



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion 2002

**Les réseaux, articulation du sanitaire
et du médico-social sur la ville :
une mutation nécessaire
de la Psychiatrie, vers la santé mentale.**

Evelyne BOUTROU-DROUILLOT

Sommaire

1-	<u>INTRODUCTION</u>	1
.1	<u>PROBLÉMATIQUE</u>	1
.2	<u>HYPOTHÈSE</u>	3
.3	<u>FAISABILITÉ</u>	4
.3.1	<u>Une bonne connaissance du contexte psychiatrique et des questionnements professionnels transversaux</u>	4
.3.2	<u>La possibilité d'élargir mon point de vue à d'autres champs que le sanitaire</u>	4
2-	<u>CADRE CONCEPTUEL</u>	5
.1	<u>LA PSYCHIATRIE, LE SECTEUR</u>	5
.1.1	<u>Les idées :</u>	5
.1.2	<u>L'organisation :</u>	6
.2	<u>LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE, LA SANTÉ MENTALE</u>	8
.2.1	<u>Qu'est ce donc que la santé communautaire ?</u>	9
.2.2	<u>La santé mentale</u>	11
.3	<u>LA FRACTURE DU SANITAIRE ET DU MÉDICO-SOCIAL</u>	14
.4	<u>LES RÉSEAUX</u>	16
.4.1	<u>Les ordonnances du 24 avril 1996</u>	17
.4.2	<u>Le médico-social : la réforme de la Loi du 30 juin 1975</u>	19
.4.3	<u>Le sanitaire : les réseaux de santé, chapitre 5 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002</u>	19
3-	<u>CONTEXTES</u>	21
.1	<u>CONTEXTE NATIONAL : POLITIQUE DE SANTÉ</u>	21
.1.1	<u>La réforme hospitalière de 1996 : les établissements sont concernés par les réseaux</u>	21
.1.2	<u>Les différents rapports concernant la santé mentale</u>	22
.2	<u>CONTEXTE LOCAL : CHAMP D'OBSERVATION</u>	23
4-	<u>MÉTHODE</u>	24
.1	<u>MODE D'INVESTIGATION</u>	24
.1.1	<u>Entretiens préliminaires</u>	24
.1.2	<u>Entretiens dans le champ d'observation :</u>	26
.1.3	<u>Entretiens hors champ d'observation</u>	27
.2	<u>INTÉRÊT DE LA MÉTHODE CHOISIE</u>	27
.3	<u>MÉTHODE D'ANALYSE</u>	28
5-	<u>ANALYSE DES ENTRETIENS</u>	31
.1	<u>ENTRETIENS PRÉLIMINAIRES</u>	31

.1.1	<u>Articulation du sanitaire et du médico-social</u>	31
.1.2	<u>Regard Santé Publique</u>	33
.1.3	<u>Promotion des réseaux</u>	34
.1.4	<u>Position des usagers</u>	34
.2	<u>ENTRETIENS DU CHAMP D'OBSERVATION</u>	35
.2.1	<u>Le Secteur</u>	36
.2.2	<u>Constat</u>	38
.2.3	<u>Réseaux-santé mentale</u>	39
.2.4	<u>Constat</u>	43
.2.5	<u>Hôpital : Directeur des soins</u>	44
.2.6	<u>constat</u>	49
.3	<u>ENTRETIENS DU RÉSEAU EXPÉRIMENTAL DE SANTÉ MENTALE À TITRE D'ILLUSTRATION</u>	50
.3.1	<u>Objectifs du réseau de santé mentale « Yvelines Sud »</u>	50
.3.2	<u>Mise en place</u>	51
.3.3	<u>Apport de la Direction et du Service de Soins Infirmiers dans cette expérience</u>	52
.3.4	<u>constats</u>	53
6-	<u>RETOUR SUR HYPOTHÈSE</u>	54
7-	<u>PROPOSITIONS</u>	56
.1	<u>PROPOSITIONS D'ORDRE GÉNÉRAL</u>	56
.1.1	<u>Secteur–inter-sectorialité</u>	56
.1.2	<u>Réseau de santé mentale</u>	57
.2	<u>PROPOSITIONS INTÉRESSANT LA FONCTION DE DIRECTEUR DES SOINS</u>	58
.2.1	<u>Accompagnement de la mutation</u>	58
.2.2	<u>Propositions du directeur des soins</u>	58
8-	<u>CONCLUSION</u>	61

« Quelle forme devons nous donner à notre action
pour quelle soit non seulement efficace,
mais aussi spécifiquement et durablement humaine ? »

Jean Canneva
Président de l'UNAFAM

Je remercie toutes les personnes rencontrées qui ont bien voulu éclairer ce travail
et je salue leur engagement professionnel souvent enthousiaste et passionné.

Liste des sigles utilisés

AFT : Accueil Familiale Thérapeutique
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARSS : Agence Régionale de Santé et du Social
CAC : Centre d'Accueil et de Crise
CAF Caisse d'Allocation Familiale
CAI : Centre d'Accueil inter-sectoriel
CLIC: Centre Locaux d'Information et de Coordination
CMP : Centre Médico-Psychologique
CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs salariés
CNR : Conseil National des Réseaux
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens
CSP Code de la Santé Publique
CSS : Code de la Sécurité Sociale
CTRSI : Conseillère Technique Régionale
DH : Directeur d'Hôpital
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DS : Directeur des Soins
EPS : Établissement Public de Santé
FAQSV : Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FNAPSY : Fédération Nationale des Associations d'(ex)Patients-Psy
GIE : Groupement d'Intérêt Économique
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HG : Hôpital Général
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
ISA : Indice Synthétique d'Activité
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCO: Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MNASM : Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (5 mars 1993)
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PE : Projet d'Établissement
PLFSS : Projet de Loi de financement de la Sécurité Sociale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS: Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PRS : Programme Régional de Santé

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

RATP : Régie Autonome des Transports Parisiens

RTSM : Réseaux Territorial en Santé Mentale

SAU : Service d'Accueil et Traitement de l'Urgence

SIH : Syndicat Inter Hospitalier

UFR : Unité de Formation et de Recherche

UNAFAM : Union Nationale des Amis et des Familles de Malades mentaux

URCAMIF : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Ile de France

1 - INTRODUCTION

Lorsque le choix du thème de ce mémoire a été fait, le dernier rapport du Docteur Jean Luc Roelandt¹, «La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale » n'avait pas encore été publié. Ce rapport arrive dans la continuité du « Plan de Santé Mentale » de Bernard Kouchner, de novembre 2001 et au même moment que deux lois plus générales relatives aux droits des malades et à la qualité du système de soins. C'est situer le cadre et l'actualité dans lesquels se situe ce mémoire.

Le dernier rapport du Dr Roelandt développe les thèmes de la démocratie sanitaire et du rapprochement de la psychiatrie et du médico-social à partir de la constitution de réseaux de santé mentale.

Ce dernier point est l'objet du travail qui suit.

L'intuition que j'avais de la nécessité de travailler dans ce sens est donc confirmée et mise en perspective au delà de cette étude. Pour autant, il restait à parcourir le chemin avec méthode pour le comprendre et d'autre part à trouver de quelle manière un directeur des soins pouvait contribuer à l'évolution attendue.

Comme dans toute recherche, ce mémoire est constitué d'une problématique et d'une hypothèse. Elles ont été initialement explorées à partir de lectures qui définiront le cadre conceptuel et d'entretiens exploratoires. Ensuite cette hypothèse, théorique, sera mise à l'épreuve de la réalité à partir de l'analyse du contenu des entretiens effectués dans le champ d'observation choisi.

La comparaison des résultats attendus par hypothèse et de ceux observés permettra de conclure ce travail.

Des propositions pratiques concernant le rôle du directeur des soins en découleront.

.1 PROBLEMATIQUE

Depuis les années 60, de nombreux textes incitent la psychiatrie à développer une organisation extra-hospitalière originale, appelée Secteur.

De récents rapports en font le bilan, et constatent que la pratique de Secteur s'est développée de façon inégale sur le territoire français. Celle-ci, malgré son esprit transversal, reste cantonnée essentiellement au travail curatif, négligeant ses missions initiales qui étaient celles de la prévention, des soins, de la réadaptation et de la réinsertion.

¹Docteur Jean Luc Roelandt : psychiatre à l'EPSM Lille Métropole, Nord - Rapport du 12 avril 2002.

L'offre de soins ambulatoire s'est fortement diversifiée mais l'amont et l'aval du soin ont été souvent délaissés.

Pourtant, initialement, le concept de secteur se voulait une **approche globale novatrice** ancrée dans la communauté et articulée aux champs du médico-social et du social.

Les restructurations qui traversent la psychiatrie, la pression de la demande sociale, la place nouvelle faite aux usagers, font que cette approche globale de la prise en charge, est plus que jamais d'actualité. Elle ouvre le champ de la psychiatrie à celui de la santé mentale.

Les réseaux sont des outils qui peuvent permettre nous semble-t-il, cette articulation et dont la psychiatrie doit se saisir. Celle-ci n'échappe pas, comme les soins généraux, aux mutations et celle concernant la psychiatrie est déjà fortement engagée. Elle touche dans le même temps l'hôpital et l'organisation extra-hospitalière.

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, considère que la transformation du dispositif se fera en gérant son évolution à plusieurs niveaux : administratif, budgétaire et territorial. Au niveau administratif, le texte confie cette tâche aux directeurs d'établissements et sollicite la « **contribution active des infirmiers généraux** ». Quelle peut être aujourd'hui, la contribution du directeur des soins dans l'évolution du dispositif extra-hospitalier ? Quels sont les points forts du directeur des soins pour s'acquitter de cette mission ?

Le directeur des soins de par sa formation initiale de soignant est d'une part, particulièrement formé et sensibilisé aux questions de **prise en charge globale**, ou « holistique », des problèmes de santé des patients.

D'autre part, au delà de sa pratique de missions et de projets transversaux sur l'hôpital (hygiène, qualité, évaluation, formation des stagiaires IFSI,...), le directeur des soins d'un Centre Hospitalier Spécialisé a forcément aussi une approche transversale des activités qui se développent avec la politique de Secteur, sur toute l'étendue du territoire couvert par l'hôpital.

Il a de ce fait, obligatoirement contact avec ses homologues des soins généraux et d'autres partenaires institutionnels sur ce même territoire.

Par ailleurs, sa place dans l'institution au carrefour des logiques médicale, administrative et soignante, lui permet d'être un traducteur privilégié de cultures et discours professionnels différents.

Les délocalisations en cours posent le problème de la préparation de leur implantation sur l'extra hospitalier en amont des déménagements sur des structures de proximité.

Durant notre exercice professionnel de cadre infirmier supérieur, nous avons participé à un projet de restructuration hospitalière de ce type. Il s'agissait de la délocalisation des unités d'hospitalisation de trois secteurs de psychiatrie adulte sur une ville de la région parisienne.

Cette expérience nous a permis de constater :

- des difficultés d'anticipation concernant les nouveaux besoins et les conditions préalables à l'implantation des unités d'hospitalisation sur la ville,
- la quasi-impossibilité des différents acteurs à envisager et à opérer les changements nécessaires, en matière de réorganisation de l'offre de soins existante,
- l'impossibilité de penser les remaniements du dispositif globalement, en fonction de la nouvelle situation d'inter-sectorialité.

Pour aller jusqu'au bout de ses missions et fonctionner dans cette approche globale de santé mentale, le Secteur doit développer un partenariat local articulant les champs du médico-social et du social sur la ville. Pour être efficace et durable, celui-ci est à construire de façon organisée et coordonnée.

C'est cette problématique que nous nous proposons d'explorer à partir d'une part, d'un cadre conceptuel théorique expliquant le glissement à opérer entre psychiatrie et santé mentale et d'autre part, à partir d'un champ d'observation concret, balayant les différents partenaires potentiels, d'un réseau de santé mentale sur une ville de la région parisienne, leurs attentes, leurs craintes, leurs représentations.

Cette nécessité d'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale est un enjeu d'avenir important. Le directeur des soins d'un établissement spécialisé en psychiatrie ne peut qu'être fortement interpellé par ces enjeux de politique santé et se demander de quelle manière localement, à partir de la place qu'il occupe, il peut contribuer à cette évolution.

.2 HYPOTHESE

Favoriser l'organisation en réseau est un moyen pour le directeur des soins d'un établissement psychiatrique, de permettre au Secteur d'aller jusqu'au bout de sa mission en santé mentale.

.3 FAISABILITE

Plusieurs paramètres concourent à la faisabilité de cette étude :

.3.1 Une bonne connaissance du contexte psychiatrique et des questionnements professionnels transversaux

L'essentiel de notre champ d'expérience professionnelle, s'est fait en psychiatrie. Ainsi comme nous l'avons développé ci-dessus, nous avons participé à un projet de restructuration hospitalière dans le cadre de la délocalisation des unités d'hospitalisation de trois secteurs de psychiatrie adulte sur une ville de la région parisienne.

La commune d'implantation de ce nouvel hôpital de proximité était elle, très en demande pour un travail partenarial avec le Secteur psychiatrique. Mais là encore, il y eu beaucoup de réticences à répondre à une demande de collaboration en matière de santé.

Cette expérience m'a amené au-delà des constats développés dans la problématique à travailler sur cette dynamique de changement tant du point de vue de l'organisation de la psychiatrie que des soins généraux.

Comme nous le verrons dans les pages qui suivent l'essentiel de l'évolution de la psychiatrie passe par une réorganisation de l'offre de soins et par l'élargissement de son champ d'activité à celui de la santé mentale.

.3.2 La possibilité d'élargir mon point de vue à d'autres champs que le sanitaire

Travailler sur les réseaux c'est avant tout accepter de changer de point de vue, d'aller vers les autres professionnels ou partenaires de terrain.

J'avais une connaissance du Secteur psychiatrique, il était intéressant de la compléter dans d'autres domaines:

- Celui des **collectivités locales** : un stage dans la municipalité du Secteur concerné, auprès du Directeur Général Adjoint aux politiques de la ville, m'a permis de rencontrer un grand nombre d'acteurs de terrain, dont le directeur de la Direction de la Promotion de la Santé de la ville et les référents santé quartier. J'ai pu comprendre les complexités des politiques de la ville, leurs principes de partenariat, de contractualisation et de démarche participative.²
- Celui, d'autres acteurs: les **soins généraux** avec la direction des soins du Centre Hospitalier et les protagonistes de différents réseaux existants.

- J'ai rencontré aussi les **usagers** par l'intermédiaire du président d'une association de familles et amis d'usagers.

2 - CADRE CONCEPTUEL

Pour construire ce cadre conceptuel, seront traitées plusieurs notions articulées deux à deux, en opérant d'un chapitre à l'autre, un léger glissement logique, permettant de passer aux couples de concepts suivants.

Dans un premier temps seront présentées la psychiatrie et son évolution jusqu'au Secteur psychiatrique, principe novateur d'organisation et de planification.

Ensuite seront abordées la santé communautaire, notion présente dès les textes fondateurs du Secteur et réintroduite en force par les récents rapports qui en font le bilan, et la santé mentale pour finir.

Puis après avoir constaté la fracture actuelle du champ sanitaire et du champ social, nous aborderons le concept de réseau, comme outil de partenariat, tel qu'il se développe depuis les années 1980, jusque dans les deux derniers textes de 2002, tant dans le champ du sanitaire que celui du social.

.1 LA PSYCHIATRIE, LE SECTEUR

« l'organisation des soins en psychiatrie est la résultante d'un équilibre évolutif entre les conceptions médicales de la maladie mentale et les demandes sociales adressées à la psychiatrie »³

L'évolution de l'offre de soins en psychiatrie, a donc suivi celles des concepts et des représentations concernant la maladie mentale, chez les professionnels comme dans la société.

.1.1 Les idées :

De l'époque des grands asiles à nos jours, trois grands courants conceptuels concernant la maladie mentale sont repérables :

Le modèle biologique : un dysfonctionnement organique de type neurobiologique serait à l'origine de la maladie. Les progrès des sciences, notamment de la pharmacologie

²E. Boutrou, ENSP, note de situation N°2

³ *La Politique de santé mentale en France*, M.Reynaud, AM. Gallot, L. Lefèvre, in Psychiatrie années 2000, édition Flammarion, juin 1999, p 3

permettraient son traitement. De ce point de vue, l'apport des neuroleptiques dans les années 50, a effectivement révolutionné les pratiques thérapeutiques en psychiatrie. En effet ceux-ci en réduisant et calmant les manifestations les plus violentes des patients psychotiques, ont instauré les conditions d'une réelle relation thérapeutique basée sur la parole.

Le modèle psychanalytique : la psychanalyse par sa pratique adaptée à l'institution et ses concepts, a apporté une compréhension psycho-dynamique des symptômes rencontrés dans les pathologies mentales. Ce sont alors, la pratique du colloque singulier avec le thérapeute, le parcours individuel et l'histoire du sujet qui importent. Les institutions sont pensées et organisées comme dispositifs thérapeutiques.

Le modèle social : la compréhension des liens entre les individus, les thérapies familiales et le mouvement de l'anti-psychiatrie des années 1970, reposent la question du patient comme produit d'un environnement social. La psychiatrie, avec l'enfermement de la folie, joue un rôle de coercition sociale. Ce mouvement de prise de conscience politique des psychiatres fut international. Ce fut l'anti-psychiatrie anglaise avec Lang et Cooper, la fermeture des asiles en Italie avec Basaglia. Dans la vision extrême de ce mouvement la pathologie mentale était déniée.

Sans s'effacer mutuellement, chaque nouvelle approche est venue enrichir, ou se juxtaposer à la précédente. Aujourd'hui ces modèles coexistent, se déclinant ou se conjuguant, selon les lieux de soins et les références conceptuelles des médecins qui en sont responsables. Cela donne la grande hétérogénéité mais aussi, la richesse, des pratiques de soins en psychiatrie.

.1.2 L'organisation :

Globalement nous sommes passés de l'organisation hospitalo-centrique des grands asiles du 19^{ème} siècle, à une organisation « bi-polaire », avec d'une part des lieux d'hospitalisation pour des périodes de soins aigus et d'autre part, des soins de proximité dans la communauté sur le Secteur.

Ce dernier correspond à un découpage démo-géographique et sanitaire de 75000 habitants.

.1.2.1 L'hospitalisation

Elle a pour partie, évoluée vers des unités de psychiatrie à l'hôpital général, et plus récemment vers la création de structures d'hospitalisation spécialisées de proximité, regroupant plusieurs Secteurs psychiatriques implantés dans la cité.

.1.2.2 Le Secteur

Celui-ci est né dans l'après guerre à partir de la pratique de certains psychiatres et infirmiers militants, qui se sont battus contre l'inhumanité de cette période tragique (40 000 morts de faim dans les asiles pendant la guerre).

Dès 1940 à St ALBAN avec le Dr Tosquelles, naît la psychothérapie institutionnelle, à partir d'un mouvement de résistance à l'oppression. Ce fut « le début d'une révolution dans la psychiatrie : l'organisation médicalisée, hiérarchisée, classifiée du soin est abandonnée pour une vie communautaire où chacun en fonction de ses capacités et non de sa maladie ou de son titre, apporte sa contribution »⁴.

Le concept de Secteur est né de ce mouvement. Il fut promulgué en 1960, mais il ne s'est réellement implanté qu'à partir des années 1970.

Sa mise en place fut progressive :

1946 à 1950 ce fut une longue période de conception des idées qui donnèrent le jour à la psychiatrie de Secteur,

1950 à 1960 les premières circulaires,

1985, la loi officialisant le Secteur, puis les textes d'application.

Les principes fondamentaux sont : l'accessibilité des soins, leur continuité et l'appui sur l'environnement familial, social et relationnel de chaque personne concernée.

L'ensemble du territoire national est découpé en :

- ✓ 829 Secteurs de psychiatrie générale,
- ✓ 321 Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile,
- ✓ 26 Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Les Secteurs disposent d'un éventail d'équipement comportant ou non des possibilités d'hébergement. Les textes décrivent le Centre Médico-Psychologique (CMP) comme le pivot d'une série de structures d'alternatives à l'hospitalisation qui lui sont satellites ⁵. Ces structures alternatives sont, les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, les centres d'accueil et de crise...

Actuellement, au regard des différents rapports⁶ qui en font le bilan, l'organisation extra-hospitalière du Secteur, s'est inégalement développée en France. Le mouvement qui voulait

⁴ Dr Guy Baillon, *La psychiatrie de secteur aura bien lieu*, in Santé Mentale N°59 juin 2001 p22

⁵ typologie des structures alternatives à l'hospitalisation, décret et arrêté du 14 mars 1986

⁶ rapports : Massé(1992), Joly (1997), cour des comptes(2000), Piel et Roelandt (2001)

l'aboutissement du Secteur, dans la mise en place de structures de soins dans la communauté, n'a que partiellement atteint son but.

Si le modèle du Secteur demeure fondamental, il n'en demeure pas moins qu'aujourd'hui une évolution du concept se fait jour en termes de développement de son activité en amont et en aval des soins et en termes de territoire, avec une organisation en inter-sectorialité (plusieurs Secteurs) permettant une offre de soins plus diversifiées sur un territoire plus large, en lien avec les habitudes des populations (Secteur sanitaire, bassin de vie..).

.1.2.3 Sectorisation, modèle de planification

La sectorisation psychiatrique fut aussi, dès les années 60, un modèle de planification sanitaire qui sera suivi par les autres disciplines médicales.

Le Secteur psychiatrique anticipe ainsi, par son antériorité, la logique de la carte sanitaire (loi hospitalière du 31.12.70)⁷.

La psychiatrie a été la première à faire l'objet d'un schéma d'organisation sanitaire en 1987. Ce schéma fut d'abord départemental et régional à partir de 1991. Actuellement les deux cadres de planification sont conservés. Le rattachement au SROS général est envisagé.

Dans ses principes fondateurs, la sectorisation psychiatrique a souci d'organiser l'offre à plusieurs niveaux :

- ✓ La prévention,
- ✓ Les soins,
- ✓ La réinsertion,

et au regard des besoins d'une population géo-démographiquement délimitée à 75 000 habitants.

En débordant le domaine sanitaire, par la prévention, la réadaptation et la réinsertion, le principe de sectorisation en psychiatrie, préfigure dans l'idéal, d'**une politique globale de santé** qui n'a pas encore vu le jour, mais dont on sent poindre la volonté politique dans les propositions d'évolution actuelles.

.2 LA SANTE COMMUNAUTAIRE, LA SANTE MENTALE

Dans son plan pour la santé mentale B.Kouchner⁸, fait plusieurs fois référence à la Santé communautaire. En effet lorsque nous reprenons l'historique des textes concernant le

⁷ A.Lopez, *La planification en psychiatrie*, chap.4, Psychiatrie années 2000, Médecine-sciences Flammarion, p 41 à50

Secteur psychiatrique, cette dimension est bien présente. Mais aujourd'hui, nous pouvons constater, que se développant plutôt à partir de modèles essentiellement thérapeutiques et médicaux, la politique de Secteur de psychiatrie, s'est peu ou pas, développée en amont et en aval du soin, et encore moins dans cette dimension de santé communautaire.

Inscrire la psychiatrie du côté de la santé communautaire c'est faire référence à un courant d'idée bien précis.

.2.1 Qu'est ce donc que la santé communautaire ?

.2.1.1 L'Organisation Mondiale de la Santé

Depuis sa fondation en 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) s'appuie, tant pour ses programmes que ses recommandations, sur une représentation large de la santé : « Etat de complet bien être, physique, mental et social et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité ».

Influencée par un courant de pensée issu des années 50, 60, qui envisage le social et la santé selon un angle plutôt sociologique, l'OMS, progressivement affirmera, l'importance de l'influence sur la santé, de facteurs environnementaux au sens large (politique, social et économique)⁹.

Au delà de la responsabilité des seuls gouvernements, concernant la santé de leurs nations, l'implication des différents acteurs, sera progressivement sollicitée et recommandée par l'OMS.

Sortant résolument d'une vision biomédicale, la promotion de la Santé, prônée par l'OMS, incite à une approche globale et holistique de l'individu et vise un décloisonnement interprofessionnel et inter-institutionnel. Les principes de ce qu'on appellerait aujourd'hui « démocratie sanitaire » y sont présents depuis longtemps. En effet, elle associe populations et personnels à l'action communautaire dans une participation effective.

