

Ecole Nationale de la Santé Publique

**REUSSIR L'IMPLANTATION D'UNE CLINIQUE
D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE DANS LE DIX-
NEUVIEME ARRONDISSEMENT DE PARIS :**

**L'expérience de la clinique Remy de Gourmont
(E.P.S. MAISON BLANCHE)**

BENOIT SEVCIK

Mémoire d'Elève Directeur d'Hopital
Promotion 1998- 2000

Octobre 1999

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de mémoire , le docteur Gérard MASSE, pour son aide précieuse lors de la rédaction de ce mémoire et ses réflexions éclairantes sur l'histoire et les perspectives du dispositif de prise en charge de la santé mentale.

Mes remerciements vont également à Patrick MORDELET, directeur de l'E.P.S. Maison Blanche, à ses collaborateurs et à l'ensemble des professionnels de cet établissement qui ont fait que ce mémoire ait un objet.

PLAN DU MEMOIRE

liste des sigles utilisés	6
Introduction	7
Première partie : mise en perspective de l'expérience de la clinique Remy de Gourmont	10
1. L'évolution du statut de la maladie mentale	11
2. Vers une psychiatrie ouverte : contexte et portée du rapport MASSE	14
3. Présentation de Maison Blanche	17
4. Le projet d'établissement de Maison Blanche	23

Deuxième partie : mise en œuvre de l'expérience Remy de Gourmont **29**

1. fondements et définition du projet médical 30
2. traduction architecturale et difficultés techniques 41
3. logistique 45

Troisième partie : analyse du fonctionnement de Remy de Gourmont **50**

1. analyse de l'activité de la clinique 51
2. analyse de l'adéquation entre le fonctionnement et les objectifs initiaux 57

Quatrième partie : propositions opérationnelles pour un meilleur fonctionnement de la clinique Remy de Gourmont	62
1. achever la déconcentration administrative	64
2. renforcer la mise en réseau de la clinique	68
3. faire évoluer les perceptions et les comportements	73
Conclusion	78
Bibliographie	81
ANNEXES	85

SIGLES UTILISES

AA	appartement associatif	DRASS	direction régionale de l'action sanitaire et sociale
AFT	accueil familial thérapeutique	DIM	département de l'information médicale
APHP	assistance publique hôpitaux de Paris	EPS	établissement public de santé
ASH	agent de service hospitalier	ETEH	entretien technique extra- hospitalier
CADIS	centre d'analyse et d'intervention sociologique	ETP	équivalent temps plein
CAT	centre d'aide par le travail	GPEC	gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	HO	hospitalisation d'office
CHG	centre hospitalier général	HDT	hospitalisation à la demande d'un tiers
CIS	cadre infirmier supérieur	HL	hospitalisation libre
CI	cadre infirmier	IPPP	infirmierie psychiatrique de la préfecture de police de Paris
CMP	centre médico- psychologique	MB	maison blanche
COM	maison communautaire	PH	praticien hospitalier
CPOA	centre psychiatrique d'orientation et d'accueil	RG	remy de gourmet
CRAMIF	caisse régionale d'assurance maladie de la région Ile de France	SAU	service d'accueil des urgences
DASS	direction de l'action sanitaire et sociale	SIDA	syndrome d'immuno- déficience acquise
		ZAC	zone d'aménagement concerté

INTRODUCTION

Le dispositif de soins en santé mentale fait l'objet, ces dernières années, d'une attention renouvelée en raison des enjeux particuliers de santé publique que sa réorganisation revêt. Un récent projet de circulaire a, par exemple, rappelé les deux priorités qui lui sont assignées : mieux adapter le dispositif sectoriel aux besoins de la population, coordonner et intégrer les établissements de santé participant à la lutte contre les maladies mentales dans le tissu sanitaire, médico - social et social. L'hôpital psychiatrique se trouve ainsi au cœur des problématiques actuelles : création de réseaux de soins, prise en charge de la précarité et de la prévention de l'exclusion, restructurations hospitalières fondées sur l'analyse des besoins sanitaires des populations.

La création d'une clinique d'hospitalisation à temps complet dans le dix-neuvième arrondissement de Paris par transfert de services implantés sur un site hospitalier traditionnel constitue une opération de restructuration qui mérite de faire référence. Ce mémoire abordera cette restructuration selon trois angles d'analyse qui correspondent aux différents niveaux de lecture auxquels doit s'astreindre un manager hospitalier :

sur le plan des enjeux politiques et sociaux liés à l'activité hospitalière, cette création revêt une portée particulière eu égard au statut spécifique de la santé mentale dans nos sociétés : l'insertion d'une structure d'hospitalisation psychiatrique dans Paris est une opération difficile mais qui est susceptible de rendre à la souffrance mentale une visibilité sociale ;

sur le plan de la santé publique, cette implantation se fonde sur la nécessité de révéler et de mieux répondre aux besoins sanitaires d'une population par la mise en place d'un réseau différencié et pluri -institutionnel de prise en charge et par le rapprochement des lieux d'hospitalisation du domicile des patients ;

sur le plan de l'organisation hospitalière, l'opération Remy de Gourmont constitue la première concrétisation de la transformation d'un hôpital psychiatrique traditionnel en un établissement public de santé novateur organisé sur le fondement d'un réseau de structures de soins diversifiées et déconcentrées.

La clinique Remy de Gourmont, ouverte aux patients le 13 mars 1998, marque donc de ce triple point de vue une étape décisive dans l'histoire du centre hospitalier spécialisé de Maison Blanche. Elle concrétise en effet l'évolution amorcée en 1994 sous l'impulsion d'une nouvelle équipe de direction et s'inscrit dans le cadre des évolutions de long terme de la psychiatrie publique. Elle doit par conséquent s'apprécier au regard tant du statut problématique de la maladie mentale dans notre pays que des dysfonctionnements particuliers d'un hôpital psychiatrique traditionnel (première partie).

L'ouverture de cette structure de soins délocalisée a résulté d'un processus de longue haleine ayant impliqué l'ensemble des acteurs de l'établissement. De l'impulsion stratégique initiale à l'accueil des premiers patients, l'analyse de ce processus est indispensable à la compréhension du fonctionnement actuel de la structure.(deuxième partie)

Après dix- huit mois de fonctionnement, la clinique Remy de Gourmont offre un tableau contrasté qu'il importe d'appréhender tant du point de vue des conséquences de son ouverture sur l'activité sectorielle que des effets induits sur les comportements des professionnels concernés. (troisième partie)

Ces éléments d'analyse permettront de présenter des propositions opérationnelles qui nous ont paru susceptibles d'assurer la pérennité et de renforcer l'exemplarité de l'opération de restructuration présentée dans le cadre de ce mémoire. (quatrième partie)

PREMIERE PARTIE

PREMIERE PARTIE :

MISE EN PERSPECTIVE DE L'EXPERIENCE DE LA CLINIQUE REMY DE GOURMONT

1. L'évolution du statut de la maladie mentale

L'analyse de l'expérience mise en œuvre par l'établissement public de santé Maison Blanche ne peut faire l'économie d'une présentation préalable de l'évolution de long terme du dispositif de santé mentale dans notre pays. Ce rapide panorama permettra de démontrer en quoi l'ouverture de la clinique Remy de Gourmont constitue un enjeu majeur en termes sociaux, de santé publique et d'organisation hospitalière.

L'évolution du statut de la maladie mentale au cours des derniers siècles ne fait pas l'objet d'une analyse consensuelle de la part des spécialistes en sciences sociales. **Michel Foucault** décrit le grand enfermement de l'âge classique comme une rupture, comme les prémises d'une vaste réduction au silence qui culminera avec la prétention d'un savoir psychiatrique à se poser en science objective de l'altérité fondamentale [1]. **Gladys SWAIN** réfute cette position et considère au contraire que l'enfermement classique puis l'avènement de la discipline psychiatrique sont deux étapes à considérer en continu d'un mouvement d'inclusion de l'aliénation, inclusion dont l'âge pré-classique tel que le présente Foucault constitue l'exacte contradiction [2]. " *La naissance de l'aliénisme marque une rupture décisive avec une ancienne logique de l'altérité qui enfermait l'insensé dans son absence à lui-même en*

*même temps qu'elle le retranchait du commerce de ses semblables¹ ". Gladys SWAYN fonde cette théorie sur une étude minutieuse du Traité médico- philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie de PINEL. Avec **PINEL**, la folie n'est plus perte abstraite de la raison, mais elle devient " contradiction au sein de la raison toujours présente² ". Dès lors, elle n'est plus abolition et le fou est désormais " sujet de sa folie ". Entre ce sujet et le thérapeute, un dialogue est possible et la guérison s'affirme comme une perspective réaliste.*

Cette problématique du statut de l'aliéné, tiraillé entre la tentation de l'altérité et la foi en la possibilité d'un dialogue avec l'insensé, demeure sous- jacente à l'histoire du dispositif de prise en charge de la santé mentale dans notre pays.

La loi de 1838, si elle définit de premières garanties au profit de l'aliéné, n'en demeure pas moins une loi d'ordre public qui relègue le malade mental dans des asiles départementaux. Certes, le mode de vie campagnard est alors considéré comme une modalité thérapeutique. Mais, l'implantation systématique des asiles départementaux à la périphérie des agglomérations n'en est pas moins un renoncement. Dans la déclinaison psychiatrique de la politique d'assistance mise en place au dix-neuvième siècle, " *la sauvegarde des intérêts pécuniaires des malades et la protection de la liberté individuelle en même temps que la sécurité publique allaient à l'encontre de toute volonté d'insertion³. "*

Le génocide passif des malades mentaux pendant l'occupation démontre les limites de cette existence sociale " périphérique ". Dans le prolongement de l'hygiénisme social et dans la mouvance de l'affirmation de la psychothérapie institutionnelle, les fondateurs du secteur prônent une réelle désaliénation. La circulaire du 15 mars 1960 pose nettement que le malade mental a sa place au cœur même de la communauté. L'arrêté du 14 mars 1972 définit les règles

¹ Marcel GAUCHET [3]

² HEGEL [4] pp 212- 213

financières et un véritable plan d'organisation départemental qui permettent le renforcement du secteur extra- hospitalier. Sa mise en place sera lente et imparfaite.

Si une vision optimiste et progressiste fait du texte de 1960 l'aboutissement d'un long processus d'acceptation et d'intégration de la maladie mentale, il semble plus réaliste de penser que cette intégration demeure problématique, fragile et réversible. Cette fragilité est manifeste quand, à compter du milieu des années quatre-vingts, dans le contexte d'une rigueur budgétaire accrue, s'affirme un discours anti-psychiatrique. Pour de nombreux responsables institutionnels et hospitaliers, la psychiatrie devient un réservoir de ressources qui devraient être redéployées vers l'hôpital général. Sa moindre technicité, le fait que son " plateau technique " soit essentiellement humain, la fragilité de ses résultats thérapeutiques sont autant de prises pour un discours et une analyse réducteurs. Il faudra attendre une décennie pour que la découverte du concept de psychiatrie de liaison et une attention plus soutenue aux fondements ou aux manifestations psychologiques de nombreuses affections somatiques laissent espérer une plus grande ouverture d'esprit à l'égard du dispositif de santé mentale. Le rapport MASSE⁴ et ses implications auront entre temps opéré une révolution lente et partielle des esprits.

³ Patrick MORDELET [5]

⁴ Gérard MASSE [6]

2. Vers une " psychiatrie ouverte " : contexte et portée du rapport MASSE

En juin 1991, Bruno DURIEUX confie à Gérard MASSE, psychiatre au Centre hospitalier de Perray - Vaucluse (Essonne) " *une mission sur le développement de la psychiatrie à l'hôpital général dans la perspective d'une meilleure intégration de la santé mentale au système général de santé* ".

Dans son rapport remis en mars 1992, Gérard MASSE dresse un tableau précis de la situation de la psychiatrie française plus de trente années après la circulaire du 15 mars 1960. S'il souligne la relative efficacité du dispositif pour le suivi des psychotiques au long cours, il n'en relève pas moins la persistance de trois hypothèques majeures :

- L'hétérogénéité des moyens ;
- L'absence de coordination entre les structures publiques, privées et associatives ainsi qu'entre le sanitaire et le médico- social ;
- La non harmonisation trop fréquente à l'échelon local des objectifs des administrations hospitalières, des équipes soignantes et des services extérieurs, non soumis à une pression des usagers.

