants, point n'est besoin de faire appel à d'autres. Tout devrait être résolu en son sein protecteur. Il serait pourtant intéressant que les (trop rares) infirmières scolaires, les médecins, les psychologues (lorsqu'elles existent) les assistantes sociales (mises à toutes les sauces y compris convoquées à des fonctions auxquelles elles n'ont pas été préparées comme psychothérapeutes notamment) soient intégrés à une réflexion commune dont le secteur de psychiatrie générale pourrait être l'aimable génie, pourvu qu'il aie les moyens de jouer ce rôle.

9) Un besoin de reconnaissance.

Les professionnels de santé souffrent d'un manque de reconnaissance ; ce manque de reconnaissance est, comme vous le savez, mis en avant par diverses catégories de personnels. Il concerne aussi bien leur rôle en tant que techniciens de santé que celui qu'on aimerait leur voir pleinement assumer d'acteur de santé publique. Leur avis devrait être institutionnellement davantage pris en compte.

Le rôle fondamental de ces professionnels en matière de compétence technique depuis la secrétaire destinataire des premiers appels, en passant par les infirmiers, le cadre infirmier, le ou la psychologue, ne peut être assuré que par des personnes qui ne peuvent être considérées autrement que comme des maillons essentiels dans la chaîne qui conduit une personne à se décider à prendre rendez-vous. Ce rôle doit être reconnu. Au-delà de son aspect matériel, ce rôle de régulateur doit être valorisé.

Ce manque de reconnaissance concerne toutes les catégories de professionnels.

Concernant les infirmiers, il doit déboucher sur une qualification particulière pour ceux et celles qui auront choisi d'y exercer, compte tenu de l'intérêt particulier de cet exercice, intérêt que les autres disciplines seraient bien avisées de prendre en compte.

Concernant les autres catégories de personnels, même remarque.

Les praticiens hospitaliers, responsables d'unités fonctionnelles depuis la loi de juillet 1990 n'aspirent à rien d'autre qu'à jouer leur rôle d'animateurs des équipes dont ils sont responsables par délégation de leur chef de service. Encore faut-il que ce rôle leur soit pleinement reconnu.

Tout ceci devrait se traduire par des formations adéquates devant aboutir à une qualification plus particulièrement adaptée à la prise en compte de l'ensemble des facteurs.

10) Un recentrement nécessaire.

Comme indiqué dans le rapport Piel et Roelandt, le centre hospitalier ne peut être le lieu à partir duquel peut se penser une politique de santé mentale. Malgré leur excellente formation en matière de gestion, les directeurs d'hôpitaux ne sauraient être plus particulièrement compétents en matière de santé publique que les chefs de services nommés également aux fonctions de chefs de secteur en psychiatrie.

Les options que les uns et les autres devront être amenés à prendre et à soumettre au conseil d'administration devraient être éclairés par les observations des usagers et des élus locaux, dans la mesure où ceux-ci sont concernés au plus près des problèmes tels qu'ils se posent dans la cité.

Aussi accordons-nous une place privilégiée aux Conseils Locaux De Santé Mentale, impliquant différents acteurs de toutes provenances et les élus locaux. Ces conseils locaux, prévus dans la loi, devraient être mis en place afin de lutter contre une vision hospitalo-centriste persistante, encore trop prégnante et dans le

but de recentrer la politique locale de santé mentale sur les besoins réels de la population.

11) Enfin, pour ce qui concerne les psychiatres

Il conviendrait de reconnaître différents aspects de la pénibilité propre à la discipline.

a) Un exercice multi-site. Cet exercice implique une présence dans les services d'hospitalisation, mais aussi dans les C.M.P. avec une couverture du matin au soir et en soirée compte tenu des horaires de travail et de la disponibilité des consultants. Il implique également une présence dans les diverses structures du secteur. Cette présence oblige à une mobilité de chaque praticien sur les différentes

b) Une prise en charge au long cours.

En effet, l'exercice de la psychiatrie de secteur (contrairement aux prises en charges ponctuelles dont sont capables les services non sectorisés) implique des prises en charge s'étalant sur plusieurs années notamment pour ce qui concerne les psychoses dont l'évolution positive nécessite une action constante et un parcours traversant différentes structures du secteur, structures fréquentées tour à tour, parcours parsemé d'embûches mais débouchant sur une réinsertion toujours problématique mais qui ne donne jamais matière à renoncement. Il n'est pas rare de constater que de telles prises en charge s'étalent sur une dizaine d'années voire plus pour un même, praticien.

c) Un principe de non-substitution.

Mis à part des remplacements portant sur la reconduction d'un traitement médicamenteux ou sur toute autre intervention ponctuelle, la nature de la relation entre un patient et le psychiatre ou le psychologue auquel il a accepté de se confier est une relation très personnalisée. L'acte psychiatrique ne saurait être assimilé à une intervention purement opportuniste et ne peut que se situer dans la perspective d'un traitement au long cours dans lequel le facteur personnel est un élément majeur. Il suffit, pour s'en convaincre d'imaginer ce que peut être l'épreuve, à l'occasion d'un passage aux urgences, de raconter sa vie dans l'après-coup d'un passage à l'acte, puis de devoir recommencer trois ou quatre fois au fur et à mesure que l'on est trébuché de service en service, jusqu'à ce qu'enfin soit trouvée une place pour vous héberger, au grand mécontentement de professionnels surchargés.

Celui qui s'adresse à un psychothérapeute ne le fait qu'au terme d'un long débat intérieur et quand il s'est décidé, il s'attend à ce que son interlocuteur et pas un autre, réponde présent et poursuive avec lui.

Alain Vaissermann

RAPPORT

Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale

SYNDICAT DES UNIVERSITAIRES EN PSYCHIATRIE (SUP)

Place de la psychiatrie hospitalo-universitaire dans l'organisation des soins en santé mentale

La psychiatrie est une discipline médicale dont le champ d'exercice ne se confond pas avec celui de la santé mentale. On peut ainsi considérer que la psychiatrie est à la santé mentale ce que la médecine est à la santé publique. La psychiatrie appartient au champ du soin : elle repose sur une analyse psychopathologique qui prend en compte l'histoire familiale et individuelle du sujet et permet de définir une stratégie thérapeutique évolutive.

La psychiatrie hospitalo-universitaire occupe à plusieurs niveaux une place centrale dans l'organisation des soins en santé mentale en raison :

- de la spécificité de ses missions, qui concernent à la fois le soin, l'enseignement et la recherche ;
- de son rôle d'interface : les missions de la psychiatrie hospitalo-universitaire ne peuvent se concevoir qu'en articulation avec l'ensemble des acteurs en santé mentale (services non universitaires, psychiatrie libérale, intervenants non psychiatres : psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux, etc.) et des structures dédiées à l'enseignement et à la recherche (universités, INSERM, etc.). La psychiatrie hospitalo-universitaire occupe de fait une position charnière dans ces nécessaires échanges entre les professionnels de la santé et les structures d'enseignement et de recherche.

