

**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Elève Directeur d'hôpital**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

---

**Gestion et psychiatrie à l'hôpital :  
ressources et projets de changements.**

---

**Richard ROUXEL**

---

# **Remerciements**

---

Je tiens avant tout à adresser mes plus vifs remerciements à Monsieur Bernard Raynal, Directeur du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, pour m'avoir confié au fil du stage des missions particulièrement riches et intéressantes me permettant de mieux percevoir le rôle d'un Directeur d'hôpital dans l'organisation des soins.

Mes remerciements vont également à Madame Anne Guivarc'h, Directrice adjointe et maître de stage, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son enthousiasme à faire partager ses problématiques professionnelles.

Plus généralement, je remercie vivement l'ensemble de l'équipe de direction pour son soutien dans l'approfondissement de ma connaissance de l'hôpital et l'appui qu'elle a bien voulu m'apporter tout au long de mon parcours de stage et de formation supérieure à l'Ecole Centrale de Paris, ainsi que les signes de reconnaissance, de confiance et d'encouragement qu'elle m'a adressés.

Je tiens à remercier aussi la communauté médicale et soignante, particulièrement le Professeur Millet et les Docteurs Aquizérate, Arésu, Le Garzic et Levoyer - ainsi que les autres médecins qui ont accepté de m'accorder du temps, au premier rang desquels le Docteur Kanas de la MNASM-, Monsieur Buchoul, cadre supérieur de santé et Madame Lemoine, cadre de santé. J'ai grandement apprécié leur disponibilité, la présentation qu'ils m'ont faite de l'organisation des soins en santé mentale et l'intérêt qu'ils ont bien voulu porter à ce sujet de mémoire.

J'associe aussi dans ce témoignage Messieurs Laurent Tardif et Michel Daigne, dont les réflexions croisées replacent l'organisation des soins psychiatriques dans une perspective plus large et me permettent d'intégrer ce travail à celui du mémoire de thèse professionnelle que je soutiendrai l'année prochaine à l'Ecole Centrale de Paris.

Je remercie enfin tous ceux qui ont accepté de partager leur expérience et leur expertise, sur ce terrain de stage ou en formation, qu'ils soient professionnels de santé, gestionnaires, enseignants ou pairs en formation. Leur aide, leurs convictions et la qualité de nos échanges ont concouru, sans nul doute, à l'enrichissement de ce travail et à l'élargissement de ma culture hospitalière.