Ce constat fait, il définit différents types de structures considérées comme autant d'étapes du développement d'un nouveau modèle d'organisation de la psychiatrie, la "**psychiatrie ouverte**". Contrairement à un contresens commis tant par ses opposants que par ses zéloteurs, le rapport MASSE considère que ce modèle concerne tout autant les services de psychiatrie en Centre Hospitalier Général (CHG) que les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS). Le transfert de services psychiatriques du CHS vers le CHG n'est dès lors qu'une modalité d'évolution justifiée par un contexte local et ne saurait être posé en postulat.

La "psychiatrie ouverte", concept appelé à un certain retentissement et mis en œuvre avec l'appui d'une administration de mission ad hoc (La mission nationale d'appui en santé mentale), était en 1992 la préfiguration de ce que l'ensemble du monde hospitalier appelle de ses vœux au travers de la "mise en réseaux" des structures sanitaires publiques, privées et associatives, ainsi que des structures sociales et médico-sociales. Le développement de la psychiatrie à l'hôpital général était, depuis le début des années quatre-vingts, une priorité de la politique de santé mentale en France.

Pourtant, la publication du rapport MASSE cristallisa les positions des principaux acteurs de la psychiatrie publique. En particulier, une difficulté majeure naquit de ce que Thomas KHUN⁵ nomme un "paradigme de la spécificité". **Robert CASTEL**, dans ses ouvrages sur l'histoire professionnelle des psychiatres français [8, 9], démontre comment la politique du secteur ne rompt pas totalement avec la logique asilaire. En effet, l'histoire de la médecine aliéniste révèle une volonté de pérenniser et de valoriser la spécificité de cette spécialité⁶. Dans un article paru en avril 1998, la sociologue **Anne DEPAIGNE** souligne en particulier que pour les opposants au rapport MASSE "*la mise en cause d'un seul élément du paradigme, en l'occurrence la*

⁵ T. KUHN [7]

⁶ M. GAUCHET, G. SWAYN [10]

*spécificité du lieu de soin, semble menacer l'édifice tout entier*⁷ ". Dans le même temps, ceux qui voyaient en le dispositif psychiatrique un réservoir de ressources pour l'hôpital général feignent de trouver en Gérard MASSE le héraut d'un transfert massif des moyens de la psychiatrie vers les hôpitaux généraux.

Dès lors, l'intégration dans un véritable réseau pluridisciplinaire de prise en charge, le transfert de services d'hospitalisation au cœur même de la cité, la réalisation d'un nouveau concept d'établissement de santé centré sur la communauté et non sur l'hôpital sont autant de ruptures par rapport au modèle canonique d'organisation de la psychiatrie publique mais également par rapport à la perception dominante du devenir de la psychiatrie. L'expérience de la clinique Remy de Gourmont prend tout son sens dans la perspective ainsi dressée.

⁷ A. DEPAIGNE [11]

3. Présentation de Maison Blanche :

3.1. Maison Blanche : un hôpital psychiatrique traditionnel

L'établissement public de santé Maison Blanche ouvre le 5 juillet 1900 sur le territoire de la commune de Neuilly sur Marne. Il s'inscrit dans le dispositif de psychiatrie publique du département de la Seine dans lequel il a la mission d'accueillir la population féminine tandis que l'hôpital voisin de Ville Evrard prend en charge la population masculine.

L'établissement connaît une histoire parallèle à celle des autres hôpitaux psychiatriques traditionnels. Mis en fonctionnement en 1904, il ne développe des activités communautaires qu'à partir de 1970. Implanté à une vingtaine de kilomètres de la zone géographique qu'il dessert, il dispose d'activités communautaires dans le nord-est de Paris. En 1966, il y a 2400 malades présents contre 580 aujourd'hui. En 1994, sa file active est de 11 500 patients dont les 2/3 sont suivis en ambulatoire. Pour réaliser cette activité, l'hôpital dispose de 2000 agents dont près de 200 médecins. Au début des années quatre-vingt dix, l'établissement demeure essentiellement hospitalo - centré.

A l'instar des autres hôpitaux psychiatriques traditionnels, Maison Blanche bénéficie d'une logistique importante sur le site qui est l'héritage d'un fonctionnement longtemps quasi-autarcique. Sa coordination avec son homologue de Ville Evrard situé de l'autre côté de la route nationale 34 est extrêmement limitée.

Son budget de fonctionnement est de l'ordre de 600 millions de francs dont plus de 85% pour les seules dépenses de personnel.

Cette situation particulière dans le champ sanitaire (part des dépenses de personnel dans le fonctionnement, importance relative des ouvriers) a engendré un syndicalisme particulièrement virulent, proche des syndicats ouvriers. La stigmatisation sociale de la psychiatrie et la violence sous-jacente à la prise en charge institutionnelle renforcent le sentiment d'une identité commune. Enfin, le fonctionnement autarcique a entraîné une plus grande proximité des services administratifs et médicaux que dans d'autres types d'établissements d'où une circulation d'informations parfois difficile à maîtriser.

3.2.Maison Blanche dans le dispositif parisien de prise en charge de la santé mentale

La place de l'établissement public de santé Maison Blanche dans le dispositif parisien de prise en charge de la santé mentale permet d'affiner la présentation de cet établissement.

- Fondements historiques du dispositif parisien :

“ Les éléments historiques permettant de se faire une opinion sur la genèse de la situation actuelle de l'assistance aux aliénés dans le département de la Seine portent essentiellement sur l'évolution de l'appareil d'assistance au cours des 19^e et 20^e siècles⁸. ”

En 1861, une commission spéciale est mise en place par le préfet HAUSSMANN. Son rapporteur est Ferdinand BARROT et ses travaux seront inspirés par un conseiller du préfet, un ancien médecin- directeur de l'asile d'Auxerre, GIRARD DE CAILLEUX. La commission fait le constat qu'après avoir donné l'impulsion à l'époque de PINEL, Paris fait preuve d'un dangereux immobilisme en matière de prise en charge des aliénés. La commission s'appuie sur les travaux techniques de PARCHAPPE pour définir un besoin de douze établissements de 600 lits (300 hommes, 300 femmes) situés en périphérie de Paris à l'exception d'un asile implanté intra-muros et qui comprendrait un bureau d'admission. Les services de Bicêtre et de La Salpêtrière seraient appelés à disparaître.

Ce plan devait être très partiellement et très lentement mis en œuvre. Sainte Anne ouvre en 1867 ; Vaucluse accueille une colonie d'enfants arriérés dès 1868 ; Ville Evrard s'installe dans l'est de Paris en 1868 ; Villejuif dans le sud en 1884.

L'ouverture de Sainte Anne est marquée par le transfert concomitant, par arrêté préfectoral, de l'assistance aux aliénés de l'Assistance Publique au département de la Seine. Cet arrêté ne fait qu'inscrire dans les faits les dispositions de la loi de 1838 et de l'ordonnance de 1839. Après une remise en cause de quelques années (1871- 1874), il se traduit par de nouvelles créations d'établissements : **Maison Blanche en 1900**, Moisselles en 1904 mais aussi par la création de colonies familiales à Dun sur Auron (1892) et Ainay le Château⁹ (1898). Les services de Bicêtre et de La Salpêtrière se réduisent progressivement en particulier après la décision, prise en 1921, de fermer les services de l'Assistance Publique.

- La place de Maison Blanche dans le dispositif au début des années quatre-vingt-dix :

Paris compte trente- huit secteurs de psychiatrie générale rattachés à quatre Centre Hospitaliers Spécialisés - Sainte Anne, Esquirol, Maison Blanche, Perray Vacluse- et à l'hôpital de Soisy pour le 13ème arrondissement ; et quatorze secteurs de psychiatrie infanto- juvénile. Sur ces 38 secteurs, 27 sont gérés par des établissements situés en dehors de PARIS.

L'établissement public de santé Maison Blanche a la responsabilité du suivi des secteurs de psychiatrie générale du nord-est de la commune de Paris, c'est à dire des 9ème, 10ème, 18ème, 19ème et 20ème arrondissements de Paris ; ainsi que des 4^{ème} et 13^{ème} secteurs de psychiatrie infanto- juvénile. Il prend donc en charge des patients dont le domicile se trouve à Paris, soit à une vingtaine de kilomètres du site hospitalier . Cette situation crée un risque évident de marginalisation des patients par rapport à leurs familles et à la communauté. Dans le même temps, le coût du fort dispositif logistique mis en place sur le site nocéen induit une organisation centrée sur l'hôpital dans laquelle les patients hospitalisés drainent l'essentiel des

⁸ G. DAUMEZON [12]

⁹ Denise JODELET [13]

ressources au détriment des patients suivis dans la communauté. Le dispositif extra-hospitalier se limite dans la plupart des secteurs à un centre médico- psychologique et à un CATTP ou hôpital de jour.

Cette situation est d'autant plus dommageable que les secteurs pris en charge par Maison Blanche ont un profil social spécifique. Des simulations effectuées dans le cadre de la préparation du SROSS 1998 - 2002 à partir de données DRASS permettent de préciser ces spécificités sur la décennie 1990- 2000.

Sur 1990- 2000	Maison Blanche	Autres secteurs de Paris
population	+ 2.9%	-2.8%
Densité population	29560 hab/km2	22610
0 à 19 ans	206 ‰	177 ‰
Hommes- Femmes	47.9 % - 52.1 %	45.8 %- 54.5 %
Population étrangère	18.8 %	14.6 %
- sur 1982-1990	- 3.1 %	- 6.4 %
Taux de chômage	12.1%	8.7%
RMI 1995	6.8 ‰	2.9 ‰
Médecins libéraux	23.6 pour 10 000 hab.	49
- dont psychiatres	3.5	7.5
Psychiatres libéraux et publics	5.2	9.7
Indice d'équipement		
• en lits d'hospitalisation complète	1.02 ‰	1.17‰
• en lits et places	1.23‰	1.62‰

Sur l'ensemble de ces items, Maison Blanche présente un profil plus défavorable que ses homologues parisiens. La présence des gares du nord et de l'est, l'histoire des arrondissements

du nord-est de Paris sont les causes de ces spécificités qui réclament une réponse originale et adaptée à ces enjeux.

4. Le projet d'établissement de Maison Blanche

4.1. Contexte

Différents éléments contextuels doivent être pris en compte préalablement à l'analyse du projet d'établissement 1996- 2000.

En 1994, l'établissement est en passe de se voir retirer la responsabilité de deux secteurs de psychiatrie générale au profit de Sainte Anne et d'Esquirol. Son avenir dans le dispositif parisien de psychiatrie générale est incertain et l'hypothèse d'un dépérissement progressif est envisageable.

En dépit de projets successifs depuis 1974, l'implantation de lits d'hospitalisation complète à Paris n'a pas encore abouti même si cette perspective rencontre l'assentiment du corps médical. L'établissement présente un fonctionnement encore traditionnel, relativement autarcique et centré sur l'hôpital psychiatrique. Ses relations avec ses partenaires hospitaliers parisiens sont caractérisées par une véritable indifférence réciproque. Cette situation a des conséquences néfastes en matière de santé publique, en particulier pour la prise en charge de l'urgence psychiatrique. Les patients arrivent à Maison Blanche le plus souvent en fin de journée au terme d'un véritable parcours du combattant : après de longues heures d'attente aux urgences de l'hôpital général, ils sont placés en observation au Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (Paris 14^{ème}) puis à l'entrée de l'hôpital. Le nouveau projet d'établissement, inspiré par la nécessité d'apporter une réponse appropriée à l'ensemble de ces enjeux sanitaires, va ainsi recueillir l'accord de l'ensemble des professionnels de l'hôpital.

4.2. Le projet d'établissement

A l'issue d'une large concertation au sein de l'établissement, un projet d'établissement est voté en juin 1995. Il se définit comme " *un plan de gestion finalisé qui propose la mutation en profondeur d'un hôpital psychiatrique conçu il y a un siècle, trop éloigné de la population qu'il traite, et dont la partie vétuste est coûteuse en fonctionnement* ¹⁰".