Cette participation se fait, tout au long du processus et selon une méthodologie précise, à partir d'un diagnostic initial partagé, permettant l'identification des besoins, jusqu'à l'évaluation des solutions mises en œuvre.

⁸ Plan santé mentale, *l'usager au centre d'un dispositif à rénover*, B.Kouchner Nov. 2001

⁹ Déclaration de Sundsvall 1991, troisième conférence internationale sur la promotion de la santé.

« La communauté est un lieu d'échange, de réflexion et d'action, qui positionne les préoccupations des individus dans leur dimension collective.¹⁰ ». Le repérage des problèmes et des potentialités dans la communauté, est collectif.

Cet abord de la santé, part du principe que « les problèmes sociaux sont de nature collective et qu'ils doivent faire l'objet de solutions collectives »¹¹.

.2.1.2 Notion de territoire, la ville, le quartier :

A cette base collective s'ajoute, la notion de territoire.

La ville, le quartier, deviennent les échelons d'action communautaire privilégiés.

Ainsi le programme « Ville Santé » de l'OMS, sollicite le niveau local. Même si en France, dans l'organisation des responsabilités, la santé n'incombe pas aux communes, les municipalités qui s'inscrivent dans ce programme, s'engagent à considérer la santé de la population comme un enjeu important et à agir en conséquence au travers, de leur politique de santé et de leur organisation municipales. De plus, au niveau Européen, ces villes forment un réseau de ressources mutualisables en termes d'expériences.

Les champs essentiels de l'action communautaire sont la prévention de proximité, les actions alternatives et la promotion de la Santé dans le cadre d'une approche globale. Les outils, piliers de la démarche communautaire de Santé, sont la concertation et le travail en réseau.

.2.1.3 Concertation et réseaux :

Au delà des résultats attendus en matière de prévention et d'éducation pour la santé, l'objectif est aussi de faire évoluer la population, d'un rôle passif, de bénéficiaire de soins à celui d'acteur.

La concertation est alors le moyen qui permet à partir d'une analyse de l'existant faite en commun, d'avoir une réflexion, de faire des choix, de prendre des décisions qui soient les plus pertinentes par rapport aux attentes et aux besoins de la communauté.

On peut percevoir dans ces principes, l'idée d'une planification ascendante de l'offre de soins, puisque les formes de l'organisation retenues localement, correspondront par principe aux besoins de la population concernée.

Dans l'approche communautaire, les représentations de l'organisation sociale tendent vers des modèles interactifs et participatifs. Les cloisonnements s'estompent. « Les groupes d'habitants se structurent en comité de quartier dont les responsables se professionnalisent ;

¹⁰ In N°1 Collection Santé Communautaire et promotion de la santé, *des concepts et une éthique*, D/3543/6 Bruxelles p. 24

les groupes de professionnels ont une interface importante avec les pouvoirs publics et les administrations »¹².

Le réseau lui, est à concevoir comme un dispositif (formalisé ou non), permettant le partage des ressources et la recherche collective de solutions. L'idée de réseau est indissociable avec la notion « d'inter-sectorialité », c'est à dire, la nécessité de la confrontation de plusieurs champs de compétences pour pouvoir répondre à des problèmes complexes.

Viser l'implantation communautaire du Secteur psychiatrique, c'est promouvoir cet enracinement de terrain prôné par la santé communautaire.

C'est s'appuyer sur les ressources locales tant du côté de la population, des associations que des professionnels, pour permettre les conditions d'un dépistage précoce des problèmes de santé mentale et la réinsertion des patients dans la cité.

Avec cet élargissement de l'activité du Secteur à l'amont et l'aval des soins, nous passons au concept de la santé mentale.

.2.2 La santé mentale

« La notion de santé mentale est une notion de santé publique qui recouvre un champ bien plus vaste que celui des pathologies mentales et de la psychiatrie, branche de la médecine ayant pour vocation de traiter les pathologies mentales. »¹³

« La santé mentale (...) ne peut se réduire aux soins médico-psychiatriques ou psychologiques individuels et à l'absence de troubles, mais doit également inclure l'environnement familial et social du patient qui constitue un partenaire et une ressource indispensables pour la prévention, le dépistage précoce, l'assistance et le traitement des troubles mentaux. C'est dans cette conception holistique, qui ne sépare pas l'individu de son environnement et le traitement dans et avec sa communauté, qu'on passe de la psychiatrie à la santé mentale. Les conséquences sont à la fois théoriques, organisationnelles et pratiques. »¹⁴

¹¹ idem

¹² In N°2 Collection Santé Communautaire et promotion de la santé, *les acteurs et leurs pratiques*, D/3543/2000/5, p. 9

¹³ Définition de la santé mentale proposée par le groupe de travail N°3 : *urgences psychiatriques* et reprise par le groupe travaillant sur l'offre de soins en psychiatrie. Projet de rapport du groupe de travail DHOS/02/version 1

¹⁴ L'opinion de la MNASM (Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale) Revue Pluriels, Novembre 2001 N°28 p 4

Nous voyons là apparaître la reprise des concepts de la santé communautaire avec l'importance de prendre en compte les facteurs environnementaux, et l'élargissement aux aspects de prévention, d'éducation pour la santé et de la réinsertion ; ce sont les points d'amont et d'aval au curatif en ce qui concerne la psychiatrie. C'est aussi l'esprit du récent rapport Piel et Roelandt réintroduisant la psychiatrie dans cette cohérence d'ensemble.

Les orientations du plan de santé mentale de Bernard Kouchner, ne viennent pas là par hasard. L'OMS dans son programme « Santé Mentale », préconise, le développement des soins communautaires, l'ambulatoire et la disparition des hôpitaux psychiatriques.

.2.2.1 Le programme « santé mentale » de l'OMS

L'OMS exhorte à développer une politique de santé mentale fondée sur les soins dans la communauté. « les pays doivent (...) se tourner vers les soins communautaires et intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires et le système général de la santé. »¹⁵

L'OMS recommande une « transition en douceur avec, parallèlement à un abandon des grands établissements psychiatriques, la mise en place d'alternatives de soins communautaires ».

Ces recommandations sont faites au regard d'un diagnostic concernant les maladies mentales en Europe et les systèmes de soins les concernant.

En effet la maladie mentale est cause de morbidité prématurée et de sur morbidité importante ayant un impact sur la santé publique.¹⁶ Ce phénomène va en augmentation.

Constat est fait aussi, de l'inadaptation des services de psychiatrie : hospitalisations trop longues, manque de structures ambulatoires et alternatives, hôpitaux loin des populations.

De même, il est fait état du non diagnostic de ces maladies, considérant que 2/3 des personnes souffrant d'une pathologie mentale ne vont jamais se faire soigner.

Le programme « santé mentale » de l'OMS, se structure autour de correspondants nationaux¹⁷, constituant un réseau santé mentale Européen et d'un centre de ressource permettant des audits des systèmes sanitaires.

Outre le principe de développement de la psychiatrie communautaire et du soin primaire, l'OMS préconise un travail ciblé en direction de certaines populations à risque ou certaines

¹⁵ Rapport OMS sur la santé dans le monde, rendu public le 4 octobre 2001

¹⁶ Extrait du colloque : hôpital psychiatrique et action de coopération internationale, *OMS la nouvelle promotion de la santé mentale*, Rouffach Nov. 01 in revue Gestions Hospitalières Janv.02

¹⁷ A noter que Jean-luc Roelandt (rapport Piel et Roelandt) est lui même expert auprès de l'OMS pour la santé mentale. In Pluriels n°28 Nov.2001

thématiques comme : la dépression, le suicide (80% jeunes suicidants Européens ont des problèmes d'alcool et de dépression).

Sont aussi préconisés :

- ✓ La réduction des hôpitaux psychiatriques,
- ✓ La diminution des hospitalisations permanentes ou de trop longue durée,
- ✓ Le transfert des soins psychiatrique vers les hôpitaux généraux,
- ✓ Les services de soins externes et l'ambulatoire (dé stigmatisation),
- ✓ L'intersectorialité,
- ✓ Les services de petites tailles et de proximité,
- ✓ L'augmentation des personnels en psychiatrie,
- ✓ La formation des généralistes aux traitements psychotropes et de la dépression....

2.2.2 La crise : élargissement de la demande sociale et rigueur budgétaire

Si l'on peut voir très nettement l'impact des préconisations de l'OMS sur l'évolution en cours de la psychiatrie, l'environnement socioéconomique défavorable de ces dernières années (récession, crise) a amené les pouvoirs publics à vouloir maîtriser les dépenses publiques et notamment celles de la santé.

La nécessité de rationaliser et d'optimiser l'organisation des soins est allée de pair avec la rigueur budgétaire. Ce fut la période de la fin des idéologies au profit d'un pragmatisme gestionnaire. En psychiatrie ce fut aussi la fin des idéologies. Ceci s'est ressenti au niveau de la conception de la maladie mentale et de ces modes de traitement.

Après un temps d'interpénétration des réflexions entre les différents systèmes théoriques évoqués précédemment et la constitution de connaissances transdisciplinaires (apport des neurosciences et des psychothérapies), le modèle de pensée référent a été plutôt intégratif et consensuel, de type « bio-psychosocial », acceptant par là la complexité des pathologies et la diversité des modes de traitement.

Le souci fut alors d'organiser et de planifier au regard de la rigueur budgétaire. Quatre lignes directrices d'évolution sont repérables : la planification, l'intégration aux hôpitaux généraux, l'ouverture vers le médico-social et l'évaluation.

Par ailleurs la crise eu des effets aussi au niveau de la société civile.

L'élargissement de la demande sociale face à la crise a renforcé la préoccupation des pouvoirs publics en terme de santé publique et a placé les problèmes de santé mentale comme des priorités.

La demandes des usagers et de leurs familles, la souffrance psychosociale des plus démunis, a fait évoluer la demande sociale vers la psychiatrie, en l'élargissant à la souffrance psychique et donc aux questions de santé mentale.

.3 LA FRACTURE DU SANITAIRE ET DU MEDICO-SOCIAL

Ce travail en complémentarité avec le médico-social, ne se fait pas facilement. Les législations des deux champs sont séparées, la formation des professionnels est différente, une grande méconnaissance mutuelle est à constater.

« La fracture que nous connaissons dans notre législation repose, depuis la loi hospitalière du 31 décembre 1970, sur la distinction entre les personnes qui ont besoin d'une aide pour leur insertion sociale et professionnelle (financée par l'aide sociale de l'Etat ou des collectivités locales) et celles qui ont besoin de soins (financée par la sécurité sociale). »¹⁸

La Loi du 30 juin 1975 entérinera la distinction formelle et arbitraire, entre le champ du sanitaire et celui du social, le champ de la maladie et celui du handicap .

Or, la réalité est beaucoup plus complexe, notamment en ce qui concerne la maladie mentale constituée majoritairement de patients souffrant de psychose.

D'une part, parce qu'il est difficile aujourd'hui concernant cette pathologie de penser l'avenir en terme de guérison. C'est d'ailleurs un terme, très peu présent dans le discours psychiatrique actuel.

Et d'autre part, parce que ces maladies mentales évoluent souvent vers une forme de chronicité invalidante qui crée de multiples formes de rupture du lien social et qui rend nécessaire d'associer projet de soins, projet de vie et de resocialisation.

Initialement, cette séparation institutionnelle et juridique du sanitaire et du médico-social, prend son sens aussi dans « l'histoire d'un partage insatisfaisant de pouvoir entre les spécialistes médicaux et les établissements hospitaliers et extra-hospitaliers d'une part, et les associations familiales gestionnaires d'établissements éducatifs et professionnels d'autre part »¹⁹.

Il est à noter l'importance historique de l'engagement des familles d'enfants handicapés, dans la création de structures médico-sociales face au manque de savoir faire des structures psychiatriques en matière d'éducation, de projet de vie et de réinsertion pour leurs enfants. Cet ancien contentieux, explique la méfiance qu'ont entretenue, les tenants du médico-social contre le système psychiatrique et réciproquement.

¹⁸ M.Jaeger, *l'articulation du sanitaire et du social*, Dunod, 2000 p 21

¹⁹ G. Zribi, *vers une psychothérapie sociale, le sort des adolescents et des adultes handicapés mentaux*, Paris, ESF, 1987, p61, 67

Aujourd'hui, les textes, la pression sociale et la complexité de la réalité, pour les patients comme pour les professionnels, invitent à dépasser les clivages pour aller vers un fonctionnement où « les complémentarités sont à rechercher sur le terrain entre les pratiques des différents intervenants (équipes de santé mentale d'action sociale, association, établissements et services pour handicapés) plutôt que de se référer à une partition fondée sur des notions aussi fragiles que celle de la maladie, par nature évolutive et du handicap, forcément immuable. ²⁰ »

A cet égard, la circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale est explicite :

« cette ouverture du champ d'action, de la lutte contre les maladies mentales à la notion de santé mentale, implique d'associer aux spécialistes et professionnels de santé d'autres acteurs, d'envisager des formes de partenariat avec les collectivités territoriales et les associations et de développer information et concertation. (...) chaque composante de ce dispositif diversifié a un rôle à jouer. Complémentarité et coordination sont les gages du bon fonctionnement du système. (...) le Secteur psychiatrique, est une aire de concertation et de coordination des actions à conduire au plan local avec l'ensemble des partenaires directement ou indirectement concernés par les problèmes de santé mentale ».

Une instance de coordination à l'échelon des préoccupations locales et ouverte aux acteurs de santé mentale est réactualisée (reprise d'une circulaire de 1972), il s'agit des « **Conseils de Secteur** ».

Ceux-ci ont pour mission :

- ✓ D'étudier et résoudre les problèmes d'articulation et de coordination entre les différents acteurs,
- ✓ De mobiliser les complémentarités entre praticiens libéraux et infrastructures publiques, associatives (sanitaires, sociales et médico-sociale) pour faciliter l'orientation des malades,
- ✓ De produire des informations et des propositions nécessaires aux travaux des conseils départementaux de santé mentale (institués par la loi du 25 juillet 1985) et de concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance.

²⁰G Zribi, *idem*

La mise en pratique des Conseils de Secteurs aurait été un instrument d'évolution puissant vers une véritable politique de santé mentale mentale.

Il reste cependant à déplorer que les Conseils de Secteur aient très peu fonctionné.

Le titre III de la circulaire du 14 mars 1990 concernant la transformation du dispositif de psychiatrie publique, incite à « la construction progressive de relais et réseaux sociaux aptes à accueillir et soutenir les personnes qui sont tributaires d'une aide autant que de soins (...pour) faciliter l'entreprise de transformation des établissements psychiatriques ».

Les Conseils de Secteurs étaient les premiers outils, la réforme hospitalière de 96 en donne d'autres.

Les ordonnances du 24 avril 1996, donneront des outils à la psychiatrie pour diversifier son action. C'est d'une part, l'article 51 qui dit que dorénavant «les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services sociaux et médicaux sociaux » pour autant que ces opérations répondent « aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfassent aux règles de procédures énoncées par les lois susmentionnées » (lois de 1975).

Et d'autre part, l'article 6 de l'ordonnance n°93-345 du 24 avril 96 et de l'article 29 et 30 de l'ordonnance n° 96-346, qui créent le principe de réseaux expérimentaux dans le domaine médical (médecine de ville essentiellement) et le domaine médico-social. L'objectif est de promouvoir de nouvelles formes de prise en charge et un accès plus rationnel au système de soins.

.4 LES RESEAUX

Dès les années 1980 pour faire face à l'épidémie du SIDA, se développent des expériences de prises en charge sanitaires et sociales coordonnées. La circulaire du 4 juin 1991, officialisera l'organisation des réseaux ville-hôpital qui existaient depuis 1985. Dans cette première circulaire apparaissent les termes clefs du réseau, comme collaboration et de complémentarité, coordination, échange d'information et formation des intervenants.

Des circulaires successives permettront ensuite de mettre en place des réseaux spécifiques à des populations, des pathologies ou des thématiques (personnes âgées, hépatite C, toxicomanie...)²¹.

²¹ voir annexe, textes concernant les réseaux

Si la médecine de ville est la principale concernée, les hôpitaux sont aussi invités à s'inscrire dans l'expérimentation. Pour permettre une meilleure orientation du patient, favoriser la coordination et la continuité des soins, promouvoir la délivrance de soins de proximité et de qualité, il est dit dans l'article L 612-1-5 que **les établissements publics de santé peuvent participer aux actions expérimentales et constituer des réseaux** de soins spécifiques (activités de soins ou pathologie). Il s'agit là de **promouvoir l'ouverture des établissements sur leur environnement et de renforcer leur participation à une réponse globale du système de santé.**

En 2002 deux nouvelles lois, dans les champs sanitaire et médico-social, facilitent leur rapprochement par l'intermédiaire des réseaux.

.4.1 Les ordonnances du 24 avril 1996

Ces ordonnances, poseront le **cadre légal permettant une expérimentation en matière d'organisation en réseaux** dans le domaine médical (médecine de ville) et médico-social, sur l'ensemble du territoire. L'évaluation de leur mise en œuvre sera prévue 5 ans après.

Il s'agit d'une part, de l'article 6 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, article L-162-31-1 du code de la sécurité sociale.

Et d'autre part, de l'article 29 de l'ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, article L-612-1-5 (anciennement 712-3-2) du code de la Santé Publique.

L'objectif était de promouvoir de nouvelles formes de prises en charge et de permettre un accès au système de soins plus rationnel pour les usagers ; de permettre aussi la coordination des différents acteurs sur le terrain.

Les formes en sont :

- ✓ La filière de soins : organisation de la trajectoire empruntée par un usager, au sein d'un dispositif d'offre, organisé ou non en réseau. Organisation de la demande. (Dépend du Code de la Sécurité Sociale).

- ✓ Le réseau : organisation coordonnée de personnes morales ou physiques, accroissant la rationalité technique et économique d'un dispositif d'offre. Organisation de l'offre²². (Dépend du Code de la Santé Publique).

Pour ces derniers ils représentaient un axe prioritaire de la réforme hospitalière de 96, avec l'ouverture de l'hôpital sur la ville et la recherche de complémentarité des acteurs du médical et du social.

La première période expérimentale de 5 ans a été reconduite. Les premiers constats concernant les réseaux du Code de la Sécurité Sociale (Réseaux « Soubie », du nom du président du Conseil d'orientation de ces expérimentations) étaient un relatif échec. La lourdeur des procédures d'agrément à un niveau national et la multiplication des avis en furent les principales raisons. Les nouvelles orientations de la Loi de Financement de la sécurité sociale 2002, prévoyait un régime d'agrément unifié et simplifié, une procédure au niveau régionale, une décision conjointe URCAM (organisation des soins de ville) et ARH, la création de conseils régionaux de santé pour l'aide au montage complexe des projets et le **financement des projets à partir d'une cinquième enveloppe de l'ONDAM.**

Si une définition des filières et réseaux est à peine ébauchée, la réalité du terrain est multiple et une typologie des réseaux resterait à concevoir²³ selon :

- ✓ La nature du bénéficiaire (Sidéen, malade mental, cancéreux...),
- ✓ Le champ couvert (sanitaire, médico-social, mixte),
- ✓ La nature des personnes constitutives du réseau (morale ou physique),
- ✓ Le but principal poursuivi (complémentarité, dispositif substitutif, coordination, accès aux soins...).

JF Bauduret²⁴, situe le champ de l'action sociale comme un champ privilégié d'application des réseaux à cause des trois catégories de public relevant de ce champ, à savoir :

- ✓ Les personnes âgées,
- ✓ Les personnes handicapées,
- ✓ Et celles en situation d'exclusion.

²² JF Bauduret, *l'explication des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale*, in Psychiatrie année 2000, Chapitre 3bis p34 à 40

²³ idem

²⁴ Mr Jean François Bauduret est chargé de mission auprès du directeur de l'action sociale, ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Deux nouvelles lois devraient favoriser l'organisation en réseau.

.4.2 Le médico-social : la réforme de la Loi du 30 juin 1975

La loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico sociale, réforme la loi du 30 juin 1975.

Elle comporte une section spécifique concernant les coopérations et réseaux. L'objectif de ce texte est de stimuler les complémentarités entre les établissements médico-sociaux et le milieu ouvert, avec la mise en place de palettes différenciées de coopération (GIE,GIP,..) et prévoit aussi, **l'articulation entre les établissements médico-sociaux ou sociaux et les établissements sanitaires .**

.4.3 Le sanitaire : les réseaux de santé, chapitre 5 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002

Cette loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, crée dans son chapitre 5, « un seul cadre de référence pour les réseaux de santé, permettant d'assouplir et de faciliter la création de ces réseaux ». ²⁵ Elle modifie aussi la composition des membres participant aux réseaux en y ajoutant les médecins du travail, les centres de santé et les représentants des usagers. Elle en élargit la possibilité de financement aux collectivités locales. Elle crée aussi, un nouveau type de réseaux : les réseaux coopératifs de santé, qui sont des sociétés de prises en charge pluridisciplinaires répondant aux critères des réseaux de santé.

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès au soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires ».

Ils peuvent être spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Leur mission est d'apporter une prise en charge adaptée aux besoins de la personne en matière :

- ✓ D'éducation à la santé,
- ✓ De prévention,
- ✓ De diagnostic,
- ✓ De soins,
- ✓ D'actions de Santé Publique.

²⁵ F.Ponchon, *la loi du 4 mars 2002-des droits et des devoirs*, in *gestions hospitalières*, Mars 2002 p149 à154

Des actions d'évaluation garantissent la qualité des prestations et des services.

Ces deux nouvelles lois, l'une dans le champ du sanitaire et l'autre de le champ du social et médico-social, montrent bien la volonté de décroisement et de rapprochement même, en terme de travail en partenariat, organisé et construit par l'intermédiaire des réseaux.

Si JF Bauduret pense que le champ du social et médico-social se prête particulièrement au travail en réseau, il le pense aussi, du champ de la santé mentale.

En effet l'article L 326 du CSP définit : «la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réinsertion et de réadaptation sociale ».

« La séquence couverte, allant de la prévention à la réinsertion sociale, on peut ainsi considérer la psychiatrie comme une discipline véritablement médico-sociale, non pas au sens juridique du terme tel qu'il est défini par les lois sociales de 1975, mais dans sa réalité profonde. »²⁶

Cependant si l'équipe psychiatrique est concernée directement par l'action diagnostique, les soins intensifs en intra-hospitalier comme en extra-hospitalier et les soins de réadaptation qui sont le bon préalable à une réinsertion sociale, elle n'a pas l'exclusivité des actions en matière de prévention et de réinsertion sociale.

La circulaire du 14 mars 1990 sur les orientations de santé mentale, traçait déjà à l'époque, de façon prospective, les modalités d'un partenariat avec les autres acteurs au travers des réseaux de santé mentale.

Le développement qui a précédé, tente d'explicitier la direction du chemin qui reste à parcourir aux acteurs du Secteur psychiatrique pour répondre aux missions définies par les textes fondateurs : prévention, soins, réinsertion, et qui restent toujours d'une grande pertinence.

Cette trajectoire élargie en amont et en aval du soin, correspond à une politique globale de santé mentale.

Au niveau du cadre conceptuel, nous sommes en présence de concepts convergents avec ceux du Secteur psychiatrique et de la santé communautaire du côté des soins primaires et ceux de la santé mentale et des réseaux pour la construction et l'organisation de partenariats entre les différents acteurs du terrain.

²⁶ JF Bauduret, idem

Nous pouvons concevoir l'articulation, construite et organisée sous forme de réseau comme une des modalités du processus de contractualisation externe préconisé par les réformes hospitalières de 91 et de 96.

L'organisation en réseau permet de dépasser la fracture actuelle des champs du sanitaire et du médico-social, en articulant leur complémentarité au service du patient et des professionnels eux-même.

La mutation interne que traverse la psychiatrie tourne essentiellement autour de son ouverture (hôpital général, structure de proximité) et de son articulation avec le champ du médico-social, tant sur l'extra-hospitalier avec le Secteur et les réseaux, qu'au sein de l'hôpital même, comme le rend possible l'article 51 des ordonnances de 96.

3 - CONTEXTES

.1 CONTEXTE NATIONAL : POLITIQUE DE SANTE

Les idées développées plus haut sont à mettre en relation avec un contexte mouvant, tant du côté des hôpitaux avec la restructuration de l'offre de soins, amorcée par la réforme hospitalière de 96, qu'en ce qui concerne la psychiatrie et l'orientation de différents rapports récents concernant la santé mentale.