LES SOINS

- La plupart des services hospitalo-universitaires de psychiatrie sont *sectorisés*, une partie au moins de leur activité étant toutefois réservée aux soins extra-sectoriels. La très grande majorité d'entre eux est située en hôpital général, ce qui leur confère des responsabilités particulières dans la prise en charge des urgences psychiatriques et dans l'organisation de la psychiatrie de liaison en relation avec les secteurs concernés et les autres spécialités. Tant pour la psychiatrie de l'adulte que pour celle de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie hospitalo-universitaire participe ainsi à la sectorisation, à la mise en place des unités d'accueil des urgences psychiatriques, à la mise en place de pôles de psychologie médicale et de psychiatrie de liaison avec toutes les autres spécialités et collabore étroitement avec les psychiatres libéraux et les médecins généralistes ...
- Les services de psychiatrie des CHU ont, comme les services des autres disciplines, une vocation de référence et de recours régional. Cette vocation consiste notamment à développer des compétences spécifiques et à jouer un rôle moteur dans l'innovation en matière de soins. Elle est une des justifications des pôles d'activité extra-sectoriels qui doivent jouer un rôle de "lieu ressource" pour les secteurs de la région. Elle peut s'exprimer de façon très diverse : introduction de nouvelles techniques thérapeutiques, spécialisation dans la prise en charge de certaines pathologies, développement d'un réseau coopératif avec l'ensemble des acteurs intéressés par une collaboration dans ces domaines spécialisés, etc.

L'ENSEIGNEMENT

L'enseignement représente l'une des deux principales missions de l'université :

- La psychiatrie hospitalo-universitaire participe à cette mission dans le cadre des **études de médecine**, à travers la formation :
 - Des étudiants en médecine :
Enseignement théorique : organisation de l'enseignement de la psychiatrie d'adultes et infanto-juvénile, mais aussi de la psychologie médicale et de la psychiatrie d'urgence et de liaison ; organisation ou participation à l'enseignement de l'éthique, de la déontologie et de la médecine légale. Cet enseignement a été renouvelé par la réforme de la 2^e partie du 2^e cycle, qui conduit les psychiatres à intervenir dans pratiquement tous les modules transdisciplinaires.
Enseignements intégrés, dans le cadre des stages en service de psychiatrie que tout étudiant en médecine devrait être amené à effectuer.
 - Des futurs médecins généralistes : enseignement dans le troisième cycle des études médicales et, prochainement, dans le cadre de la future maquette du DES de médecine générale.
 - Des futurs psychiatres (DES de psychiatrie, DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent), des addictologues (DESC d'addictologie) et des assistants généralistes en Psychiatrie (DIU de Psychiatrie pour les assistants généralistes en Psychiatrie). La récente actualisation (septembre 2001) de la maquette du DES de psychiatrie est préoccupante dans la mesure où elle n'autorise qu'une formation maximale de 2 ans en psychiatrie d'adultes, dont 6 mois exigés en service universitaire, ce qui apparaît très insuffisant pour assurer une formation minimale à de futurs spécialistes.
- Elle participe également à la **Formation Médicale Continue** (FMC), que ce soit par une participation en tant qu'expert des psychiatres hospitalo-universitaires, ou par l'organisation d'actions de formation ciblées sur les questions de psychiatrie ou de santé mentale.
- Elle participe enfin à la formation des **intervenants dans le champ de la santé mentale**, dans le cadre d'actions de formation continue ou de formations diplômantes (Diplômes Universitaires - DU) ouvertes aux psychologues cliniciens, infirmiers, rééducateurs, travailleurs sociaux, etc.
- Ainsi qu'aux **actions de formation et d'information** pour le grand public, les associations de familles et d'usagers, dans le système éducatif ...

LA RECHERCHE

La recherche représente la seconde mission de base de l'université. Les services de psychiatrie hospitalo-universitaires y participent à différents niveaux, en relation avec les autres spécialités médicales :

- **En initiant et en coordonnant des recherches** dans de nombreux domaines d'intérêt pour la discipline (santé publique, épidémiologie, clinique, pharmacologie, biologie, génétique, etc.). Cette activité a conduit les équipes hospitalo-universitaires à collaborer étroitement avec les DRRC, notamment pour les recherches financées dans le cadre des PHRC.
Une meilleure structuration des coopérations entre équipes universitaires et DRRC devrait permettre – à travers la création de groupes régionaux - le développement de collaborations avec les équipes non universitaires et une plus grande implication de ces dernières dans la recherche.

- **En participant au développement et à l'animation de structures de recherche institutionnalisées** : intercommission INSERM "Santé mentale et pathologies psychiatriques" récemment créée ; équipes de recherche reconnues par les instances compétentes (unités INSERM ou CNRS, UPRES, Jeunes Equipes, etc).
- **En contribuant à la formation de jeunes chercheurs** par la mise en place de DEA (Diplômes d'Etude Approfondie) rattachés à des écoles doctorales.

LES STRUCTURES ET LES MOYENS

- **Le rôle d'interface des services hospitalo-universitaires** se situe à différents niveaux et dans des cadres très divers :
 - Au plan national :
 - L'intercommission "Santé mentale et pathologies psychiatriques" de INSERM, pour qui la psychiatrie représente "un domaine de recherche ... insuffisamment développé" devrait jouer un rôle majeur dans le développement de la recherche en psychiatrie, notamment en favorisant les collaborations interdisciplinaires. Le Plan Santé Mentale (novembre 2001), confirme ce nécessaire renforcement de la recherche psychiatrique dans le domaine de la clinique, de l'épidémiologie et de la thérapeutique, notamment à partir de collaborations renforcée avec l'INSERM et l'ANAES et en liaison avec le Ministère de la Recherche.
 - La Fédération Française de Psychiatrie constitue un terrain d'échanges entre psychiatres universitaires et non universitaires. Ce travail commun a d'ores et déjà abouti à diverses réflexions et propositions concernant l'organisation des soins (rédaction en cours d'un Livre Blanc, réflexion sur les psychothérapies, organisation de conférences de consensus, etc.). Au plan loco-régional, l'articulation des activités de soins, d'enseignement et de recherche pourrait s'appuyer sur divers types de structures :
 - Au plan régional, les services hospitalo-universitaires sont concernés :
 - Par le développement de structures en réseau pour la promotion des soins et de la prévention en santé mentale : en raison de leur activité extra-sectorielle, de leur implication dans l'urgence et la psychiatrie de liaison, de leurs relations souvent étroites avec la médecine de ville, de leur implication dans l'enseignement et la recherche, ils peuvent jouer un rôle pivot dans de telles organisations.
 - En tant que centres de référence (centres ressource) pour la prévention, le diagnostic précoce et le soin de pathologies spécifiques nécessitant la présence de compétences particulières et la mobilisation d'acteurs de terrain appartenant à différentes catégories professionnelles (autisme, traumatismes crâniens, maladies rares, etc.).
 - Comme élément moteur dans la constitution de structures de type fédératif pour l'organisation de la recherche en psychiatrie, proches des CRRSM (Centre Régionaux de Recherche en Santé Mentale) proposés dans le rapport Piel et Roelandt (2001).
- Récemment autonomisée sur le plan universitaire (1968), la psychiatrie dispose d'**effectifs hospitalo-universitaires insuffisants** : ils apparaissent sans commune mesure avec ceux de beaucoup d'autres disciplines ou spécialités et ne reflètent pas l'importance de la psychiatrie dans le champ de la santé publique. Du fait de cette situation, la psychiatrie hospitalo-universitaire éprouve des difficultés à remplir l'ensemble des missions d'enseignement et de recherche précédemment évoquées, que l'on attend d'elle et auxquelles adhèrent les psychiatres universitaires.

**RAPPORT DE LA DHOS
RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN
PSYCHIATRIE POUR REpondre AUX BESOINS EN SANTE MENTALE**

Nantes, le 18 Décembre 2001

**COMMENTAIRES ET RECOMMANDATIONS
DU SYNDICAT DES PSYCHIATRES DES HÔPITAUX**

Le projet de rapport est un ambitieux travail sur l'évolution nécessaire de l'ensemble du dispositif psychiatrique actuel. A partir du bilan de l'existant, le caractère très général de cette importante réorganisation impose que les préconisations soient hiérarchisées en fonction de certaines priorités.