Ses orientations sont conformes à trois axes majeurs :

- La conformité aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et sociale (S.R.O.S.S.) ;
- La prise en compte de la spécificité des secteurs du nord- est parisien ;
- L'intégration dans une conjoncture économique et financière difficile.

Dans un article publié en novembre 1997¹¹, Patrick MORDELET, directeur de l'Hôpital Maison Blanche, présente la réponse apportée à cette problématique : " *le projet d'établissement voté en 1995 s'articule autour de sept programmes prioritaires qui découlent du projet médical et se traduisent par les objectifs opérationnels suivants :*

- *Quatre services représentant trois cents lits d'hospitalisation sont progressivement implantés à Paris au sein des secteurs desservis, dans des hôpitaux généraux ou directement dans la communauté, par l'acquisition de cliniques ;*

¹⁰ Le projet d'établissement de l'E.P.S. de Maison Blanche. Premier semestre 1995

¹¹ Patrick MORDELET [14]

- *L'établissement assure la prise en charge des urgences psychiatriques en collaboration avec les hôpitaux généraux dotés de services d'accueil des urgences ;*
- *Le projet prévoit la mise en place de réseaux de soins avec les médecins libéraux et les partenaires du secteur sanitaire et médico- social ;*
- *L'établissement organise le développement d'actions vers les populations cibles (toxicomanie, sida, exclus, adolescents) correspondant à de nouveaux besoins de santé ;*
- *L'hôpital procède au déplacement progressif de la direction générale et de l'administration par une implantation au cœur de la zone géographique desservie. "*

Forte de ce nouveau projet d'établissement, la direction de Maison Blanche conclut, le 18 avril 1996, **un contrat d'objectifs et de moyens** avec l'Etat et l'Assurance Maladie. Ce contrat d'objectifs et de moyens s'appuie sur le projet d'établissement approuvé par la D.A.S.S. de Paris le 19 décembre 1995. Il reprend les grands axes du projet médical : prise en charge des urgences en collaboration avec les futurs SAU, amélioration de la qualité de l'hospitalisation, instauration de soins de continuité et de réinsertion, développement de missions complémentaires. Le contrat prend acte de la volonté de transférer vers Paris des lieux d'hospitalisation sur la période 1997- 2000 selon le calendrier suivant :

Arrondissements	Secteurs	Dates	Capacités
Paris 9 ^e et 10 ^e	8- 9- 10	Fin 1999	80 lits
Paris 18 ^e	31- 32- 33	Fin 2000	75 lits
Paris 19 ^e	34-35	Fin 1997	65 lits
Paris 20 ^e	36-37-38	Fin 1998 Fin 1997	60 lits 32 lits et places
TOTAL			312 lits et places

L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à faciliter la réalisation de ce projet par un soutien aux projets de l'établissement présentés en Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Social, et par la mise à disposition de l'établissement des moyens budgétaires nécessaires. Un programme d'investissement de l'ordre de 275 millions de francs est acté et doit être réalisé par autofinancement, cessions d'actifs, prêts de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, subventions d'équipement de l'Etat et emprunts éventuels.

A partir de 1995, et en dépit d'un dur conflit social au début de l'année 1997, ce projet évolue selon deux directions principales :

- Compléter et diversifier le futur dispositif en fonction des besoins et des opportunités : les trois autres cliniques seraient implantées à proximité immédiate de la clinique Croix Saint Simon (20^{ème} arrondissement), dans l'enceinte de l'Hôpital BICHAT (18^{ème} arrondissement) et rue Hauteville (9^{ème} et 10^{ème} arrondissements) ;

- Réduire les structures nécessaires sur le site en prenant en charge les populations en séjour prolongé (Maison d'Accueil Spécialisée, maisons de retraite), en amortissant les conséquences de la période de transition pour les équipes soignantes (rénovations, regroupement de services, contractualisation interne...), par la mise en place d'un plan social d'accompagnement.

Sur le plan administratif, la mise en œuvre de ce projet d'établissement s'appuie sur l'affirmation progressive d'un véritable management par projets au sein de l'équipe de direction. L'opération Remy de Gourmont est pilotée par une direction transversale : la direction du développement devenue la direction des projets parisiens. Dans le même temps, la réalisation d'un business plan (ou plan stratégique) renforce cette culture transversale au sein de l'équipe de direction. Ce document, inspiré des méthodes de gestion du secteur privé, vise à mettre à disposition des décideurs de l'établissement des données budgétaires et financières actualisées en fonction de l'avancement des projets. Il constitue également un document contractuel au sein de l'équipe de direction, chaque directeur s'engageant à respecter la prévision d'évolution des dépenses placées sous sa responsabilité.

La clinique Remy de Gourmont s'inscrit dans le cadre de ce projet d'établissement et de ces modalités de pilotage comme une expérience référence tant du point de vue des modalités de la concrétisation du projet avec l'ensemble des professionnels concernés que du point de vue de son calendrier d'élaboration, des conditions de sa réception par les personnels, la population suivie, les riverains et les tutelles.

DEUXIEME PARTIE

DEUXIEME PARTIE :

**MISE EN ŒUVRE DE L'EXPERIENCE
DE LA CLINIQUE REMY DE GOURMONT**

La psychiatrie communautaire, la politique du secteur trouvent leur fondement dans la conviction que l'hôpital psychiatrique ne doit plus être un lieu de relégation mais contribuer non seulement à soulager mais aussi à rendre à la souffrance mentale une visibilité sociale.

Au début des années quatre-vingt-dix, le rapport MASSE définissait l'émergence de structures ouvertes comme l'horizon souhaitable de l'organisation psychiatrique. Cette ouverture se caractérisait notamment par un rapprochement des lieux de vie. G. MASSE soulignait ainsi que : *" la logique de rapprochement au plus près des patients a incité certains secteurs à transférer des lits d'hospitalisation complète à proximité des lieux de vie. Ces structures semblent correspondre à ce vers quoi doit tendre la psychiatrie et qui peut s'inscrire au sein de plusieurs montages possibles tels que des protocoles ou des conventions¹² "*.

Les modalités de mise en œuvre de l'opération Remy de Gourmont illustrent parfaitement les difficultés de la concrétisation de ce parti pris théorique dans un projet médical et sa traduction architecturale.

¹² G. MASSE [15]

1. Fondements et définition du projet médical

1.1. Fondements du projet médical

Si elle a des vertus, l'organisation du dispositif de santé mentale en secteurs n'en présente pas moins un certain nombre de dysfonctionnements au nombre desquels la relative autarcie des secteurs.

Au milieu des années quatre-vingt-dix, seule l'expérience du centre de crise Gerbier témoigne, à Maison Blanche, d'une organisation réellement intersectorielle. Créé sous l'impulsion du Docteur NOEL, alors président de la Commission Médicale d'Établissement, le Centre Gerbier réunit en effet trois secteurs d'hospitalisation. La constitution, soutenue par les docteurs REBOUL (35^{ème} secteur) et CAIRE (34^{ème} secteur), d'un groupe de travail pluridisciplinaire et intersectoriel sur le projet d'une structure d'hébergement thérapeutique dans le dix-neuvième arrondissement est dans ce contexte particulièrement innovante. Ce projet vise alors à créer une structure d'accueil permanent dont le mode de fonctionnement aurait constitué un compromis entre un centre d'accueil et de crise et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel. Le docteur SKURNIK, responsable du 37^{ème} secteur, se joint au projet dans un second temps, ce qui renforce d'autant plus son caractère intersectoriel.

Porté par la direction générale de l'établissement, le projet se concrétise par l'acquisition d'un immeuble situé rue des Pyrénées dans le vingtième arrondissement de Paris. Or, l'équipe municipale de l'époque s'oppose à ce qu'un projet destiné au dix-neuvième arrondissement de Paris soit accueilli dans le vingtième arrondissement. Les secteurs du vingtième arrondissement se voient dès lors affecter l'immeuble situé rue des Pyrénées pour un projet de structure destiné aux alternatives à l'hospitalisation (projet METAIRIE).

Néanmoins, le besoin d'alternatives à l'hospitalisation pour les secteurs du dix-neuvième arrondissement demeure et la nouvelle direction de l'établissement recherche un nouveau site d'implantation. Ces recherches s'avèrent fructueuses du fait de la prochaine libération, dans le quartier des Buttes Chaumont, d'une clinique médico-chirurgicale destinée aux soins palliatifs et à la prise en charge de la fin de vie des patients atteints du virus du SIDA. La clinique Jeanne Garnier sise rue Pierre Bayle est en effet provisoirement occupée par une congrégation du quinzième arrondissement qui attend l'achèvement des travaux de réfection de ses locaux habituels.

Mais, les volumes disponibles dans la clinique dépassent nettement ceux nécessaires au projet initial et les différents acteurs concernés s'entendent dès lors pour mettre en œuvre un nouveau projet : l'implantation d'une structure d'hospitalisation à temps plein dans Paris intra-muros. Instruite des difficultés de trouver un site adapté dans Paris, l'équipe médicale s'accorde avec la direction pour lancer ce projet.

Trois éléments apparaissent donc déterminants dans le lancement du projet :

- La proposition d'une nouvelle direction porteuse d'un projet de réorganisation complète de Maison Blanche ;
- Le travail intersectoriel déjà engagé par les 34^{ème} et 35^{ème} secteurs ;

- La volonté pérenne mais non concrétisée d'une partie du corps médical de Maison Blanche d'implanter des lits d'hospitalisation complète à Paris (projet Eroid, projet Claude Bernard, Zac Moscova...).

1.2. Le projet médical

La définition du projet médical se heurte dès lors à quelques difficultés et s'appuie sur trois fondements:

- la volonté d'assurer un accueil permanent et commun pour des soins de courte durée par une équipe ad hoc ;
- le souhait que le personnel et le temps de travail soient partagés entre les deux secteurs;
- la permanence de l'identité des secteurs afin que soient préservés les réseaux internes à chacun des secteurs qu'ils soient intra ou extra- hospitaliers.

Le transfert des lits d'hospitalisation n'est pas complet et la réorganisation des structures de prise en charge doit dès lors se faire à la fois à Neuilly sur Marne et à Paris. Cette situation suscite, au sein des équipes médicales et soignantes, la crainte d'une moindre coordination des interventions au sein du secteur au moins, d'une dérive vers une psychiatrie à deux vitesses au pire. Néanmoins, des indications thérapeutiques objectives apparaissent pouvoir se dégager et structurer la répartition des patients en deux sites : certains patients nécessitent une coupure avec leur environnement familial ou amical ; ceux concernés par un long séjour hospitalier souffriraient du confinement d'une structure sans espaces verts ; des patients agités pourraient poser des difficultés de prise en charge au sein de la communauté. Le corps médical et les équipes du dix-neuvième arrondissement envisagent dès lors de coordonner le fonctionnement

des deux structures : les unités de Neuilly sur Marne joueraient le rôle de « maisons de repos spécialisées » tandis que Remy de Gourmont pourrait servir de sas avant une pleine réintégration à la vie communautaire.

Le projet médical défini pour la structure parisienne des secteurs du dix-neuvième arrondissement est finalisé en septembre 1997 à l'issue d'un travail de longue haleine mené par les équipes du secteur avec le soutien de l'administration de l'établissement. Ce projet s'inscrit d'emblée dans la perspective d'une réelle insertion de la future structure dans un réseau de soins somatiques et psychiatriques. En effet, la présence d'une clinique d'hospitalisation psychiatrique dans la cité rend cruciale la question des relations avec l'hôpital général, ne serait-ce que pour la prise en charge des troubles somatiques des patients de Remy de Gourmont. Sur le site nocéen, ces derniers bénéficient en effet d'un service de médecine générale susceptible d'orienter les patients nécessitant des soins plus intensifs ou spécifiques vers les centres hospitaliers voisins (Montfermeil en particulier). Ce projet médical s'inscrit clairement dans la perspective du projet médical d'établissement d'améliorer la qualité des soins délivrés aux patients. Ses principes sont :

- Faciliter l'accès aux soins ;
- Intégrer les secteurs dans l'organisation générale des soins psychiatriques du dix-neuvième arrondissement en particulier prendre un rôle actif dans les réponses aux urgences ;
- Eviter de majorer les phénomènes de rupture et de marginalisation.