.1.1 La réforme hospitalière de 1996 : les établissements sont concernés par les réseaux

Cette réforme concernait trois axes :

- ✓ L'organisation de la sécurité sociale,
- ✓ La maîtrise médicalisée des dépenses de soins,
- ✓ La réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Concernant la réforme de l'hospitalisation, trois points principaux :

- ✓ Le principe de contractualisation interne (centre de responsabilité) et externe avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre les établissements et les Agences Régionales d'Hospitalisation, l'incitation à la coopération sanitaire entre établissements publics et privés.
- ✓ La recherche de la qualité avec l'obligation d'une évaluation par un organisme externe l'Agence Nationale d'Évaluation et d'Accréditation en Santé.

- ✓ Et les réseaux coordonnés de soins. Les ordonnances de 96 inscrivent le concept de réseau dans le cadre du code de la sécurité sociale et celui de la Santé Publique. Elles posent un cadre expérimental aux réseaux et filières.

L'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation, propose aux établissements publics de santé de constituer des réseaux de soins. Les ARH par l'intermédiaire des contrats d'objectifs et de moyens peuvent inciter les établissements à adhérer à des réseaux en dégageant des moyens pour soutenir leur mise en place dans le cadre de la restructuration de l'offre de soins de leur région lorsqu'elle est prévue par le SROS.

Dans un article récent, Edouard Couty (directeur de la DHOS) considère « qu'une grande partie des outils nécessaires à la mise en œuvre de la contractualisation existent » et qu'« aujourd'hui, l'ensemble de l'instrumentation juridique existe et les évolutions sont tout à fait possibles à partir de **la volonté des responsables** eux-mêmes »²⁷.

Il pourrait être dit, me semble-t-il, la même chose pour les réseaux. L'implication nécessaire des responsables avait été déjà évoquée dans la circulaire du 14 mars 1990, relative aux orientations de la politique de santé mentale : « la transformation du dispositif actuel se fera en gérant son évolution à plusieurs niveaux :

- Administratif sous l'autorité des **chefs d'établissements** qui joueront pleinement de leur rôle d'organisateur et de gestionnaires des ressources mises en œuvre en valorisant avec **la contribution active des infirmiers généraux**, la réorganisation des plateaux techniques... »

.1.2 Les différents rapports concernant la santé mentale

Au contexte général se sont rajoutés une série de rapports concernant la santé mentale, il s'agit :

- ✓ Du rapport Dr G.Massé, « psychiatrie ouverte », rapport au ministre de la Santé 1992,
- ✓ Du rapport Me H. Strohl- IGAS « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale » février 1995,
- ✓ Du rapport P. Joly, avis et rapport du Conseil Économique et social, « prévention et soins des maladies mentales, bilan et perspectives, juillet 1997,
- ✓ Du rapport de la cour des comptes 2000,

²⁷ E.Couty, *l'enjeu de la contractualisation interne pour les établissements de santé*, in gestion hospitalières, mai 2002, p 315 à 317

- ✓ Du rapport Dr E. Piel et Dr J.L. Roelandt, « De la psychiatrie vers la santé mentale » 2001,
- ✓ Du Plan de santé mentale, B. Kouchner, « Usagers au centre d'un dispositif à rénover », novembre 2001,
- ✓ Du rapport J.L. Roelandt, « la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité », 11 avril 2002.

Nous pouvons constater à leur lecture qu'il y a une grande cohérence dans les orientations préconisées au cours des années par ces différents rapports.

En 2001, le premier rapport Piel et Roelandt synthétisait les voies ouvertes par ses prédécesseurs : il s'inscrivait dans la continuité de la sectorisation qu'il proposait de mener à son terme, afin d'accéder à un dispositif élargi de santé mentale.

Grande convergence aussi entre les orientations du « plan de santé mentale », de portée nationale, et les deux Lois de Janvier et février 2002, déjà évoquées.

.2 CONTEXTE LOCAL : CHAMP D'OBSERVATION

Pour donner de la cohérence à notre champ d'observation, nous avons choisi de garder une unité de lieu, de territoire en fait. Notre observation est basée sur une ville de la Région Parisienne sur laquelle sont implantés, un Secteur de psychiatrie adulte, un Centre Hospitalier de soins généraux et des unités d'hospitalisation psychiatriques de proximité.

Il nous a semblé que ce territoire, ces multiples institutions et partenaires, seraient un échantillon relativement représentatif pour tester notre hypothèse.

Le secteur psychiatrique :

Ce secteur couvre une population adulte de 85 000 habitants, il possède :

- Une unité d'hospitalisation de 17 lits,
- Un Centre Médico-Psychologique,
- Un Hôpital de Jour,
- Un centre d'accueil et de crise de 8 lits,
- Un service de placement familial thérapeutique,
- Un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel,
- Des appartements associatifs.

Avec la récente délocalisation de son unité d'hospitalisation sur un nouvel hôpital spécialisé, le Secteur psychiatrique choisi a été au centre des mouvements de restructuration qui touche la psychiatrie.

La ville :

C'est une ville de 91 000 habitants, située au nord de Paris, elle se place au deuxième rang des quarante communes du département 93. elle se caractérise par la diversité de son territoire et de sa population.

C'est une ville jeune, 20% de sa population a moins de vingt ans, 70% de ses actifs sont des ouvriers et des employés, 28% est d'origine étrangère, le taux de chômage y est de 14,64% contre 8,80% dans la région, les RMIstes représentent 2,11% contre 0,90% dans la région.

Cette ville a subi le choc de la désindustrialisation à partir des années 70. Les quartiers se sont paupérisés, amenant la population à une exclusion croissante et à la dégradation de ses conditions de vie.

La ville s'est engagée depuis longtemps dans une politique de santé de type communautaire et participative, vis à vis des professionnels et des habitants.

Le Centre Hospitalier de soins généraux :

Ce centre hospitalier est un SAU, une mission transversale « interface ville hôpital » est inscrite dans son contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARH. Il a un projet de CLIC pour personnes âgées dans lequel la ville est fortement impliquée.

4 - METHODE

.1 MODE D'INVESTIGATION

L'objet de ce mémoire fait forcément appel aux divers champs concernés et donc à un grand nombre d'acteurs ; ceci a rendu complexe la réalisation de l'étude.

Nous avons dans un premier, temps procédé à un travail exploratoire de la question de départ à partir de la littérature qui s'y rapportait et d'entretiens préliminaires. Ce temps d'exploration a permis d'élargir les perspectives d'analyse et d'aborder des pistes nouvelles à étudier pour le travail du mémoire.

Ensuite nous avons procédé aux entretiens dans le champ d'observation décrit plus haut.

.1.1 Entretiens préliminaires

Le choix des personnes concernées :

Pour avoir un échantillon d'avis diversifiés et compétents correspondant à mon étude, nous avons d'abord voulu rencontrer des personnes expertes. Nous avons préféré m'adresser à des personnes ayant déjà une réflexion élaborée sur les thèmes abordés avec eux, parce que

d'une part leur pensée est déjà très affinée sur la question et que d'autre part, leur analyse était nécessairement fondée et précieuse pour nous au démarrage de l'étude.

Nous avons privilégié dans ce premier abord des membres de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. Ils avaient d'une part, publié sur la question et par leur expérience d'auditeurs dans différents établissements de France, avaient une vision large des problèmes. Leurs origines diversifiées des champs sanitaire et médico-social, donnaient a priori une approche d'ensemble.

Nous avons aussi souhaité nous entretenir avec les représentants des usagers et de leurs familles, des directeurs de soins, et un chargé de mission sur les réseaux au niveau des tutelles. Pour ce dernier, nous cherchions à connaître les procédures mises en place et les cahiers des charges ou guide méthodologique existant.

Nous avons donc rencontré :

Mission d'appui à la santé mentale :

- Un médecin psychiatre
- Un directeur d'hôpital
- Un directeur d'établissement sanitaire et social

Santé Publique :

- Un professeur d'université, Médecin de Santé Publique

Union régionale des caisses d'assurance maladie de l'Île de France

- Un chargé de mission responsable des réseaux

Collectivités locales

- Un élu, Maire adjoint à la santé, Conseiller Général et membre du Conseil d'Administration d'un hôpital spécialisé

Les familles d'usagers :

- Le président de l'UNAFAM

Directeurs des soins :

- DS d'un hôpital général et un d'un établissement spécialisé

.1.1.1 Grilles d'entretiens

Au niveau exploratoire, les entretiens étaient semi-directifs et interrogeaient de façon large les champs suivants : sanitaire, santé mentale, médico-social, place des usagers, politique de santé de la ville, réseaux, santé communautaire, rôle des institutions et directions d'hôpitaux.

Un échantillon des grilles d'entretiens se trouvera en annexe.

.1.1.2 Modalités

Pour l'ensemble des entretiens nous avons procédé comme suit :

- ✓ Préparation d'une grille d'entretiens semi-directifs, par catégorie d'acteurs et Secteur d'activité concernés avec une base de questions communes sur les sujets permettant les comparaisons d'avis,
- ✓ Prise de rendez vous par téléphone,
- ✓ Enoncé des précautions d'usage sur la confidentialité et exposé de mes motifs,
- ✓ Prise de notes,
- ✓ Retranscription des notes et première analyse des informations recueillies en mots clefs et résumé,
- ✓ Analyse de contenu, thématique et structural en fin de recueil de l'ensemble des entretiens.

.1.2 Entretiens dans le champ d'observation :

Pour garder une cohérence d'ensemble, nous avons circonscrit notre champ d'observation à une même zone géographique, nous basant comme nous l'avons déjà dit, sur un Secteur psychiatrique d'environ 85 000 habitants.

Nous y avons rencontré les acteurs des différents champs concernés (Psychiatrie, hôpital, Secteur, ville, hôpital général, médico-social) :

La ville :

- L'Elu
- Le Directeur du service Promotion de la santé
- Le référent Santé de quartier

Le Secteur psychiatrique :

- Le Président de la CME
- La Directrice des soins infirmiers
- Le Médecin Chef
- L'Assistante sociale
- Les usagers

L'hôpital Général :

- Le Directeur des soins infirmiers
- Le Cadre infirmier supérieur, responsable du pôle interface ville-hôpital,
- Le Cadre de santé, coordonnateur du CLIC.

.1.3 Entretiens hors champ d'observation

D'autre part, nous avons voulu connaître une expérience aboutie de réseau de santé mentale. Cela nous a permis d'une part d'illustrer notre propos et d'autre part, de nous donner des exemples ou contre exemples, concernant les propositions à venir.

.1.3.1 Un réseau santé mentale expérimental :

- Le directeur général
- Le médecin coordonnateur
- Le cadre infirmier supérieur
- L'infirmier de Secteur psychiatrique, Agent de Développement Communautaire

.1.3.2 Ouverture de l'hôpital

Cherchant à nous construire une représentation concrète du rôle du directeur des soins en matière de développement de réseaux, nous avons souhaité nous inspirer de l'expérience de diverses personnes : Directeur de soins, chargé de mission auprès d'un directeur d'hôpital, sur des missions spécifiques d'ouverture de l'hôpital aux associations, aux réseaux, aux programmes régionaux de santé. Ce qui nous intéressait à ce niveau était de comprendre quelles étaient les modalités et conditions favorisantes pour que ce travail d'ouverture se fasse dans un hôpital. Nous avons donc rencontré :

- Un chargé de mission auprès d'un directeur
- Une Directrice des soins infirmiers, ex-CTRSI

.2 INTERET DE LA METHODE CHOISIE

Le choix de passer par des entretiens individuels privilégie une approche qualitative. En revanche, ayant limité mon champ d'observation à un Secteur en région parisienne, d'environ 85 000 habitants, cela limite aussi l'aspect totalement généralisable des propos. Le fait qu'il s'agisse du département de Seine Saint Denis, est à prendre en considération car ce département a été particulièrement riche en ce qui concerne le développement des expériences des Secteurs psychiatriques. Là encore, nous savons que ce n'est pas généralisable, mais peut-être, utilisable simplement à titre d'exemple.

Le fait d'avoir pu rencontrer les acteurs d'un réseau de santé mentale déjà constitué, permet d'avoir une représentation tangible d'une expérience aboutie, et d'en connaître les étapes fondatrices.

Par ailleurs, il nous a semblé nécessaire de rencontrer des personnes engagées au sein des équipes de direction des hôpitaux dans le sens de l'ouverture de l'hôpital, pour avoir des pistes de propositions ou valider les idées que j'avais à ce sujet et par là même mon hypothèse.

.3 METHODE D'ANALYSE

Il n'y a pas d'analyse possible sans définition de ce que l'on cherche. « Le modèle d'analyse constitue le prolongement naturel de la problématique en articulant sous forme opérationnelle, les repères et les pistes qui seront finalement retenues pour présider au travail d'observation et d'analyse »²⁸. il faut donc repartir des concepts et déterminer les dimensions qui les constituent et par lesquels ils rendent compte du réel, puis préciser les indicateurs par lesquels les dimensions pourront être mesurées ou validées.

Pour simplifier c'est sous la forme du tableau ci-joint, que sera présenté le cadre d'analyse des entretiens du champ d'observation. L'analyse des entretiens préliminaires, sera présentée elle, par thématique.

²⁸ Quivy R. et LV Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, éditions Dunod 1998, p289

Modèle d'analyse

concepts	dimensions	indicateurs
Secteur Santé mentale	Prévention	Santé communautaire Education pour la santé Dépistage précoce
	Soins	Structures extra-hosp. Restructuration Inter-sectorialité
	Réinsertion	Structures médico-sociales (CAT, Appt. Thérapeutiques accompagnement)
	Partenariat	Acteurs Formes contractuelles
	Territoire	schémas différents Pathologies
Réseaux Santé mentale	Typologies de réseaux	Professionnels Santé
	Partenariat	Privé, libéral, public, Association, établissement, Ville, habitants
	Forme administrative	Association, convention, GIP, réseau coopératif
	Financement	Multi-financements Volonté politique du D.G.
Directeur des soins	Établissement public de santé	Projet d'établissement (Projet médical et soins)
		COM Décloisonnement de l'hôpital Démocratie sanitaire

<p>Directeur des soins (Suite)</p>	<p>Équipe de direction Démarche de projet</p> <p>Formation</p>	<p>Méthodologie de projet Comité de pilotage Délégation de responsabilité Mission transversale</p> <p>Formation Santé Publique Formation des cadres Innovation, recherche action</p>
--	--	--

5 - ANALYSE DES ENTRETIENS

.1 ENTRETIENS PRELIMINAIRES

Les entretiens exploratoires ont la fonction d'ouvrir des pistes de réflexion, d'élargir les horizons de lecture et de prendre conscience des différentes dimensions et aspects de la problématique. L'exploitation de ces données peut-être menée de manière très ouverte sans utilisation de grille d'analyse précise.

L'analyse du contenu de ces entretiens exploratoires, sera amalgamé par thématiques majeures rencontrées, en lien avec la problématique. Celles-ci seront :

- ✓ Articulation du sanitaire et du médico-social,
- ✓ Regard Santé Publique
- ✓ Promotion des réseaux
- ✓ Position des usagers

.1.1 Articulation du sanitaire et du médico-social

.1.1.1 Etat des lieux de la psychiatrie en France

Les différents représentants de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, suite à leur travail d'audit dans les hôpitaux spécialisés français, ont témoigné de beaucoup de disparités et d'une tendance persistante à l'hospitalo-centrisme.

60% des patients hospitalisés en psychiatrie seraient sans projet de soins. L'archaïsme des structures est dénoncé. Les délocalisations en cours (vers l'hôpital général ou des unités d'hospitalisation de proximité) ont pour effet de laisser pour compte toute une population de patients régressés : autistes vieillissants, patients souffrant de psychoses infantiles chronicisées, polyhandicapés. Population importante pour laquelle il faudrait jumeler projet de soins et projet de vie.²⁹

L'organisation en Secteur est implantée de façon très inégale. Le Secteur avait une base militante infirmière et médicale, l'expérience a montré que ce ne pouvait être le seul point d'appui pour la généralisation de son implantation. Le non accompagnement de l'État dans le développement de l'extra-hospitalier est évoqué.

²⁹ Terminologie appartenant au champ médico-social

On constate un manque de structures alternatives d'amont et d'aval mais la psychiatrie ne peut tout faire seule. La pression des usagers est importante, ils réclament l'humanisation des structures, des informations, une évaluation des prestations données.

Un médecin convient que « la résistance médicale est importante, seuls les soins directs sont valorisés, les médecins n'ont pas de formation Santé Publique, ils sont attachés aux lits ». En ce qui concerne le personnel, « il y a un important décalage entre le personnel soignant et éducatif et une méconnaissance mutuelle ». Travailler ensemble nécessite pourtant de connaître et de définir les champs de compétence et d'intervention de chacun.

Il apparaît dans les entretiens qu'il y a « une spécificité de la demande en psychiatrie, celle-ci est rarement faite directement par les patients. La demande est souvent relayée par un tiers, cela nécessite de l'écoute, des relais. L'objectif est de raccourcir le temps de la demande de soins ».

.1.1.2 médico-social

la fracture du sanitaire et du médico-social est confirmée. « il existe un contentieux historique entre le sanitaire et les associations de familles, qui sont à l'initiative de la création d'alternatives médico-sociales. La loi de 1975 a été faite contre la psychiatrie. Les associations de familles voulaient des projets pour leurs enfants. Il y a actuellement la crainte d'un retour en arrière ».

La nouvelle loi de janvier 2002 qui vient réformer celle de 75, fait une place importante aux associations d'usagers et à la démocratie sanitaire. Elle prévoit entre autre, des projets personnalisés pour chaque patient.

La fracture existe mais paradoxalement il y a un grand besoin de travailler ensemble.

« Il y a une telle demande, que les structures médico-sociales recrutent des psychologues pour l'accompagnement psychothérapeutique des patients ».

Par ailleurs, les associations du champ médico-social restent réticentes à prendre en charge les patients issus de psychiatrie.

.1.1.3 Mutation sanitaire

Le directeur d'une structure médico-sociale au sein d'un CHS, témoigne de la mutation en cours et des difficultés pour le personnel d'accepter ces changements : « il faut reconnaître la complexité de la phase actuelle. La psychiatrie opère le passage d'une psychiatrie asilaire à une psychiatrie de proximité, d'urgence, d'hospitalisations courtes pour les périodes aiguës ».

Depuis les ordonnances de 96, les établissements publics de santé peuvent créer des établissements médico-sociaux en leur sein, et des réseaux extra-hospitaliers. Les ARH prévoient des mutations par étapes.

« Pour l'hôpital, la problématique principale est le personnel. Il y a un risque majeur de déqualification. Il s'agit de prévoir et d'organiser l'évolution des métiers, les requalifications, la mise à disposition contractuelle, de personnel aux associations.

Les résistances sont grandes dans les établissements. La baisse de la démographie infirmière aidera indubitablement à ce changement ».

.1.2 Regard Santé Publique

« par Santé Publique on dépasse la dimension médicale habituelle, personne à personne, relation duelle, hippocratique dans l'espace du secret médical. On parle en termes de population. Et dès lors on change d'espace. »³⁰

Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel la santé mentale est une notion de santé publique. Interpeller la santé publique, c'est s'interroger sur la psychiatrie aujourd'hui et les enjeux du changement.

Le professeur de Santé publique situe la crainte des acteurs en psychiatrie : « Avec la santé mentale, la question actuelle pour la psychiatrie semble être : comment s'ouvrir, sans renoncer à soigner ? ».

S'il est vrai que la société a de plus en plus besoin de savoir psychologique pour gérer le quotidien, le savoir psychologique est différent du savoir psychopathologique ; La psychiatrie peut-elle répondre à tout ? De plus une partie des patients n'ira pas se soigner en psychiatrie ; la stigmatisation des structures restent très importante.

L'abord du problème par la Santé Publique c'est aussi avoir une méthode de réflexion.

« Il faut savoir poser les bonnes questions :

- ✓ Quel est le problème ?
- ✓ Quelles sont les fonctions d'un médecin ?
- ✓ Quels sont les savoirs nécessaires ?

C'est une réponse sur mesure qui est conçue, l'évaluation vient à la fin. »

Sur le terrain, il y a quelques résistances à ce que les projets émanent des hôpitaux.

³⁰ Dr A. Lazarus, *mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie*, in Santé n°38 septembre 99, p23

En effet, la difficulté évoquée lorsque le projet part de l'institution, c'est que la question du « problème » n'est souvent pas posé, donc de fait, il est mal ou pas résolu. Il est fréquent de répéter ce qui est déjà connu. Il y a pas souvent de réflexion sur le service rendu.

Les malades lourds sont bien pris en charge en France, il faut penser la politique globalement pour tous les patients, avoir recours au public et au privé.

Quant au « réseau », il n'existe pas en tant que tel, « les réseaux aujourd'hui ont un rôle prototypique ».

.1.3 Promotion des réseaux

Le chargé de mission pour la promotion des réseaux à l'URCAMIF présente le rôle de la structure.

Depuis 96 l'URCAM a une mission de promotion des réseaux au niveau régional. Le Comité régional des réseaux, gère les FASQSV, vote le budget et les orientations régionales. L'évaluation des réseaux est externe et sera confiée à l'ANAES prochainement.

L'URCAM fournit :

- ✓ une aide méthodologique dans le montage des dossiers FAQSV,
- ✓ des audits de faisabilité et de développement,
- ✓ des dossiers type pour les conventions,
- ✓ des correspondants réseau CPAM.

Au regard de l'expérience écoulée, les réseaux sont tous différents, il est difficile de leur donner un cadre. **Actuellement l'URCAM, propose des groupes de travail sur des référentiels communs par type de réseaux, avec la volonté d'arriver à 3 ou 4 modèles, et à une trame minimale par réseau selon sa thématique.** « Ces groupes de travail ont un effet fédérateur au niveau local, l'URCAM occupe une fonction de tiers ».

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2002, prévoit le financement global des réseaux à partir d'une 5ème enveloppe de l'ONDAM et une simplification du circuit de décision d'agrément avec une signature conjointe ARH et URCAM.

.1.4 Position des usagers

Les représentants des usagers et de leurs familles, se battent auprès des politiques et du ministère pour faire reconnaître le concept de « handicap psychique »³¹. Celui-ci est à

³¹Livre blanc des partenaires de santé mentale France, pour une association des usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité, juin 2001, Editions EDS santé, p 64

différencier du handicap mental. Si le handicap mental implique l'idée de déficience et de stabilité, le handicap psychique connaît des fluctuations dans la prise en charge. Les crises traversées engagent le pronostic vital. Il nécessite donc une permanence des soins, une prise en charge longue, un accompagnement. Cette population n'a pas de reconnaissance en tant que telle dans les textes.

« Le travail de Secteur s'est avéré efficace, 95% des patients psychotiques sont maintenant dans la cité et non plus dans les hôpitaux psychiatriques. C'est donc là que doit se faire l'essentiel du travail ».

Leurs revendications à propos des besoins des personnes handicapées psychiques concernent six points à prendre en charge :

- ✓ le médical,
- ✓ la protection juridique,
- ✓ l'hébergement,
- ✓ le travail,
- ✓ l'accompagnement dans la vie sociale,
- ✓ et les clubs pour maintenir un lien social et culturel.

Le livre blanc qui reprend ces points est issu des réflexions conjointes d'Associations d'usagers et de leurs familles, d'élus et de soignants.

Après ces premières pistes de réflexion, apportées par les entretiens préliminaires, nous entrons dans l'analyse des entretiens du champ d'observation.

.2 ENTRETIENS DU CHAMP D'OBSERVATION

Le modèle d'analyse de contenu, en concepts, dimensions et indicateurs, est donc synthétisé dans le tableau des pages 27 et 28.

Les concepts abordés seront :

- ✓ Le Secteur
- ✓ Les réseaux
- ✓ L'hôpital-les directeurs des soins

Le concept de santé mentale se trouve être transversal.

En effet le Secteur psychiatrique est intrinsèquement inscrit dans le champ de la santé mentale avec ses dimensions de prévention, de soins et de réinsertion, lorsque celles-ci sont développées.

Les réseaux eux ont une typologie polymorphe. En ce qui concerne cette étude ce sont ceux de santé mentale qui nous intéressent plus particulièrement.

Les dimensions de ces concepts se trouvent dans les têtes de chapitres et les indicateurs jalonnent le cours du propos.