Notre première remarque concerne l'analyse du défaut de répartition de moyens et des difficultés d'accès aux soins dans de nombreuses localités. Votre relevé des chiffres n'a pas pris que partiellement en compte le correctif utilisant les sources officielles qui vous a été adressé au nom du SPH : le nombre de lits et places adultes et enfants en dehors du système médico-social est de 91 229 en 1999 (connaissant la réduction de 1997 à 1999 nous pouvons penser que ces chiffres sont encore plus réduits). Le nombre de 106 177 que vous donnez constitue un différentiel de 14 948, ce qui est conséquent.

Sur le sujet essentiel des capacités en lits et places, au contraire de l'application aveugle d'indices d'équipement fixés il y a déjà de nombreuses années et non réactualisés en fonction de nouveaux besoins, de l'ouverture de l'hôpital et du développement des techniques de soins et des souhaits légitimes des usagers, il vaudrait mieux tenir compte des réalités de terrain d'aujourd'hui en prévoyant des études plus sérieuses sur le plan épidémiologique. Les positions idéologiques, bien qu'officiellement bannies, sont encore à l'œuvre au moment de décider de ce qui constitue un des éléments majeurs du dispositif : l'équipement "moyen" en lits et places. La décision ne peut pas se résumer à opter pour un discours ou pour un autre, au gré des modes. En cas d'erreur, la réalité de la pathologie mentale risque de peser lourd et les conséquences, outre les situations humainement dramatiques, obèreront gravement l'ensemble du projet. Une réorganisation de l'ensemble du dispositif doit d'abord passer par l'assurance de la mise en place effective d'un taux d'équipement, en structures et en hommes, qui soit adéquat quantitativement et qualitativement, appuyé sur des enquêtes documentées.

Au-delà des chiffres, alors que nous notons l'augmentation considérable de la charge en soins à laquelle le système n'est déjà plus capable de répondre de façon satisfaisante (cf. les files actives et leur augmentation exponentielle associées à une stagnation des moyens), vous préconisez une évolution vers une répartition de l'offre des soins en psychiatrie et vers un dispositif de réponse globale à l'ensemble des besoins en santé mentale. Tout le texte décline des modalités élargies de réponses

soignantes, d'interventions spécifiques, de disponibilité maximale, de formation, d'information, de réseaux et de partenariat. Or ce sont autant de soins que les secteurs cherchent déjà à mettre en place sans y parvenir correctement en respectant la hiérarchie des besoins en raison de la faiblesse de leurs moyens.

La psychiatrie a donc fort à faire pour soigner convenablement et, suivant l'avancée des sciences auxquelles elle se réfère, elle doit garantir à la population qui la consulte la nature sanitaire de ses réponses soignantes enfin assurer à chaque malade un accès possible au psychiatre et à ses compétences en même temps que la mise en disposition des techniques institutionnelles et thérapeutiques en vigueur.

Nous nous étonnons que, dans ce contexte, la problématique posée soit de favoriser l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie vers une réponse aux besoins en santé mentale. Bien qu'elle emprunte à d'autres champs de savoir, la psychiatrie demeure à part entière une branche de la médecine. En tant que discipline médicale, elle doit bénéficier de la même place et des mêmes prérogatives que les autres disciplines en matière d'enseignement, de soin et de recherche. Son articulation avec le champ médico-social ou social ne peut se faire dans une dilution de ses moyens, de ses compétences, de ses responsabilités et de son rôle de coordonnateur. Nous réfutons à ce titre la création de coordonnateur de la prévention, ce rôle dévolu au chef de secteur et délégué suivant les nécessités et les spécificités de chacun ne peut être séparé de l'ensemble de ses fonctions.

En raison de la reconnaissance de besoins croissants et non satisfaits dans le domaine de la maladie mentale, la démographie des psychiatres doit encore progresser en France, alors même qu'une régression démographique s'amorce. Cette pénurie exige un déverrouillage du numerus clausus pour une augmentation significative du nombre d'internes en psychiatrie.

Les moyens qui doivent évoluer en fonction des besoins doivent progresser en volume global. Les psychiatres sont en première ligne pour évaluer l'état actuel de l'hospitalisation publique, privée et médico-sociale dans le domaine de la psychiatrie : ils jugent que les capacités d'hospitalisation temps plein sont parvenues à leur niveau minimum. Ils ne pourront accepter de laisser sans soins psychiatriques adaptés les patients souffrant d'une pathologie mentale, qu'elle soit aiguë ou chronique.

Les articulations entre le médico-social et le secteur psychiatrique doivent être facilitées par des incitations réglementaires. Toutefois, elles ne peuvent pas permettre l'économie d'une re-médicalisation nécessaire des institutions médico-sociales.

Tout usager s'adressant au dispositif médical du secteur de psychiatrie, quelle que soit la porte d'entrée et la nature de sa demande, doit avoir directement accès à un médecin psychiatre. Celui-ci est le seul compétent pour décider de l'indication, de la prescription des thérapeutiques et des actions de soin mises en œuvre par l'équipe qu'il dirige.

Les professionnels du secteur doivent être qualifiés, leur rôle et l'articulation des différentes compétences doivent être définies par l'organisation des soins placée sous la direction du chef de service.

Si le domaine premier et direct d'intervention de la psychiatrie est la résolution des troubles psychopathologiques, la nature de ces troubles et l'extension des connaissances vers le champ des sciences humaines permettent aux psychiatres de disposer d'une compétence particulière sur les questions de prévention, d'éducation pour la santé, de formation ...etc. Ainsi, la psychiatrie est naturellement fédératrice et la référence des actions menées en réseau dans le champ de la santé mentale en articulation avec les domaines de l'éducation, de la justice, des services sociaux ...

Un plan d'urgence doit prévoir les moyens d'une psychiatrie de qualité.

a- Former des hommes

La multiplication des recours au psychiatre, l'épidémiologie des maladies mentales, l'augmentation des files actives tant publiques que privées et la multiplication des missions exigées impliquent un déverrouillage rapide du numerus clausus de l'internat en psychiatrie et une organisation précise de la voie d'accès à la spécialité psychiatrique pour les assistants généralistes.

L'équipe pluri-professionnelle de soin en psychiatrie doit être diversifiée et étoffée en personnels qualifiés. A la spécialisation des tâches dévolues aux infirmiers exerçant en psychiatrie doit correspondre le développement de compétences particulières par une formation adaptée.

b- Améliorer l'hébergement

En matière d'équipement, il paraît indispensable de développer les moyens de la psychiatrie : maintien de la capacité d'hospitalisation complète, rénovation, et adaptation du parc hospitalier, augmentation des places d'alternative à l'hospitalisation, création d'Unités d'Hospitalisation Sécurisée Intersectorielles et/ou Régionales.

La répartition nationale de ces moyens doit être soutenue par un plan d'urgences pour les secteurs défavorisés.

c- Assortir des financements adaptés aux missions demandées

Tous les chiffres officiels le montrent, la psychiatrie qu'elle soit d'exercice public, libéral ou salarial est en dépassement de capacité. Le système ne répond déjà plus correctement à la demande sanitaire. Chaque nouvelle mission, préalablement à sa mise en application, devra donc être soigneusement évaluée dans ses dimensions budgétaires (prenant en compte moyens humains et équipements) et fera l'objet d'une dotation supplémentaire. Il n'est pas concevable d'assumer toujours plus de missions avec des moyens en constante diminution.

Nous demandons d'autre part l'identification claire des moyens financiers actuellement dévolus à la psychiatrie.