---

# Sommaire

---

<u><a href="#">Avertissement.....</a></u>	<u><a href="#">1</a></u>
<u><a href="#">Préambule : la Santé Mentale et la psychiatrie en France .....</a></u>	<u><a href="#">1</a></u>
<u><a href="#">INTRODUCTION.....</a></u>	<u><a href="#">4</a></u>
<u><a href="#">1 PREMIERE PARTIE : Face à la croissance de la demande en santé mentale, l'offre de soins s'appuie sur le secteur psychiatrique et le CMP « pivot »</a></u>	<u><a href="#">7</a></u>
<u><a href="#">1.1 Un dispositif de réponse aux besoins de santé mentale confronté à une croissance de la demande de soins.....</a></u>	<u><a href="#">7</a></u>
<u><a href="#">1.1.1 Une évolution de la psychiatrie marquée par le recul de l'hospitalisation.....</a></u>	<u><a href="#">7</a></u>
<u><a href="#">1.1.2 Le débordement des troubles psychiatriques dans le social.....</a></u>	<u><a href="#">10</a></u>
<u><a href="#">1.2 Un parcours de soins articulé autour du CMP « pivot de secteur».....</a></u>	<u><a href="#">15</a></u>
<u><a href="#">1.2.1 Un concept opérationnel pour une approche territorialisée de l'organisation des soins.....</a></u>	<u><a href="#">16</a></u>
<u><a href="#">1.2.2 Un outil majeur pour la gradation et la qualité des soins.....</a></u>	<u><a href="#">19</a></u>
<u><a href="#">2 SECONDE PARTIE : L'évaluation de la réponse hospitalière aux besoins du territoire de santé mentale.....</a></u>	<u><a href="#">20</a></u>
<u><a href="#">2.1 Prospective stratégique, théorie des organisations et analyse médico-économique : trois outils théoriques en débat pour analyser la capacité de l'institution hospitalière à répondre aux besoins de santé mentale....</a></u>	<u><a href="#">21</a></u>
<u><a href="#">2.1.1 La prospective stratégique : la fécondité de l'imagination au service de l'organisation.....</a></u>	<u><a href="#">22</a></u>
<u><a href="#">2.1.2 La théorie des organisation : le modèle bureaucratique de l'hôpital.....</a></u>	<u><a href="#">24</a></u>
<u><a href="#">2.1.3 La rationalité limitée : l'information alimente la décision.....</a></u>	<u><a href="#">25</a></u>
<u><a href="#">2.1.4 L'analyse médico-économique.....</a></u>	<u><a href="#">27</a></u>
<u><a href="#">2.2 La monographie du parcours des patients : un outil technologique.....</a></u>	<u><a href="#">27</a></u>
<u><a href="#">2.2.1 Le logigramme du parcours de l'inclusion à la sortie du CMP.....</a></u>	<u><a href="#">28</a></u>
<u><a href="#">2.2.2 Le secteur « dévoyé » ?.....</a></u>	<u><a href="#">31</a></u>
<u><a href="#">2.3 Le contrôle de gestion : un outil d'alerte et d'analyse de l'activité.....</a></u>	<u><a href="#">31</a></u>
<u><a href="#">2.3.1 Le difficile pilotage de l'activité en établissement psychiatrique.....</a></u>	<u><a href="#">32</a></u>
<u><a href="#">2.3.2 Les enseignements de la mise en place de tableaux de bords pour analyser les surpeuplements.....</a></u>	<u><a href="#">33</a></u>

<b>3 TROISIEME PARTIE : des axes d'amélioration autour des coopérations et de la régulation des flux de production de soins hospitaliers.....</b>	<b>35</b>
<b>3.1 La nécessité de développer et de formaliser les coopérations en partant d'une réflexion sur le territoire vécu par le patient.....</b>	<b>35</b>
3.1.1 Les réseaux de santé mentale.....	36
3.1.2 Le soutien aux soins de suite, de réadaptation et de réinsertion spécialisés ...	40
3.1.3 La télé psychiatrie.....	43
3.1.4 Animer le territoire de santé, de coopération et de communication.....	46
3.1.5 Formaliser le travail auprès des personnes âgées concernées par les soins psychiatriques.....	48
<b>3.2 Poursuivre le développement de la prévention et des soins ambulatoires..</b>	<b>50</b>
3.2.1 Développer la prévention à l'hôpital psychiatrique.....	50
3.2.2 Améliorer l'accès au CMP, aux soins ambulatoires et à domicile.....	53
<b>3.3 Améliorer l'efficacité de l'hospitalisation.....</b>	<b>56</b>
3.3.1 Intersectorialité et coopérations internes.....	57
3.3.2 Imaginer des regroupements par pathologie : les filières de soins.....	59
3.3.3 Améliorer l'information médicalisée.....	61
<b>Conclusion.....</b>	<b>64</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>66</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>70</b>
<b><u>Annexe 1 : Délai de rendez-vous pour une consultation au CMP. Grille de recueil.....</u></b>	<b><u>70</u></b>
<b><u>Annexe 2 : INDICATEURS ET RATIOS retenus pour l'analyse des surpeuplements au CHGR.....</u></b>	<b><u>70</u></b>
<b><u>Annexe 2 : INDICATEURS ET RATIOS retenus pour l'analyse des surpeuplements au CHGR.....</u></b>	<b><u>72</u></b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>A.F.T.</b>	<b>Accueil Familial Thérapeutique</b>
<b>A.T.E.D.</b>	<b>Autisme et Troubles Envahissants du Développement</b>
<b>A.R.H.</b>	<b>Agence Régionale de l'Hospitalisation</b>
<b>C.A.T.</b>	<b>Centre d'Aide par le Travail (voir E.S.A.T.)</b>
<b>C.A.T.T.P.</b>	<b>Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel</b>
<b>C.H.</b>	<b>Centre Hospitalier</b>
<b>C.H.G.R.</b>	<b>Centre Hospitalier Guillaume Régnier –Rennes-</b>
<b>C.H.S.</b>	<b>Centre Hospitalier Spécialisé</b>
<b>C.H.U.</b>	<b>Centre Hospitalier Universitaire</b>
<b>C.L.I.C.</b>	<b>Centre Local d'Information et de Coordination</b>
<b>C.M.P.</b>	<b>Centre Médico -Psychologique</b>
<b>C.O.T.O.R.E.P.</b>	<b>Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel, désormais intégrée dans le dispositif de la M.D.P.H.</b>
<b>C.P.O.M.</b>	<b>Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens</b>
<b>C.S.P.</b>	<b>Code de la Santé Publique</b>
<b>D.D.A.S.S.</b>	<b>Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales</b>
<b>D.H.O.S.</b>	<b>Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins</b>
<b>D.I.M.</b>	<b>Département d'Information Médicale</b>
<b>D.M.H.</b>	<b>Durée Moyenne d'Hospitalisation</b>
<b>D.M.S.</b>	<b>Durée Moyenne de Séjour</b>
<b>D.R.E.E.S.</b>	<b>Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques</b>
<b>H.A.D.</b>	<b>Hospitalisation A Domicile</b>
<b>I.R.D.E.S.</b>	<b>Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé</b>
<b>E.M.P.P.</b>	<b>Equipes Mobiles spécialisées en Psychiatrie et Précarité</b>