Les 64 lits d'hospitalisation de la clinique Remy de Gourmont sont complétés par deux pavillons de 30 lits à Neuilly sur Marne et une unité de 12 lits pour les polyhandicapés, ainsi que par les familles d'accueil thérapeutiques et des logements associatifs (appartements et

maisons communautaires). Cette diversification est rendue nécessaire par la diversité des pathologies traitées par les secteurs de psychiatrie publique et par la variété des manifestations pathologiques possibles dans le cours d'une même maladie. Toutes ne répondent pas aux mêmes normes de soins et d'évolutivité.

Le nouveau dispositif est le suivant :

Remy de Gourmont

- Unité d'accueil et de thérapie brève : 10 lits ;
- 34^{ème} secteur (1^{er} étage) : 19 lits ;
- 35^{ème} secteur (2^{ème} étage) : 19 lits ;
- 3^{ème} étage bisectoriel : 16 lits

Neuilly sur Marne

- 2 pavillons de 30 lits
- 1 unité pour polyhandicapés de 12 lits

Son intégration dans le dispositif de soins du 19^{ème} arrondissement :

La clinique est ouverte sur l'arrondissement et s'intègre dans les circuits des soins psychiatriques de Paris. Son implantation et la présence permanente d'une équipe d'accueil (psychiatre et infirmier) en font un interlocuteur capable de proposer précocement des soins diversifiés. Le corps médical souhaite alors être sollicité par les services d'urgence sitôt après

que l'urgentiste a éliminé une affectation somatique ou une pathologie intriquée nécessitant un plateau technique et des soins médicaux.

Le schéma de prise en charge est le suivant :

- un malade du 19^{ème} arrondissement est accueilli directement ou par le biais des urgences des hôpitaux voisins (Lariboisière, Saint Louis et Tenon) ;
- il bénéficie systématiquement d'un examen et d'un bilan médical ;
- si ce bilan médical est négatif et sur l'avis du psychiatre de garde des urgences, il est adressé à la clinique Remy de Gourmont ;
- le groupe d'accueil décide des soins les mieux adaptés à son état psychiatrique ;
- ce mode de fonctionnement nécessite dès l'origine un dispositif conventionnel avec les services d'urgence voisins spécifiant : l'engagement de la clinique Remy de Gourmont d'accueillir les malades du 19^{ème} arrondissement après examen et bilan médical ; l'organisation du transport des malades ; la possibilité d'un retour rapide aux urgences en cas d'apparition secondaire d'un problème somatique passé inaperçu lors du premier examen.

L'indication des soins est d'abord posée par le groupe d'accueil. Ce dernier dispose de lits d'attente (équivalents à des lits – portes) qui permettent de différer une décision d'hospitalisation et de rassembler les informations et les protagonistes d'une situation de crise. Il a une connaissance suffisante des dispositifs de soins existants dans les secteurs pour

proposer des soins ambulatoires rapides et si besoin intensifs. En cas de décision d'hospitalisation, il dispose de lits de thérapie brève et des lits d'hospitalisation sectorisée classique (à Remy de Gourmont ou à Maison Blanche).

Le projet médical s'attache à ne pas considérer l'hospitalisation comme une fin en soi mais comme un moment d'un parcours de soins. L'attention doit dès lors être portée sur les passages et les transitions vers les soins de continuité (centre médico-psychologique ou praticien libéral).

De même, dans le cas où l'évolution d'une affection psychiatrique se révélerait défavorable, un transfert dans les unités de soins de Neuilly sur Marne pourrait être nécessaire. A l'inverse, le transfert vers Remy de Gourmont peut constituer une étape transitionnelle avant une réelle réinsertion.

Le suivi somatique serait assuré, une fois passé la phase d'urgence, par des consultations du service de médecine générale, ainsi que par la réalisation des examens biologiques et radiologiques à la fondation Rothschild voisine.

Un autre objectif du projet médical consiste en le souhait d'intensifier et d'approfondir les contacts vers les familles : la proximité du lieu et la disponibilité de tous sont censés permettre de nouvelles relations avec les familles des malades (explications, réponses aux angoisses, ...). En particulier, il est possible de fournir des explications plus précises, de répondre aux angoisses, de mobiliser leur soutien au patient hospitalisé... La constitution de groupes de familles ou le recours aux associations existantes sont considérés comme des axes prioritaires d'action.

1.3. Constitution des équipes et principes de fonctionnement

La constitution des équipes appelées à travailler dans la clinique Remy de Gourmont se fait selon le principe du volontariat. Ce principe s'avère d'autant plus nécessaire que la nouvelle structure ne manque pas d'engendrer certaines craintes au sein du personnel. De fait, les équipes du dix-neuvième arrondissement accueillent de nombreux jeunes diplômés qui sont, dans un premier temps, intégrés pour quelques mois dans les unités nocéennes.

L'encadrement infirmier est organisé dans un souci d'intersectorialité. Un cadre infirmier supérieur (issu du 34^{ème} secteur) assure l'encadrement de l'ensemble de la clinique. Elle délègue à un adjoint ses compétences pour les unités nocéennes et les structures extra-hospitalières. Le 35^{ème} secteur conserve un cadre infirmier supérieur propre qui n'encadre néanmoins plus les personnels présents à Remy de Gourmont.

La répartition des effectifs non médicaux apparaît dans le tableau de la page 40. Il appelle quelques remarques :

- la nouvelle organisation fonctionne avec 6 ETP d'infirmiers supplémentaires partiellement compensés par la baisse du nombre global des ASH ;
- une nouvelle répartition des effectifs est mise en œuvre dans le sens d'un rééquilibrage entre les deux secteurs ;
- cependant, le troisième étage commun ne sera doté que par redéploiement des étages sectorisés (voir répartition des effectifs dans la structure p 41).

Enfin, sur le plan des personnels médicaux, l'organisation doit être envisagée selon différents plans. L'unité commune, ouverte de 9 heures à 18 heures, est sous la responsabilité de deux praticiens hospitaliers, un par secteur. Les unités sectorielles à Remy de Gourmont comptent pour leur part un Praticien Hospitalier, un Praticien Hospitalier Temps Partiel, un attaché, un interne. L'extra- hospitalier est placé sous la responsabilité d'un Praticien Hospitalier. L'unité nocéenne est de même sous la responsabilité d'un Praticien Hospitalier. Globalement, Remy de Gourmont compte 6 PH temps plein, 2 à temps partiel et 2 internes.

Kinésit hérap.		1	1	0.5					0.	1	0
Orthop honiste s		2	2		2				2	0	
TOTAL	100	108	208						8212	4	
									9	5	

Répartition des effectifs infirmiers et aides- soignants

3^{ème} étage : 16 lits bisectoriels destinés aux patients stabilisés

Matin	redéploiement des 1et et 2è étages	Après-midi
2 infirmières		2 infirmiers
Nuit	redéploiement des 1et et 2è étages	
	2 infirmiers	

2^{ème} étage : 19 lits réservés au 35^{ème} secteur

Matin	effectif : 15 infirmiers	Après-midi
5 inf. + 1 aide- soignant		5 inf. + 1 aide- soignant
Nuit	effectif : 6 infirmiers	Après- midi
	3 inf. présents	

1^{er} étage : 19 lits réservés au 34^{ème} secteur

Matin	effectif : 15 infirmiers	Après-midi
5 inf. + 1 aide- soignant		5 inf. + 1 aide- soignant
Nuit	effectif : 6 infirmiers	Après- midi
	3 inf. présents	

RdC haut

Matin- effectif : 5 inf.		Après-midi- effectif : 5 inf.
3 présents		3 présents
Nuit- effectif : 8 infirmiers		
4 infirmiers		

2. Traduction architecturale et difficultés techniques

2.1. Le projet architectural

La nature des activités de la clinique (lieu de fin de vie et de soins palliatifs) rend les visites difficiles avant l'acquisition, les sondages des structures (murs...) sont dès lors impossibles dans un premier temps. Comme dans d'autres anciennes cliniques¹³ parisiennes, l'organisation des espaces est en outre peu propice à l'installation d'une structure d'hospitalisation psychiatrique : l'espace d'hospitalisation est privilégié au détriment des espaces communs, de la luminosité de l'ensemble... Ce cadre n'est pas sans impact sur la perception de la future clinique par les équipes : cet espace totalement inconfortable ne prête pas à l'imagination d'un espace innovant, voué à l'hospitalisation psychiatrique. L'architecte est chargé d'une mission de réhabilitation de l'existant. Le projet ne fait pas l'objet d'un dépôt de permis de construire puisqu'il n'occasionne ni modification de façades, ni modification de la surface des planchers et que la vocation de l'ouvrage ne change pas. L'opération y gagnera un temps précieux. L'architecte ne dispose pas d'un véritable programme : il connaît le nombre de lits mais leur répartition, les décisions quant à l'utilisation des espaces furent prises progressivement à mesure des évolutions du projet médical.

L'accord de la commission de sécurité incendie est obtenu sous réserve que, du fait de la fermeture des accès (« justifié » par la présence d'hospitalisés sous contrainte), chaque membre du personnel dispose d'une clé. Le dossier d'aménagement est soumis à la préfecture de police qui dispose en matière de sécurité d'une délégation de la mairie de Paris. Les travaux débutent en 1996. Ils ne sont interrompus que pendant quelques semaines lors du conflit

¹³ au cours des dernières années, de nombreuses petites cliniques parisiennes ont fait l'objet d'une concentration et d'une délocalisation en périphérie de l'agglomération parisienne.

social du début de l'année 1997. Cependant, le travail des bureaux d'études techniques se poursuit puisque l'opération se situe encore au stade du gros œuvre. Le coût induit par la désorganisation des équipes, les pénalités indemnitaires sera limité par le contexte économique de l'époque. L'inflation est alors faible voire proche de zéro et certains indices à la construction baissent même durant la période. En définitive, si l'enveloppe initiale sera légèrement dépassée, le coût au m2 sera peu élevé. Le parti pris dans cette première opération du programme d'investissement pluriannuel fut de limiter les coûts autant que possible et de reprendre les équipements existants (chaufferie...).

D'un point de vue architectural, l'opération constitue une remarquable réussite. L'architecte a réussi à transformer un espace clos, inconfortable, peu adapté à la déambulation, en un site relativement lumineux, fonctionnel et dont l'aménagement intérieur ne rappelle que très marginalement un pavillon traditionnel d'hospitalisation. La décoration intérieure, le choix des tons ont fait l'objet d'une consultation des équipes et se révèlent un mode très efficace de différenciation des espaces.

2.2. Descriptif des locaux

La clinique Remy de Gourmont s'organise selon 5 niveaux :

- 2 niveaux de rez de chaussée
- 3 étages

Rez de chaussée

- Le niveau bas est dédié aux activités communes aux deux secteurs : services logistiques, bureaux administratifs et médicaux ;

- Le niveau haut accueille :
 - Le bureau d'accueil et la salle d'examen :
 - Une zone d'hospitalisation brève comprenant 10 lits

Etages

Le premier étage est dévolu au 34^{ème} secteur

Le second étage est dévolu au 35^{ème} secteur

Le troisième étage est commun

PLAN DE LA CLINIQUE REMY DE GOURMONT page 1

(voir version papier)

PLAN DE LA CLINIQUE REMY DE GOURMONT PAGE 2

(voir version papier)

3. Logistique de la nouvelle structure

L'objectif de la clinique Remy de Gourmont est dès l'origine de fournir des prestations hôtelières de qualité alignées sur une hôtellerie du niveau d'un deux étoiles. Le projet prévoit la présence de trois intendantes.

Restauration

Dans un premier temps, les repas demeurent préparés par la cuisine de Maison Blanche qui les transmet en liaison froide jusqu'à la clinique. Les commandes sont passées à J-3 et les entrants du jour ne peuvent bénéficier que du repas présélectionné. Les livraisons de repas sont prévues 7 jours sur 7. Le pain est fourni par un boulanger du quartier.