Nous demandons que dans le rapport qui sera finalisé apparaissent ces remarques, celles des chiffres précis de lits et places publics et privés, celle des moyens (les trois derniers points), le rôle du secteur dans l'organisation du réseau et la place du chef de service tant dans ces dispositifs que dans sa fonction d'organisateur des différents temps de la prévention à la réadaptation.

Conclusion

Si le rapport de la DHOS établi en liaison avec celui de la DGS rend bien compte de la diversité des problèmes de santé mentale qui se posent dans notre pays et de leur grande complexité, la logique de réponse qui le parcourt est entachée d'une erreur majeure : celle de penser qu'une réorganisation des moyens, qu'une redistribution des compétences et qu'une dé-spécialisation de la psychiatrie pourrait constituer une réponse acceptable en terme de santé publique à l'inflation de la demande de soins et à la nécessaire modernisation du dispositif. Avant tout le rapport pêche donc moins par une faiblesse de l'analyse des besoins que par une extrême pauvreté de l'analyse des moyens. En collaboration directe avec les professionnels de la santé, la moitié du travail reste à accomplir : déterminer précisément les moyens nécessaires à mettre en place. Sinon, la dispersion du dispositif sanitaire dans la multitude des tâches recensées, la dilution du sanitaire dans le social, la déqualification des personnels sous le masque du transfert des compétences et la superficialité des seuls discours ne feront qu'aggraver la confusion et le malaise des professionnels et le désarroi des usagers.

Docteur N.GARRET-GLOANEC

COMITE D'ACTION SYNDICAL DE LA PSYCHIATRIE

*Syndicat des Médecins Psychiatres des Organismes Publics, Semi-publics et Privés
Syndicat National des Psychiatres Privés
Syndicat des Psychiatres Français
Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux
Union Syndicale de la Psychiatrie*

A PROPOS DU PLAN DE SANTE MENTALE PRESENTE PAR BERNARD KOUCHNER

Les psychiatres sont en phase avec les grands principes développés par le ministre et partagent sa volonté d'avancer et de perfectionner l'organisation de la prévention et des soins en psychiatrie :

- Amélioration de l'image et de l'accessibilité.
- Meilleure répartition de l'offre.
- Amélioration des conditions d'hospitalisation.
- Augmentation des alternatives à l'hospitalisation.
- Amélioration des procédures et des conditions d'hospitalisation sans consentement.

Nous souscrivons complètement à tout cela. Nous regrettons seulement la place excessive faite à une culture de la crise, de l'urgence, antinomique en psychiatrie de la qualité et la continuité des soins.

Néanmoins, pour l'essentiel, il s'agit là d'objectifs parfaitement identifiés par les professionnels depuis une bonne vingtaine d'années et pour lesquels les moyens supplémentaires réclamés ont jusque là fait défaut.

Il faudra y consacrer, y flécher pendant plusieurs années des budgets importants. Le soutien de notre ministre nous satisfait mais l'évitement de la question des moyens pour cette politique nous inquiète et un vague saupoudrage de crédits à la discrétion des ARH, n'est pas de nature à nous rassurer.

Par ailleurs le développement attendu de complémentarités, de partenariats, la mise en œuvre de réseaux coordonnés s'appuient obligatoirement sur des professionnels médicaux clairement validés et identifiés dans leurs missions et responsabilités et d'abord en nombre suffisant.

Sur tous ces aspects, l'élément clé, c'est la démographie médicale et ses perspectives catastrophiques : si nous sommes favorables à une loi cadre et prêts à contribuer à sa préparation, nous exigeons d'abord une politique active, concrète de recrutement sur tous les postes vacants à temps plein comme à temps partiel ainsi qu'un doublement progressif du nombre d'internes affecté chaque année à la discipline psychiatrie.

Nous souhaitons ensuite rappeler aux pouvoirs publics l'ensemble des principes d'orientation et d'appui pour une réforme ambitieuse de la psychiatrie :

1- La psychiatrie appartient au domaine médical.

Bien qu'elle emprunte à d'autres champs de savoir, la psychiatrie demeure à part entière une branche de la médecine. En tant que discipline médicale, elle doit bénéficier de la même place et des mêmes prérogatives que les autres disciplines en matière d'enseignement, de soin et de recherche.

La formation à l'exercice médical de la psychiatrie doit passer par un cursus universitaire théorique et des stages pratiques effectués dans les différents secteurs de psychiatrie.

En raison de la reconnaissance de besoins croissants et non satisfaits dans le domaine de la maladie mentale, la démographie des psychiatres doit encore progresser en France, alors même qu'une régression démographique s'amorce. Cette pénurie exige un déverrouillage du numerus clausus pour une augmentation significative du nombre d'internes en psychiatrie.

2- Le secteur demeure la base de l'organisation de la psychiatrie publique.

Réalisant une unité socio-géo-démographique, le secteur de psychiatrie, placé sous l'autorité d'un psychiatre Chef de service, constitue le dispositif public de prévention, de soin et de suivi des troubles psychiques et l'instance organisatrice du dispositif de santé mentale. Aussi bien dans le domaine des soins que dans celui de la prévention et des actions de santé mentale, l'organisation en secteur est le support indispensable d'un travail efficace dans le sanitaire, en articulation avec les champs médico-sociaux et sociaux.

3- La psychiatrie s'articule avec le médico-social.

Les articulations entre le médico-social et le secteur psychiatrique doivent être facilitées par des incitations réglementaires. Toutefois, elles ne peuvent pas permettre l'économie d'une re-médicalisation nécessaire des institutions médico-sociales.

Les patients vivant dans la cité doivent pouvoir disposer d'un accueil permanent et d'un accès à des soins de qualité. Il convient de répondre à leurs besoins d'hébergement par le développement d'unités de vie, en accord avec les souhaits des associations d'usagers.

4- La capacité de l'hospitalisation en psychiatrie doit être maintenue.

Les psychiatres sont en première ligne pour évaluer l'état actuel de l'hospitalisation publique, privée et médico-sociale dans le domaine de la psychiatrie : Ils jugent que les capacités d'hospitalisation temps plein sont parvenues à leur niveau minimum. Ils ne pourront accepter de laisser sans soins psychiatriques adaptés les patients souffrant d'une pathologie mentale, qu'elle soit aiguë ou chronique.

Ils rejettent catégoriquement les projets démagogiques d'arrêt des hospitalisations et de fermeture systématique des services dans les centres hospitaliers psychiatriques (CHS).

Ils soutiennent l'implantation d'unités de soins à proximité du lieu de vie des patients à chaque fois qu'elle réalise une masse critique d'environnement médical suffisant et qu'elle s'effectue au sein ou à partir des établissements de santé.

5- Les compétences professionnelles doivent être clairement définies.

Tout usager s'adressant au dispositif médical du secteur de psychiatrie, quelles que soient la porte d'entrée et la nature de sa demande, doit avoir directement accès à un médecin psychiatre. Celui-ci est le seul compétent pour décider de l'indication, de la prescription des thérapeutiques et des actions de soin mises en œuvre par l'équipe qu'il dirige.

Les professionnels du secteur doivent être qualifiés, leur rôle et l'articulation des différentes compétences doivent être définis par l'organisation des soins placée sous la direction du chef de service.

6- La psychothérapie procède de la psychopathologie.

Tout acte psychothérapique procède de la psychopathologie et donc d'une dimension clinique au moment de l'indication comme au temps de sa réalisation. De même que pour toute autre technique de soin, la psychothérapie relève d'indications qui ne peuvent être posées que par un médecin psychiatre. Elle ne peut être réalisée que par un psychiatre ou par un psychologue, seuls professionnels compétents et formés dans ce domaine.

7- L'hospitalisation sous contrainte doit être aménagée.