<b>E.P.P.</b>	<b>Evaluation des Pratiques Professionnelles</b>
<b>E.P.R.D.</b>	<b>Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses</b>
<b>E.P.S.</b>	<b>Etablissement Public de Santé</b>
<b>E.P.S.M.</b>	<b>Etablissement Public de Santé Mentale</b>
<b>E.R.I.C.</b>	<b>Equipe Rapide d'Intervention de Crise</b>
<b>E.S.A.T.</b>	<b>Etablissement ou Service d'Aide par le Travail (ex- C.A.T.)</b>
<b>F.N.A.P. Psy</b>	<b>Fédération Nationale des Associations d'(ex-)Patients en psychiatrie</b>
<b>H.J. (ou H.d.J.)</b>	<b>Hôpital de Jour</b>
<b>I.N.S.E.R.M.</b>	<b>Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale</b>
<b>M.A.S.</b>	<b>Maison d'Accueil Spécialisée</b>
<b>M.C.O.</b>	<b>Médecine, Chirurgie, Obstétrique</b>
<b>M.D.P.H.</b>	<b>Maison Départementale des Personnes Handicapées</b>
<b>M.E.A.H.</b>	<b>Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers</b>
<b>M.N.A.S.M.</b>	<b>Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale</b>
<b>M.O.F.F.</b>	<b>Menace, Opportunités, Forces et Faiblesses (matrice)</b>
<b>O.M.S.</b>	<b>Organisation Mondiale de la Santé</b>
<b>P.E.C.</b>	<b>Prise En Charge (des patients)</b>
<b>P.M.S.I.</b>	<b>Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information</b>
<b>R.I.M.-P.</b>	<b>Recueil d'Informations Médicalisées pour le champ de la Psychiatrie</b>
<b>S.A.M.U.</b>	<b>Service d'Aide Médicale d'Urgence</b>
<b>S.R.O.S.</b>	<b>Schéma Régional d'Organisation Sanitaire</b>
<b>S.W.O.T.</b>	<b>Acronyme anglais de M.O.F.F.</b>
<b>U.N.A.F.A.M.</b>	<b>Union Nationale des Amis et FAMILLES de Malades mentaux</b>
<b>U.R.C.A.M.</b>	<b>Union Régionale des Caisses d'Assurance - Maladie</b>
<b>U.R.M.L.</b>	<b>Union Régionale des Médecins Libéraux</b>
<b>V.A.P.</b>	<b>Valorisation de l'Activité en Psychiatrie</b>

## **Avertissement**

Le mémoire « Gestion et psychiatrie à l'hôpital. Ressources et projets de changements » s'inscrit dans un double parcours de formation : celui de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), d'une part, et celui du Mastère Spécialisé « Management et technologie des établissements et réseaux de santé » de l'Ecole Centrale de Paris (ECP), d'autre part.