Blanchisserie

Le linge propre est livré tous les jours sauf le samedi et le dimanche en provenance de Neuilly sur Marne. Les aide-soignants de chaque étage sont responsables du linge.

Pharmacie

La dispensation nominative des médicaments et celle des dispositifs médicaux est assurée par un préparateur en pharmacie du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures à partir d'un local situé au rez-de-chaussée bas. Le transport des médicaments depuis la pharmacie de Neuilly sur Marne est assuré par le service des transports de Maison Blanche. La pharmacie est appelée à assurer également les besoins des Centres Médico-Psychologiques.

Cafétéria

Dans le cadre d'une convention, la gestion d'une cafétéria située au niveau de la terrasse de la clinique est concédée à un centre d'aide par le travail du 19^{ème} arrondissement. Le service est assuré par des pensionnaires du C.A.T. sous la responsabilité d'un éducateur. Des prestations

de type « snack bar » sont offertes. Le lieu reçoit en même temps les patients, les visiteurs et les équipes durant leurs pauses. Le niveau des prestations est équivalent à celui d'un café parisien.

Questions diverses

- Livraisons du magasin général : une fois par semaine, sur bon de commande, afin d'éviter les stocks sur place ;
- Transports de patients : assuré par le service des transports et les entreprises d'ambulances en marché avec l'établissement ;
- Ménage : assuré par les ASH .
- Déchets : les déchets ménagers seront enlevés par les services municipaux ; les déchets contaminés seront récupérés par un prestataire extérieur spécialisé.

Synthèse financière

Les dépenses d'investissement ont représenté 22 MF en acquisition et 22.5 MF en aménagement dont 20% sont financés par un prêt dérogatoire à taux nul de la CRAMIF. Les fonds propres couvrent 40% de l'opération. Le solde fait l'objet d'un emprunt bancaire.

Les dépenses de fonctionnement s'élèvent à :

Groupe 1 : dépenses de personnel	25 MF
Groupe 2 : dépenses médicales	0.8 MF
Groupe 3 : dépenses hôtelières	2.6 MF
Groupe 4 : frais financiers	4.1 MF
Charges indirectes	12.5 MF

Total charges de fonctionnement **45 MF**

Cette somme est financée par redéploiement des moyens propres de l'hôpital

Sur ces bases médicales et logistiques, la clinique Remy de Gourmont est en mesure d'ouvrir au mois de mars 1998. Le calendrier et l'enveloppe financière initialement prévus auront été globalement respectés. Cette ouverture se fait cependant dans un climat de suspicion relative de la part du personnel de l'hôpital. Mais, la qualité des infrastructures mises en place engendre chez les personnels affectés à cette clinique d'hospitalisation un sentiment fort d'appartenance et de solidarité qui leur permet d'affronter les inévitables difficultés des premiers mois.

TROISIEME PARTIE

**TROISIEME PARTIE :
ANALYSE DU FONCTIONNEMENT
DE LA CLINIQUE REMY DE GOURMONT**

La clinique Remy de Gourmont ouvre le 23 mars 1998. Cette ouverture ne suscite pas de difficultés particulières ni de mouvement social spécifique. Une fois passée la période des ajustements légitimes, la clinique ne présente pas de dysfonctionnement majeur mettant en cause sa pérennité.

A la date de la rédaction définitive du mémoire, des données ont pu être collectées sur 17 mois de fonctionnement. Le constat préliminaire est que la structure a trouvé sa place dans le dispositif de soins de l'établissement.

Cette troisième partie recense les données disponibles susceptibles d'étayer une analyse des conséquences de la création de cette structure sur le dispositif de soins du Groupe Maison Blanche et sur sa capacité à répondre aux besoins de la population concernée.

1. Analyse de l'activité de la clinique Remy de Gourmont

1.1. Etude du D.I.M. (février 1999)

Une étude du Département d'information médicale de Maison Blanche en date du 31 décembre 1998 analyse l'impact de Rémy de Gourmont à partir de l'examen comparatif des données " fiche par patient " pour les périodes du 23/3/1997 au 30/10/1997 et 23/3/98 au 30/10/1998.

Au terme d'une année d'ouverture, l'analyse de la file active de la clinique Remy de Gourmont amène à formuler différentes remarques.

1°- la file active a augmenté de 17 % (données corrigées) ce qui prouve l'existence de besoins non exprimés jusque là et qu'une implantation au plus près du domicile des patients a révélé. Cet effet était prévisible, en particulier à l'égard des patients en hospitalisation libre, c'est à dire avec leur consentement voire à leur demande, pour qui une hospitalisation éloignée peut engendrer des difficultés (rupture avec l'environnement familial, sentiment de relégation, difficultés matérielles d'accès...).

2°- la population suivie à Rémy de Gourmont est par rapport à la population accueillie à Neuilly sur Marne en 1997 relativement plus jeune, plus féminisée, mieux insérée socialement (professionnellement ou par l'intermédiaire du réseau social :

	File active totale 1997	File active totale 1998	Rémy de Gourmont 1998
Femmes	48 %	50 %	54 %
15-44 ans	64%	62%	64%
AAH	22%	22.3%	37.7%
RMI	8.6%	6.4%	7.9%
SDF	13.9%	10.6%	6.3%
Activité professionnelle	48.8%	50.4%	58.2%

L'analyse de ce tableau laisse clairement apparaître trois évolutions significatives du profil des patients suivis :

- La **féménisation** de la population accueillie apparaît patente ; l'hôpital psychiatrique " de périphérie "étant moins attractif ;
- Le **vieillessement** de la file active **est ralenti** ;
- **L'insertion sociale** des patients est bien meilleure que les patients exercent effectivement une activité professionnelle ou qu'ils soient connus des services sociaux.

3°- à ce stade de l'analyse de la file active, il n'apparaît pas de réelle évolution de la structure par pathologies. Cependant, une répartition des prises en charge entre le site nocéen et le site parisien est avérée. Les patients au long cours demeurent accueillis à Neuilly sur Marne. Une analyse épidémiologique plus fine doit être réalisée par les médecins responsables de la structure.

4°- le turn over des patients est plus important : la durée moyenne de séjour est plus faible que précédemment et en comparaison avec les autres secteurs. Elle se situerait en juillet 1999 à moins de 20 jours pour une moyenne dans l'établissement de 29 jours. La prise en charge de l'hospitalisation complète au ~~cor~~ de la communauté favoriserait une sortie plus rapide, l'exercice d'une psychiatrie moins hospitalo- centrée.

5° la structure est occupée à hauteur de 80 à 90%. La prise en charge au ~~cor~~ de la communauté autorise une capacité d'hospitalisation moindre que celle déployée sur le site originel de l'hôpital psychiatrique.

1.2. Données issues du service des admissions

L'étude des documents d'analyse de l'activité élaborés par la direction des affaires financières à partir des informations du service des admissions permet de compléter l'étude du D.I.M.

Sur l'année 1998 (23 mars – 31 décembre) :

- les entrées directes à Remy de Gourmont s'élèvent à 666 contre 227 à Neuilly sur Marne ;
- 33 patients ont été transférés de Neuilly sur Marne à RG dont 18 à l'ouverture ;
- 10 patients ont été transférés de RG à Neuilly sur Marne avec une durée maximum de séjour de 17 jours

Sur le premier semestre 1999 :

- La répartition des **modes d'hospitalisation** à Remy de Gourmont est comparable à ce qui peut être relevé dans les unités nocéennes :
 - 27 entrées en Hospitalisation d'Office (HO) soit 5.6%,
 - 71 Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) soit 14.8%,
 - 380 Hospitalisations libres (HL) soit 79.5%

- La répartition **par sexe** confirme le résultat de l'enquête du D.I.M. selon lequel la clinique recevrait une population féminine plus importante : 221 hommes pour 257 femmes (1001 et 640 à Neuilly) ;

- En revanche, le **coefficient d'occupation des lits** est inférieur à la moyenne nocéenne : 81% contre 93%

- La **Durée Moyenne de Séjour** est de 16 jours contre 27 sur le site de Neuilly sur Marne.

1.3. Provenance des patients

Une étude réalisée par les secteurs à la fin de l'année 1998 sur la provenance des patients laisse apparaître 5 modes principaux d'entrée :

- CPOA	20%
- CMP 34-35	18%
- Lariboisière	16%
- Direct	11%
- IPPP	7%
- MB	6%
- Autres APHP	13%

Cette étude démontre la réalité des liens privilégiés avec Lariboisière ainsi que la permanence des circuits traditionnels (CPOA, CMP). Aucune statistique ne fait apparaître d'entrées sur recommandation d'un praticien libéral hors les 1.3% cités. Ces entrées se font peut-être par l'intermédiaire du Centre Médico- psychologique.

1.4. Enquête de satisfaction des patients

L'établissement public de santé Maison Blanche ne dispose pas à la date de rédaction de ce mémoire d'un réel dispositif d'enquête de la satisfaction des patients. Cette dernière a pu être appréciée par l'analyse des questionnaires de sortie qui ne sauraient en tenir lieu et ne sont pas systématiquement renseignées.

Toutefois, un test réalisé sur la base d'un questionnaire provisoire a été réalisé à la fin de l'été 1999 sans que les résultats de ces données soient encore réellement exploitables. Le nouveau dispositif sera opérationnel au premier semestre 2000, ce qui permettra d'affiner la perception des réactions des patients.

Une étude fondée sur l'analyse de 69 questionnaires de sortie renseignés au premier semestre 1999 fournit les renseignements suivants :

	excellent	bonne	passable	mauvais
Accueil	24	31	5	
Soins	25	20	5	
Information		23	6	
Confort	22	34	4	
Entretien	18	20	8	3
Appréciation globale	17	33	8	1

Cette sélection à partir de 11 items et de 2 questions ouvertes laisse apparaître un bon niveau de satisfaction. En particulier, la structure semble avoir atteint son objectif sur le plan du confort et de l'entretien. L'appréciation globale sur la structure est bonne.

2. Adéquation du fonctionnement avec les objectifs initiaux

2.1. Fonctionnements sectoriels et intersectoriel

La réunion de deux services d'hospitalisation à temps complet dans une même structure ne saurait être sous-tendue par le seul souci d'utiliser un espace disponible voire de minimiser les coûts immobiliers. La dimension intersectorielle de la clinique Remy de Gourmont est indiscutable en théorie mais elle se heurte, dans les faits, à une existence préalable de fortes identités de secteurs structurées autour de la personnalité des chefs de service.

Dans le projet médical initial, la volonté de préserver les identités sectorielles apparaissait prévaloir sur l'impulsion donnée à un fonctionnement véritablement intersectoriel. La principale motivation explicite de l'attachement à une visée unisectorielle résidait dans le souci de préserver les réseaux internes au secteur et l'efficacité du fonctionnement entre les unités extra- hospitalières et les unités d'hospitalisation plein temps. Les éléments intersectoriels sont par conséquent soit limités à une cogestion (centre d'accueil permanent géré par deux responsables médicaux, un par secteur), soit vécus comme une dépossession (les secrétariats : sur le site, le secrétariat du 34^{ème} secteur ; dans la clinique, le secrétariat du 35^{ème} secteur), soit enfin engendrent des dysfonctionnements manifestes (le 3^{ème} étage, commun, ne paraît pas réellement investi). Or, les données issues du service des admissions et l'enquête sur les provenances des patients montrent que des réseaux non sectoriels sont en voie de constitution et que la circulation des patients entre Neuilly sur Marne et Remy de Gourmont est assez limitée (25 mouvements sur 900 entrées en 1998). Un fonctionnement davantage intersectoriel correspondrait donc mieux à l'esprit du projet médical (mieux prendre en charge les populations suivies, délivrer des soins de qualité).

2.2. Mise en réseau

Le conventionnement avec l'hôpital général : l'implantation de la clinique Remy de Gourmont a également été l'occasion d'engager un réel partenariat avec l'hôpital général. Afin de se conformer aux obligations réglementaires découlant du décret du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, l'Hôpital Lariboisière s'est ouvert à une réelle coopération entre son service d'urgence et les structures de secteur rattachées à Maison Blanche. L'E.P.S. Maison Blanche et l'Hôpital Lariboisière ont, ainsi, signé une convention de prise en charge réciproque des urgences psychiatriques et des urgences somatiques.