Au moment où la loi de modernisation de la santé est en discussion, les psychiatres demandent que des mesures prévoient clairement les conditions d'une obligation de soins pour les patients hospitalisés sous contrainte.

Telle que des projets l'ont proposée, une hospitalisation de 72 heures pour observation ne saurait être imposée à un patient sans garanties quant aux libertés individuelles et à leur contrôle. D'autre part, une telle mesure imposant systématiquement le passage par les services d'urgence, des moyens psychiatriques adaptés doivent y être prévus.

L'architecture des locaux des unités recevant des patients hospitalisés sous contrainte et en service libre doit être adaptée aux conditions de qualité de vie et de sécurité. Il n'est pas souhaitable de développer des unités réservées aux patients hospitalisés sous contrainte.

Les détenus souffrant de troubles psychiques avérés et refusant les soins en établissement pénitentiaire ne peuvent plus être admis en placement sous contrainte (H.O. D398) au sein des unités en service conventionnel sans risques importants pour la sécurité de tous. Il est impératif de créer des Unités d'Hospitalisation Sécurisée Intersectorielles et/ou Régionales, par exemple dans le cadre des UMD, afin d'offrir une réponse adaptée.

8- Le secteur de psychiatrie est l'organisateur du réseau de santé mentale.

Si le domaine premier et direct d'intervention de la psychiatrie est la résolution des troubles psychopathologiques, la nature de ces troubles et l'extension des connaissances en psychiatrie vers le domaine des sciences humaines permettent aux psychiatres de disposer d'une compétence particulière sur les questions de prévention, d'éducation pour la santé, de formation ...etc. Ainsi, le secteur de psychiatrie est naturellement l'organisateur, le fédérateur et le centre de référence des actions qu'il mène en réseau dans le champ de la santé mentale en articulation avec les domaines de l'éducation, de la justice, des services sociaux...

9- En psychiatrie, l'alliance thérapeutique est essentielle.

Le travail en psychiatrie s'effectue en partenariat avec les usagers et les associations de malades et de familles. La recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient et ses proches fait nécessairement partie du processus thérapeutique et de la pratique psychiatrique.

10- Dans le domaine des troubles psychiques, l'information doit être adaptée.

En psychiatrie d'une façon générale (et pas seulement dans le cas des hospitalisations sous contrainte), l'accès direct de la personne à son dossier médical doit demeurer limité aux données synthétisées et objectives. Trois niveaux de confidentialité peuvent être définis : 1/ Informations directement communicables au patient, 2/ informations communicables au patient avec l'intermédiaire d'un médecin tiers et communicable aux médecins traitants du patient, 3/ Informations mettant en cause des tiers ou concernant le colloque singulier, éventuellement communicable à l'équipe soignante.

11- Le C.M.P. est le pivot du dispositif de soins

Plus qu'un essor des unités médico-psychologiques aux urgences ou une présence des acteurs de soins psychiatriques dans les lieux critiques de la cité, ce sont des C.M.P. (Centre Médico-Psychologique ou Consultation Médico-Psychologique) suffisamment équipés et en véritable articulation avec toutes les autres structures qui doivent être développés en priorité. Le CMP est le centre du secteur, le lieu de ressources pour les demandes diverses provenant du médical, du social ou du médico-social.

12- Un plan d'urgence doit prévoir les moyens d'une psychiatrie de qualité.

a- Former des hommes

La multiplication des recours au psychiatre, l'épidémiologie des maladies mentales, l'augmentation des files actives tant publiques que privées et la multiplication des missions exigées impliquent un déverrouillage rapide du numerus clausus de l'internat en psychiatrie et une organisation précise de la voie d'accès à la spécialité psychiatrique pour les assistants généralistes.

L'équipe pluri-professionnelle de soin en psychiatrie doit être diversifiée et étoffée en personnels qualifiés. A la spécialisation des tâches dévolues aux infirmiers exerçant en psychiatrie doit correspondre le développement de compétences particulières par une formation adaptée.

b- Améliorer l'hébergement

En matière d'équipement, il paraît indispensable de développer les moyens de la psychiatrie : maintien de la capacité d'hospitalisation complète, rénovation, et adaptation du parc hospitalier, augmentation des places d'alternative à l'hospitalisation, création d'Unités d'Hospitalisation Sécurisée Intersectorielles et/ou Régionales.

La répartition nationale de ces moyens doit être soutenue par un plan d'urgences pour les secteurs défavorisés.

c- Assortir des financements adaptés aux missions demandées

Tous les chiffres officiels le montrent, la psychiatrie qu'elle soit d'exercice public, libéral ou salarial est en dépassement de capacité. Le système ne répond déjà plus correctement à la demande sanitaire. Chaque nouvelle mission, préalablement à sa mise en application, devra donc être soigneusement évaluée dans ses dimensions budgétaires (prenant en compte moyens humains et équipements) et fera l'objet d'une dotation supplémentaire. Il n'est pas concevable d'assumer toujours plus de missions avec des moyens en constante diminution.

Nous demandons d'autre part l'identification claire des moyens financiers actuellement dévolus à la psychiatrie.



l'esprit de conquête

Claire GARNIER POLLART
Centre Hospitalier Paul Guiraud
54 avenue de la République
94 800 Villejuif
☎ 01 42 11 70 00 (répondeur)
(poste 37-45 ou 37-43)
☎ 01 42 11 71 67 (fax)

Les attentes des professionnels
(Projet de rapport sur les recommandations d'organisation et de
fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie
pour répondre aux besoins en santé mentale)

Les professionnels attendent la définition d'une politique claire, durablement accompagnée, une définition de priorités. Ils demandent que les ambitions annoncées soient accompagnées des moyens nécessaires tant au niveau de l'investissement qu'au fonctionnement (personnel, nombre et qualification).

Actuellement, la situation de la psychiatrie publique est dramatique, les services d'hospitalisation sont saturés suite aux fermetures massives de lits sans que les secteurs disposent des moyens pour développer ni un véritable travail de réseau, ni les alternatives à l'hospitalisation. Les professionnels attendent le règlement de cette crise hospitalière et une modernisation de ce dispositif (capacité, sécurité, implantation etc.).

Les professionnels demandent un moratoire sur toute politique de fermetures de lits et de services, tant que les solutions alternatives garantissant une prise en charge de qualité au plus près du lieu de vie des patients n'ont pas été trouvées et financées. Des procédures doivent être mises en œuvre pour accompagner les relocalisations des secteurs éloignés, le développement de l'ambulatoire. Les évolutions ne doivent pas avoir d'impact négatif sur les emplois statutaires, la qualité des soins et des prestations. L'emploi doit être maintenu pour toutes les catégories. Les personnels ne doivent être mutés autoritairement. Chacun participe au fonctionnement de l'établissement de santé (soignants, socio-éducatifs, techniques, généraux et administratifs etc.).

Les conseils de service, les groupes d'expression directes doivent avoir un rôle beaucoup plus important, les personnels doivent mieux s'exprimer, davantage participer et leurs paroles davantage prises en considération.

Face à la grave pénurie actuelle des équipes de psychiatrie, la remise à niveau des effectifs qualifiés doit s'effectuer sur la base de la population des secteurs (et selon ses particularités) et non sur le nombre de lits.

Les professionnels attendent une reconnaissance de leur travail, de leurs responsabilités. Ils souhaitent des équipes conséquentes en nombre, avec des qualifications. Ils veulent également un meilleur déroulement de carrière, des augmentations de salaire.