La soutenance de la thèse professionnelle de l'ECP étant fixée à décembre 2008, il m'a été proposé par l'ENSP de présenter un mémoire de type universitaire (selon la typologie de l'Ecole) exposant « un bilan d'étape » de mon travail de recherche (selon les recommandations de Mr. Moisan, responsable de la filière). J'ai toutefois tenu à ce que le présent document ait une logique propre et aboutie. Par conséquent, cette rédaction, synthétique mais intégralement construite, fera l'objet d'un développement ultérieur à partir de l'analyse des résultats des outils mis en place et de la poursuite des entretiens avec les acteurs de la psychiatrie.

La méthodologie retenue pour ce mémoire s'articule autour des deux axes professionnel et universitaire afin de nourrir un intérêt dès à présent chez les lecteurs, notamment chez les acteurs de la communauté hospitalière qui m'a accueilli. Par conséquent, la réflexion qu'il aborde à partir de données académiques et théoriques prend aussi largement racine dans l'observation sur le terrain de stage et dans de nombreux entretiens conduits en milieu hospitalier.

## **Préambule : la Santé Mentale et la psychiatrie en France**

La santé mentale comporterait trois dimensions selon les termes du Plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008, l'une positive relative à l'épanouissement personnel, la seconde recouvrant la détresse psychologique réactionnelle aux difficultés existentielles ou passagères, et les « troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants <sup>1</sup>».

Le concept de santé mentale, à l'intrusion remarquée tant il pénètre des disciplines aussi variées qu'hétérogènes, bouscule le champ sanitaire par l'égle importance de ses dimensions individuelles et collectives. Par ailleurs, même si les gestionnaires des établissements et les praticiens hospitaliers reconnaissent que la prise en charge

---

<sup>1</sup> Plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »

sanitaire n'est pas suffisante dans les cas de troubles mentaux, ils se doivent d'être demain les organisateurs de nouveaux services susceptibles d'apporter des réponses plus satisfaisantes à une demande en santé mentale.

L'accroissement de la demande faite à ces acteurs s'explique à la fois par une prévalence élevée des troubles<sup>2</sup>, par l'impact des conditions socioéconomiques et par « un changement global de la représentation du psychiatre et de la psychiatrie dans et par l'ensemble du corps social, qui amplifie la reconnaissance du fait mental<sup>3</sup> ».

La plupart des études épidémiologiques évaluent la prévalence sur un an des troubles mentaux entre 15% et 20%, qu'il s'agisse des enfants, des adolescents ou des adultes. « Si un certain nombre de ces troubles resteront isolés, la plupart seront récurrents et nécessiteront une prise en charge de longue durée dans un cadre protégé, devant alors associer une dimension de soins psychiatrique et une dimension relative à la correction du handicap psychique qu'ils génèrent<sup>4</sup> ».

Selon le groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) de santé publique<sup>5</sup>, on peut estimer entre 300000 et 500000 le nombre de personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques en France, dont un nombre de schizophrène s'élevant pour sa part à près de 250 000 cas.

La prévalence globale des troubles dépressifs en population générale qu'elle qu'en soit la nature est estimée à 12% (sur la vie entière), dont 1,5% attribuables aux troubles bipolaires.

Sept millions de français ont été ou sont donc concernés par cette pathologie. Le trouble panique a une prévalence sur la vie de 1,5% en population générale ; elle s'élève à 4% pour l'ensemble des phobies. La prévalence sur la vie des troubles obsessionnels compulsifs est estimée à 12% tandis que l'état de stress traumatique concerne 0,5% de la population.