Les modalités de fonctionnement exposées par cette convention sont les suivantes : le psychiatre de garde au Service d'accueil des Urgences (S.A.U.) de l'hôpital Lariboisière (AP-HP) décide, en fonction des troubles constatés, un suivi ambulatoire ou une hospitalisation dans une unité de psychiatrie. Après accord du psychiatre de garde à Remy de Gourmont, le patient peut être accueilli dans la clinique. Réciproquement, Lariboisière assure la prise en charge somatique de tout patient hospitalisé à Remy de Gourmont présentant une pathologie médicale ou chirurgicale.

Cette organisation présente des lacunes structurelles dont on peut trouver l'explication dans les relations difficiles qu'entretiennent le secteur psychiatrique et les services universitaires correspondants. En particulier, la convention ne prévoit pas d'intervention des praticiens de Lariboisière dans la clinique Remy de Gourmont ni, réciproquement, une présence d'intervenants du secteur psychiatrique aux urgences de l'hôpital général, ni de projet de recherche ou d'enseignement, ni d'une formation continue.

Les relations avec les autres intervenants sanitaires du dix-neuvième arrondissement :

Un partenariat a été conclu avec la Fondation Rothschild afin de s'assurer des prestations d'imagerie, d'analyse biologique et de kinésithérapie nécessaires au suivi somatique des patients de Remy de Gourmont. Cette convention a un impact positif sur l'amélioration de la prise en charge somatique des patients. Cependant, elle a également une incidence financière non négligeable, les prestations correspondantes étant jusque là assurées par l'E.P.S. de Ville Evrard dans le cadre d'une convention particulière et non valorisées.

A l'égard des libéraux et des généralistes, aucun projet de réseau n'a été conçu à ce jour. Certes, les secteurs conservent des liens privilégiés avec certains médecins de ville dans le cadre du suivi de patients. Mais, l'opportunité née de la création d'une structure d'hospitalisation en plein cœur de Paris n'a pas été mise à profit pour définir de véritables protocoles de coopération et sensibiliser les professionnels concernés à l'intérêt de réseaux qui sont aujourd'hui primordiaux.

2.3. Insertion dans la communauté

La psychiatrie inquiète une population qui appréhende mal ce qu'est la maladie mentale. Le quartier d'implantation, " le square Bergère " aux portes du parc des Buttes Chaumont, est un quartier résidentiel, réputé pour son calme et qui comprend de nombreuses habitations présentant des murs mitoyens. Les riverains ont, au cours des dernières années, exprimé fréquemment leur opposition à toute implantation sanitaire quelle que soit sa vocation¹⁴.

Une structure d'hospitalisation plein temps située dans une mégapole ne peut que focaliser certains fantasmes. Afin de favoriser une réelle inscription de la clinique dans son

environnement, l'établissement a multiplié les rencontres avec les riverains à tous les stades du projet et depuis son ouverture afin que s'instaure un climat de confiance.

Cependant, la localisation de la clinique Remy de Gourmont a induit dès sa conception un véritable défi technique en ce qui concerne l'isolation phonique. La clinique donne sur deux rues étroites composées de maisons aux murs mitoyens, ce qui favorise les phénomènes de résonance. De plus, la clinique a des murs communs avec les résidences situées de part et d'autre. Enfin, le quartier est implanté sur d'anciennes carrières qui nuisent à la stabilité géologique de l'ensemble.

Le projet architectural et les études techniques corrélatives ont répondu à l'essentiel des défis et apporté des garanties pour l'avenir. La relative instabilité du sous-sol a fait l'objet de mesures préventives en particulier d'une étude d'expert qui détermine l'état du sous-sol avant la rénovation du site et de la pose de capteurs permettant de distinguer toute évolution non souhaitable. A ce jour, la stabilité de l'ensemble est préservée et le patrimoine des riverains n'est pas menacé. En revanche, la situation et l'équipement des chambres d'isolement a posé problème. En raison des caractéristiques de l'environnement de la clinique, le choix avait été fait de les placer sur la cour intérieure et non sur la rue afin d'éviter toute nuisance sonore. Or, il s'avère à l'expérience que cette situation engendre une gêne accrue pour les riverains dont les chambres à coucher se situent de même sur les cours intérieures.

Les nuisances occasionnées par la présence de la clinique (allées et venues de patients, ouverture des fenêtres, hurlements de patients agités...) ont parfois radicalisé les positions et un conflit larvé s'est instauré entre les professionnels de la clinique et les riverains, conflit parfois soigneusement voire habilement entretenu. La cohabitation demeure donc difficile voire conflictuelle.

¹⁴ Voir article de Libération en annexe sur la clinique Jeanne Garnier, ancien nom de la clinique Remy de Gourmont...

QUATRIEME PARTIE

QUATRIEME PARTIE : PROPOSITIONS OPERATIONNELLES

Au terme de dix- huit mois de fonctionnement, la clinique Remy de Gourmont offre un tableau contrasté qui ne remet en aucune façon en cause la portée de l'expérience mais permet de discerner les dysfonctionnements susceptibles de menacer autant la pérennité de la clinique que la poursuite du projet d'établissement. Les propositions d'évolution suivantes sont inspirées par des entretiens avec différents acteurs de l'expérience comme de l'analyse des implications prévisibles pour ce qui concerne la poursuite du projet.

Notre analyse reprendra les trois axes exposés en introduction de ce mémoire:

- En matière d'organisation hospitalière, il s'avère nécessaire de poursuivre la déconcentration administrative ;

- En termes de santé publique, le renforcement de la mise en réseau apparaît impérative afin d'optimiser les conditions de prise en charge ;

- Dans l'optique plus large de l'insertion sociale, qu'en est-il d'une meilleure visibilité de la souffrance mentale dans la communauté ?

1. Poursuivre la déconcentration administrative de la structure

Le fonctionnement actuel n'a pu éviter certains dysfonctionnements dans l'encadrement des équipes et la définition des nouveaux profils de postes ce qui se double des limites constatées dans l'externalisation des prestations logistiques. Le constat d'ensemble est donc celui d'une réalisation demeurant incomplète et qui, de ce fait, ne peut encore faire pleinement référence.

L'externalisation des prestations

Le poids du dispositif logistique développé sur le site de Maison Blanche, la culture autarcique qui l'engendre ou en résulte ne peut que peser sur le redéploiement vers Paris.

Le maintien sur un même site de l'ensemble des corps de métier nécessaires à l'activité hospitalière a engendré des phénomènes de dépendance réciproque. L'existence de véritables dynasties familiales ayant essaimé au sein de l'établissement renforce ces phénomènes. A chaque nouveau besoin correspondait le recrutement d'un nouveau corps de métier et un débouché possible pour les populations installées en proximité. Il faut nuancer ce propos par la prise en compte de la situation géographique de l'établissement et la spécificité de la prise en charge psychiatrique. L'activité en hôpital psychiatrique rebute moins les personnes familiarisées ou informées de ses spécificités. Un environnement semi-rural favorisait le développement d'un établissement autarcique.

Le projet d'établissement prévoit la réduction progressive de ce dispositif logistique. La constitution d'un ensemble de lieux d'hospitalisation délocalisés, dont certains seront implantés à proximité immédiate de centres hospitaliers généraux (Bichat, Hauteville) ou d'un établissement privé conséquent (Croix saint Simon), apparaît incompatible avec le maintien d'une organisation pensée pour un hôpital psychiatrique traditionnel.

L'externalisation des prestations logistiques pour partie auprès des structures hospitalières générales de proximité et pour le solde auprès d'intervenants extérieurs, favorise à terme une réduction du coût global et la libération du site originel. La vétusté de ce dernier entraîne aujourd'hui des surcoûts liés à la mauvaise isolation des conduites d'eau chaude, l'entretien des voiries et des espaces verts, la mise à niveau de la cuisine et de la blanchisserie...

La clinique Remy de Gourmont demeure, après 18 mois de fonctionnement, étroitement dépendante du dispositif logistique du site de Neuilly sur Marne. La restauration, la blanchisserie, les transports sont essentiellement assurés par les services de l'hôpital. Judicieuse au moment de l'ouverture (qui, rappelons-le, survient un an seulement après un conflit social majeur), cette situation renforce ceux qui considèrent qu'une coordination doit être maintenue entre Neuilly sur Marne et Remy de Gourmont. Un tel fonctionnement pérennise une culture de la dépendance qui marque moins un sentiment de solidarité autour d'un projet commun que la permanence de la tentation autarcique inhérente à un statut hospitalo- centré. Le fonctionnement efficace d'une structure sanitaire nécessite la définition d'un compromis entre spécialisation et polyvalence des professionnels. Une trop grande spécialisation nourrit l'interdépendance, rend prééminente la question des circuits de décision et peut entraîner une dérive bureaucratique de l'exercice professionnel. Une polyvalence excessive nuit à l'efficacité et à l'enrichissement des compétences professionnelles. Un exemple illustre ces risques sous-jacents. Confronté à un incident technique et faute de pouvoir

contacter les services techniques de l'E.T.E.H¹⁵, un cadre infirmier laisse se dégrader la situation plutôt que de faire un appel ponctuel à un prestataire extérieur. La perte de temps de travail née de cette dépendance vis-à-vis d'une organisation bureaucratique est conséquente et nuit à l'exercice d'une psychiatrie active. Un tel fonctionnement était perceptible dans les structures extrahospitalières extérieures. Ces comportements se pérennisent y compris dans une structure extérieure au site. L'absence de polyvalence, la faible affirmation de l'esprit d'initiative sont handicapantes dans une structure semi- autonome. Dès lors, l'autonomie n'est pas vécue comme telle mais est perçue comme un isolement voire un abandon.

L'externalisation rapide des prestations logistiques créera certes un surcoût temporaire de fonctionnement du fait que l'externalisation n'est pas généralisée à l'ensemble de l'établissement. Il est, en effet, moins coûteux de produire cent repas par jour dans la cuisine de Neuilly sur Marne et de les transférer à Remy de Gourmont que de les acheter à un prestataire extérieur. Mais, cette externalisation pourrait marquer une rupture dans les comportements, dans l'histoire de l'établissement.

En outre, l'inscription dans un réseau de soins, le développement des relations avec d'autres intervenants sanitaires conduit à un suivi somatique affiné de patients présentant une problématique sociale et psychologique favorisant l'épanouissement de problèmes de santé. Le coût de la sous-traitance médicale (compte 611-17) s'accroît d'autant. La valorisation de ce compte est d'autant plus difficile que dans le cas de l'hospitalisation dans un hôpital général de patients hospitalisés sous contrainte les coûts afférents sont à la charge de l'établissement psychiatrique. Un suivi plus précis de ces hospitalisations devrait être possible dans le cadre d'un fonctionnement en réseau.

¹⁵ l'Entretien Technique Extra- Hospitalier (E.T.E.H.) est une émanation des services techniques de Neuilly sur Marne chargée de la maintenance des structures extra- hospitalières.

La question de l'encadrement

Cette culture de la polyvalence a des limites au niveau de l'encadrement. La dichotomie équipe administrative- équipe soignante demeure légitime eu égard aux cultures spécifiques de ces deux catégories de personnels hospitaliers.

En première analyse, l'encadrement interne d'une clinique telle que Remy de Gourmont devrait être triple :

Un encadrement administratif assuré par un chef de bureau. Ce dernier traiterait le suivi des questions d'ordre administratif, les admissions, la facturation, les relations avec les patients, l'ordonnancement des dépenses jusqu'à un certain seuil. En outre, ce responsable administratif assurerait la coordination avec la direction générale de l'établissement.

Un cadre infirmier conserverait des fonctions habituelles d'organisation et de gestion des équipes infirmières, de suivi du respect des protocoles établis...