Les professionnels sont aussi demandeurs d'une modernisation et une autre reconnaissance de la formation initiale et continue :

- Ouvertures d'écoles pour les infirmiers, les assistants socio-éducatifs, les aides soignants, etc. (professions déficitaires).*
- Reconnaissance de la spécificité des personnels en psychiatrie*
- Augmentation du nombre de bourses et de leur montant*
- Campagne d'information au niveau national et régional pour sensibiliser les jeunes aux métiers du social, de la santé et les inciter à s'inscrire dans ces formations.*

L'équipe pluridisciplinaire doit être reconnue et renforcée et les rôles de chacun clarifiés.

Les professionnels demandent à disposer de temps reconnu comme du travail effectif pour s'informer, se former, faire de la recherche clinique, multipluridisciplinaire, faire vivre le réseau, effectuer un travail d'équipe (régulation d'équipe, concertation, synthèse etc.)

*Pour la CGT
Claire GARNIER POLLART*



Contribution **FORCE OUVRIÈRE**

au projet de rapport sur les

« Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale »

Pour FORCE OUVRIERE, la Psychiatrie constitue une discipline à part entière de la médecine. Les soins sont prodigués à des milliers de personnes en situation de grande souffrance. Dans ce domaine particulier, des personnels qualifiés et des praticiens spécialisés interviennent en assurant une aide thérapeutique, un accompagnement et un soutien psychologique, et une mise en œuvre thérapeutique.

L'hospitalisation spécialisée a un rôle incontournable

Dans la prise en charge des malades psychiatriques, le Centre Hospitalier Spécialisé constitue une structure de soin participant d'une nécessité de santé publique. Son humanisation doit être développée pour améliorer les conditions d'accueil toujours plus sécurisantes pour des patients en situation d'urgence, comme pour les prises en charge moins lourdes pouvant intervenir avant que le malade ne décompense. La coopération avec les services hospitaliers relevant des disciplines somatiques doit être renforcée. Le droit des malades à disposer de lieux de soins, d'équipes soignantes et de praticiens hospitaliers spécialisés. C'est aussi un lieu de décision administrative et stratégique d'organisation des soins.

Le CHS, un instrument au service de la lutte contre l'exclusion

L'hôpital stigmatiserait au point d'altérer les possibilités d'insertion du malade? Mais l'absence de structure spécialisée telle que celle qu'offre le CHS ne conduirait-elle pas des milliers de personnes qui en seraient privées vers l'isolement, le rejet, la misère et la déchéance sociale, en un mot, renforcerait l'exclusion !

La suppression de 109 000 lits d'adultes et d'enfants entre 1970 et 1997 a-t-elle réduit pour autant le nombre de personnes souffrant d'affections psychologiques graves nécessitant une prise en charge physique en hospitalisation complète (courte ou plus durable)? La suppression unilatérale des lits d'hospitalisation psychiatrique ne répond pas à la prise en considération d'une logique de besoins, mais davantage à une maîtrise d'évolution des coûts de santé. A ce propos, le bilan de la carte sanitaire de psychiatrie du 30 juin 2001 en mettant en exergue « l'excédent national de 15 216 lits d'hospitalisation complète » en psychiatrie générale laisse craindre une nouvelle réduction des capacités d'accueil. De plus, agissant de la Psychiatrie infanto-juvénile, le taux d'équipement national en lits d'hospitalisation complète est inférieur aux barèmes nationaux .

Des dispositifs périphériques complémentaires, adaptés aux besoins, existent et doivent être développés

Dans le même temps, il est nécessaire de développer les structures d'aide et d'accompagnement dans les délimitations territoriales des secteurs géographiques qui président à la diversification des types d'organisation. Elles agissent en complémentarité voire en relais du dispositif d'accueil en hospitalisation complète, afin de répondre aux besoins cliniques diversifiés des publics.

.../...

Il est bien évident que l'intervention du soin qui demeure au centre de la prise en charge, s'enrichit des apports transdisciplinaires allant de la psychologie à l'anthropologie, intégrant l'ensemble des domaines de la vie du patient. L'étayage que constitue la famille, les proches, l'accompagnement social ou éducatif... est un élément essentiel des collaborations mises en œuvre dans le soutien apporté au patient pour favoriser la reconnaissance de ses droits citoyens et son insertion dans un environnement affectif et social préparé, voire aménagé. Le traitement ambulatoire s'inscrit dans cette logique opérationnelle.

La prise en considération de problématiques spécifiques telles que les adolescents, les mères avec leurs enfants (prise en charge pré et post natale) ou les personnes âgées nécessitent la généralisation de dispositifs ad hoc sous la forme de structures d'hospitalisation complète et d'accueil de jour.

Les Centres Médico-Psychologiques complètent le panel d'intervention et de prévention. Mais l'accès aux consultations met en évidence une véritable embolisation des services qui par insuffisance de moyens en professionnels doivent différer des sollicitations formulées en urgence ou nécessitant une évaluation diagnostique rapide en vue d'une orientation vers des dispositifs spécialisés.

Le partenariat avec les services spécialisés dans l'accompagnement pour l'accès au logement (ou le maintien), à l'emploi (ou son maintien) et à la formation, est un axe essentiel de la complémentarité des interventions. Complémentarité de missions, de compétences et de champs professionnels spécifiques. Les acteurs de soin s'engagent dans des actions concertées avec les structures et les professionnels du social, du médico-social, de l'éducation ordinaire et spécialisée, ou les dispositifs de l'insertion socioprofessionnelle. La complémentarité ne peut être synonyme de fusion et de confusion ou de substitution par subsidiarité de missions et de moyens. La complémentarité des opérateurs de terrain est une réalité vécue dans des collaborations agies.

L'approche psychosociale intervenant en complémentarité de l'action médico-psychothérapeutique, est portée par des structures et des professionnels référés à des champs de compétences diversifiés, qu'il s'agisse du social, du médico-social, d'autres structures sanitaires ou bien de domaines couverts par la politique de la ville (logement, mixité sociale, développement urbain...). C'est dans une collaboration autour de la reconnaissance du statut de la personne aidée *en souffrance ou malade sans souffrir*, que se définissent de façon coordonnée les actions à conduire, en mobilisant dispositifs et professionnels.

Le droit au soin, élément constitutif des droits généraux de la personne

Le droit au soin exprimé par le panel des réponses offertes par les dispositifs institutionnels, passe par la reconnaissance du handicap psychique ouvrant accès à des droits liés aux types de handicaps et impliquant des mesures de compensation du fait d'un désavantage social, de difficultés dans la vie quotidienne...

Le droit des malades n'est pas dissociable de la nécessité de disposer de lieux de soins, d'équipes soignantes et de praticiens hospitaliers spécialisés formés pour être à l'écoute des patients

La question de la prévention

Dans les lieux de vie ordinaires, il est à considérer le constat de souffrances psychiques observées parmi des populations de plus en plus fragilisées par l'érosion du lien social et la montée des exclusions (perte d'emploi, errance...). Une fraction non négligeable est atteinte de maladie mentale qui se traduit par l'addiction, la dépression, l'isolement, l'angoisse, la violence...

L'absence de moyens alloués aux structures de secteur ne permet pas de véritable « maillage » des interventions de prévention des services de proximité agissant dans le cadre de dispositifs spécialisés : travailleurs sociaux, Centres Communaux d'Action Sociale, Missions Locales... Et il ne saurait s'agir de redéployer des moyens de la structure hospitalière, déjà insuffisants, vers ces unités de proximité pouvant intervenir directement auprès des usagers, mais également des structures où s'exprime la souffrance des personnes.