Après chaque concept abordé sera fait un constat synthétique et critique.

.2.1 Le Secteur

.2.1.1 Prévention, soins et réinsertion :

Pour les professionnels de la psychiatrie rencontrés :

Le Secteur peut-être considéré comme une première forme d'organisation en réseau, mais de façon non formalisée. Il s'agirait de « réseaux de type primaire, centrés sur le patient et dédiés aux soins ».

La mise en place du Secteur psychiatrique observé, s'est faite de façon empirique à partir d'une équipe unique au départ, qui s'est différenciée autour de projets de structures de soins extra-hospitaliers.

Le fonctionnement d'un Secteur dépend de la politique institutionnelle du médecin chef. Dans le cas présent, « cette politique n'est pas toujours explicite » : rares conseils de service, pas de projet de service écrit, pas de conseil de Secteur pour un travail en partenariat, une psychiatrie de liaison minimale, uniquement médicale et centrée sur l'hôpital général.

L'essentiel de l'activité de ce Secteur est consacré aux soins. Il possède un ensemble de structures extra-hospitalières : un Centre Médico-Psychologique, un Hôpital de jour, un centre d'accueil et de crise de huit lits, un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, des accueils familiaux thérapeutiques.

En terme de réinsertion, il existe des appartements associatifs. « Une convention avait été passée entre l'hôpital de jour et un CAT, mais celle-ci est tombée en désuétude ».

L'activité de Secteur existe, la distribution des structures extra-hospitalières est classique, par contre, la dimension de prévention, est inexistante et celle de réinsertion quasiment absente.

.2.1.2 Restructuration de l'hospitalisation : effets sur le Secteur

Ce Secteur a connu la délocalisation de son unité d'hospitalisation sur un nouvel hôpital de proximité, en même temps que deux autres Secteurs limitrophes. Cette restructuration a obligé les différents Secteurs concernés à repenser l'organisation de l'offre de soins à moyen constant et en fonction de la nouvelle inter-sectorialité.

Il y a eu fermeture d'une structure de post-cure, ouverture d'un pavillon pour patients chroniques régressés, et mise en commun de différents moyens (CAC) et personnel (ergothérapeute).

Le centre d'accueil et de crise a été un enjeu important entre les trois Secteurs et fonctionne maintenant en inter-sectorialité, mais « sans partage de moyen, ni en temps médical, ni en personnel ». Le redéploiement du personnel a mis en cause l'existence de certaines activités de soins du Secteur (CATTP, Psychiatrie de liaison, AFT).

Ce Secteur a un projet d'une unité mère-enfant, l'unité devrait avoir un rayonnement départemental. Son ouverture est retardée depuis deux ans.

Chaque changement, fermeture, ouverture d'un pavillon pour patients régressés, s'est fait de façon empirique. Il y a le sentiment d'une « mauvaise préparation aux évolutions », pas ou peu de capacité d'anticipation. Le travail inter-sectoriel se fait difficilement, « une concurrence déloyale » s'installe entre les Secteurs par manque de moyen.

.2.1.3 Le partenariat

Le Secteur

Le travail de partenariat sur le Secteur observé, se fait surtout au niveau social, mais toujours au cas par cas autour de la prise en charge d'un patient. Le réseau de liens tissés individuellement par les professionnels, ne se matérialise d'aucune manière, n'a aucune lisibilité extérieure, pas d'outil de liaison, pas de trace écrite, il est à refaire au départ de chaque agent. Les avancées ne tiennent qu'aux personnes, la régression est possible.

Au niveau de la ville, il y a une demande répétée d'appui, ou de soutien, aux acteurs sociaux de première ligne, à laquelle il n'est pas répondu.

Les acteurs du Secteur sont conscients que la demande sociale est de plus en plus large et pressante, mais les moyens ne permettent de répondre qu'au cas par cas. Le déficit en moyens humains est évoqué plusieurs fois.

Cependant, un groupe de travail pluridisciplinaire autour de situations limites va se mettre en place à l'initiative de la ville, le Secteur y participera.

La ville

« Le département 93 a été globalement assez novateur en matière de politique de Secteur que le Conseil Général a beaucoup soutenu », nous dit l' élu.

La ville pense que « le manque de moyen ne permet pas au Secteur d'assurer un accompagnement et un suivi correct après les soins ».

Localement, la ville a toujours sollicité le Secteur psychiatrique. Deux initiatives vont voir le jour : un groupe de travail pluridisciplinaire, sur les situations limites et une Maison de la Santé, auxquels le Secteur psychiatrique va participer.

l'UNAFAM

Ils considèrent le modèle du Secteur comme un bon modèle mais limité du fait des moyens qui sont uniquement publics. Ils souhaitent le principe d'un multifinancement qui engagerait les différents partenaires.

Ils désirent voir fonctionner les Conseils de Secteurs prévus dans la circulaire du 14 mars 1990. Leur Association en propose une formule rénovée. Mieux qu'une seule instance, les conseils de Secteur pourraient être aussi des lieux de concertation, ouverts aux associations et aux responsables de la cité, du social et sous contrôle sanitaire, avec des permanents dédiés à ce travail.

.2.1.4 Découpage géographique du territoire :

Avec les délocalisations des unités psychiatriques et le travail en inter-sectorialité, le découpage géo-démographique du Secteur de psychiatrie est dépassé dans les faits. Il est ressenti par beaucoup comme entraînant « un morcellement du territoire et faisant obstacle à une organisation différente ». Un médecin chef de secteur pense que le découpage sanitaire d'un Service d'Accueil et traitement de l'Urgence serait plus fonctionnel ; cela impliquerait la coordination de plusieurs Secteurs de psychiatrie. Ces Secteurs coordonnés permettraient d'organiser une offre différenciée et complémentaire.

.2.2 Constat

En Seine Saint Denis, la politique de Secteur s'est assez largement mise en place, mais de façon inégale, parfois de façon innovante, parfois avec une activité centrée exclusivement sur les soins et ne répondant donc pas aux missions de prévention et de réinsertion.

Le Secteur observé a été traversé par un mouvement de restructuration forte. Nous pouvons faire le constat que pour les professionnels rencontrés, il y a une difficulté à prendre du recul par rapport aux changements en cours et à venir. Il n'y a pas de vision globale et prospective concernant l'évolution locale, au vue de celle de la psychiatrie en général.

Cela ne permet pas d'anticipation en terme de réorganisation de l'offre en fonction de nouveaux besoins. Ces derniers ne sont d'ailleurs pas estimés localement.

Le travail en partenariat n'est ni formalisé, ni organisé, il est le résultat d'une pratique et de l'engagement individuel ; à chaque départ, les liens sont à refaire. Seuls les professionnels qui appréhendent leur mission de façon plus large que le soin (amont, aval, partenariat) peuvent s'adapter à l'évolution en cours.

Pour le Secteur en question, la tendance est plutôt au repli des forces sur la dimension des soins.

La ville et les usagers sont des partenaires potentiels et actifs. Ils ont conscience que la psychiatrie, même s'ils l'interpellent, ne peut répondre seule à tout, mais qu'elle doit être partenaire avec d'autres. Sur le terrain comme à l'hôpital, la voix des usagers par le biais des associations, se structure en psychiatrie ; Ils souhaitent notamment être partenaires des conseils de Secteurs.

.2.3 Réseaux-santé mentale

.2.3.1 Les typologies de réseaux :

Le Secteur peut-être considéré comme un **réseau primaire**, centré sur le patient et non formalisé. « Les réseaux de type filière de soins, ciblés par pathologie sont différents et ne correspondent pas au Secteur de psychiatrie générale ». L'intérêt de ce dernier est sa taille humaine, tant pour un travail de qualité avec les acteurs locaux, que pour les patients, dont « l'inscription environnemental proximal (famille, voisins, généraliste...) » est une condition de réussite du traitement et de réinsertion.

Les **réseaux secondaires** eux, ont un **projet de « Santé Publique »**, ils sont centrés sur une population. Les réseaux de santé mentale sont des réseaux secondaires. Leur objectif est d'organiser et de coordonner les professionnels. Ils leur permettent de mieux se connaître, facilitent le travail sur le terrain. Ils ont une mission d'organisation, de formation et de réflexion sur des nouveaux modes organisationnels. Ils permettent une meilleure utilisation des ressources.

« Ces deux types de réseaux (primaire et secondaire) peuvent être vécus comme en opposition ». En fait, actuellement, l'idée serait d'articuler ces deux types de réseaux : un réseau de santé mentale pourrait coordonner plusieurs Secteurs sur un territoire, un bassin de vie.

.2.3.2 L'esprit réseau : décloisonnement de l'hôpital

Certains considèrent que « la volonté des institutions de créer des réseaux ville-hôpital repose avant tout sur des raisons économiques (obtention de financement supplémentaire) ». La baisse de la durée moyenne de séjour oblige à trouver des solutions en amont et en aval de l'hospitalisation. Les tutelles impulsent le mouvement.

Cette démarche est à différencier de « l'esprit réseau », qui est une autre manière de concevoir les soins fondée sur un engagement personnel fort et qui est une démarche militante. L'objectif alors est le décloisonnement de l'hôpital et de favoriser des actions qui visent le **développement de la démocratie locale**.

En effet « les hôpitaux ont beaucoup de retard dans ce domaine et cela ne concerne pas seulement les réseaux ».

Les réseaux eux naissent souvent de la nécessité, une population très pauvre, l'hôpital et les collectivités locales sont obligés de trouver des solutions. C'est parfois à l'hôpital « d'aller vers », aux pieds des immeubles dans les cités.

.2.3.3 Le partenariat :

Complexité

La pratique des réseaux est vécue comme difficile à mener par les professionnels du fait de la « complexité de la demande en santé mentale, qui vient de partout » et de la difficulté à y répondre. En effet une des spécificités de la psychiatrie c'est qu'il n'y pas de protocoles, pas de référence de bonne pratique, « pas de pathologie typologisable ».

Méthodologie

Le partenariat doit être construit avec méthode et rigueur, « chacun doit y trouver son compte », des règles sont à poser, les décisions doivent y être communes, et surtout la question de départ doit être « quel est le besoin ? », il y a obligation de réalité pour que le réseau réussisse.

Les généralistes

Le travail avec les généralistes est primordial. Leur demande est à la fois pédagogique et de consensus sur une prise en charge. Il s'avère que les généralistes reçoivent les patients assez longtemps et passent la main brusquement en cas de problème. Ils demandent donc la possibilité d'un avis précoce et d'une prise en charge jointe avec le Secteur psychiatrique.

la ville : options Santé Publique et santé communautaire

« La ville n'a aucune compétence en matière de santé (loi de décentralisation de 1983), rien ne l'oblige donc à s'en occuper, ce n'est pas sa vocation ». Cependant l'élu pense « qu'il est légitime que la ville s'en préoccupe », c'est aussi et d'abord une volonté politique.

L'histoire a voulu que face à la précarité de la population d'après guerre et au manque de médecins, la ville prenne l'initiative de la création des premiers Centres de Santé Municipaux et de la Protection Maternelle et Infantile.

Cette volonté politique demeure aujourd'hui, d'autant plus que la paupérisation des populations en Seine Saint Denis et la dégradation des conditions de vie, influent sur la santé, notamment en termes de santé mentale.

Les contrats de villes qui ont une vocation plus généraliste, mais qui possèdent un volet santé, contractualisent déjà un travail de partenariat, avec les institutions publiques (Éducation Nationale, CAF, RAPT), bailleurs sociaux, État, en y associant la population.

La ville a organisé trois conférences locales de santé, où professionnels, population et élus participent. Elle en a dégagé les priorités municipales qui sont :

- ✓ la santé mentale,
- ✓ la création d'un Comité Local d'Information et de Coordination, (CLIC)
- ✓ la santé des jeunes,
- ✓ les grossesses précoces,
- ✓ le sida
- ✓ et la maltraitance.

La ville est inscrite dans le réseau « Ville Santé » de l'OMS. Le directeur du service de la promotion de la santé est membre d'un institut de recherche en Santé Communautaire. Cette approche est mise en pratique par les référents santé quartiers, qui s'appuient sur une méthode participative d'action collective.

La ville espère que les deux initiatives que sont la maison de la santé (issue des conférences locales de santé) et le groupe de travail pluridisciplinaire sur les situations limites, « seront les prémises d'un travail en réseaux avec le Secteur ».

En interne, un travail de réorganisation des centres municipaux s'oriente vers plus de soins en ambulatoire en articulation avec des infirmières libérales. « C'est un changement culturel important ».

En ce qui concerne les Programmes Régionaux de Santé, la ville reçoit régulièrement des appels d'offre auxquels elle participe.

Ce qui est reproché à ces programmes, ce sont les changements annuels de priorités qui ne permettent pas un travail dans le temps. La non pérennité des financements laisse aussi, à la charge des communes, le coût de la continuité. De plus se pose pour les acteurs de terrain,

le problème des priorités locales face aux priorités régionales qui ne sont pas toujours identiques.

L'hôpital général

L'Agence Régionale d'Hospitalisation, lors de la signature du Contrat d'Objectifs et de Moyens, a salué l'initiative de la création d'un « pôle interface ville-hôpital ».

Celui-ci existe maintenant depuis trois ans.

Il a été mis en place à la demande du directeur de l'hôpital, celui-ci a demandé à un cadre infirmier supérieur d'en assurer la coordination. Ce pôle développe des projets en externe et en interne. Il répond notamment à une forte demande de formation des professionnels libéraux. La création d'un Comité Local d'Information et de Coordination est en cours, un cadre de santé de l'hôpital, ayant une formation d'ergothérapeute est responsable du projet. Le périmètre de ce CLIC dépend du schéma départemental de gérontologie, il couvre plusieurs villes et plusieurs Secteurs psychiatriques sont concernés. La ville est fortement engagée dans ce projet. L'implication des politiques peut s'avérer un soutien puissant, mais aussi « une pression importante quant aux objectifs même du réseau, ou ses priorités ». De plus lorsque plusieurs villes de couleurs politiques différentes sont impliquées ce peut être « source de conflits forts ».

Cette expérience novatrice, d'ouverture de l'hôpital et de réseaux demande un engagement militant ; les résistances sont de tous les côtés. Le directeur de l'hôpital et la direction du service de soins infirmiers font tenir le projet.

.2.3.4 Forme administrative, méthodologie de financement :

Les réseaux peuvent se formaliser de plusieurs manières : convention, association, groupement d'intérêt public et réseaux coopératifs depuis peu.

Les connaissances nécessaires au montage administratif des dossiers sont évoquées par un DSSI : « savoir faire le montage administratif correspondant demande une compétence ».

La participation des directeurs administratifs est une aide précieuse en matière de technique financière car il s'agit toujours avec les réseaux de multifinancement. Les compétences nécessaires sont aussi « l'ingénierie de projet et d'organisation, ainsi que de bonnes connaissances juridiques ».

En effet les réseaux articulent généralement, plusieurs établissements de statuts différents, privés, publics, PSPH, des associations, des professionnels libéraux et des usagers.

Les professionnels témoignent de l'intérêt des guides méthodologiques, dans le cadre des CLICs par exemple, le cahier des charges de l'URCAM, l'aide offerte au montage des

dossiers FASQV, ou le modèle de convention type ; ce sont des aides méthodologiques précieuses. Cependant, les montages administratifs restent compliqués et l'aspect non pérenne des financements limite les initiatives.

.2.4 Constat

Le concept de réseau n'est pas actuellement stabilisé.

Avec ce terme nous sommes face à une polysémie de signification. Il représente des choses différentes selon la personne, en fonction de son expérience, de sa culture, de son champ professionnel, de son histoire.

Leur statut expérimental jusqu'alors a d'ailleurs favorisé la multiplicité des expériences.

Les deux types de réseaux concernant notre étude (primaire et secondaire), correspondraient à deux demandes et besoins distincts :

- ✓ L'un répondrait à un partenariat organisé autour d'une prise en charge globale du patient,
- ✓ L'autre répondrait à la demande d'aide aux acteurs de terrain.

Ces deux formes pourraient s'articuler : un ou plusieurs réseaux de type primaire (Secteur) organisés autour des patients seraient coordonnés par un réseau de santé mentale. Ce dernier coordonnerait les professionnels, assurerait une réponse et une formation aux acteurs dits de première ligne, c'est à dire en contact direct avec le mal être et les symptômes de la population.

L'ouverture de la psychiatrie à la santé mentale pour les professionnels rencontrés sur le Secteur, c'est :

- ✓ Une manière de dé-stigmatiser l'offre de soins psychiatriques (consultations avancées dans des centres de santé municipaux, à l'hôpital général) permettant de toucher un public plus large, qui n'irait pas consulter en psychiatrie.
- ✓ Reconnaître les besoins du « handicap psychique » et de mieux partager avec d'autres partenaires les différentes facettes de la prise en charge.

La formation des acteurs est importante. Nous avons constaté que les professionnels qui avaient une réflexion sur les réseaux de santé mentale, avaient aussi une culture « Santé Publique », une culture du travail en partenariat, acquise au travers des formations de type « thérapie familiale », santé communautaire, ou formation sociale....

« Interpeller la Santé Publique c'est élargir un état de maladie ou de handicap à ce qui fait la **continuité de l'existence**, maladie comprise, système de soins compris... »³²

interpeller la Santé Publique « pourrait venir compenser une sorte de deuil public des espoirs et des attentes confiés à la médecine et pour les soignants, les renforcer dans le renoncement à exercer une médecine non exclusivement technique.³³

Pour répondre aux objectifs de Santé Publique, les priorités des Programmes Régionaux de Santé, peuvent présenter des objectifs ciblés repris par la ville, le Secteur ou les réseaux. Les difficultés évoquées concernant ces Programmes régionaux de santé, posent le problème de la planification descendante au niveau régionale face à une planification ascendante locale lorsque celle-ci existe.

Nous pouvons penser qu'à terme, les réseaux de santé mentale pourraient avoir aussi une fonction de planification locale puisqu'ils coordonnent et régulent l'offre de soins. La question reste entière de savoir alors comment accorder les deux types de planification.

Autre problème de planification rencontré, il concerne les différents schémas sanitaires : bassin de vie, Secteurs psychiatrique, schéma départemental de gérontologie (...). Les territoires se morcellent et les cartes ne se recouvrent pas. Ce sont autant d'obstacles au travail en réseau. Le problème est récurrent d'un interlocuteur à l'autre, d'un champ professionnel à l'autre.

L'implication des responsables locaux dans les projets est une nécessité, cela représente un atout majeur, mais là encore beaucoup de disparité d'implication d'une ville à l'autre, d'un département à l'autre. Lors d'un changement de municipalité, tous les engagements peuvent être revus.

En cas de décentralisation plus importante, s'il était donné une responsabilité de santé au niveau communal, les choses se régleraient-elles, ou cela renforcerait-il les inégalités ? la question se pose au moment où la révision de la loi de décentralisation semble souhaitée (rapport Dr Roelandt), pour permettre aux élus locaux de participer aux politiques de santé.

.2.5 Hôpital : Directeur des soins

Comme nous l'avons vu, la circulaire du 14 mars 1990, confiait aux directeurs d'établissement et « aux infirmiers généraux » à l'époque, l'accompagnement de la mutation souhaitée de la psychiatrie vers la santé mentale et le développement de partenariats.

³² Dr A. Lazarus, *mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie*, in Santé n°38 septembre 99, p23

Le directeur des soins, comme l'équipe de direction, sont donc directement concernés par l'ouverture de l'hôpital à son environnement et les réseaux.

.2.5.1 L'ouverture de l'hôpital :

« L'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale demande un accompagnement à plusieurs niveaux :

- La DDASS
- Le Conseil général
- Les Etablissements

L'échelon local de l'hôpital est donc, primordial pour soutenir cette évolution », nous confirme un médecin chef de secteur.

Les expériences rencontrées montrent que les hôpitaux peuvent représenter un soutien important (logistique, administratif et financier) par rapport aux projets de réseaux.

Les tutelles en général, souhaitent la caution d'un hôpital dans les projets présentés pour agrément.

L'implication de l'hôpital dans les réseaux demande un engagement fort de la direction.

Dans les exemples rencontrés la volonté politique du Directeur de l'établissement avait été prépondérante. C'était souvent lui qui se trouvait à l'origine des initiatives d'ouverture de l'hôpital à son environnement et en désignait les responsables institutionnels ; les directeurs de soins en font partie.

Des projets de « pôle interface ville-hôpital », ou de réseau, peuvent faire partie d'un contrat d'objectifs et de moyens avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Il semblerait même que cela soit encouragé.

Il est important que cette politique soit clairement énoncée dans le projet d'établissement, dans le projet médical et le projet de soins.

Pour l'expérience du projet expérimental de réseau de santé mentale « Yvelines Sud », celui-ci faisait partie du projet d'établissement d'un des Centres Hospitaliers spécialisés mais pas de celui du Centre Hospitalier général pourtant porteur du projet.

Le rôle des institutions de soins dans le développement des réseaux est posé, en termes d'objectifs et d'enjeux notamment en Santé mentale.

Certains considèrent « qu'un des obstacles majeurs au développement des réseaux pour un hôpital, vient du fait que ceux-ci demandent beaucoup et ne rapportent rien d'un point de vue

³³ idem, p24

économique (point ISA) ». Leur évaluation sur le plan médico-économique reste difficile à faire.

« L'ouverture de l'hôpital à son environnement, aux associations, à des formes de démocratie locale novatrices, commence seulement à s'inscrire dans les pratiques hospitalières. L'hôpital a beaucoup de retard à ce sujet » nous dit un chargé de mission. C'est nouveau et encore difficile, ses acteurs, même lorsqu'ils sont mandatés par la direction expriment leurs difficultés et la dimension « militante » de leur action.

En ce sens, nous retrouvons le travail de Nibert Alter³⁴ sur l'innovation. Il explique bien que celle-ci se fait en majeure partie contre l'institution qui la génère. Cela est vrai au moins dans un premier temps. Dans un second temps, l'institution intègre les nouvelles formes d'organisation en les institutionnalisant. Un des rôles des dirigeants actuels dans les entreprises est justement le repérage des innovations organisationnelles et leur institutionnalisation. Le rôle d'un directeur des soins pourrait se situer dans ce repérage et dans le développement organisationnel de mode ces modes de fonctionnements innovateurs.

« L'objectif à atteindre est le développement du partenariat et le décloisonnement des pratiques dans le cadre de la démocratie sanitaire. Un des outils permettant d'y arriver est le travail en réseau, mais d'autres sont nécessaires aux différents niveaux d'implication de l'organisation sanitaire, sociale et culturelle »³⁵.

.2.5.2 Démocratie sanitaire :

Celle-ci peut s'envisager selon deux axes :

- l'un par la prise en main par chacun de sa propre santé, ce qui fait référence aux pratiques et méthodologie de la santé communautaire, précédemment évoquée,
- l'autre, du côté du cadre juridique de la démocratie sanitaire en pleine évolution aujourd'hui avec la place de l'utilisateur dans l'hôpital, les réseaux et le système sanitaire.

³⁴ Alter N. *L'innovation ordinaire*, édition PUF-sociologie, 2001, p 278

³⁵ J.L. Roelandt, *la démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale, la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, rapport, 12 avril 2002, p 6/60

Cette ouverture est un changement culturel, l'hôpital est prisonnier de son histoire. « En effet traditionnellement, l'organisation de l'hôpital est basée sur la séparation des territoires, des rôles, des pouvoirs, des savoirs, c'est un lieu où la démocratie a plus de mal à s'exprimer. » Par ailleurs, « la citoyenneté des patients hospitalisés est souvent mise à mal, tant par la souffrance, la solitude des personnes que par la complexité et la lourdeur de l'institution qui accueille ».

La crainte d'un regard tiers, chez les professionnels laisse peu de place aux ressources de la communauté : peu de bénévolat en France, par rapport aux pays anglo-saxons. « La culture hospitalière est basée sur l'exclusivité du soin réservé aux professionnels et sur l'incompétence supposée des patients³⁶ ».

La démocratie sanitaire implique une pluralité de paroles et d'actions.

Les acteurs les plus engagés pour l'ouverture de l'hôpital, tant du côté des professionnels que des usagers, attendent les effets de la loi du 4 mars 2002 qui ouvre d'avantage à la participation des usagers et de leurs associations ; ceux-ci doivent devenir de véritables partenaires, d'authentiques acteurs.