Un intendant placé sous la responsabilité du chef de bureau aurait autorité tant sur le personnel d'entretien présent dans la clinique que sur les aides- soignantes chargées de la distribution du linge et des fournitures aux équipes et aux patients. Il assurerait en outre, sous l'autorité du chef de bureau, le suivi des relations avec les prestataires extérieurs.

Cette réorganisation implique de lever quelques difficultés temporaires :

- Sa mise en œuvre dans les différents sites implique une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences centrée sur la définition des postes clés de cet encadrement des cliniques. L'établissement doit affiner les profils de ces cadres et organiser la formation des chefs de bureau déjà présents dans l'établissement, repérer et préparer la promotion de certains cadres, envisager des recrutements. La question la plus cruciale est celle des postes de chefs de bureau responsables des cliniques. Quatre postes seraient ouverts à terme selon un profil proche des anciens directeurs de quatrième classe.
- La coordination des trois cadres doit être précisée. Le chef de bureau sera le responsable administratif de la structure et l'interlocuteur naturel et de premier recours du responsable médical. Ses relations avec le cadre soignant ne seraient pas hiérarchiques même si le cadre soignant pourrait avoir un devoir d'information envers le responsable administratif de la structure. Ce point pourrait susciter quelques difficultés de positionnement dans le cas d'un recrutement interne du responsable administratif. En effet, les chefs de bureau des services administratifs bénéficient parfois d'une légitimité et d'une reconnaissance de la part des services soignants qui apparaît liée à leur proximité avec le corps de direction. Leur autorité pourrait être contestée dans le cadre d'une déconcentration. La définition du profil des titulaires et les modalités de leur formation spécifique n'en sont que plus cruciales.

2. Renforcer la mise en réseau de la clinique Remy de Gourmont

L'ouverture de la clinique Remy de Gourmont s'inscrit pleinement dans le cadre de la problématique des relations entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique. Plus encore, elle démontre la difficulté de susciter un réseau de structures différenciées de prise en charge autour d'une même population. L'objectif principal du projet est de favoriser des prises en charge mieux différenciées.

Relations avec l'hôpital général et les autres intervenants sanitaires de l'arrondissement

La convention¹⁶ de partenariat avec le Groupe hospitalier Lariboisière- Fernand Widal- Saint Lazare (AP-HP) représente une modalité intéressante d'évolution des rapports avec l'hôpital général. Cependant, elle doit davantage à l'évolution du contexte réglementaire qu'à un changement de comportement des acteurs.

La prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital s'inscrit dans une évolution naturelle de l'activité du secteur. Elle est d'ailleurs d'ores et déjà mise en œuvre dans de nombreux sites comme au Centre hospitalier d'Aix en Provence en partenariat avec le centre hospitalier spécialisé de Montpellier dans le cadre d'un centre d'accueil permanent situé dans

¹⁶ Voir annexes

l'enceinte du service des urgences. Dans ce cadre, le Centre Hospitalier Spécialisé de Montperrin affecte des personnels à ce centre et conserve la responsabilité des patients accueillis.

Le contexte parisien est, en revanche, moins favorable à une telle évolution puisque les services hospitalo - universitaires de l'Assistance Publique et les secteurs de psychiatrie générale ont les plus grandes difficultés à se coordonner. La coordination avec les secteurs de la psychiatrie générale n'est pas prise en compte dans le plan stratégique de l'AP- HP.

Le développement d'un partenariat entre la clinique Remy de Gourmont et le service d'accueil des urgences de Lariboisière devrait naturellement évoluer vers une présence accrue des praticiens dans chaque structure partenaire : vacations de somaticiens du Groupe Lariboisière dans la clinique, vacations de psychiatres de secteur au service des urgences et dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Ce partenariat pourrait être préparé par l'organisation d'échanges et de formations réciproques des personnels soignants. De tels échanges seraient susceptibles de susciter un enrichissement commun des pratiques, un rapprochement des cultures professionnelles et de favoriser un partenariat approfondi et une complémentarité des services psychiatriques hospitalo-universitaires et de secteur.

Espérons que le projet d'implantation des unités d'hospitalisation des 30^{ème}, 32^{ème} et 33^{ème} secteurs (150 lits) dans l'ancienne maternité de Bichat favorisera un partenariat étroit entre les services de psychiatrie hospitalo-universitaires et les secteurs concernés et qu'il saura faire école dans l'ensemble des arrondissements.

Les relations avec les autres intervenants sanitaires et sociaux du dix-neuvième arrondissement méritent une attention accrue en formalisant les liens avec les praticiens libéraux et les généralistes de l'arrondissement. Un document conventionnel préalable et des réunions régulières susceptibles d'associer également les structures d'hospitalisation privées et l'hôpital général faciliterait l'ouverture du secteur psychiatrique sur la communauté. Validé par les autorités sanitaires de tutelle, il garantirait aux intervenants isolés (praticiens libéraux, généralistes...) de ne pas être seulement instrumentalisés. Il pourrait inclure des associations de quartier en permettant de mieux les informer des besoins sanitaires de l'arrondissement et par conséquent mieux disposés à l'insertion de nouvelles structures sanitaires destinées à des publics ciblés.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation

Un rapport de la Cour des comptes de 1988 sur les taux d'inadéquation, soit "*la présence en établissements psychiatriques de malades dont l'état relèverait logiquement d'autres formes de traitement ou d'hébergement : maisons d'accueil spécialisées, centres d'aide par le travail, établissements de long séjour avec soutien psychiatrique pour personnes âgées, services d'aide à domicile*", a lancé un mouvement parfois mal maîtrisé en faveur d'un tel redéploiement. Deux écueils sont rapidement apparus face à une telle démarche : la question de la démarcation claire des frontières entre le sanitaire et le social ; le risque de glissement lié à la sous-estimation de la pathologie d'un patient (problématique à dominante sociale) ou à la surestimation de cette dernière.

L'établissement public de santé Maison Blanche souhaite prévenir ces deux écueils en appuyant son projet sur une enquête réalisée par un groupe médical ad hoc. Ce dernier a repéré 233

patients présents dans l'établissement depuis plus d'un an pour lesquels une hospitalisation serait une solution inadéquate. L'ouverture d'une clinique d'hospitalisation a entraîné une reconfiguration de l'offre de soins dans le dix-neuvième arrondissement. Cette reconfiguration continue de s'appuyer sur l'utilisation de pavillons sur le site de Neuilly sur Marne. A terme, l'ouverture d'une structure d'hospitalisation supplémentaire dans le dix-neuvième arrondissement pourrait permettre la fermeture des unités nocéennes. Or, certains patients hospitalisés au long cours¹⁷ dans ces unités relèvent davantage d'une prise en charge médico-sociale ou de structures d'accueil relativement autonomes du type maison communautaire. C'est dans cette perspective que l'établissement s'est engagé dans une politique de développement concerté et adapté des alternatives à l'hospitalisation. Des conventionnements sont en cours d'élaboration avec des maisons de retraite. De même, un projet de création d'une maison d'accueil spécialisée non hospitalière et gérée par une association est en cours de négociation. Ce projet reposerait sur un transfert d'enveloppe du sanitaire vers le médico-social. Ces projets se heurtent à des difficultés communes :

- Un sentiment d'abandon fortement ressenti par les médecins dès qu'un patient est orienté vers une structure moins médicalisée même si son état ne justifie plus une hospitalisation;
- La question du retour éventuel pour une hospitalisation ponctuelle de patients insuffisamment stabilisés ou en rechute ;
- Les modalités du suivi ambulatoire et la qualité et le nombre des structures alternatives à l'hospitalisation.

¹⁷ au 3 août 1999, sur 560 patients présents dans l'hôpital, 273 sont hospitalisés depuis plus d'un an dont 126 en hospitalisation libre.

La définition de conventions appropriées avec les dispositifs médico- sociaux et sociaux représente un objectif prioritaire des prochains mois. L'administration a un rôle décisif à jouer dans l'accompagnement de ces accueils de patients dans de nouvelles structures qui devront bénéficier des prestations du secteur. Ce rôle consiste en particulier à offrir au corps médical toutes les garanties propres à lever les doutes quant à un éventuel abandon des patients concernés par ces alternatives.

3. Soutenir l'évolution des perceptions et des comportements

La délocalisation d'unités d'hospitalisation plein temps de l'hôpital vers la cité ne suffit pas à amenuiser la pesanteur des comportements acquis et peut avoir tendance à les affirmer. Cette pesanteur et cette affirmation ont des répercussions inévitables sur la perception que la population développe de cette " altérité du dedans " que constitue désormais pour elle cette communauté hospitalière. Il importe dès lors pour le dirigeant hospitalier de tenter de faire évoluer ces comportements acquis et ces perceptions en construction.

D'une structure fermée à un respect accru des libertés publiques

L'une des difficultés majeures de l'organisation et de la gestion des flux dans une unité d'hospitalisation psychiatrique résulte de la diversité des statuts des hospitalisés. Des patients dits en hospitalisation libre (consentie) y côtoient en effet des hospitalisés sous contrainte (hospitalisations d'office ou à la demande d'un tiers). Lors de la définition du projet architectural, l'idée a été envisagée de réserver un étage à une ouverture complète. Le confinement¹⁸ qui en aurait résulté pour la partie fermée et les difficultés consécutives d'organisation des flux notamment vers l'espace de déambulation (la terrasse) ont conduit à l'abandon de ce projet. La conséquence de cet abandon est la fermeture de l'unité vers l'extérieur pour tous les patients.

¹⁸ Ce confinement présupposé exclut l'hypothèse que le passage par un service fermé puisse s'interrompre rapidement, une fois passée la période de crise...

Cette question de l'ouverture des services demeure un problème récurrent depuis que les hôpitaux psychiatriques ne sont plus répartis en services libres et services fermés¹⁹. Or, les personnes hospitalisées sans leur consentement " *doivent pouvoir exercer leurs droits de citoyen et leurs libertés ne peuvent être restreintes que pour des raisons liées à leur état de santé dans le cadre d'un protocole thérapeutique défini. Celui-ci est à inscrire au dossier de la personne afin de pouvoir être contrôlé* " (circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993). Un patient en hospitalisation libre ou sa famille seraient aujourd'hui fondés à poursuivre la clinique Remy de Gourmont pour fermeture illégale du service ce qui est loin d'être un cas isolé dans le dispositif hospitalier psychiatrique français. De manière plus large, le groupe de travail national sur l'évaluation de la loi du 27 juin 1990 a abordé de façon très précise cet aspect qu'il souhaite voir cesser.

Relancer la démarche qualité

Cette réflexion sur un respect accru des libertés publiques s'inscrit logiquement dans la perspective plus large d'une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients hospitalisés.

L'établissement public de santé Maison Blanche s'est montré très sensible à la perspective de l'accréditation. Dès 1997, il reçoit la visite d'un groupe d'experts canadiens chargés d'appuyer une expérience d'auto-évaluation. Mais, la multiplicité des projets en cours ont relégué le

¹⁹ Ces derniers recevaient les patients pris en charge selon le texte de 1838. Certains auteurs ont pu proposer une sélection des patients à l'admission. Cette sélection est pourtant susceptible d'engendrer des pratiques ségréгатives qui seraient contraires au principe de l'ouverture générale des services. Force est de constater que se révèle ici une faille du droit. En outre, cette fermeture n'est pas sans poser des problèmes de sécurité (voir infra deuxième partie)

développement d'une démarche qualité globale au second rang. A l'automne 1999, une cellule qualité composée de la directrice des soins infirmiers, de l'ingénieur en organisation et d'une infirmière a été reconstituée.