La comparaison normalisée<sup>6</sup> avec les autres pays européens place globalement la France dans la moyenne du groupe. Cette étude confirme la fréquence des troubles mentaux en Europe, plus courants chez les femmes, notamment celles qui sont en situation de

---

<sup>2</sup> Etude conjointe de l'École de Santé Publique d'Harvard, la Banque Mondiale et l'OMS : cinq pathologies psychiatriques dont les troubles bipolaires et la dépression sont classées parmi les 10 pathologies jugées les plus préoccupantes.

<sup>3</sup> Le Livre Blanc de la Psychiatrie

<sup>4</sup> Plan « psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »

<sup>5</sup> Le GTNDO a réalisé ces estimations en 2003 en vue de la détermination des objectifs de la loi de Santé Publique

<sup>6</sup> Etude épidémiologique européenne des troubles mentaux / du handicap mental –ESEMeD / MHEDEA, 2000, menée sous l'égide de l'OMS



précarité, handicapées ou encore célibataires, les hommes étant plus touchés par les problèmes liés à l'alcool.

Les rédacteurs du Plan de santé mentale rappellent combien les relations entre maladie mentale, déni du trouble et exclusion sont étroites, la maladie générant trop souvent la stigmatisation et l'exclusion. Ces dernières, amplifiées par le déni, entravent, à leur tour, l'accès aux soins.

Il s'agit donc, à partir d'une analyse des forces et des faiblesses des dispositifs actuels de la santé mentale et de la psychiatrie de « relever le double défi de faire face à la souffrance des patients, et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables »<sup>7</sup>. Ce projet, auquel s'attelle déjà de nombreuses équipes hospitalières, ne peut se concevoir qu'à partir du territoire de proximité vécu par les patients si l'objectif de réinsertion doit être atteint.

---

<sup>7</sup> Préambule du Plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2008

## INTRODUCTION

Pendant longtemps, l'univers de la santé a vécu avec trois mondes limitant leurs interactions au minimum, le médical, l'administratif et le technologique. « Chacun avait ses filières de formation, ses associations professionnelles et ses lieux de rencontre qui, le plus souvent s'ignoraient. Cet état de fait aurait pu durer longtemps encore, si le système de santé français à l'efficacité reconnue n'avait pas du faire face à des défis « considérables »<sup>8</sup> ne s'accommodant pas de simples adaptations aux vagues successives de réformes des quinze dernières années.

Au-delà des conformismes idéologiques, les acteurs raisonnables s'accordent tous sur la nécessité d'organiser des rapprochements. La santé n'existe plus sans l'économie, la gestion des établissements ne peut se faire sans leviers managériaux, la médecine n'existe pas sans la technologie, les systèmes d'information médicalisée n'ont pas de sens sans respect de la clinique et l'administration doit placer l'organisation des soins au centre de sa réflexion.

Un langage commun naît. Déjà des praticiens hospitaliers s'entendent sur les pratiques, les métiers, les approches avec ceux qu'ils qualifient de gestionnaires. Ce virage ne semble pas contradictoire avec l'affirmation et le respect des spécificités.

Si le dialogue médecins / ingénieurs connaît des avancées majeures, c'est en partie du fait d'une proximité méthodologique. Ainsi en est-il de certains ingénieurs « d'abord praticiens faisant un diagnostic, un pronostic puis traitant les problèmes sur le terrain »<sup>9</sup>. Les équipes médecins / gestionnaires tardent par contre à sortir du domaine de l'utopie tant les espaces de formation, de recherches, d'études, d'innovations ou d'échanges sont rares ou isolés.

Les sciences de l'ingénieur peuvent être alors une porte d'entrée pour engager cet échange entre cliniciens et directeurs qui tarde à se faire. Les réformes de la gouvernance hospitalière ont cette ambition, mais elles ne suffisent pas à penser les enjeux de la santé à l'échelle des évolutions de son économie. En effet, le domaine sanitaire devient le nouveau moteur de la croissance mondiale et les premiers artisans de son « rendement », les médecins, doivent opérer un virage important dans leurs pratiques professionnelles cliniques, organisationnelles et managériales.