Les attentes des professionnels

- La reconnaissance des qualifications professionnelles
- L'adaptation des moyens aux besoins recensés
- L'augmentation des quotas de formation
- Des moyens favorisant la formation continue

Organisation et fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie

Attente des professionnels

- Eviter toute confusion entre les patients à structure organisée et stabilisée et les adolescents à structure évolutive et non stabilisée.
- Traitement différencié à prévoir et création pour les adolescents de « petites unités » facilitant la coordination entre structure d'accueil, famille, centres d'enseignement général (secondaire, universitaire) sportifs ou artistiques....
- Nécessité de création d'équipes : psychiatre, psychologues à temps plein (meilleure intégration dans les équipes), paramédicaux. Ces personnels ne pouvant être recrutés que sur justification d'une formation adaptée par délivrance de titres créés à cet effet. Cette qualification pourrait faire l'objet de l'attribution d'une prime spécifique.
- Les psychologues demandent à être représentés en qualité de « psychologue » dans les organismes appelés à statuer sur leur sort tant sur les conditions d'exercice de leurs fonctions que sur les échelles de rémunération.
- L'insuffisance notoire des effectifs et des investissements traduit un besoin crucial de crédits.

Février 2002

Claire ROBILLARD
Pour les psychologues - Délégué syndical CFE/CGC



Les attentes des professionnels

1/ Le malade mental

Le respect de l'intégrité de la personne atteinte de troubles ou souffrances psychiatriques passe par :

- le recours exceptionnel à l'hospitalisation temps plein,
- une offre de soins diversifiée,
- sa participation active,
- un accompagnement social du début à la fin de la prise en charge ou du suivi,
- un accueil, des locaux, des procédures humanisées.

2/ la politique de santé mentale

Les fondements qui ont présidé au passage du « tout hôpital » à la « psychiatrie de secteur » doivent être réactualisés. Ceci évitera que la maîtrise de l'évolution des coûts de santé soit le seul argument retenu pour justifier l'évolution en cours.

L'organisation en secteur (un territoire, une population, une équipe) reste le moyen (et non un objectif) pour favoriser :

- une offre de soins pertinente en fonction de la sociologie et de l'épidémiologie de la population donnée, proche et diversifiée,
- une forte cohésion entre prise en charge « médicale » (sanitaire) et accompagnement social (en lien avec les acteurs de la cité)

Chaque secteur doit avoir son projet construit des réalités de son espace géographique, sociologique, épidémiologique... ses réponses doivent donc être spécifiques,

Le Centre Hospitalier (spécialisé) n'est plus la réponse unique du service public de psychiatrie, n'est plus le cœur du dispositif du secteur, c'est le Centre Médico psychologique.

L'emplacement géographique et l'ouverture des structures doivent correspondre aux besoins des usagers. Mais des mesures d'accompagnement (financière) doivent être mises en place afin de faciliter la mobilité des professionnels.

3/ les professionnels

La formation initiale ne prépare pas suffisamment aux différentes pratiques et à leur évolution. Des formations d'adaptation à l'emploi doivent être dispensées.

L'implication de plus en plus fréquente de l'environnement du patient (famille, établissement d'accueil, voisins de quartier) appelle une attention, voir une formation particulière.

L'élaboration du projet de secteur doit associer l'ensemble des intervenants intra et extra hospitaliers.

La lourdeur de certaines unités doit être prise en considération et entraîner une recherche permanente d'amélioration des conditions de travail.

Organisation et fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie : Attente des Professionnels

Les personnels quelque soit leur fonction, sont pleinement investis dans la dynamique de secteur. Ils en espèrent la pleine réussite au profit des personnes en souffrance.

C'est pour cela qu'ils revendiquent des réajustements.

Affirmée en tant que telle, cette politique est souvent freinée, malmenée par un hospitalisme récurrent. Celui-ci est important pour les secteurs dépendants des grands centres spécialisés, mais aussi pour d'autres raisons pour les secteurs liés aux établissements généraux.

Ils attendent :

- Un réajustement de la formation initiale infirmière.
- Un rééquilibrage et une augmentation des moyens humains, notamment pour les activités ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation.
- Une réflexion sur la situation administrative et la rémunération des agents :
En psychiatrie publique, les personnes s'investissant dans les structures nouvelles ou ambulatoires peuvent se voir défalquer un certain nombre de primes liées à l'activité en unité d'hospitalisation. Beaucoup utilisent leur véhicule personnel, leur téléphone etc. pour le travail. Un accompagnement social s'impose.
- Une réflexion et des moyens pour l'amélioration de la sécurité des personnels.
- Un effort immédiat et sans précédent vis à vis des médecins :
Répondre au problème démographique
Les former à l'idée de « travailler ensemble ». Beaucoup de professionnels se plaignent du caractère individualiste de la pratique médicale.
- Améliorer la formation continue en développant les échanges d'expérience.
- Construire des lieux d'élaboration de la politique de réseau, d'échanges sur les pratiques, de réflexion sur les rôles et compétences.
- La prise en compte du coût indirect du soin. Cette notion est cruciale pour les personnes travaillant en milieu libéral (médecins participant aux réunions de concertation ou synthèses etc.)
- La nécessaire polyculture à l'intérieur des équipes. Chaque groupe doit pouvoir revendiquer plusieurs approches.

POSITION ET ATTENTES DE LA CONFERENCE DES PRESIDENTS DE CME DE CHS

La Conférence des Présidents de CME de CHS a régulièrement participé aux travaux du groupe DHOS chargé d'élaborer des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale.

La Conférence constate avec satisfaction que l'organisation des soins en psychiatrie a fait l'objet d'un travail sérieux de la part de la DHOS. Néanmoins elle déplore que toute la diversité et la richesse des expériences actuellement mises en place sur les secteurs de psychiatrie n'aient pu être recensées et explorées de manière suffisamment exhaustive.

Elle note cependant le souci d'optimiser les dispositifs de soins afin de mieux répondre aux besoins en Santé Mentale.

Elle remarque que les rédacteurs du rapport expriment beaucoup d'espoir de mobilisation d'acteurs multiples autour de la souffrance psychique que ce soit au sein des dispositifs de soins actuels ou dans un cadre spécifique appelé réseau.

A ce sujet et avant de parler des attentes on pourrait exprimer un regret : l'absence des partenaires du futur réseau dans les discussions du groupe : pas de représentants des collectivités locales (Mairie ou Conseils Généraux en charge du social) ; pas de représentants de l'Education Nationale ; pas de représentants de la justice. D'où l'impression de discussions qui tournent parfois un peu « à vide » : si sur le terrain les acteurs de la santé mentale savent depuis longtemps comment motiver des enseignants ou des travailleurs sociaux par rapport à des situations précises et identifiées, on a l'impression qu'au niveau central il existe une certaine « frilosité » à organiser un vrai débat avec des acteurs autres que ceux faisant traditionnellement partie de la santé.

L'idée du réseau est bonne en soi et est d'ailleurs à la base de l'idéologie de la pratique de secteur ; bon aussi est ce souci de faire du réseau le centre de l'organisation du soin et du projet de vie de l'utilisateur en souffrance psychique.

Mais l'idée généreuse du « tous pour un , un pour tous » n'est pas acquise d'avance et ce d'autant plus qu'en filigrane se situe un usager plus « participatif » c'est à dire plus exigeant sur les services proposés (ce qui est bien car il y a là une évaluation de la satisfaction de l'utilisateur), mais aussi plus revendicatif et donc porteur potentiel de davantage de contentieux ; chaque acteur du réseau aura alors le souci de ne pas dépasser sa zone de compétence et d'avoir les moyens d'exercer pleinement sa responsabilité (mais pas plus).

En effet, dans le champ de la santé (comme dans d'autres), il faut certes organiser le fonctionnement des structures entre elles, mais également prendre en compte le niveau de responsabilité de chacun des acteurs : la responsabilité juridique des médecins est au cœur de la pratique et de l'organisation des soins en France.