Les politiques siégeant au Conseil d'administration des hôpitaux se disent très sollicités « comme relais des problèmes rencontrés auprès des tutelles et du Conseil Général ». Cela ne concernait essentiellement que les conditions de travail, et les conditions de vie des patients. « La politique des soins, les questions de santé étaient jusqu'à maintenant exclusivement l'affaire des professionnels » nous dit l'élu. C'est aujourd'hui seulement que les politiques commencent à s'en occuper, poussés par la société civile face à la dégradation des conditions de vie et la précarité.

.2.5.3 Démarche de projet : construction de dispositifs

La direction apparaît comme « partenaire à part entière de la communauté médicale » considère un président de CME, en ce qui concerne la conception et l'organisation de projets visant à l'évolution des services et des activités de soins.

« Le projet de soins est du domaine de compétence du directeur des soins et d'autre part en tant que membre de l'équipe de direction, il peut être aussi responsable d'un projet particulier dans cadre du plan général d'actions du projet d'établissement ».

³⁶ chargé de Mission ouverture de l'hôpital, APHP

Le directeur du service de soins rencontré a été recruté sur ses compétences en matière de Santé Publique. Il fut désigné comme chef de projet d'un réseau de soins palliatifs. En tant que membre de l'équipe de direction il assistait aux volets infirmier et médical du projet.

En tant que chef de projet le directeur des soins, se trouve porteur du projet, il en assure les moyens, l'accompagnement, la supervision et l'évaluation. « Les cadres sont associés dès le départ au projet ». Il peut y avoir délégation de responsabilité à un cadre supérieur, et même création d'une mission transversale.

Le nouveau texte³⁷ concernant les directeurs des soins, implique ces derniers dès la conception des projets. « Ce texte reconnaît aux directeurs des soins les compétences d'une expertise méthodologique d'ingénierie technique (projet, organisation), plutôt que celles de la gestion même d'un réseau ». Effectivement dans les exemples rencontrés, le rôle du directeur des soins se situait dans le montage technique du projet (réseau) et son accompagnement, à partir d'une demande du directeur.

Plus que de méthodologie de projet il s'agirait plutôt de « stratégie de construction de dispositif ».

Le directeur des soins devrait alors « avoir un raisonnement de Santé Publique :

- ✓ Quel est le problème ?
- ✓ Quelle population ? Quelles sont les structures existantes ?
- ✓ il doit connaître l'état de santé de la population :
 - observatoire local, acteurs locaux
 - trouver des dispositifs locaux comme les conférences locales de santé
- ✓ à qui confier la mission ? lettre de mission au comité de pilotage
- ✓ qui va le faire ? rechercher les alliances, les acteurs potentiels etc... »

Le nouveau texte, renforce le rôle de coordination des directeurs des soins avec le titre de « coordonnateur général des soins ». Ce dernier, peut coordonner des paramédicaux ; qualité qui serait facilitante pour le montage d'un réseau, compte tenu de la diversité des personnels impliqués.

.2.5.4 Innovation : formation

Pour pousser plus loin la réflexion sur le rôle du Directeur de soins : si le décret prévoit le titre et la fonction de coordonnateur au niveau des soins et des IFSI, « nulle part encore il est question de directeur des soins coordonnateur de réseau qui assurerait la gestion des différents personnels » ; cette perspective professionnelle serait peut-être « à créer ». « Tout

³⁷ décret n° 2002-550 du 19 avril 2002, nouveau statut des directeurs des soins

dépendrait aussi de la taille et du niveau du réseau : un bassin de vie, plusieurs réseaux, ou un réseau fait de deux, trois Secteurs : dans ce cas, un cadre supérieur suffirait ».

L'idée chemine d'un interlocuteur à l'autre : le directeur des soins, « coordinateur de réseau en santé mentale » ! ce serait des « compétences à développer ». Pour cela il faut se donner dix ans. Ce serait une évolution professionnelle, une innovation.

Quelles compétences faudrait-il développer ?

- ✓ Être capable de travailler avec de multiples métiers,
- ✓ Être capable de contact avec de multiples publics,
- ✓ Avoir la capacité à repérer les acteurs potentiels, sur le terrain, à l'hôpital,
- ✓ Être un traducteur des différentes cultures et langages, administratif, soignant, médical, social...,
- ✓ Faire réfléchir, discuter sur la santé mentale dans la vie quotidienne, la manière de vivre ensemble, les modes de vie,
- ✓ Faire de la recherche organisationnelle, de la recherche action,
- ✓ Être capable d'une pensée, d'une méthodologie de Santé Publique (...) ».

Si pour le directeur des soins « coordonnateur de réseau » nous sommes encore dans le domaine de la fiction, encore que celle-ci soit nécessaire en terme de prospective, la pratique des réseaux implique la formation des acteurs.

La formation des paramédicaux concerne le champ de compétence du directeur des soins.

Cela nécessite d'élaborer une politique de formation forte de la part du directeur des soins :

- ✓ Formation initiale d'abord à travailler avec le D.S.coordinateur de l'IFSI,
- ✓ Formation continue ensuite à travailler avec le directeur des ressources humaines et le responsable de la formation permanente.

Les DSSI se posent la question de comment développer une vision « santé publique » à l'hôpital : « l'objectif majeur est d'arriver à développer une culture « Santé Publique » chez les cadres de santé et les cadres infirmiers supérieurs. Les IDE de soins généraux de culture bio-médicale n'ont pas de culture Santé Publique, les infirmiers de Secteur psychiatrique ont une culture réseau mais sans méthodologie ».

.2.6 constat

L'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale ne se fera qu'avec le soutien et la volonté politique des directions d'hôpitaux. L'équipe de direction est directement engagée. Cette volonté concerne l'ouverture de l'hôpital à son environnement, notamment avec les outils que sont les réseaux et le développement de la démocratie sanitaire qui est son pendant.

En tant que membre de l'équipe de direction, le directeur des soins est directement concerné par cette évolution et y participe. Il faut sortir des positions individuelles et du militantisme pour intégrer dans les missions du directeur des soins le développement de cette approche « Santé Publique », au travers par exemple, de la construction de dispositifs contractualisés de partenariat comme les réseaux, lorsque ceux-ci sont inscrits dans le projet d'établissement.

Pour cela une culture du type Santé Publique est à développer chez chacun des acteurs, permettant de promouvoir à moyen et long termes cette dynamique d'évolution.

.3 ENTRETIENS DU RESEAU EXPERIMENTAL DE SANTE MENTALE A TITRE D'ILLUSTRATION

Après une présentation synthétique du réseau, de ses objectifs et de sa mise en place, seront abordés **la contribution de la Direction et du Service de Soins Infirmiers dans ce projet.**³⁸

« le Secteur c'est avoir des partenaires, le réseau c'est être partenaire » ³⁹

.3.1 Objectifs du réseau de santé mentale « Yvelines Sud »

Ce n'est pas un réseau de soins, mais un réseau de coordination de professionnels dans le but de l'amélioration de leurs pratiques, d'une meilleure utilisation des ressources, d'un travail de réflexion commune et de formation d'un nouveau type.

« L'objectif global est l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale, cette amélioration passe par des actions transversales utiles à l'ensemble des patients quelque soit leur pathologie, ce sont des actions de formation, d'information, d'offre de services nouveaux et d'évaluation de pratique ».⁴⁰

il y a à terme, un projet de régulation et d'organisation de l'offre de soins articulé avec les tutelles.

³⁸ une présentation plus détaillée de ce réseau se trouvera en annexe

³⁹ Mr Bodin, ISP, Agent de développement communautaire

⁴⁰ Pr Hardy-Baylé, in rapport J.L. Roelandt, 12 avril 2002

.3.2 Mise en place

Les tutelles ont été présentes dans ce réseau expérimental, l'ARH a parrainé, et assuré un accompagnement .

Le financement a été multiple : EPS, ARH, FAQSV, DGS (crédits fléchés pour l'enquête), Conseil Général, DDASS (précarité, équipe de liaison sociale), Syndicat Ville Nouvelle.

Il y a eu une assistance méthodologique externe, avec un expert ayant un statut de chercheur universitaire.

Ce réseau engage, 4 établissements de soins (un CHS, un CHG, un établissement mutualiste privé PSPH, une clinique privée, 96 médecins libéraux, psychiatres et généralistes, des psychologues libéraux).

C'est dans le cadre d'un transfert, prévu par le SROS, de plusieurs Secteurs de psychiatrie au Centre Hospitalier de Versailles que s'inscrit cette expérience. Il y a eu la volonté, tant du côté psychiatrique que du CH, de partir sans à priori, sans projet tout fait et de s'engager dans une démarche de construction.

Le projet a été au départ médical. L'introduction d'autres acteurs a été volontairement progressive en fonction des problématiques et des besoins.

La mise en route a été difficile, chacun réglait ses comptes. Le choix a été de commencer par stabiliser le noyau de départ avant l'introduction d'autres partenaires.

La démarche a été d'abord de savoir quel était le besoin ? il y a obligation de réalité.

Un laboratoire de repérage des dysfonctionnements a été mis en place, par l'intermédiaire de groupes de travail, et il a été procédé à une enquête de 12 questionnaires, auprès des généralistes, pour pouvoir objectiver les problèmes.

L'enquête a montré que les patients étaient pris en charge longtemps par les généralistes, mais que ceux-ci faute de relais, passaient la main inopinément en cas de problèmes trop lourds. Les généralistes étaient en demande pédagogique et souhaitaient arriver à un consensus avec le Secteur dans les prises en charge psychiatriques. Il souhaitaient aussi pouvoir bénéficier d'un avis précoce.

Les médecins libéraux puis les psychologues se sont constitués en association pour intégrer le réseau. Une première convention a été signée, puis dans un deuxième temps, il y a eu la constitution d'un Groupement d'Intérêt Public.

Le fonctionnement interne a été rigoureux, règles et méthode. Chacun devait absolument y trouver son intérêt ; les décisions étaient communes ; les groupes de travail étaient arrêtés lorsqu'ils ne débouchaient pas sur des résultats.

.3.3 Apport de la Direction et du Service de Soins Infirmiers dans cette expérience

.3.3.1 La Direction

Le directeur général de Centre Hospitalier de Versailles a été partie prenante du projet dès le départ. L'expertise de l'administration a été très utile au niveau méthodologique et de la mise en forme administrative du projet :

- ✓ Ingénierie de projet,
- ✓ Techniques financières,
- ✓ Concept des organisations,
- ✓ Aspect et forme juridiques.

.3.3.2 Les Services de Soins Infirmiers

Plusieurs directions des services de soins infirmiers sont concernées puisque plusieurs hôpitaux sont impliqués dans le réseau.

Pour ce qui concerne le public : le directeur des soins du CH de Versailles a été co-participant du projet, et a délégué la responsabilité du suivi, au CIS du service de Psychiatrie du CHV.

Il faut rappeler que le projet a d'abord été essentiellement médical. La nécessité d'introduire des infirmiers dans le réseau ne s'est ressentie qu'au moment de sa mise en place pratique. Les infirmiers libéraux eux, ne sont pas encore introduits.

Actuellement les infirmiers participent :

- ✓ Au comité de pilotage (avenant)
- ✓ Aux groupes de travail thématique déjà constitués,
- ✓ À de nouveaux groupes de travail spécifiques,
- ✓ Au suivi de l'équipe de liaison sociale,
- ✓ A la mise en place d'outils de transmission.

Par délégation du Directeur des soins de l'hôpital Charcot, la coordination infirmière se fait pour les Secteurs de psychiatrie par un ISP « Agent de développement communautaire de Secteur ». celui-ci a une formation universitaire de Santé Communautaire.

Il occupe cette fonction depuis trois ans ; cette fonction n'est pas doublée d'une position hiérarchique de cadre, ce qui rend sa situation aléatoire. Ses missions sont cependant inscrites dans le projet de service, soutenues par la CME, et présentes dans le projet d'établissement du CHS.

Il est à constater que l'effet réseau enclenche une dynamique et des innovations dans la pratique infirmière :

- ✓ Consultations avancées au Centre Communal d'Actions Sociales,
- ✓ Outils de liaisons,
- ✓ Langage et pratiques infirmières communes (entretiens infirmiers),
- ✓ Esprit de loyauté entre les différents partenaires, engagement,
- ✓ Valorisation des acteurs IDE et ISP, responsabilisés ils élaborent leur pratique,
- ✓ Élargissement de la population prise en charge,
- ✓ Pratique d'évaluation régulière,
- ✓ Reconnaissance des compétences psychiatriques.

Les deux DSSI concernées ont accompagné et soutenu le projet jusqu'à sa mise en route et ont délégué la responsabilité, elles restent les interlocutrices institutionnelles pour le personnel infirmier engagé dans le réseau.

.3.4 constats

Cette expérience a reçu le parrainage attentif du ministère et des tutelles. L'assistance méthodologique, le statut universitaire d'un des médecins à l'initiative de ce projet a facilité sans aucun doute la mise en place de ce réseau de santé mentale. Cela donne un peu l'impression d'une expérience de laboratoire, de la fabrication d'un prototype. Est-ce vraiment une expérience reproductible à l'identique ? d'autres auront-ils autant de fées au dessus de leur berceau, autant de moyens mis à disposition ? La démarche a en tout cas été menée avec une méthode de Santé Publique : étude du besoin, état des lieux des ressources locales, évaluation. La réponse est construite sur mesure. C'est en cela un exemple. Ce réseau débouche sur des innovations au niveau organisationnel, et des pratiques entre professionnels.

L'idée qu'à terme un réseau de santé mentale puisse apporter des propositions de planification locale de l'offre de soins et les discuter avec les tutelles me semble être un progrès considérable. Cela permettrait un ajustement de la politique de Santé Publique aux besoins du terrain, ce qui peut être le gage de son efficience.

Nous constatons que le travail de partenariat et de liaison, nécessite le **développement de nouvelles compétences**, voire de **nouveaux métiers** tel cet « Agent de Développement Communautaire de Secteur ». C'est en termes de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences, et au niveau du plan de formation, que le directeur des soins pourra travailler avec le directeur des ressources humaines, les repérages qu'il aura faits.

6 - RETOUR SUR HYPOTHESE

Le Secteur :

L'analyse de contenu des entretiens du champ d'observation nous a permis de constater qu'au regard des missions du Secteur psychiatrique qui couvrent la prévention, le soin, la réinsertion, le Secteur avait peu ou pas développé les aspects en amont et aval des soins. Cela confirme au niveau local ce que les rapports de la MNASM ont constaté au niveau national.

Pourtant une demande existe sur le terrain de la part de la ville et des familles pour développer un partenariat qui permette de prendre en compte et d'organiser toutes les facettes de la prise en charge.

Nous avons aussi pu constater que la mise en place du Secteur, comme celle des restructurations hospitalières, et du nouveau mode de fonctionnement en inter-sectorialité, s'étaient faites de façon empirique. Les effets sur les organisations étaient vécus davantage comme des adaptations forcées que comme une conséquence rationnelle des orientations de la Politique nationale en Santé Mentale.

Le Secteur observé à titre d'exemple, confirme donc l'étendue du chemin à parcourir entre la réponse que donne actuellement la psychiatrie qui est essentiellement sur un registre sanitaire et celle attendue qui couvre le champ plus large de la Santé Mentale.

Les Réseaux :

Pour exister de façon pérenne et avoir une lisibilité pour l'extérieur, l'articulation du Secteur psychiatrique et de ses partenaires du social, médico-social sur la ville a intérêt à se formaliser et se contractualiser. Les réseaux sont des outils qui permettent la structuration de cette articulation.

Le Secteur ainsi articulé pourrait aller jusqu'au bout de sa mission en santé mentale. Il constituerait alors véritablement un réseau primaire centré sur le patient.

Une deuxième mission est attendue dans le champ de la santé mentale : c'est la coordination des professionnels, la réponse et le soutien aux acteurs de première ligne.

Les réseaux de santé mentale, répondent à ces objectifs.

Ces deux premiers points permettent déjà de mettre en relation deux termes de l'hypothèse et de la confirmer dans l'essentiel, à savoir : **l'organisation en réseau est un moyen pour le Secteur psychiatrique d'aller jusqu'au bout de ses missions en Santé Mentale.**

Le rôle du directeur des soins :

Les Centres Hospitaliers spécialisés dont l'activité est à la fois intra et extra-hospitalière ont la responsabilité de l'accompagnement de leurs structures et des personnels dans la mutation que connaît actuellement la psychiatrie.

Par conséquent, l'équipe de Direction d'un CHS est directement impliquée. **En tant que membre de l'équipe de direction, le directeur des soins a un rôle à jouer.**

L'organisation en réseau correspond encore à un mode d'organisation innovant et expérimental.

Le directeur des soins pourrait se situer dans :

- Le repérage des pratiques innovantes dans l'institution,
- Le développement organisationnel de ces modes de fonctionnement, ce qui permettrait à l'institution de les intégrer,
- Le repérage et le développement de nouvelles compétences et de nouveaux métiers.

Au terme de cette étude, nous pouvons considérer l'hypothèse de départ comme confirmée.

Cependant, concernant le troisième terme de cette hypothèse, à savoir le rôle du directeur des soins, ce ne sont ni la revue de littérature, ni l'avis des experts lors des entretiens préliminaires qui nous ont permis de nous construire une représentation du rôle du directeur des soins dans cette problématique.

Ce sont les rencontres avec les directeurs des soins et DSSI eux mêmes, et les expériences développées par eux sur le terrain qui nous ont permis de nous construire une représentation de leur rôle dans ces projets novateurs et montages de réseaux. C'est à partir de leur exemple que les idées des propositions qui suivront nous sont venues.

Cependant la plupart considèrent leur engagement en faveur de l'ouverture de l'hôpital et des réseaux comme un acte militant même si leur action était inscrite institutionnellement dans les projets d'établissements et soutenue par les directeurs.

Le seul DSSI à considérer ce travail comme faisant totalement partie des missions d'un directeur des soins, avait été précédemment Conseiller technique Régional. C'est à dire qu'il avait développé une culture, une réflexion et une méthodologie de Santé Publique qu'il lui semblait légitime d'utiliser dans ses fonctions à l'hôpital.

Le travail de Norbert Alter sur l'innovation, nous a permis de tracer en perspective le rôle du directeur des soins en matière de développement organisationnel.

7 - PROPOSITIONS

Il n'est pas toujours évident à l'issue d'une étude, que l'on puisse déboucher sur des propositions pratiques, ou que l'on puisse les mettre directement en lien avec les éléments de l'analyse qui les a précédée. Nous préférons donc considérer ces propositions comme des pistes d'actions que nous aurons plaisir à discuter et compléter.

Au terme de cette étude, seront évoquées :

- ✓ Dans un premier temps, des propositions générales, concernant l'évolution du Secteur psychiatrique dans son élargissement au champ de la santé mentale. Ces propositions ne sont évidemment pas du ressort du directeur des soins, elles concernent la politique de santé. Elles dessinent cependant la tendance actuelle, telle que nous l'avons perçue dans cette recherche et que nous avons vu déjà à l'œuvre de façon empirique sur le terrain.
- ✓ Dans un deuxième temps seront exposées les propositions dans le cadre de la fonction de directeur des soins.

.1 PROPOSITIONS D'ORDRE GENERAL

Les propositions sont multiples et existent sur le terrain. Les professionnels rencontrés en ont, et les mettent en pratique tous les jours. Le travail en réseau pousse à l'innovation, et à une recherche d'ordre organisationnel en matière d'offre de soins.

Quelle sera la forme de l'hôpital de demain, aura-t-il encore des murs ?

Les propositions d'ordre général concernent :

- ✓ Le Secteur et l'inter-sectorialité,
- ✓ Les Réseaux de santé mentale.

.1.1 Secteur-inter-sectorialité

Secteur :

L'ensemble de l'instrumentation juridique concernant le Secteur psychiatrique existe. Sa réelle utilisation permettrait aux Secteurs psychiatriques d'ores et déjà de fonctionner dans le champ de la santé mentale :

- ✓ Conseil de secteur,
- ✓ Conseil de service,
- ✓ Équipe de liaison sociale et hospitalière.

Désigner dans l'équipe de Secteur une personne qui veille à ce travail spécifique, nous paraît nécessaire ainsi que d'institutionnaliser ce rôle. Ce référent pourrait être un «agent de développement communautaire de secteur », comme dans l'exemple rencontré ; les référents des différents Secteurs, pourraient être coordonnés au niveau de la DSSI (voir propositions).

Inter-sectorialité :

Nous avons vu que dans les faits, l'inter-sectorialité se met en place mais de façon empirique et avec difficulté. Les Secteurs restent dans un esprit de concurrence mutuelle alors qu'ils devraient organiser rationnellement leur complémentarité autour d'un nouveau territoire partagé plus important.

Le problème de territoire pourrait s'améliorer en s'alignant sur le découpage sanitaire d'un SAU ce qui favoriserait l'articulation avec les hôpitaux généraux (plateau technique) et respecterait les flux naturel de la population.

Deux, trois, quatre Secteurs psychiatriques pourraient alors se coordonner et s'organiser : projets communs à répartir à plusieurs, pour permettre une spécialisation de l'offre et une complémentarité sur un même territoire.

.1.2 Réseau de santé mentale

Comme nous l'avons vu plusieurs réseaux primaires (organisation de la demande) peuvent s'articuler autour d'un réseau secondaire (organisation de l'offre).

Concrètement plusieurs Secteurs de psychiatrie pourraient se coordonner autour d'un réseau de santé mentale.

Celui-ci pourrait :

- ✓ répondre à la demande de soutien aux acteurs de première ligne,
- ✓ assurer la formation des professionnels,
- ✓ permettre d'élaborer une nouvelle pratique de prise en charge globale faite en partenariat,
- ✓ valider les projets élaborés en communs,
- ✓ proposer une programmation des projets du réseaux (pendant d'un PE) et de l'offre de soins sur cinq ans.
- ✓ Intégrer les programmes ciblés des PRS pour répondre à ses missions de Santé Publique

Ces propositions sont à peu près celles des Réseaux Territoriaux de Santé Mentale proposées dans le premier rapport des docteurs Piel et Roelandt.

.2 PROPOSITIONS INTERESSANT LA FONCTION DE DIRECTEUR DES SOINS

Au regard de ces rencontres et des multiples lectures, ce qui était flou au départ, de l'ordre d'une intuition, a pris forme et nous a confirmé dans l'idée que **le Directeur des soins doit avoir une vision large et prospective des politiques de santé concernant la spécialité de l'établissement où il exerce, pour pouvoir accompagner le changement. Les établissements de santé ont la responsabilité de cet accompagnement auprès de leurs professionnels.**

.2.1 Accompagnement de la mutation

Les établissements de soins sont responsables de l'accompagnement au niveau local des acteurs de l'hôpital dans ce changement.

Cet engagement doit être clairement énoncé au niveau de la politique de l'établissement et faire partie du projet d'établissement. Les projets médical et soignant doivent en faire état, le décliner en plan d'actions.

Une personne, identifiée de tous institutionnellement, doit être chargée de cette mission; son niveau d'inscription dans la hiérarchie doit lui permettre une autorité de convocation vis à vis des différents partenaires.

L'équipe de direction apporte son savoir faire et son expertise au montage administratif des projets de réseaux et en matière de contractualisation externe.

Nous avons vu que cet apport était précieux et nécessaire. La complémentarité des compétences de l'équipe de direction est ici évidente. Un parallèle est peut-être à faire, avec le montage administratif et Médico-soignant des centres de responsabilités.

.2.2 Propositions du directeur des soins

Lorsque nous avons commencé cette étude nous pensions pouvoir aboutir à un guide méthodologique pour aider à la formalisation d'un réseau, ou à la construction d'un partenariat type pour un secteur psychiatrique.

Nous avons cherché dans les outils déjà existant. La rencontre avec les professionnels et notamment le chargé de mission de l'URCAM pour la promotion des réseaux nous a fait changer d'avis. En effet comme nous l'avons dit plus haut, cet organisme avec le recul de maintenant cinq ou six ans, n'est pas encore en mesure de le faire, compte tenu de la grande diversité des réseaux.

Des groupes de travail sont organisés avec les professionnels, pour essayer de dégager quelques trames minimales par thématique de réseau.

Il nous semblait alors irréaliste et prétentieux de nous lancer seuls, dans ce type de propositions.

Construire un référentiel type « réseau primaire-Secteur » pourra s'envisager a posteriori de la mise en place d'un dispositif transversal de promotion de la santé mentale sur l'hôpital avec les professionnels concernés mais pas avant.