Le directeur d'hôpital est garant (avec les responsables du corps médical) de l'unité institutionnelle et il a la responsabilité d'accompagner l'organisation des soins et de la réflexion prospective (proposition d'outils de concertation, méthodologie, management du

---

<sup>8</sup> « Centraliens » n° 576 –février/mars 2007

<sup>9</sup> « Centraliens » n° 576 –février/mars 2007

développement,...). Il lui appartient de travailler à la mise au point de procédés qui présentent un bon potentiel d'évolution interprofessionnelle et un fort enjeu économique et social : implantologie dans les soins ambulatoires, évaluation et accompagnement des réseaux de soins et médico-sociaux, notamment en géronto-psychiatrie,..., autant de champs qui assoient la légitimité d'une profession en forte évolution.

Pour autant, le vivant nécessite une approche spécifique. Il ne peut s'agir de plaquer les discours et les concepts de l'industrie électronique ou aéronautique dans le système de soins. C'est donc ce délicat équilibre qu'il faut trouver pour imaginer les nouvelles organisations de demain à même de répondre aux enjeux démographiques dans la population ou chez les professionnels de santé, aux besoins de santé, à l'impératif de qualité et d'efficience dans un contexte sous contrainte.

Les hôpitaux psychiatriques, héritiers d'une longue tradition asilaire, ne sont pas les derniers à interroger leur offre de soins et leur utilité sociale. Le champ de la santé mentale a ceci de particulier et d'unique dans le champ sanitaire qu'il a vocation à insérer ses patients et à trouver des articulations toujours plus individualisées et diversifiées avec les services sociaux, éducatifs, judiciaires professionnels et médico-sociaux mis en œuvre sur les territoires de vie des citoyens patients.

Pourtant, le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) fait l'objet de critiques régulières, ainsi stigmatiserait-il au point d'altérer les possibilités d'insertion du malade. La suppression de 109 000 lits d'adultes et d'enfants entre 1970 et 1997 n'a pas réduit pour autant le nombre de personnes souffrant d'affections psychologiques graves nécessitant une prise en charge physique en hospitalisation complète (courte ou plus durable). La suppression des lits d'hospitalisation psychiatrique, si elle procède d'une analyse des besoins de santé et si elle génère des alternatives susceptibles de mieux répondre à ces besoins et aux attentes des familles ne peut être condamnée puisqu'il appartient aussi à tous les acteurs de santé de participer à la maîtrise de l'évolution des coûts de santé publics.

Deux hypothèses sont couramment émises :

- la désinstitutionnalisation a atteint ses limites. Quelques années après ses pays voisins, la France présente les mêmes symptômes avec un dispositif débordé par une demande exponentielle ne fournissant pas l'ensemble des services attendus et une saturation hospitalière induite par une pression non régulée en amont et en aval.
- Les découpages actuels ne sont pas adaptés aux besoins, en particulier en milieu urbain. Les partitions à cheval sur la ville et le monde rural apparaissent peu pertinentes, les unités ambulatoires se concentrant en ville<sup>10</sup>.

Dans cet environnement en tension, la société attend pourtant beaucoup de l'hôpital disposant de services de soin psychiatriques. Elle lui demande notamment

---

<sup>10</sup> Rapport du groupe de travail « territoires et accès aux soins » du CREDES et de la DHOS -2004

d'accompagner le changement de paradigme marqué par le passage du secteur au territoire de santé mentale en organisant un dispositif diversifié et souple adapté aux besoins des patients sur un territoire donné, nonobstant un contexte de démographie médicale<sup>11</sup> et infirmière (exerçant en psychiatrie) délicat.

La mise en place de la nouvelle gouvernance<sup>12</sup> révèle, pour sa part, les défis auxquels la psychiatrie est confrontée, mais elle offre aussi l'opportunité à l'hôpital (notamment le CHS) de « réorganiser son offre de soins au sein de chaque territoire et d'allouer de façon plus efficiente les ressources disponibles »<sup>13</sup>. La psychiatrie, abordée par la réforme hospitalière, peut ainsi être un levier de « déblocage » de l'hôpital pris dans son acception large, car l'ouverture du secteur psychiatrique à la médecine de ville préfigure une organisation du futur.