La clinique Remy de Gourmont offre un cadre idéal de mise en œuvre d'une démarche qualité expérimentale. Des dysfonctionnements mineurs de la clinique obèrent la capacité des professionnels présents à s'engager dans une telle démarche. L'accent mis sur un respect des libertés publiques, la reconstitution d'une cellule qualité créeront un climat favorable au développement de cette démarche. Ce développement est d'autant plus nécessaire qu'un rapport de l'infirmière hygiéniste (été 1998) avait montré une dérive de la structure vers les conditions existant dans les unités traditionnelles d'hospitalisation. L'investissement réalisé tant par l'administration que par les équipes a permis de mettre un terme à cette " dérive ". Néanmoins, celle-ci est toujours possible pour peu que les équipes se désinvestissent en raison des difficultés rencontrées. Les défaillances techniques du dispositif (chambres d'isolement, temps nécessaire à la mise aux normes de sécurité de la terrasse, ...) et les difficultés d'organisation administrative (confusion de fait des prérogatives soignantes et administratives, absence de mixité d'origine de certaines équipes...) ont entamé la lisibilité du caractère novateur de l'expérience au profit du sentiment d'une surcharge de travail liée aux dysfonctionnements de mise en place de la structure. En réclamant la participation active et permanente de tous les personnels, en les incitant à analyser ce qui fait la qualité de leur exercice professionnel et en les encourageant à optimiser cette qualité, une démarche qualité formalisée dans la perspective de l'accréditation est susceptible de cimenter une nouvelle culture professionnelle. Ainsi, les dérives évoquées et des comportements néo- asilaires pourraient être durablement prévenus.

Communiquer mieux pour mieux faire connaître la souffrance mentale

L'expérience que nous rapportons le prouve, l'insertion de structures sanitaires dans la cité pose des problèmes croissants d'acceptation. Les établissements publics de santé prennent désormais mieux en compte la question de l'acceptation par les riverains de l'implantation d'une telle structure. Maison Blanche a mis en œuvre dès l'origine un plan de communication autour de la création de la clinique Remy de Gourmont. Il est notable de constater que cette structure fait l'objet de moins de récriminations de la part des riverains que celle qui l'a précédée en les mêmes lieux (structure de soins palliatifs de fin de vie pour des patients atteints du virus du SIDA) prouve que ce plan de communication a eu quelque effet. Un groupe de travail du Centre d'analyse et d'intervention sociologiques (C.A.D.I.S.) a, en conclusion d'une étude sur la clinique Remy de Gourmont, cependant conseillé de pérenniser cette politique de communication par la mise en place de réunions régulières avec les riverains et la nomination d'un interlocuteur unique, extérieur à la clinique, chargé d'un travail de médiation. Cette expérience et cette conclusion sont communes aux différents projets actuellement en cours : centre d'accueil pour adolescents, " boutique " de prise en charge des personnes toxicomanes... La prise de contact préalable avec les autorités municipales, si elle est nécessaire, ne suffit pas du fait qu'elle peut inciter à faire de la structure créée un enjeu politique. En revanche, une présentation préalable du projet aux associations de quartier constituées permet de réduire les risques de mauvaise interprétation des finalités de la structure et des risques encourus.

La fonction communication est, en dépit de l'institution d'une structure commune aux secteurs parisiens de psychiatrie générale²⁰ chargée d'un tel rôle, généralement insuffisamment valorisée dans les établissements psychiatriques. Dans le cadre des problématiques sociales

actuelles et du climat sécuritaire qui tend à s'instaurer dans Paris, la redéfinition des modalités de communication, le recours à des agences spécialisées est une orientation primordiale.

Récapitulatif des propositions opérationnelles

- **Externaliser rapidement les prestations logistiques à Remy de Gourmont ;**
- **GPEC : préciser et former les futurs cadres intermédiaires ;**
- **Echanges de personnels avec l'hôpital général ;**
- **Développement des alternatives ;**
- **Audit des libertés publiques ;**
- **Relancer la démarche qualité ;**
- **Refonder la politique de communication.**

²⁰ PSYCOM édite un journal de réseau et un guide de la psychiatrie publique.

CONCLUSION

Les propositions opérationnelles présentées en quatrième partie sont évidemment strictement dépendantes des stratégies des différents protagonistes impliqués dans la vie de l'établissement. Une opération de restructuration hospitalière ne saurait être mise en œuvre dans une perspective strictement technocratique et les considérations d'opportunité et de calendrier prédominent nécessairement. Néanmoins, ces considérations ne peuvent obérer l'objectif à moyen terme qu'est la réponse aux enjeux liés aux trois niveaux de lecture de l'expérience Remy de Gourmont exposés en introduction.

Sur le plan de l'organisation hospitalière, l'expérience Remy de Gourmont concrétise l'évolution de l'établissement public de santé Maison Blanche vers une organisation de services déconcentrés et diversifiés de prise en charge des besoins sanitaires des populations du nord-est de Paris. Depuis le mois d'avril 1999, l'établissement public de santé de Maison Blanche dispose d'une antenne administrative à Paris où ont été transférées les directions transversales (projets parisiens, organisation, travaux). L'ouverture, au premier trimestre 2000, dans le vingtième arrondissement de Paris, d'une structure intersectorielle destinée aux alternatives à l'hospitalisation sera l'occasion de poursuivre la différenciation des modes de prise en charge et d'accélérer l'externalisation de la logistique des structures de soins parisiennes. L'expérience de l'opération Remy de Gourmont permet de mieux discerner les éléments susceptibles demain d'engendrer des dysfonctionnements. L'enjeu est désormais, pour le dix-neuvième arrondissement, de mettre en œuvre le transfert à Paris des lits demeurés à Neuilly sur Marne (projet 19^{ème} n°2). Sur ce point, les projets des autres arrondissements prévoient un transfert global des capacités d'hospitalisation dès la première opération (150 lits pour le 18^{ème} arrondissement, 86 lits pour le vingtième arrondissement, 100 lits pour les 9^{ème} et 10^{ème}

arrondissements). L'hypothèse de la permanence de structures d'hospitalisation sur le site de Neuilly sur Marne semble devoir être écartée. L'installation de la pharmacie²¹ et de l'administration dans Paris sont, en revanche, d'ores et déjà programmées. Néanmoins, dans les deux années à venir, la clinique Remy de Gourmont demeurera la référence obligée de la restructuration. Ses dysfonctionnements actuels n'en revêtent que davantage d'importance et nécessitent d'autant plus des réponses adaptées et rapides.

Dans une perspective de santé publique, la clinique Remy de Gourmont s'avère une remarquable réussite. L'augmentation de la file active et les modifications de ses composantes prouvent que le transfert des services d'hospitalisation à temps complet dans Paris a permis de révéler des besoins sanitaires jusque là non satisfaits. Le raccourcissement des circuits de prise en charge de l'urgence psychiatrique dans Paris intra- muros est favorisé par la conclusion d'un partenariat avec les services des urgences des hôpitaux généraux. Certes, la mise en réseau de la clinique Remy de Gourmont est encore insuffisante. Mais, le caractère novateur de l'expérience renforcé par les conclusions que dix- huit mois de fonctionnement ont permis de tirer sur son opportunité devrait favoriser l'affirmation d'une culture et d'un exercice professionnel moins hospitalo- centré. Enfin, les partenariats actuellement mis en ~~œuvre~~ avec des structures médico- sociales et associatives s'inscrivent pleinement dans la perspective souhaitable d'une orientation des patients vers l'institution susceptible de leur prodiguer la prise en charge la plus adaptée.

Dans la perspective plus large de rendre à la souffrance mentale une visibilité sociale, la clinique Remy de Gourmont atteint son objectif initial. Les visites de personnalités du monde hospitalier, des tutelles, de spécialistes des sciences sociales démontrent l'intérêt porté à cette expérience. La clinique fait aujourd'hui l'unanimité chez ces visiteurs, en particulier de ceux qui connaissent les conditions habituelles d'hospitalisation psychiatrique en périphérie de Paris. La

²¹ Dans le cadre de la contractualisation interne, la pharmacie prévoit de s'installer à Paris.

qualité des structures d'hospitalisation, une plus grande proximité de la population de Paris avec la maladie mentale sont deux sûrs ferments d'une atténuation progressive du stigmatisme propre à la psychiatrie.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Références bibliographiques

- [1] Michel FOUCAULT Histoire de la folie à l'âge classique.. Gallimard " Tel "
- [2] Gladys SWAIN Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie.. Calmann- Levy " Liberté de l'esprit "1997
- [3] Marcel GAUCHET De Pinel à Freud in Le sujet de la folie. Calmann – Levy " Liberté de l'esprit " 1997
- [4] Friedrich HEGEL Philosophie de l'esprit Vrin 1988
- [5] Patrick MORDELET L'insertion du malade mental dans la communauté. Echange santé social. Décembre1993
- [6] Gérard MASSE La psychiatrie ouverte : une dynamique nouvelle en santé mentale Editions ENSP 1993
- [7] Thomas KHUN La structure des révolutions scientifiques. Flammarion 1977
- [8] Robert CASTEL L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme. Editions de Minuit 1976
- [9] Robert CASTEL La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après- psychanalyse. Editions de Minuit 1981
- [10] Gladys SWAYN et Marcel GAUCHET La pratique de l'esprit humain, l'institution asilaire et la révolution démocratique. Gallimard 1980
- [11] Anne DEPAIGNE Les réactions à la publication d'un rapport sur la santé mentale. L'information psychiatrique n°4 – avril 1998
- [12] Georges DAUMEZON Essai d'histoire critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans le département de la Seine depuis le début du XIXème siècle.. L'information psychiatrique, volume 36. 1960
- [13] Denise JODELET Folies et représentations sociales PUF « Sociologie d'aujourd'hui »1989
- [14] Patrick MORDELET L'insertion du malade mental dans la communauté. Santé- Social ECHANGES. Décembre 1993.
- [15] Gérard MASSE Pratique libérale et psychiatrie de secteur. Recherche et santé n°77 janvier 1999

Bibliographie

Enquête D.I.M. décembre 1998.

Cadre législatif et réglementaire

1. Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
2. Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique
3. Décret du 30 mai 1997 relatif aux urgences psychiatriques.
4. Schéma Régional d'Organisation des Soins en Psychiatrie. 1997.

Sociologie

1. CADIS : Analyse sociologique de l'environnement de la clinique Remy de Gourmont
2. Erving GOFFMAN. Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux. " Le sens commun ". Editions de Minuit 1968

Revue de littérature

1. Restructuration hospitalière et transformation d'un hôpital psychiatrique : L'exemple de Maison Blanche. Patrick MORDELET. Gestions hospitalières. Novembre 1997
2. Psychiatrie : la politique de l'Agence. Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France. Février 1998
3. La santé mentale. Organisation et gestion. Patrick MORDELET. Berger -Levrault 1987
4. Activités extra- hospitalières en psychiatrie. Philippe MARIN. Berger- Levrault, 1990

Sur les réseaux de soins :

1. CHG-CHS : Les relations avec l'hôpital général. Lettre de la Mission d'appui en Santé mentale. Juillet 1998
2. La création de réseaux médico-sociaux se heurte à un grave manque de moyens. Le Monde 7 juin 1998
3. Urgences psychiatriques : des réponses hétéroclites. L'infirmière Magazine. Février 1998

4. Le secteur psychiatrique en relations avec l'hôpital général. Gérard MASSE. Gestions hospitalières. Novembre 1997
5. De phy à psy Les réseaux et filières de soins à l'hôpital. 70^{ème} congrès de l'UHSE. Revue de la Fédération Hospitalière de France. Mai -Juin 1998 pp323-326
6. Les insuffisances d'effectifs dans les hôpitaux publics. G. NICOLAS. Gestions hospitalières Mai 1998

Sur le thème de la qualité :

1. L'accréditation en psychiatrie. V. KOVESS. Entreprise santé. Juillet 1998
2. La démarche qualité dans les établissements de santé. A. FOURCADE, L.RICOUR, P. GARNERIN, E. HERGON, P. BOELLE, sous la direction de P. DURIEUX. Les guides de l'AP – HP.
3. Management de la Qualité. J.M. GOGUE. Economica 1997
4. Dossier Qualité. Perspectives psychiatriques. 1995 n°47/II.
5. Evaluation et auto-évaluation dans les établissements psychiatriques.
G. LANGLOIS-MEURINNE L'information psychiatrique. N°7. Septembre 1997

ANNEXES

SOMMAIRE DES ANNEXES

1. LIVRET D'ACCUEIL REMY DE GOURMONT
2. ARTICLE GESTIONS HOSPITALIERES novembre 1997
3. ARTICLE LIBERATION 26 juin 1999
4. CONVENTION MAISON BLANCHE- GROUPE LARIBOISIERE (AP- HP)