Nos propositions toucheront donc essentiellement la **gestion des ressources humaines et la formation** des personnels soignants, notamment dans leur aspect, **Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences** puisqu'il s'agit d'accompagner des mutations structurelles importantes.

.2.2.1 Gestion des ressources humaines :

Direction des ressources humaines et Direction des soins infirmiers

- ✓ Décentrer progressivement l'affectation des ressources en personnel infirmier en faveur du Secteur,
- ✓ Prévoir et favoriser, la mobilité de personnel soignant sur des structures médico-sociales et réciproquement.

Organisation et management

- ✓ Création d'un poste en mission transversale pour le développement du secteur et le travail en réseau au niveau de la DSSI.

(Pour aller plus loin, un dispositif transversal de promotion de la santé mentale pourrait être aussi créé au niveau de l'établissement et institutionnalisé dans ces missions).

Ses objectifs seraient :

- Coordonner des référents dans chaque Secteur, ou « Agents de développement communautaire de Secteur », pour reprendre l'appellation rencontrée à Versailles,

- Élaborer et mutualiser les expériences sur les différents secteurs de l'hôpital : théorisation des nouvelles pratiques soignantes, création d'outils de liaison, de référentiels concernant ce type de réseaux-Secteur et santé mentale,
- Aide méthodologique au montage de projets de réseaux,
- Favoriser et développer les partenariats,
- Objectiver les besoins selon les contextes, enquêtes, rencontres....,
- Évaluation continue des projets, du fonctionnement des réseaux, des conditions de travail du personnel et de la qualité des prestations fournies,
- Liens avec la Conseillère technique régionale à la DDASS, l'URCAM, et l'Observatoire Régional de Santé,
- Lien avec les Programmes Régionaux de Santé, objectifs ciblés selon les priorités régionales et locales,
- Créer un centre de ressources (documentaire et méthodologique) qui fonctionne comme « observatoire local de santé », collecte de données, épidémiologie locale.

Il nous semblerait par ailleurs important que ne pas couper ce nouveau dispositif s'il existait, des projets des services.

- ✓ Impliquer les Cadres infirmiers supérieurs dès le départ à ces projets pour permettre leur mise en place et leur accompagnement dans les services. Les missions des référents-agents communautaires de secteur, seraient intégrées dans les projets de soins et de service.

.2.2.2 Formation

Compte tenu des mutations en cours, une partie du plan de formation doit être conçue selon les principes de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences. Ce travail se fait avec le directeur des ressources humaines et le responsable de formation continue.

- ✓ Etudier quelle sera l'évolution des métiers soignants et éducatifs (champs sanitaire et médico-social) et prévoir les formations en conséquence.
De nouveaux métiers apparaissent, celui « d'Agent de Développement Communautaire de Secteur », en est un qui nous intéresse particulièrement.
- ✓ favoriser des formations de santé publique, santé communautaire, éducation pour la santé ...,
- ✓ Développer des formations-action ou de la recherche-action, sur les nouveaux modes organisationnels, notamment les réseaux de Santé Mentale.

- ✓ Utiliser des ressources externes : étudiants du Conservatoire National des Arts et Métiers (ingénierie d'organisation) ou d'UFR Universitaire en Santé Publique.

8 - CONCLUSION

L'étude qui a précédé confirme que mener la sectorisation à son terme fait passer ipso facto la psychiatrie à la santé mentale.

Pour cela il s'agit :

- d'utiliser au maximum les dispositifs déjà mis en place par les textes, comme les conseils de secteurs et la psychiatrie de liaison,
- d'acter la tendance actuelle de fonctionnement en inter-sectorialité, en construisant et coordonnant l'activité des différents secteurs en complémentarité de spécialité pour arriver à une offre graduée.
- d'arriver à un schéma régional d'organisation commun aux soins généraux et comportant un volet santé mentale.

L'essentiel du développement doit se faire sur trois axes : l'amont et l'aval du soin ainsi que l'intégration de programmes ciblés pour répondre aux nouvelles demandes (toxicomanie, suicide, exclus, aide aux victimes) et aux objectifs de santé publique.

Cela nécessite le développement de partenariats formalisés avec la ville, les élus, le médico-social, le social, la médecine libérale, les associations d'usagers et leurs familles.

Les réseaux sont des outils de partenariat, qu'ils soient primaires, centré sur le patient, ou secondaires, ayant un objectif de santé publique et de coordination des professionnels; ils répondent aux besoins de structuration de coordination des différentes facettes de la prise en charge du handicap psychique et des autres souffrances psychiques présentes dans la société.

Les réseaux sont aussi des outils de développement de la démocratie sanitaire sur la ville comme à l'hôpital.

L'hôpital a un devoir d'accompagnement de cette mutation. Pour cela sa politique à ce sujet, doit être claire et définie.

Cela doit passer :

- par un transfert progressif de moyen de l'hôpital vers l'activité de secteur,
- par la création d'un projet transversal de dispositif local de santé mentale,
- par l'intégration des nouveaux modes de fonctionnement que sont les réseaux.

Le directeur des soins en tant que membre de l'équipe de direction, participe à cet accompagnement ; cette participation pourra être d'ordre organisationnel dans un projet transversal de santé mentale et touchera essentiellement la gestion des ressources humaines concernant les personnels dont il a la responsabilité et la formation dans leurs dimensions de Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences.

Par ailleurs cette étude, nous amène à nous poser la question : y-a-t-il spécificité de management des directeurs de soins dans les établissements spécialisés en psychiatrie⁴¹ ? En effet, s'il y a, avec les autres établissements publics de santé, un même cadre législatif, les mêmes responsables, les mêmes règles administratives et comptables, il y a avec l'application de la politique de Secteur (prévention, soins ambulatoires, réinsertion) une configuration particulière : les activités extra-hospitalières et ambulatoires y sont structurellement très importantes.

Avec l'élargissement de la psychiatrie au champ de la santé mentale, une organisation en réseaux, le décentrage de l'activité sur la communauté sera encore plus grand. Comment envisager alors de manière prospective, les missions et compétences du directeur des soins en santé mentale ?

⁴¹ Mordelet P., *Le management des établissements psychiatriques*, in Revue Santé Publique, dossier n°15 juin 1996, p 18

Bibliographie

Alter N., *L'innovation ordinaire*, édition PUF-sociologie, Juillet 2001, p. 276

Anderson A., Viellard-Baron H., *La Politique de la ville, histoire et organisation*, éditions ASH, avril 2001, p.160

Célérier MC, *La santé en France alternative à l'hospitalo-centrisme*, 1994, Collection corps et psychisme, La Pensée Sauvage

Fassin D. Sous la direction, *Les figures urbaines de la santé publique*, enquête sur des expériences locales, édition la découverte 1998, p. 238

Groupe Image, *Pratiques coopératives dans le système de santé, les réseaux en question*, 1998, ENSP

Jaegger M., directeur de Publication, *Sanitaire et social, des filières aux réseaux*, Colloque 24 et 25 mars 1999, Ecrits de Buc

Jaegger M., *L'articulation du sanitaire et du social- travail social et psychiatrie* 2000, Dunod

Larcher P., *La Santé en réseaux objectif et stratégie dans une collaboration ville hôpital*, 2001, Masson

Le Boëf D., *Evaluation des réseaux de soins, bilan de l'existant et cadre méthodologique, mission d'évaluation des réseaux de soins*, ANAES, octobre 2001

Le Livre Blanc des partenaires de Santé Mentale France, *Pour une association d'usagers de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité*, UNAFAM juin 2001, p. 64

Loriot M., *L'impossible politique de santé publique en France*, éditions ERES-action santé, Mars 2002, p. 166

Quivy R. et LV Campenhouldt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, éditions Dunod 1998, p. 289

Guides :

Adam S Collectif, *Guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé-principes généraux et modalités d'application dans le domaine de la santé mentale*, mai 2000, Ministère de l'emploi et de la solidarité

les guides de l'AP-HP, *la contribution des réseaux ville-hopital*, sous la direction de RC Moncret, Direction de la Politique Médicale, édition Lamarre DOIN Editeur, 2001, p. 158

Mémoires :

Billard V, *Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées : exemple du CHU de Rouen*, mémoire ENSP, DH, décembre 2000

Brun N, *Participation de la psychiatrie de secteur à la prise en charge de la souffrance psychosociale chez les populations adultes en situation de précarité*, Mémoire ENSP, Médecin inspecteur de santé publique (MISP), avril 2001

Revue :

Actualité et dossier Santé Publique, dossier n° 15, *Santé Mentale, l'individu, les soins, le système*, Juin 1996, p. 39

Audebert H, *Développement de l'expertise institutionnelle, nouvelle fonction transversale à l'hôpital*, in *Gestions hospitalières*, février 2001 n°403, p. 96 à 99

Baillon G, *La psychiatrie de secteur aura bien lieu*, in *Revue de Santé Mentale*, juin 2001, p. 20 à 41, n°59

Extrait du colloque tenu à Rouffach, 29 et 30 novembre 2001, *OMS : la nouvelle promotion de la santé mentale*, in *Gestions hospitalières*, janvier 2002 n°412, p. 55 à 58

Hardy-Baylé Pr, Chr. Bronnec, *le réseau Santé Mentale Yvelines Sud*, le *Carnet Psy*, mars 2000 N°52, p. 27 à 41

Le Boëf D, *Quelles problématiques autour de l'émergence des réseaux de soins ?*, in *soins cadres*, n°32, 1999, p. 43 à 45

Le Boëf D, *Réseaux de soins et processus de changement : quel accompagnement ?*, article issu d'un DESS 1998 « mission et démarche d'évaluation » Université de Provence Aix Marseille 1, p. 20

Lepoutre, *Hôpital/ambulatorio : le nouvel équilibre, un rapport et des pré-supposés et l'OMS et la santé mentale*, in *Pluriels*, la lettre de la mission d'appui en santé mentale, novembre 2001, p. 1 à 12

Lombrail P, Naitich M, *Performance et réseaux* in *Le courrier de l'évaluation en santé*, p. 16 à 19, Novembre 2000 n°19

Projet de création d'une maison des usagers à l'hôpital Broussais, AP-HP Broussais

Ravelo de Tovar A, *La sectorisation en impasse : vers une nouvelle organisation de la santé mentale*, in *Gestions hospitalières*, janvier 2002 n°412, p. 41 à 46

Rédaction, *Loi de financement de la sécurité sociale 2001, la période d'expérimentation des réseaux de soins*, in *Perspectives sanitaires et sociales- FEHAP*, p. 6 à 7, Décembre 2000, n°153

Segade JP, L'évolution de la psychiatrie et du théâtre français, in *Gestions hospitalières*, janvier 2002, n°412, p. 19 à22

Technologie et Santé, Conférence inaugurale aux 26^{ème} journées THN, *Mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie*, Dr A.Lazarus, Professeur de Santé Publique, Université Paris Nord, N°38 sept. 99, p. 23 à31

Territoires, 7ème rencontres de la démocratie locale, *une difficile alliance - culture hospitalière - culture associative*, C.Deschamps, N° 428 Cahier 2 mai 2002, p. 36 à38

Territoires, *Agir localement pour la Santé, l'urgence démocratique*, N° 423 Cahier 2, décembre 2001, p. 18 à31

Rapports :

Rapport JL. Roelandt, *La démocratie Sanitaire dans le champ de la Santé Mentale, la place de l'utilisateur et le travail en partenariat dans la cité*, au Ministre délégué à la Santé, Avril 2002, p 60

Rapport Joly, Rapport du Conseil économique et social, *Prévention et soins des maladies mentales, bilan et perspectives*, juillet 1997

Kouchner B, *Plan santé mentale « l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover »*, novembre 2001

Rapport M. Charzat- Parlementaire en mission Mars 2002, *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap, du fait de troubles psychiques, et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches*, au Ministre délégué à la famille, à l'enfance et aux personnes handicapées, p.134

Rapport Piel et Roelandt, *De la psychiatrie vers la santé mentale*, juillet 2001

Liste des annexes

Annexe I

Cadre institutionnel et juridique du secteur
Et nouveau cadre législatif pour le travail en réseau

Annexe II

Textes officiels relatifs aux réseaux après 1991

Annexe III

Les outils méthodologiques :

- Liste des personnes interviewées
- Fiche profil des personnes interviewées
- Modèle de grille d'analyse de contenu
- Grilles d'entretiens

Annexe IV

Présentation détaillée du réseau de santé mentale Yvelines Sud

Liste des annexes

.1 ANNEXE I

9 - CADRE INSTITUTIONNEL ET JURIDIQUE DU SECTEUR

10 - ET NOUVEAU CADRE LEGISLATIF POUR LE TRAVAIL EN RESEAU

.1 ANNEXE II

11 - TEXTES OFFICIELS RELATIFS AUX RESEAUX APRES 1991

.1 ANNEXE III

les outils méthodologiques :

- liste des personnes interviewées
- fiche profil des personnes interviewées
- modèle de grille d'analyse de contenu
- grilles d'entretiens

.2 ANNEXE IV

Présentation détaillée du réseau de santé mentale Yvelines Sud

ANNEXE I

Cadre institutionnel et juridique du secteur et nouveau cadre

législatif pour le travail en réseau

2-1 Le cadre institutionnel et juridique

2-1-1 La longue marche de la psychiatrie de secteur vers la cité

La fameuse **circulaire originelle du 15 mars 1960**, même si elle ne cite pas le mot, jette les bases d'un fonctionnement en réseau sectoriel, censé s'articuler, au sein du dispositif de soins, dans son environnement. Comme on le sait, elle affirme la nécessité d'assurer pour le patient, outre les cures et postcures, la prévention des troubles psychiatriques et promeut les soins hors l'hôpital.

D'autres textes sont venus par la suite concrétiser l'engagement de plus de trente ans de certaines équipes psychiatriques¹⁴. Avec retard parfois, ils confirment le texte premier. Il serait sans doute fastidieux de les citer tous, mais il est nécessaire de repérer certains d'entre eux, d'autant qu'ils témoignent du caractère précurseur de l'idée même de « secteur ». On retiendra notamment la loi **du 31 juillet 1968** consacrant la place des hôpitaux psychiatriques dans le giron hospitalier général, obligation étant faite à l'hôpital psychiatrique de s'associer avec d'autres établissements publics ou privés dans la lutte contre les maladies mentales.

La circulaire du 4 septembre 1970 étend l'action du secteur, base du service public de lutte contre les maladies mentales, à l'alcoolisme et à la toxicomanie et justifie donc son action en ce domaine.

L'arrêté du 14 mars 1972 évoque la célèbre « équipe pluridisciplinaire » sous la responsabilité de son chef de secteur.

La circulaire du 14 mars 1972 préconise la création de conseils de secteur. Elle permet la création de réseaux spécialisés en matière de toxicomanie ou d'alcoologie passant par l'établissement de conventions entre les différents intervenants et leur concertation nécessaire.

La circulaire du 16 mars 1972 est celle qui non seulement fonde l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile mais précise aussi les différents domaines d'intervention des équipes de secteur (santé scolaire, PMI, etc.).

La circulaire du 12 décembre 1972 insiste de nouveau sur la concertation partenariale, sur la coordination des actions et l'articulation des acteurs. Elle recommande à nouveau l'articulation des « conseils de santé mentale de secteur » (concernant six secteurs de psychiatrie générale et deux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile).

Les circulaires du 9 mai 1974 qui introduisent la notion de file active de patients, citent le **conseil de santé mentale** comme « véritable creuset de la sectorisation », d'autant qu'alcoolisme et toxicomanie ne peuvent

¹⁴ Massé G., Houver J., Martin-Leray C., Graindorge E. et Kannas S., Santé mentale et réseaux, in *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie, 37-956-A-I O, Paris, 2001.

être traités par le seul secteur. Le conseil de santé mentale de secteur est un outil devant pallier le risque pour les équipes de s'enfermer dans leurs secteurs respectifs. Ils doivent « obliger chaque psychiatre responsable de secteur conseiller en hygiène mentale dans la communauté à établir des liaisons permanentes avec les médecins traitants (généralistes et spécialistes), avec les travailleurs sociaux, etc. ». Ces textes insistent sur la « nécessité de procéder sans plus tarder à l'installation des dits conseils qu'il serait opportun de réunir plusieurs fois par an avec un ordre du jour précis et concret » .

A l'inverse, **la loi du 30 juin 1975** a eu l'effet de compartimenter, d'une part, le social et le médico-social, d'autre part, le sanitaire.

L'instruction du 24 août 1981 recommande en matière de psychiatrie infanto-juvénile la création d'antennes de consultations intégrées dans la cité et articulées avec le dispositif de soins. Ce n'est qu'ensuite, en octobre 1981, à Rouen, lors du fameux discours de Jack Ralite, qu'est reprise l'idée d'une dynamique de sectorisation, alors que pointe l'objectif de maîtrise des dépenses hospitalières, l'introduction du budget global, en janvier 1983, et la réorganisation des hôpitaux, en janvier 1984.

Les lois de décentralisation (1983), qui remettent à l'État la responsabilité de la lutte contre les maladies mentales et l'ensemble des dépenses d'hygiène mentale auparavant à charge des départements et pour partie remboursées par l'État.

1985: légalisation du secteur psychiatrique: les dépenses de lutte contre les maladies mentales sont mises à la charge de l'assurance maladie, et les moyens affectés à l'extrahospitalier gérés par les établissements hospitaliers dans le cadre du budget global. Création du conseil départemental de santé mentale.

Le décret du 14 mars 1986 définit la composition du conseil départemental de santé mentale. Cette instance consultative au niveau départemental est une instance de concertation officielle et obligée en tout département, qui associe les représentants de l'État et les représentants des collectivités locales, les caisses d'assurance maladie, des professionnels et des représentants des associations existant à l'époque - essentiellement les associations de familles de malades mentaux. **Il a rarement fonctionné comme il avait été prévu** et rarement répondu à ses missions pour « l'évaluation concertée des besoins de la population et l'élaboration des plans d'action en santé mentale » (il est bien alors question de santé mentale, et non plus seulement de lutte contre les maladies mentales). Les causes mériteraient d'être étudiées...

La circulaire du 14 mars 1990 ouvre le champ d'action de la lutte contre la maladie mentale et étend le champ d'action de la psychiatrie à la santé mentale. Elle reprend l'idée d'instances de coordination de proximité telles qu'elles avaient déjà été évoquées avec la notion de conseil de secteur, en 1972.

Le conseil de secteur ainsi constitué doit étudier et résoudre les problèmes d'articulation et de coordination entre les divers acteurs, mobiliser les complémentarités entre les praticiens libéraux et les infrastructures publiques ou associatives, sanitaires ou sociales, en vue d'orienter les malades, produire les informations et propositions nécessaires aux travaux de concertation des conseils départementaux de santé mentale. et concrétiser sur le terrain les recommandations de cette instance. Le centre médico-psychologique (CMP) est défini comme pivot du secteur et lieu d'une véritable réflexion politique en matière de santé mentale.

D'autres textes dépassant le domaine de la psychiatrie au début des années 90 vont définitivement consacrer le réseau comme une nécessité en matière d'organisation des soins.

La circulaire DGS-DH du 4 juin 1991 concerne la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière incite les établissements de santé à « participer en collaboration avec les médecins traitants et les services sociaux et médico-sociaux à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade et à des actions de coopération avec des personnes de droit public et privé avec lesquelles peuvent figurer des conventions d'intérêt public ou des groupements d'intérêts économiques ». Le terme de « réseau de soins » apparaît dans le Code de la sécurité sociale et celui de la santé publique le 24 avril 1996 : l'ordonnance no96-345 installe définitivement le réseau comme un modèle à étendre à l'ensemble de la santé publique. Elle préconise le développement de réseaux expérimentaux médicaux ou médico-sociaux afin d'optimiser la prise en charge médico-économique des patients. L'ordonnance no96-346 du même jour, portant réforme hospitalière, se réfère « *aux réseaux de soins et communautés d'établissements* », indiquant la nécessité de nouveaux modes d'organisation et ouvrant la voie au réseau thématique que nous verrons plus loin.

La circulaire du 25 novembre 1999 élargit la notion aux « réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ». Elle prévoit notamment un cahier des charges de la démarche de mise en réseaux pouvant prétendre à un financement de l'État, ce qui est une révolution et une ouverture à une nouvelle culture.

Le secteur de psychiatrie n'a pu créer que peu de conseils de secteur. Quelques réseaux formalisés naîtront à partir de 1996. Notons bien que le secteur naquit quand les psychiatres étaient quasiment tous publics, et que rien ne présageait une installation massive en privé libéral qui a eu lieu depuis les années 80. On demandera donc aux psychiatres publics d'avoir une pratique de consultation hors les murs de l'hôpital, gratuite, ouverte à tous, et de créer un réseau à lui tout seul, en lui associant une secrétaire et une assistante sociale. Car si réseau il y a, il faut des partenaires différents dans la trajectoire du patient. Combien de fois les médecins généralistes se plaignirent de ne plus voir leur malade quand ils l'envoyaient chez le psychiatre public. Dès lors, le patient bénéficiait d'un réseau en intranet, avec la même équipe, dedans et dehors, souvent mono référencée. D'où l'accusation faite par certains à l'époque d'une psychiatrisation et d'une néo« asilification » de la société.

En conséquence, très peu de réseaux organisés en santé mentale. Un secteur inhomogène dans sa répartition de moyens, mais présent sur tout le territoire et pour développer les réseaux, une urgence: revoir leurs modalités de création (celles-ci étaient rédhibitoires auparavant: certains réseaux, comme on le verra durant les auditions, ont mis trois à quatre ans à se former, si ce n'est plus). De plus, on demande à ce qu'ils soient évalués systématiquement, avec des critères que l'on devrait également appliquer aux structures déjà en place, pour en tirer toute conséquence utile. Les nouveaux textes de loi vont vers une facilitation forte de la création des réseaux.

2-1-2 Un nouveau cadre législatif et réglementaire pour le travail en réseau

Les dispositions de l'article 36 de la loi no 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 offrent un cadre spécifique de financement des réseaux qui simplifie les procédures administratives et financières. Celles-ci prévoient en effet la création d'une **dotation nationale de développement des réseaux** répartie entre les régions.

Il s'agit d'une enveloppe fongible, dédiée aux réseaux, dotation unique régionale intégrant des crédits soins de ville, des crédits hôpital, des crédits cliniques et des crédits médico-sociaux.

La gestion de cette enveloppe étant déléguée à l'échelon régional, la loi précitée confie au directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation et au directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie le soin de décider conjointement, et dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, des financements accordés à ces réseaux. **Un décret en Conseil d'État (en cours de préparation), prévu par la Loi, doit préciser les modalités d'application du nouveau dispositif et d'évaluation des actions ainsi financées.**

Elle offre la possibilité de rémunérer par forfait les professionnels qui travaillent dans les réseaux, ce qui constitue une dérogation au code de la sécurité sociale. Ces mesures devraient rapidement favoriser le développement des objectifs recherchés par les travaux du groupe, et notamment l'organisation coordonnée des interventions des trois niveaux précités.

La **loi du 2 janvier 2002** instaure une convention obligatoire entre le préfet et le président du conseil général dans leur champ commun d'action et propose une palette variée de formules de coopération et d'articulation entre établissements dans les champs sanitaire, social et médico-social

La très récente **loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé** donne une **existence législative aux réseaux de santé**¹⁵, qui ne faisaient jusqu'ici l'objet que de dispositions expérimentales qui s'étaient avérées peu utilisées. Une lecture attentive de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique est donc nécessaire pour déterminer ce que le législateur a entendu englober, ce à quoi il oblige, ce qu'il permet et ce qu'il interdit.

S'agissant du périmètre englobé, remarquons que la loi, sous l'appellation de « réseau de santé », leur assigne deux objectifs :

¹⁵ Loi no2002-303 du 4 mars 2002 déjà citée.

ANNEXE II

Textes officiels relatifs aux réseaux après 1991

Textes officiels relatifs aux réseaux après 1991

Circulaire DGS/DH n° 612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

Circulaire CNA VTS n° 38/93 du 6 avril relatives aux réseaux gérontologiques.

Circulaires DGS n° 74 bis du 2 décembre 1993 et n° 88 du 1^{er} décembre 1994, relatives à la mise en place de réseaux de santé de proximité.