Il devient donc impérieux d'organiser la rencontre des « mondes » de la gestion et de la psychiatrie afin d'identifier les ressources actuelles et celles à générer mais aussi imaginer des projets de développement partagés. Le dialogue médecin/directeur/ingénieur requiert alors un langage qui permette à ces acteurs d'entrer dans une dynamique de négociation.

Dans une première partie, nous nous attacherons à décrire la demande croissante faite aux dispositifs de santé mentale et la réponse de ce dernier à partir du centre médico-psychologique « pivot ».

Ensuite, il s'agira d'évaluer la réponse hospitalière aux besoins du territoire de santé mentale, en retenant quelques outils théoriques, technologiques ou de gestion qui peuvent préfigurer un langage commun entre les médecins et les directeurs.

Dans un troisième temps, nous proposerons quelques axes d'amélioration des coopérations et de régulation de la production de soins hospitaliers susceptibles d'engager une réforme hospitalière construite de manière partenariale.

---

<sup>11</sup> Le bilan de la sectorisation psychiatrique (DREES, juin 2000) fait ressortir une répartition des médecins faisant une grande part au secteur libéral et un taux de vacance des postes de psychiatres élevé par rapport aux autres disciplines (avec une variabilité élevée selon les régions et au sein d'une même région). A l'horizon 2020, le nombre de psychiatres devrait chuter de 39%.

<sup>12</sup> Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

<sup>13</sup> Carole FESTA, directrice d'hôpital, MNASM, *PLURIELS* n° 57 d'avril 2006

# **1 PREMIERE PARTIE : Face à la croissance de la demande en santé mentale, l'offre de soins s'appuie sur le secteur psychiatrique et le CMP « pivot »**

## **1.1 Un dispositif de réponse aux besoins de santé mentale confronté à une croissance de la demande de soins**

### **1.1.1 Une évolution de la psychiatrie marquée par le recul de l'hospitalisation.**

Dès le début des années soixante, on a vu se développer des mouvements disparates (mouvements des droits de l'homme, organisations de familles de malades, mouvements de psychiatrie de secteur, communautaire ou sociale, mouvement des thérapies familiales,...), mais qui partageaient tous le souci du traitement du patient dans la communauté, et non à l'hôpital. Tous ces mouvements témoignent de « l'avancée vers le traitement ambulatoire d'une psychiatrie dont l'éthique, la clinique et l'organisation sont de moins en moins coupées du contexte social dans lequel elle s'exerce »<sup>14</sup>.

#### **A) La psychiatrie, discipline « carrefour »**

La psychiatrie constitue une spécialité médicale ayant pour vocation de traiter des pathologies mentales. Le concept de "discipline carrefour" est souvent utilisé pour rendre compte de cette relation à différents courants de pensée et de connaissances issues de la sociologie, l'anthropologie, l'ethnologie et la philosophie mais aussi d'autres disciplines médicales ou encore la biologie, la psychologie et les psychothérapies (dont la psychanalyse) auxquelles elle peut se référer.

La triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique et de la maladie mentale est aujourd'hui communément admise. La plupart des approches conviennent qu'il existe des facteurs biologiques dans l'étiologie de nombreux troubles mentaux. De même elles prennent en compte la psychopathologie individuelle. Elles considèrent le travail avec la famille et les ressources communautaires comme un aspect indispensable, complémentaire, d'un traitement combiné global.

#### **B) Le recul du phénomène « intra hospitalier »**

La suppression totale de l'hospitalisation à temps plein préconisée par certains n'est aujourd'hui plus d'actualité. « Au contraire, elle est considérée comme une modalité thérapeutique de prise en charge d'un patient, même si elle ne s'impose plus

---

<sup>14</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/O2 : « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002

« systématiquement »<sup>15</sup>. L'hospitalisation complète sert principalement à déployer des soins intensifs et permanents autour des patients, dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité. Elle assure la permanence 24h/24 d'une réponse non programmée, la surveillance et le contrôle du comportement extrême du patient et la mise à distance de son environnement. L'hospitalisation à temps complet concentre environ 80 % des moyens.