Peut être faudrait t'il que le groupe et les rédacteurs réfléchissent sur le moment de la mise en route de l'appareil médical et définissent avec précision à quel moment le médecin psychiatre engage une quelconque responsabilité vis à vis de l'utilisateur. Actuellement les actions des médecins généralistes et des psychologues libéraux n'engagent

qu'eux et c'est parfait ; mais les actions des médecins hospitaliers et des psychologues de secteur engagé, peu ou prou, la responsabilité du chef de service et ce dernier doit donc pouvoir garder une main sur la manœuvre, un regard et une possibilité d'intervention sur leur activité.

La question est posée de l'accès systématique à un psychiatre du sujet en souffrance avec une réponse en demi teinte du type « si l'usager le désire ». Cette réponse doit alors avoir un prolongement juridique et dégager le psychiatre (public ou privé) des conséquences légales du choix de l'usager ; à l'hôpital notamment cela remet en cause toute l'architecture « médicalisée » du dispositif et de l'organisation de la prise en charge du patient. Cette remise en cause préoccupe les Présidents de CME.

Par ailleurs, il n'est pas identifié de porte d'entrée précise dans le réseau et on ne sait pas quel discours initial (évaluation, diagnostic, etc...) sera porté sur cette souffrance psychique ; la démarche serait plutôt de faire un diagnostic par élimination qu'un diagnostic positif initial. La porte d'entrée dans le réseau apparaît floue et peu efficace surtout pour les sujets les plus malades. Ce flou clinique inquiète les présidents de CME.

De plus le groupe, s'il propose des modèles de fonctionnement, évite d'envisager la faisabilité de ses propositions : la notion d'accès aux soins pour tous sur tout le territoire national implique la notion de fonctionnement des équipements en service : cela implique de définir des normes de sécurité en dessous desquelles ces équipements seraient inopérants et ne pourraient donc plus remplir leur mission. En psychiatrie cela se traduit par la définition qualitative et quantitative, des moyens humains mis à disposition de la population.

En résumé, les attentes des Présidents de CME de CHS peuvent se résumer ainsi :

- Nécessité d'une approche clinique de la Santé Mentale, impliquant une évaluation initiale clinique des situations ;
- Nécessité d'une concertation des différents acteurs au plus haut niveau ;
- Nécessité d'une prise en compte et d'une définition claire des responsabilités des professionnels et notamment des psychiatres et des chefs de service ;
- Réaffirmation de la place des chefs de service et des CME dans l'organisation des soins au sein et à partir de l'hôpital.
- Nécessité de l'évaluation des besoins et des moyens nécessaires pour permettre un fonctionnement des dispositifs dans des conditions suffisantes de sécurité.
- Nécessité d'une étude détaillée sur la réalité des pratiques et des fonctionnements actuellement mis en place dans les secteurs de psychiatrie.

Pour la Conférence des Présidents de CME de CHS

Dr Bernard CAZENAVE

ANNEXE N° 9

LISTE DES MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

1- Représentants des syndicats médicaux :

- **M. le Dr Malapert** (psychiatre au CHS de Perray-Vaucluse-91) **INPH**
- ou **M. le Dr Milleret, ou M. le Dr Vaisssermann**
- **M. le Pr Hardy** (psychiatre au CHU de Bicêtre-94) **SNAM**
- **M. le Dr Pénochet** (psychiatre au CHU La Colombière-34) **CHG**
- **M. le Dr Marciano** (pédopsychiatre au CH de Béziers-34) **CMH**

2- Représentants des syndicats des personnels hospitaliers :

- **Mme Garnier** (assistante sociale au CHS Paul Guiraud à Villejuif-94) **CGT**
- **M. Boyé** (éducateur spécialisé au CDSF de Talence-33) **FO**
- **Mme Robillard** (psychologue à la clinique Georges Heuyer-75013) **CFE/CGC**
- **M. Jacquenet** (infirmier au CHS La Chartreuse à Dijon-21) **CFDT**
- **Mme Schuler** (psychologue à l'EPSM Alsace-Nord de Brumath-67) **CFTC**
- **Mme Romano** (surveillante-chef au CHS de Bron-69) **UNSA/FNA**
- **M. Sœur** (directeur du CH de Mont-de-Marsan-40) **SNCH**

3- Représentants institutionnels :

- **M. De Riccardis** (directeur du CH Charles Perrens de Bordeaux-33)
conférences des directeurs de CH et de CHU
- ou **M. Barral** (DA au CHU de Montpellier-34)
- **M. le Dr Kiegel** (urgentiste au CH d'Aix en Provence)
conférence des présidents de CME de CH
- **M. le Dr Cazenave** (pédo-psychiatre à Fort-de France-972)
conférence de présidents de CME de CHS
- ou **Mme le Dr Beyer** (pédo-psychiatre au CH St Jean de Dieu à Lyon)
- ou **M. le Dr Beaussier** (président de la CME du CH Charles Perrens à Bordeaux)
- **Mme Charvet-Protat** **FEHAP**

4- Représentants des usagers :

- **M. Hargous ou M. Briard ou Mme Felder** **UNAFAM**

5- Personnalités qualifiées désignées par l'administration :

- **Pr Rufo** (pédo-psychiatre à l'hôpital Sainte-Marguerite-APM-13)
- **Dr Kannas** (psychiatre, membre permanent de la mission nationale d'appui en santé mentale)
- **Dr Urbain** (médecin généraliste dans les Yvelines, membre du réseau Yvelines sud)
- **Dr Asensi** (pédiatre, chef de service au CH de Pontoise-95)

6- Représentants de l'administration :

- **DDASS-DRASS-ARH- Administration centrale**
Mme le Dr Bensadoun (MISP DDASS 13)
Mme Lemoine Pape (ARH de Bretagne)
Mme le Dr Gravelat (DRASS Lorraine)
Mme le Dr Rousseau, Mmes Bonnafous, Viard, Heyraud (DHOS/O2)
M. Caire (DHOS, directeur de projet)
Mme Bronnec (DHOS/PMSI)
Mme le Dr Guyot, Mme Barichasse (DGS/SD6C)
Mme le Dr Barrès (DGAS)

ANNEXE N° 10

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES

LA PREVENTION

- Mme le docteur ELBAZ, psychiatre, unité mère et enfant du centre hospitalier du Vinatier,
- Mme le docteur MONTCHABLON, psychiatre, clinique médico-universitaire Georges Heuyer et Mme PRADEL-PAVESI, proviseur-adjoint à l'annexe du lycée Claude Monet,
- M. le Professeur TERRA, psychiatre, centre hospitalier du Vinatier,
- M. le docteur DEMONGEOT, psychiatre et Mme CLERC, centre psychothérapique de Nancy.

LA REPOSE A LA CRISE ET A L'URGENCE

- M. le docteur ECHE, psychiatre, centre interhospitalier d'accueil permanent pour adolescents, centre hospitalier de Maison-Blanche,
- Mme le docteur CHEVRELOT, centre hospitalier de Saint-Egrève.

LES SOINS

- Mme le docteur VACHER-NEILL, clinique Georges Heuyer, et M. le docteur BATLAJ, clinique Dupré,
- Mme le docteur BLANC-PARDIGON, pédiatre, au centre hospitalier de Salon de Provence,
- M. le docteur MINARD, psychiatre, centre hospitalier de Dax,
- M. le docteur GALAIS, médecin généraliste.

LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

- M. le docteur VIDON, psychiatre, centre hospitalier d'Esquirol,
- M. DIDIER du centre hospitalier du Vinatier.