Circulaire DGS/DH n° 94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux de toxicomanie, à la suite de la circulaire n° 93-72 du 9 novembre 1993.

Circulaire DGS/DH N°44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite c.

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

Article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale).

Article 29 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L. 612-1-5 anciennement 712-3-2 du code de la santé publique).

Décret n° 96- 789 du 11 septembre 1996 pris pour l'application de l'article L. 62-31-1 de code de la sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même code.

Circulaire DGS n° 707 du 19 novembre 1996 relative à la proposition du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.

Circulaire DH/E0/97 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements.

Circulaire DGS n° 97/366 du 23 mai 1997 relative aux mesures nouvelles pour 1997 dans le domaine du soin aux toxicomanes.

Circulaire DGS/DAS/DIRMI n° 97-568 du 19 août 1997 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficulté.

Circulaire DGS/DH n° 98-188 du 24 mars 1998 relative à l'organisation des soins en cancérologie dans les établissements d'hospitalisation publics et privés.

Circulaire DH/EO du 26 mars 1998 relative à la révision des schémas d'organisation sanitaire.

Article 73 de la Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Décrets n° 98-899 et 98-900 du 9 octobre 1998 relatifs aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

Articles 22 et 25 de la Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Décret n° 98-1216 du 29 décembre 1998 relatif aux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et modifiant le code de la santé publique.

Circulaire DGS/SP2 n° 99-110 du 23 février 1999 relative à la mise en place des

programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

Circulaire DGS/DH n° 99-264 du 4 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour la prise en charge du diabète de type 2, non insulino-dépendant.

Circulaire DGS/DH n° 99-299 du 21 mai 1999 relative à l'organisation des soins pour les personnes atteintes d'hépatite C.

Décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Loi n° 9-40 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Circulaire DAS-RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation 2000 et programmation pluriannuelle 2001-2005.

Loi no2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002. Section 10 « réseaux »

loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

ANNEXE III

Les outils méthodologiques :

- **liste des personnes interviewées**
- **fiche profil des interviewées**
- **modèle de grille d'analyse de contenu**
- **grilles d'entretien**

Liste des personnes interviewées

Entretiens préliminaires :

- 01.02.02 Mr D. Brandého, Directeur d'Etablissement et MNASM
- 05.02.02 Me Gillot Dumoutier, Maire adjoint à la santé et Conseiller Général
- 06.02.02 Dr Massé, médecin chef et MNASM
- 13.02.02 Dr Plaz, Psychiatre réseau gérontologie
- 14.02.02 Me C. Pouteau, chargée de mission réseaux- URCAMIF
- 06.03.02 Mr Varignon, Directeur Centre d'aide par le travail et MNASM
- 07.05.02 Me D. Lacoste, Directeur des soins infirmiers C.H.S.
- 15.05.02 Pr. Lazarus, Médecin de Santé publique, UFR Paris 13

Entretiens ville :

- 22.05.02 Me Gillot Dumoutier, Maire adjoint à la santé et Conseiller Général
- 23.05.02 Dr Schoene, Médecin, Directeur service Promotion de la Santé
- 22.05.02 Me Mazoyer, référente santé quartier, IDE

Entretiens Secteur psychiatrique

- 06.05.02 Dr Chaltiel, Médecin chef
- 13.05.02 Me C. Tauzin, Assistante sociale de secteur psychiatrique, St Denis
- 14.05.02 Dr Henry, Médecin chef du secteur de St Denis
- 15.05.02 Dr Piel, Médecin chef secteur et MNASM
- 16.06.02 Dr Théodore, président CME et médecin chef

Entretiens Service des soins infirmiers :

- 25.05.02 Me G. Page DSSI Compiègne
- 28.05.02 Me C.Deschamp Chargée mission Ouverture de l'hôpital AP-HP
- 29.05.02 Mr Pauly DSSI St Denis
- 30.05.02 Me Leclerc CIS St Denis, responsable Pôle interface Ville Hôpital
- 30.05.02 Me Bazerolle C.S St Denis, coordinatrice CLIP

Entretiens réseau expérimental « Yvelines-Sud »

- 06.05.02 Mr Ravelo de Tovar, Directeur du CH Versailles
- 16.05.02 Dr Chaillet, coordinateur réseau, DIM , cancérologue
- 27.05.02 Me Veschain, CIS CH de Versailles
- 27.05.02 Mr Bodin, ISP, agent de développement communautaire CH Charcot

Fiche profil des personnes interviewées

N°entretien	Sexe	Age	fonction	formation	autre
1	M	50	Prés. CME	Psychiatre	-
2	M	40	médecin chef	Psychiatre	thérapies familiales
3	M	60	Pr Université	médecin Santé Publique	café philo
4	F	40	Ass.Sociale.	Ass.Sociale.	psychologue
5	M	45	médecin chef	Psychiatre	MNASM
6	F	50	médecin chef	Psychiatre	expert adoption
7	H	60	Président. UNAFAM	PDG	-
8	F	30	chargé de mission	URCAMIF FAQSV	-
9	H	45	Psychiatre	gérontologue	réseau géronto
10	H	50	médecin chef	Psychiatre	MNASM
11	H	50	DESS	ENSP	MNASM
12	H	50	DH	ENSP	MNASM
13	H	40	DS HG	ENSP	-
14	F	55	CIS	IFCS	-
15	F	35	CS	IFCS	Ergothérapeute
16	F	55	DS HG	ENSP	ex CTRSI
17	F	50	médecin	cancérologue	DIM
18	F	50	DS CHS	ENSP	IFSI
19	F	55	chargé de mission	Mixte IDE/éduc Spé/.	philo
20	H	55	DH	ENSP	-
21	F	50	CIS	IFCS	-
22	H	40	ISP /ADCS	Agent de développement communautaire	DU santé communautaire
23	F	25	réfèrent quartier	IDE	humanitaire
24	F	45	maire adjoint santé	psychologue	conseiller général
25	H	50	directeur Promotion santé	médecin	santé communautaire
total	h 13/f 12	M. 47	-	-	-

Profil des personnes interviewées

Fonctions	nombre
Directeur d'hôpital	2
Directeur d'établissement SS	1
Elus	1
Assistante sociale	1
Chargé de Mission	2
Médecins <ul style="list-style-type: none"> • santé publique : 2 • psychiatre : 6 • cancérologue : 1 	9
Directeurs des soins infirmiers	3
service des soins infirmiers	
CIS	2
CS	1
IDE / ISP	2
Représentant des usagers et familles	1

Liste des grilles d'entretiens

Deux grilles pour les entretiens préliminaires :

Une grille généraliste et une grille santé publique

Trois grilles d'entretiens concernant la ville :

Maire adjoint à la santé et Conseiller Général

Directeur service Promotion de la Santé

Référente santé quartier, IDE

Cinq grilles d'entretiens pour les acteurs du Secteur psychiatrique

Médecin chef

Assistante sociale de secteur psychiatrique, St Denis

Médecin chef du secteur de St Denis

Médecin chef secteur et MNASM

Président CME et médecin chef

Six grilles d'entretiens pour le Service des soins infirmiers :

DSSI ex CTRSI

Chargée mission Ouverture de l'hôpital AP-HP

DSSI CH St Denis

DSSI CHS St Denis

CIS St Denis, responsable Pôle interface Ville Hôpital

C.S St Denis, coordinatrice CLIP

Deux grilles d'entretiens pour le réseau expérimental « Yvelines-Sud »

Directeur du CH Versailles

Coordinateur réseau, DIM , oncologue

CIS CH de Versailles et ISP, agent de développement communautaire

Guide d'entretien exploratoire sur la problématique

Différentes rubriques à explorer selon l'interlocuteur

Sanitaire :

Etat des lieux de la sectorisation en France

Outils : conseil de secteur, psychiatrie de liaison sociale, commission départementale de psychiatrie ?

Cause de cette situation ?

Plan de santé mentale de Mr Kouchner et rapports précédents ?

commission locale ?

Mise en place ?

Mission national d'appui en santé mentale ?

Quelle mission, qu'elles propositions ?

Concept de santé mentale ?

Inclus implicitement le médico-social ?

Ce dernier sous quelles formes ? Maison d'Accueil Spécialisées ? Réseau ?

Médico-social :

Réforme de la loi de 75 ? nouveau texte de 2002 ?

Apports , écarts, rapprochement du sanitaire et du médico-social ?

Historique de la scission des deux champs ?

Place des usagers et associations des familles ?

Propositions ?

Politique de santé de la ville :

Politique de la ville en matière de santé ?

Contrats de ville et santé ?

Place des élus dans les CA d'établissements de santé

Importance du politique dans les orientations et évolutions ?

Place de la santé communautaire ?

Réseaux de soins ?

Propositions à explorer :

Formalisation des réseaux ? guide méthodo, cahier des charges ?

Réseaux constitués à partir des institutions/réseaux issus du terrain ?

Rôle des directeurs de soins, conception des réseaux, coordination, délégation en mission transversale ?

Quelle compétence ?

Grille d'entretien Médecin santé publique/Recherche

Service concerné : Université Paris 13

Nom : Pr L.

Fonction : Médecin de santé publique

Responsable de l'Unité Formation Recherche : santé, médecine, biologie humaine

Département de Santé Publique et Médecine Sociale

Bilan du secteur

Intérêts, limites ?

Evolutions en perspective

Concepts :

Psychiatrie /Santé Mentale ?

Secteur/ réseaux ?

Quels types de réseaux ? primaire, secondaire ?

Besoins de la population ?

Réseaux initiés par l'institution hospitalière ?

- Volonté institutionnelle
- Volonté des tutelles
- Projet d'établissement
- Projet médical
- Rôle du directeur de soins ? chef de projet ? appui technique ?délégation mission transversale ?

Articulation avec les programme régionaux de santé ? sur problématique ciblée ?

Articulation de la psychiatrie et de la santé publique ?

Développer de nouvelles compétences ?

Expériences novatrices d'ouverture de l'hôpital?

Grille d'entretien Concernant la ville

Service concerné :

Nom de la personne : Me G-D

Fonction

Maire adjoint à la santé

Conseiller Général

Membre du CA du Centre Hospitalier spécialisé

Présidente de l'Association de Secteur Psychiatrique

Politique municipale de santé ?

Qu'elles sont les priorités de santé sur la ville ?

Place des élus, possibilités d'action ?

Ville, conseil général, CA des hôpitaux ?

Conférence locale de santé

Bilan des deux premières ?

Participation de la population ? des professionnels ?

L'observatoire local est-il en place ?

Dernière conférence locale/Planification locale ?

Maison de la santé

Où en est le projet ?

Qu'elle est la place de la santé mentale dans le projet ?

Qu'elle est l'implication secteur psychiatrique ?

Objectifs : concernant les habitants ? Les professionnels ?

Le secteur Psychiatrique

Attentes de la ville ?

Propositions de la ville, ou en est-on ?

(projet d'un dispositif « cas limites »)

implication du DGA à ce sujet ?

Evaluation des besoins de la population en la matière ?

Réseaux de santé mentale ?

Implantation communautaire ?

Résistances rencontrées ?

Lien avec les institutions hospitalières sur la ville, les présidents de CME, leur direction, le directeur des soins ?

Implication de la ville dans la mise en place d'un réseau gérontologique (CLIC) ?

Grille d'entretien Concernant la ville

Service concerné : Direction de la promotion de la santé

Nom de la personne Dr S.

Fonction

Directeur du service

Médecin de santé publique

Membre de l'Institut Théophraste Renaudot : Recherche, formation, documentation en santé communautaire

Politique municipale de santé ?

Qu'elles sont les priorités de santé sur la ville ?

Qui décline la politique de santé ?

Contrat ville santé ?

Lien avec la programmation régionale ? PRS, PRAPS ?

Lien avec les tutelles ? commandes ciblées ?

Qui décide de prendre ou pas ?

Conférence locale de santé

Bilan des deux premières ?

Participation de la population ? des professionnels ?

L'observatoire local est-il en place ?

Dernière conférence locale/Planification locale ?

Maison de la santé

Où en est le projet ?

Qu'elle est la place de la santé mentale dans le projet ?

Qu'elle est l'implication secteur psychiatrique ?

Objectifs : concernant les habitants ? Les professionnels ?

Le secteur Psychiatrique

Attentes de la ville ?

Propositions de la ville, ou en est-on ?

(projet d'un dispositif « cas limites »)

implication du DGA à ce sujet ?

Evaluation des besoins de la population en la matière ?

Réseaux de santé mentale ?

Implantation communautaire ?

Résistances rencontrées ?

Lien avec les institutions hospitalières sur la ville, les présidents de CME, leur direction, le directeur des soins ?

Implication de la ville dans la mise en place d'un réseau gérontologique (CLIC) ?

Grille d'entretien Concernant la ville

Service concerné : Direction de la Promotion de la Santé

Nom de la personne : Melle M.

Élu référent: Élu de l'action sociale et de la santé

Formation :

Infirmière, Santé communautaire, mission humanitaire Afrique

Les référents Santé de quartier

Historique de la mise en place des référents santé et projet de service ?

Quel est le profil des différents référents Santé, quelle formation ?

Pas de médecin ?

Quelles sont les missions des référents Santé ?

Quels sont les liens avec les démarches quartiers des contrats de ville ?

Comment articulent-ils leur travail ? avec professionnels de terrain, les services municipaux, les élus ?

Santé Publique Santé communautaire ?

inscription santé communautaire ? Diagnostic, axes de travail ?

méthodologie de travail dans la communauté ? stratégie d'implantation ?

besoins des populations, besoins des professionnels ?

données épidémiologiques locales ?

Quels sont les liens avec le programme régional de santé ? (PRASS, PRS...)

commandes ciblées ?

Conférence locale de santé

Bilan des deux premières ?

Dernière conférence locale ?

Lien avec leur projet de service ?

Maison de la santé

Où en est le projet ?

Qu'elle est la place de la santé mentale dans le projet ?

Qu'elle est l'implication secteur psychiatrique ?

Objectifs : concernant les habitants ? Les professionnels ?

Le secteur Psychiatrique

Quels sont les contacts entretenus avec le service de psychiatrie de la ville ?

Quel travail en commun envisager ?

Évaluation des besoins de la population en la matière ?

Réseaux de santé mentale ?

Résistances rencontrées ? chez les professionnels ? chez les habitants ?

Grille d'entretien
Secteur psychiatrique/ Président CME

Service concerné : secteur psychiatrique

Nom : Dr T.

Fonction : médecin chef, et Président CME

Projet médical/ Projet d'établissement ?

Quelles sont les orientations de la politique de l'établissement ?

Bilan de l'expérience de secteur, en général, dans le département ?

Que pensez-vous des derniers rapports concernant les orientations de la politique de santé mentale en France ?

Que pensez-vous du passage à opérer de la psychiatrie à la santé mentale ?

Ces questions sont-elles débattues en CME ?

Partenariat avec les villes du département ?

Les réseaux

Quel est l'avis de la CME vis à vis de l'évolution de la psychiatrie, de la politique de secteur, des réseaux de santé mentale ?

Un projet de réseau de devrait-il pas faire partie du projet médical et du projet d'établissement ?

Le projet de réseau (financement du FAQSV) du secteur « X », n'a pas été soutenu par la CME de votre établissement ? Pourquoi ?

Quel pourrait être le rôle de la direction de l'hôpital par rapport à de tels projets ?

Quel pourrait être le rôle du directeur des soins ?

Quelles sont les réticences rencontrées ?

Les associations d'usagers et famille d'usagers

Que pensez-vous du livre blanc « des partenaires de Santé Mentale France » rédigé avec la participation, d'élus, de soignants dont la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements de CHS et des usagers avec l'UNAFAM et la FNAPSY ?

Grille d'entretien Secteur psychiatrique

Service concerné : secteur psychiatrique

Nom : Dr P.

Fonction : médecin chef

Co-auteur d'un rapport sur la santé mentale en France

Au sujet du rapport concernant les orientations de la politique de santé mentale en France

Bilan de l'expérience de secteur

Comment votre mission vous a été confiée ?

Comment avez-vous procédé ? à l'étranger ? en France ?

Que veut dire achever la sectorisation ?

qu'est ce que la dimension, santé mentale ?

Comment opérer le passage de la psychiatrie à la santé mentale ?

Nouvelle organisation préconisée ?

Les réseaux territoriaux de santé mentale ?

Les services territoriaux de psychiatrie ?

Il y a une forte notion de territoire làdedans ?

L'inter-sectorialité pour quoi faire ?

la taille actuelle du secteur psychiatrique est remise en cause ?

Où en est-on au niveau de la planification psychiatrique ? de la carte sanitaire ?

D'après vous, y-a-t-il un risque de voir disparaître le secteur ?

réseaux

Peut-on considérer le secteur psychiatrique comme un réseau primaire ?

Y-a-t-il lieu d'aller plus loin dans la formalisation ?

Qu'est ce que cela pourrait apporter ?

Que pensez vous de l'élargissement de l'activité d'un secteur ou de plusieurs secteurs à un Bassin de vie, ou un secteur sanitaire comme pour le MCO ?

L'articulation avec le secteur médico-social et social ? la volonté politique ?

Quelles sont les résistances ?

Comment accompagner ces changement ?

Cela veut dire aussi de nouveaux métiers ?

Grille d'entretien Secteur psychiatrique

Service concerné : secteur psychiatrique

Secteur engagé depuis longtemps pratique de partenariat locaux

Nom : Dr C.

Fonction : médecin chef

Formation aux thérapies familiales

Bilan de l'expérience de secteur

Où en est-on depuis les délocalisations ?

Travail en intersectorialité ?

Qu'est ce qui reste à améliorer ?

Dans quel domaine s'effectue le travail, prévention, soins, social, réadaptation, réinsertion ?

avez vous lu les derniers rapports concernant les orientations de la politique de santé mentale en France ?

Que pensez vous du passage à opérer de la psychiatrie à la santé mentale ?

qu'est ce que la dimension, santé mentale ?

Partenariat avec la ville

Quelles sont leurs attentes vis à vis de la psychiatrie ?

Quelles sont vos attentes vis à vis d'eux ?

Les liens sont ils formalisés ? sous quelle forme ?

L'organisation est-elle lisible pour la population ?

réseaux

Peut-on considérer le secteur psychiatrique comme un réseau primaire ?

Y-a-t-il lieu d'aller plus loin dans la formalisation ?

Qu'est ce que cela pourrait apporter ?

Que pensez vous de l'élargissement de l'activité d'un secteur ou de plusieurs secteurs à un Bassin de vie, ou un secteur sanitaire comme pour le MCO ?

Vous aviez un projet de réseau en santé mentale ?

Pourquoi a-t-il été refusé par l'URCAMIF ?

Avez vous eu le soutien de la CME, de l'établissement ?

Quel est l'avis de la CME vis à vis de l'évolution de la psychiatrie, de la politique de secteur, des réseaux de santé mentale ?

Quel pourrait être le rôle de la direction de l'hôpital ? du directeur des soins ?

D'après vous, y-a-t-il un risque à voir disparaître le secteur ?

Grille d'entretien Secteur psychiatrique

Service concerné : secteur psychiatrique

Nom : Dr N.H.

Fonction : médecin chef

Bilan de l'expérience de secteur

Où en est-on depuis les délocalisations ?

Travail en intersectorialité ?

Qu'est ce qui reste à améliorer ?

Dans quel domaine s'effectue le travail, prévention, soins, social, réadaptation, réinsertion ?

Avez vous lu les derniers rapports concernant les orientations de la politique de santé mentale en France ?

Que pensez vous du passage à opérer de la psychiatrie à la santé mentale ?

qu'est ce que la dimension, santé mentale ?

Partenariat avec la ville

Où en est le projet de la mise en place d'une « cellule cas limites » ?

Le secteur psychiatrique a-t-il participé à la dernière conférence locale de Santé ?

Quelle est son inscription dans le projet de la « maison de la santé »

Quels sont les partenaires actuels ?

Quelles sont leurs attentes vis à vis de la psychiatrie ?

Quelles sont vos attentes vis à vis d'eux ?

Les liens sont ils formalisés ?

Si oui, sous quelle forme ?

Si non, qu'est ce qui est imaginable ?

Quels sont les outils de liaison ?

A-t-on une traçabilité des relations du secteur avec les partenaires sociaux et médico-sociaux sur la ville ? Existe t-il des conventions ?

L'organisation est-elle lisible pour la population ?

En cas de départ d'un professionnel comment assurer la continuité ?

réseaux

Peut-on considérer le secteur psychiatrique comme un réseau primaire ?

Y-a-t-il lieu d'aller plus loin dans la formalisation ?

Qu'est ce que cela pourrait apporter ?

Que pensez vous de l'élargissement de l'activité d'un secteur ou de plusieurs secteurs à un Bassin de vie, ou un secteur sanitaire comme pour le MCO ?

Un réseau de santé mentale pourrait avoir qu'elles missions ?

Y verriez vous un intérêt ?

D'où pourrait venir l'initiative ? du terrain ? du projet d'établissement ? du projet de service ?

Quel est l'avis de la CME vis à vis de l'évolution de la psychiatrie, de la politique de secteur, des réseaux de santé mentale ?

Quel pourrait être le rôle de la direction de l'hôpital ? du directeur des soins ?

y-a-t-il un risque à voir disparaître le secteur ?

Grille d'entretien Secteur psychiatrique

Service concerné : secteur psychiatrique

Nom : Mme C.T.

Fonction : Assistante sociale

Bilan de l'expérience de secteur

Où en est-on depuis les délocalisations ?

Travail en intersectorialité ?

Qu'est ce qui reste à améliorer ?

Dans quel domaine s'effectue le travail, prévention, soins, social, réadaptation, réinsertion ?

avez vous lu les derniers rapports concernant les orientations de la politique de santé mentale en France ?

Que pensez vous du passage à opérer de la psychiatrie à la santé mentale ?

qu'est ce que la dimension, santé mentale ?

Partenariat avec la ville

Où en est le projet de la mise en place d'une « cellule cas limites » ?

Le secteur psychiatrique a-t-il participé à la dernière conférence locale de Santé ?

Quelle est son inscription dans le projet de la « maison de la santé »

Quels sont les partenaires actuels ?

Quelles sont leurs attentes vis à vis de la psychiatrie ?

Quelles sont vos attentes vis à vis d'eux ?

Les liens sont ils formalisés ?

Si oui, sous quelle forme ?

Si non, qu'est ce qui est imaginable ?

Quels sont les outils de liaison ?

A-t-on une traçabilité des relations du secteur avec les partenaires sociaux et médico-sociaux sur la ville ? Existe t-il des conventions ?

L'organisation est-elle lisible pour la population ?

En cas de départ d'un professionnel comment assurer la continuité ?

réseaux

Peut-on considérer le secteur psychiatrique comme un réseau primaire ?

Y-a-t-il lieu d'aller plus loin dans la formalisation ?

Qu'est ce que cela pourrait apporter ?

Un réseau de santé mentale pourrait avoir qu'elles missions ?

Y verriez vous un intérêt ?

D'où pourrait venir l'initiative ? du terrain ? du projet d'établissement ? du projet de service ?

Grille d'entretien Directeurs des soins

Service concerné : Centre Hospitalier soins généraux

Nom : Me G. P.

Fonction : Directeur du service de soins infirmier

Ex-Conseillère Technique Régionale (CTRSI)

Directeur des soins et Santé Publique

Quels moyens pour bien connaître sa population ? les besoins de celle ci ?

Comment intégrer les priorités de la conférence régionale de santé dans les objectifs du projet de soins ?

Quels liens peuvent-ils être fait avec les Programmes régionaux de Santé ? participation à des programmes ciblés ?

Lien avec la CTRSI et les DS dans les établissements ?

Réseaux, formalisation, contractualisation

Place d'un projet de réseaux dans un Contrat d'Objectifs et de Moyens, dans le Projet d'Etablissement, dans le Projet de Soins ?

D'où part l'initiative ? quelles résistances ?

Au niveau de l'équipe de direction : part de décision, commande ?

Quelle contribution du Directeur des soins (DS) ?

Au niveau technique ? Conception, organisation, coordination, mise en œuvre, partenariat externe et interne ? méthodologie employée ?

Délégation ? désignation d'un chef de projet ?

créer un poste en mission transversale : ouverture de l'hôpital, réseaux ?

Compétences à développer ?

Grille d'entretien

Directeurs des soins

Service concerné : Centre Hospitalier Spécialisé en psychiatrie

Nom : Me D.L.

Fonction : Directeur du service de soins infirmier

Plan de santé mentale de B Kouchner

Réflexion de l'équipe de direction à ce sujet ? et au niveau de la CME ?
Secteur psychiatrique et réseaux de santé mentale ?
y-a-t-il une réflexion sur les formes de cette évolution pour l'hôpital ?

Réseaux, formalisation, contractualisation

Place d'un projet de réseaux dans le Projet d'Etablissement, dans le Projet de Soins ?
Au niveau de l'équipe de direction : part de décision, commande ?

Apports du directeur des soins

Lien avec les partenaires externes ? municipalités, institutions médico-sociales, associations... ?
Chef de projet, accompagnement du projet ou délégation en mission transversale ?
Apport technique type ingénierie d'organisation ?
Quelles compétences développer ? Santé publique, juridique, gestion,
Plan de formation, nouveaux métiers ?

Grille d'entretien

Directeurs des soins

Service concerné : Centre Hospitalier soins généraux

Nom : Mr P.

Fonction : Directeur du service de soins infirmier

Établissement ayant un « pôle interface- ville hôpital » dans son PE et COM avec ARH

Un pôle interface ville-Hôpital

Qui en a eu l'idée ?

Est ce parti d'une analyse du besoin ?

Qui a été à l'origine de sa conception ?

Rôle de l'équipe de direction, du directeur des soins, de la CME, du Service de soins infirmier ?

Ce projet fait-il partie du projet de soins ?

Qui en est le chef de projet ?

Qui coordonne le projet ?

L'inscription au COM a-t-elle permis d'octroyer des moyens ?

Y a t-il un multi-financement ?

Quels sont les partenaires ?

Comment la ville participe à ce projet ?

Quel a été le déroulement de la mise en œuvre ? organisation, moyens, évaluation ?

Qu'elle forme administrative a-t-elle été retenue ? GIP, Association...

Mise en place du CLIC ?

Délégation du directeur de soins au cadre supérieur ?

Quel apport spécifique peut apporter le directeur de soins dans ce type de projet ?

Quelles sont les compétences nécessaires ?

Quelles résistances avez vous rencontrées ?

Grille d'entretien

Cadre supérieur

Service concerné : Centre Hospitalier soins généraux

Nom : Me L.CIS

Fonction : Cadre infirmier supérieur, coordinatrice du pôle ville-hôpital

Établissement ayant un « pôle interface- ville hôpital » dans son PE et COM avec ARH

Un pôle interface ville-Hôpital

Conception :

Qui en a eu l'idée ?

Est ce parti d'une analyse du besoin ?

Qui a été à l'origine de sa conception ?

Rôle de l'équipe de direction, du directeur des soins, de la CME, du Service de soins infirmier ?

Quel apport spécifique a eu votre directeur de soins dans ce projet ?

Quels sont les partenaires ?

Comment la ville participe à ce projet ?

Mise en œuvre et réalisations

Quel a été le déroulement de la mise en œuvre ? organisation, moyens, évaluation ?

Quelles sont les compétences nécessaires ?

Quelles résistances avez vous rencontrées ?

Projet CLIC ?

Grille d'entretien cadre de santé

Service concerné : Centre Hospitalier soins généraux

Nom : Me B. CS formation initiale ergothérapeute/art thérapeute

Fonction : Cadre de Santé responsable d'un réseau type CLIC dans l'Établissement ayant un « pôle interface- ville hôpital »

Hôpital promoteur du projet CLIC ?

Travaillez vous en lien avec le schéma départemental de gérontologie ?

Avec d'autres réseaux de gérontologie ? aide potentielle ?

Avec quels partenaires locaux ?

Implication de la ville ? d'autres villes ?

La psychiatrie est elle partenaire ? Plusieurs secteurs sont-ils concernés ?

Quelles difficultés ?

Textes concernant les CLIC sont-ils aidant pour la mise en place du projet ?

Méthodologie constitution du dossier? Mise en place ?

Qu'est ce qu'un projet environnemental ? par rapport aux projets de vie ou de soins ?

Quels types de financements?

Rôle du directeur de soins ? du Cadre supérieur coordinateur du pôle interface ville-hôpital ?

Grille d'entretien
Centre hospitalier soins généraux

Service concerné :Administration centrale hôpital AP-HP

Nom :Me C.D.

Fonction : attachée d'administration centrale

Chargée de mission auprès du directeur général

mission d'ouverture de l'hôpital aux associations, en interne comme en externe

Origine de cette mission particulière ?

Quels sont les fondements de cette action ?

Politique de la direction ?

Réalité économique ? populations défavorisées, hôpital sans moyen ?

Engagement personnel ? quelle différence avec les réseaux ville-hôpital ?

Action de décloisonnement ?

Action de démocratie locale ? place des usagers ?

Quels sont vos interlocuteurs sur la ville ?

Allez vous sur le terrain ?

Expérience précédente dans un autre hôpital de l'AP-HP ?

Comment procédez vous ?

Montage du projet ?

Montage du dossier financier ?

Quelques exemples de projets ?

Une fois le dossier monté, comment passez vous le relais ?

A qui ? lien avec le directeur des soins ?

A quel moment ?

Quelles compétences sont-elles a développer ?

Grille d'entretien

Réseau de santé mentale expérimental

Services concernés : Hôpital de soins généraux et unités de psychiatrie

Nom : Mr RdT

Fonction : Directeur général du Centre Hospitalier

Grille élaborée à partir d'un article de presse paru dans gestions hospitalières

Secteur :

Bilan sur le secteur ?

Dysfonctionnements ?

Limites, résistance au réseaux formalisés ?

Crise démographie médicale ? place du médical dans le projet ?

Réorganisation du dispositif

Refus de faire du cumulatif ?

A la place de quoi ? suppression de services, de structures, redéploiement ?

Le projet de réseau de santé mentale est-il inscrit dans le projet d'établissement ?

Fait-il parti du projet médical ? du projet de soins ?

a-t-il été approuvé par le CA ?

a-t-il fait partie d'un COM, avec l'ARH ?

Qu'entendez-vous par ingénierie de management ?

conception et élaboration, par qui ? comment ?

dialogue permanent CME/Direction, et la place de la DSSI dans le projet ?

questions techniques abordées dossier, tutelles ?

Partenariats

institutionnels, autres hôpitaux ? conseil général ? ville ?

URCAM/FASQV ?

Usagers, médecins de ville.... ?

Pourquoi le choix d'un GIP après une forme associative ?

En quoi l'hôpital était promoteur du projet ? Moyens humains ? financiers ?

Avis personnel sur la question : Directeurs d'hôpital et réseaux ?

Directeur de soins et réseaux ?

Avenir de l'hôpital ? réseaux gestion ?

Grille d'entretien

Réseau de santé mentale expérimental

Services concernés : unités de psychiatrie

Nom : Dr C.

Fonction : Médecin coordonnateur du réseau santé mental

Grille élaborée à partir de divers documents concernant le réseau en question

Premier temps du projet : réflexions sur les conditions d'existence d'un réseau de ce type ?

Choix de partir des professionnels du sanitaires ?

Méthodologie :

Analyse de l'existant, quels moyens ?

Comment avez vous procédé pour connaître les besoins ?

Enquêtes, résultats ?

Consensus sur le mode organisationnel ? aide d'une expertise extérieure ?

Composition du comité de pilotage ?

Choix d'une coordination médicale ?

Création d'un observatoire des dysfonctionnements locaux ? avec qui ? comment ?

Méthodologie des groupes de travail ? thématiques ?

Développement de l'expérience

Ouverture progressive aux autres catégories de personnel ? libéraux ? à l'hôpital ?

Position de la direction des soins infirmiers ? délégation ?

Les infirmiers ? un cadre infirmier coordinateur sur les secteurs de psychiatrie, formation en santé communautaire ?

Place des infirmiers dans les consultations d'avis ?

Nouvelles thématiques de travail avec l'arrivée de nouveaux professionnels ?

ANNEXE IV

Présentation détaillée du réseau de santé mentale

Yvelines Sud

LE RESEAU SANTE MENTALE YVELINES SUD

(Pr M. Ch Hardy-Baylé)²⁵

Le réseau Santé Mentale Yvelines Sud présente des particularités du fait même de son objet et de l'aire géographique concernée. Il permet de suggérer une définition d'un réseau à la fois originale par rapport à certaines préconisations mais également très complète avec une double vocation d'organisation de l'offre de soins et d'amélioration de certains parcours thérapeutiques spécifiques au sein de la santé mentale.

La philosophie générale du projet repose sur deux postulats :

- *Une amélioration de l'offre de soins en santé mentale est possible.*

L'usager et même les professionnels de santé disent leur difficulté à se repérer dans les circuits de soins en santé mentale, à accéder au type de suivi le plus adapté aux besoins d'un patient, à pouvoir « circuler » d'un système de soins à un autre: médecin généraliste, spécialiste, suivi en ville, prise en charge hospitalière et/ou dans le cadre d'un secteur de psychiatrie.

Ces difficultés témoignent de dysfonctionnements qui touchent l'ensemble de la chaîne des soins et semblent essentiellement liées au cloisonnement actuel des professionnels en charge de ces patients. Or, la pratique en réseau est le moyen le plus puissant de décroisement entre les acteurs de santé et de mise en commun de « savoirs » spécifiques. En effet, la diversité des pratiques en santé mentale ne doit pas alimenter le cloisonnement des partenaires mais peut au contraire être une véritable richesse dans le cadre de collaborations bien comprises. Mettre « le patient au centre du dispositif de soins » prend, dans une organisation des soins en réseau, tout son sens. Pour un usager donné, le choix dans les réponses qui lui seront données au sein du réseau pourra devenir identique quel que soit le partenaire du réseau sollicité, puisque le choix se fera vers le professionnel possédant les compétences nécessaires au suivi de ce patient à ce moment précis de son évolution. La pratique en réseau est le moyen le plus puissant d'explicitation des pratiques puisqu'il repose sur des définitions précises des spécificités de chacun.

En outre, les pratiques de soins elles-mêmes devraient s'améliorer dans une organisation en réseau dans laquelle les collaborations entre partenaires de soins, la formation, l'information et l'évaluation des pratiques permettront d'assurer le niveau de compétences nécessaires à chacun des partenaires dans la spécificité de son exercice.

²⁵ Extraits de l'encadré fourni par Mme Hardy-Baylé pour l'ouvrage de P. Larcher et P. Poloméni « La santé en réseaux - Objectifs et stratégies dans une collaboration ville-hôpital », Masson Ed, Coll. Objectifs en management hospitalier, Paris 2001. 186pp. ,

- *Une amélioration de la lisibilité de l'activité et du flux" des dépenses est nécessaire.*

Elle seule permettra de pouvoir argumenter les moyens en rapport avec un projet médical cohérent et global.

Le réseau peut ainsi être conçu comme une opportunité que prennent les professionnels de santé pour répondre à la question de la capacité du système de soins en santé mentale à mieux répondre à la demande actuelle et à anticiper son augmentation en termes d'optimisation des ressources existantes, par la collaboration entre partenaires de soins, mais également en termes de moyens, ceux-ci ne pouvant être compris par les organismes payeurs que dans un projet médical global et cohérent rendant lisible le flux des dépenses et crédibles les demandes de moyens.

- *.Ce réseau présente, dans cet esprit, trois particularités importantes :*

le thème: la santé mentale dans son ensemble. Ce choix repose sur l'idée qu'une amélioration globale de la prise en charge de la santé mentale est possible à travers des actions « transversales » utiles à l'ensemble des patients, quelle que soit leur pathologie (de la souffrance psychologique aux troubles mentaux avérés). Ces actions sont aussi bien des actions de formation, d'information, d'offres de service nouveaux (modalités d'organisation des réponses en urgence...) ou d'évaluation des pratiques. Des réflexions spécifiques sur certaines pathologies trouvent leur place dans ce cadre plus large.

Le choix des partenaires: l'idée selon laquelle la diversité des pratiques est une richesse en psychiatrie, implique que ce réseau intègre l'ensemble des professionnels concernés par la santé mentale. Si, dans un premier temps, le projet a été initié par les médecins: médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychiatres hospitaliers publics ou privés, il s'est depuis ouvert aux partenaires sociaux, aux usagers et aux autres professionnels de santé (psychologues, infirmiers spécialisés).

La taille de la zone géographique concernée: le choix de cette zone est une conséquence des deux premières particularités. Le demi département des Yvelines Sud (secteur sanitaire n° 9) est une aire géographique suffisamment large (600 000 habitants) pour intégrer dans un souci de complémentarité des partenaires très différents et pour rendre pertinent et efficient la création des missions communes de formation, d'information ou de services nouveaux.

En pratique: le fonctionnement du réseau

Les Partenaires : 4 établissements de soins et 96 médecins libéraux

Ce projet, ouvert à l'ensemble des partenaires participant à l'offre de soins dans cette zone géographique, est constitué, par le biais d'une convention constitutive signée en juin 1999, de quatre établissements de soins (un CHS [l'EPS Charcot], un CHG [le Centre hospitalier de Versailles], un établissement mutualiste privé participant au service public hospitalier: l'Institut Marcel Rivière [MGEN], une clinique privée [la clinique d'Yvelines), et de 96 médecins

libéraux (40 psychiatres et 56 médecins généralistes) qui ont adhéré au réseau par le biais d'associations créées spécifiquement pour ce projet (Psylib pour les psychiatres et GyPsy pour les médecins généralistes).

Huit mois de fonctionnement: Plus de 30 réunions, Plus de 70 Participants. un échange en temps réel avec l'ensemble des adhérents du réseau

Durant les huit premiers mois de son fonctionnement, ce réseau s'est donné pour objectif d'effectuer un état des lieux de la demande et de l'offre de soins et de proposer un projet médical cohérent et partagé, susceptible de répondre aux besoins d'amélioration. Plus de 70 médecins ont participé à l'une ou l'autre des 30 réunions thématiques ou générales qui ont été nécessaires. Les comptes rendus de toutes les réunions étaient adressés à l'ensemble des adhérents qui pouvaient ainsi suivre l'évolution des propositions et apporter leurs commentaires. Dans un premier temps, ces réunions ont réuni les médecins généralistes et spécialistes du réseau. Depuis, le réseau s'est ouvert aux autres partenaires concernés.

L'objectif de ces réunions est, non seulement de constituer un lieu convivial où des professionnels ayant classiquement peu d'échanges pouvaient se rencontrer, mais de mettre en commun, à partir d'un thème donné, des spécificités d'exercice et de parvenir à un consensus pour améliorer la prise en charge des patients dans le respect des particularités et des limites de chacun. Ce travail est réalisé dans le cadre de groupes de travail, dont les propositions sont rapportées et étudiées par un comité médical de pilotage qui débat des projets approuvés et de leur faisabilité dans le cadre d'un comité institutionnel de pilotage où sont représentés les médecins, les directions des établissements et les tutelles (Agence Régionale de l'Hospitalisation et assurance maladie).

Le fonctionnement du réseau: des propositions concrètes

L'ensemble de ces rencontres a permis de faire des propositions sur les actions à mener pour améliorer l'offre de soins dans la zone concernée par l'expérience. Deux grands types d'actions se dégagent des propositions émises :

- des actions pour une amélioration globale de la prise en charge en santé mentale: elles portent sur la formation, l'information, l'évaluation et la mise en oeuvre de nouveaux services utiles à l'ensemble des usagers, quelle que soit leur pathologie. Des commissions de suivi de ces actions ont pour objectif d'organiser leur mise en oeuvre, d'évaluer leur pertinence et de proposer des évolutions si nécessaire. Parmi les nouveaux services, les groupes de travail ont proposé: une formalisation des circuits de l'urgence psychiatrique dans la zone concernée par l'expérience, l'ouverture de créneaux horaires ou de structures susceptibles de répondre aux demandes de consultations « en urgence » pour les intervenants de première intention, la création d'une équipe de liaison permettant de répondre aux demandes émanant du champ social.
- des modifications dans les parcours thérapeutiques de certaines pathologies: pour l'heure, les partenaires du réseau ont apporté des propositions d'amélioration pour la dépression, les troubles schizophréniques, l'anxiété et les personnalités pathologiques. D'autres thèmes feront l'objet d'une réflexion l'année prochaine.

Nous présenterons quelques unes des propositions d'actions dans chacun de ces registres: nouveaux

services ou organisation utiles dans certaines situations communes à plusieurs pathologies, missions transversales, évolution dans des parcours thérapeutiques spécifiques.

- *De nouveaux services ou organisation utiles dans certaines situations communes à plusieurs pathologie*

Nous évoquerons ici, à titre d'exemple, la proposition de création d'une équipe de liaison spécialisée permettant de répondre aux demandes émanant du champ social.

Le problème des liens entre champ sanitaire et champ social a fait l'objet de plusieurs rencontres entre les médecins du réseau et les partenaires du champ social. Les trois médecins CU (commission locale d'insertion) de la zone concernée par l'expérience ont été sollicités d'emblée et y ont largement contribué.

Les demandes d'encadrement, de conseils rapides, de formation, d'information sur les différents partenaires susceptibles d'intervenir dans la demande, d'évaluation, sont largement communes à l'ensemble des partenaires du champ social. Par ailleurs, cette équipe pourrait rassembler des demandes qui ne parviennent pas toujours aux secteurs concernés, en faire une première analyse et intervenir en coordination avec les équipes de secteur. Enfin, les demandes de formation, d'encadrement, d'information pourraient être centralisées. Cette centralisation, outre de permettre une évaluation plus fine de la demande réelle, devrait permettre une réponse globale à l'ensemble des demandes et éviter de cloisonner des actions extrêmement liées comme l'intervention et la formation.

La constitution, les modalités de fonctionnement, le cahier des charges de cette équipe sont en cours de formalisation avec l'ensemble des partenaires concernés. Une commission de suivi sera en charge d'en assurer l'application et de veiller à son bon fonctionnement.

- *Des programmes de formation*

spécificité a fait l'objet de nombreuses discussions.

Si les médecins généralistes sollicitent prioritairement une formation à partir de « cas réels » permettant d'ouvrir sur des connaissances générales très pratiques de type « recommandation », une mise à niveau des connaissances en santé publique, en économie de la santé, en évaluation des pratiques, en innovations thérapeutiques, est souhaitée par l'ensemble des partenaires, notamment les spécialistes.

Trois week-ends de formation par an permettront de créer un lieu de rencontre ouvert à tous les adhérents et de répondre à ces demandes. Le prochain cycle sera consacré au thème: « personnalité pathologique et anxiété: reconnaissance et prise en charge » et ouvrira sur la question des psychothérapies: indications ? qui peut poser l'indication ? qui peut assurer quelle technique psychothérapique ? quels objectifs peut-on fixer à quelle psychothérapie ?

- *Des procédures d'évaluation*

L'évaluation doit à la fois permettre de connaître les ressources existantes dans la zone géographique concernée et de suivre l'évolution des prises en charge induites par le réseau.

Une vaste enquête a été lancée pour estimer l'activité, les pratiques et la satisfaction des professionnels. Plus de 600 médecins ont été contactés. Les résultats, en cours d'exploitation, montrent un taux de participation élevé.

Une fiche patient permettra de suivre l'activité du réseau. Des critères de résultats et de procédures sont

également définis pour évaluer l'effet du fonctionnement en réseau et des propositions faites (nombre et durée des hospitalisations à nombre de patients équivalents, délais de rendez-vous, nombre de suicides et de tentatives de suicides...).

- *L'information*

La diffusion au sein d'un réseau concerne à la fois le partage entre les professionnels d'une information générale utile à leur pratique (diffusion de connaissances, meilleure connaissance de l'offre sanitaire et de l'offre sociale...), le partage de l'information.

La création d'un Intranet du réseau est en cours d'étude pour permettre le transfert sécurisé des informations concernant l'information au sujet d'un patient d'un adhérent à l'autre (dossier limité, lettre type), l'information au sujet du réseau (annuaire, travaux...), le recueil statistique sur l'activité du réseau (fiche anonymisée), les informations générales sur la santé mentale (sorte de centre de documentation).

Un service Internet permettra de faire connaître le réseau aux patients et aux partenaires potentiels.

- *Des modifications dans des prises en charge spécifiques*

Nous prendrons comme exemple le parcours évolutif et thérapeutique des déprimés. À propos de la dépression, les améliorations essentielles proposées par les partenaires du groupe de travail ont porté sur deux points essentiels :

.. renforcer sensiblement la prise en charge des premiers épisodes. De la qualité de leur rémission dépend en effet le cours évolutif ultérieur des dépressions. Il est apparu essentiel de faciliter la reconnaissance et le traitement de première intention ainsi que le recours au spécialiste par :

- une formation aux intervenants de première intention à la reconnaissance mais également au traitement de première intention, ainsi qu'aux modalités de recours au spécialiste ;

- le développement de consultations spécialisées « en urgence » notamment pour les intervenants de première intention confrontés à des situations d'« impasse thérapeutique ». Différents établissements hospitaliers et quelques psychiatres libéraux ont accepté de formaliser cette pratique.

- La formalisation de la place de la psychothérapie. Dans cette perspective, l'intégration des psychologues au réseau est actuellement en cours de réflexion.

- Le développement de pratiques collaboratives dès les premiers épisodes avec les intervenants de première intention sous la forme de consultation d'avis tout au long du suivi de cet épisode. Il faut rajouter que les pratiques collaboratives entre partenaires sont un outil puissant de transmission du savoir qui influence les pratiques elles-mêmes, dans leurs aspects les plus techniques.

- L'instauration de consultation d'expert dès les premiers épisodes afin de déterminer les facteurs de risque de rechute et de chronicisation et la prise en charge utile pour réduire ces facteurs.

Renforcer la prise en charge des déprimés résistants par une coordination des différentes interventions souvent nécessaires pour ces patients et création de structures adaptées à leur prise en charge (du type « hôpital de jour » pour déprimés). Un établissement appartenant au réseau s'est engagé à inclure ce projet dans son projet d'établissement. Actuellement, l'éventail des moyens mis à disposition des professionnels pour assurer le suivi de ces patients semble insuffisant, en particulier en termes de structures et de recours aux possibilités du champ social.

Les problèmes de financement

Ce réseau a pour objectif principal, on l'a vu, l'amélioration des prises en charge. Il est légitime de penser qu'une telle organisation des soins permettra de réduire à terme certains coûts liés aux complications et à la chronicisation des troubles, notamment le recours à l'hospitalisation ou aux services d'urgence. Il générera donc des économies, du moins à nombre de patients constant. Néanmoins et à court terme, ce réseau, comme tous les autres, a besoin de financements pour travailler. Ces financements sont de deux ordres :

- . les coûts de fonctionnement du réseau (médecin coordonnateur, coordonnateur administratif, secrétaire, coûts de logistique et d'informatisation). Ils sont d'autant plus importants que l'aire géographique est grande et la pathologie concernée large, mais sont facteurs d'économie par rapport à la multiplication de coûts de fonctionnements pour plusieurs réseaux ;

- . le coût de la mise en place des propositions d'actions: création d'une équipe de liaison, frais liés à la formation, à l'évaluation, rémunération de certaines consultations d'avis.

Durant sa première année de fonctionnement, le réseau a bénéficié de crédits octroyés par l'Agence régionale de l'hospitalisation d'une part et par les établissements partenaires du réseau d'autre part. Pour l'avenir, d'autres sources de financement doivent être trouvées, qui reflètent la diversité des champs d'intervention du réseau : médecins libéraux, institutions publiques et privées, partenaires du champ social.

Dans ce sens, il est important que la diversité des réseaux, de leurs objectifs et de leur mise en oeuvre puisse être entendue par l'ensemble des financeurs potentiels. Il est clair qu'un tel réseau, dont la dimension organisationnelle est importante, ne concerne que pour une partie les demandes de dérogations tarifaires pour lesquelles la commission Soubie est compétente. Pour autant, ce réseau ne peut être seulement conçu comme un réseau répondant aux objectifs de l'Agence régionale de l'hospitalisation comme le prouve l'adhésion de 96 médecins libéraux. Les critères d'attribution de crédits dans le cadre du décret sur l'amélioration de la qualité des soins en ville seront à cet égard essentiels.

Tout comme les professionnels de santé ont fait l'effort d'une réflexion en réseau, qui implique un certain changement de culture par l'intégration de la position des autres acteurs du champ, il est maintenant indispensable que la culture de réseau gagne le fonctionnement même des institutions qui gèrent la santé dans la diversité de ses dimensions.