Les données chiffrées sur trente années confirment la transformation de la psychiatrie française : le nombre de lits s'est réduit de moitié, la durée d'hospitalisation a chuté et les modes de prises en charge se sont diversifiés.

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

Avant d'analyser l'effacement récent des pratiques intra hospitalières au profit des prises en charges extrahospitalières, il importe de noter que l'offre de soins psychiatriques reste marquée par une disparité des équipements selon les régions, les départements voire les secteurs.

Ainsi, selon le bilan de la DREES de juin 2000 les écarts de capacité en lits et places varient de 1 à 9 selon les départements. Les situations des régions sont elles aussi très hétérogènes. Elles traduisent des capacités diverses de redéploiement au profit des alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie générale<sup>16</sup>.

La baisse du nombre de lits de psychiatrie générale<sup>17</sup> depuis vingt ans n'a pas été également « supportée » par les secteurs. Il en résulte des taux d'équipements disparates entre les 829 secteurs de psychiatrie générale :

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

Les réductions de lits d'hospitalisation complète concernent essentiellement les établissements spécialisés en psychiatrie<sup>18</sup>. L'augmentation du nombre de lits de psychiatrie générale dans les établissements de santé non spécialisés s'inscrit dans l'objectif de rapprochement de l'offre de soins de la population (+ 215 lits). Ce sont

---

<sup>15</sup> Anne-Marie Gallot, *PLURIELS* n°15 –septembre 1998-, revue de la MNASM

<sup>16</sup> Les régions Auvergne, Aquitaine, Bretagne, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Franche-Comté présentent des taux d'excédent en lit d'hospitalisation complète très supérieurs aux autres régions.

<sup>17</sup> Entre 1987 et 1997, le nombre de lits des secteurs de psychiatrie générale a diminué de 41%. Cette baisse s'est poursuivie jusqu'au moratoire de 2004

<sup>18</sup> Toutefois, la diminution de 3 151 lits de psychiatrie générale entre 2000 et 2001 est à relier en partie à la procédure de renouvellement des autorisations qui a notamment permis de faire coïncider les lits autorisés avec les lits réellement installés.

également ces établissements qui voient leur nombre de places alternatives à l'hospitalisation le plus augmenter (+ 225 places de psychiatrie générale).

La part des équipements ambulatoires et alternatifs à l'hospitalisation (y compris ceux non soumis à autorisation), du secteur à but non lucratif, est très importante. Les capacités des établissements de santé privés sous objectif quantifié national (OQN) sont quant à elles restées stables<sup>19</sup>.

De manière globale, sur les 68 807 lits consacrés à la psychiatrie générale :

- 55 294 (soit 80%) relèvent du secteur public ; dont 90% liés à la sectorisation.
- 13 515 (soit 20%) relèvent du secteur privé.

Le bilan de la carte sanitaire de psychiatrie au 30 juin 2001<sup>20</sup> fait ressortir les éléments suivants pour la psychiatrie générale :

- Le taux d'équipement national en lits d'hospitalisation complète est de **1.08** pour 1000 habitants. Ce taux est supérieur à l'indice de 0.5 à 0.9 fixé par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques.
- Le nombre de lits d'hospitalisation complète autorisés est de 64 718 soit un excédent national de 15 216 lits d'hospitalisation complète.
- Le taux d'équipement national en lits et places est de **1.52** pour 1000 habitants. Ce taux est inférieur à la borne maximale fixée par l'arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques (1 à 1.8).

L'excédent global en lits et places porte donc essentiellement sur les lits d'hospitalisation complète et correspond de fait à un déficit de places alternatives à l'hospitalisation.

Le recul de l'hospitalisation complète se mesure aussi à travers la baisse moyenne de la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) et de la durée moyenne des séjours (DMS). Ces indicateurs doivent toutefois être analysés avec prudence tant ils sont liés à la capacité d'accueil qui influence elle-même la part des patients chroniques dans les unités d'hospitalisation.

Ainsi, alors que le nombre de patients hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie générale s'est accru de 13% entre 1989 et 1997, passant de 250 354 à 281 876<sup>21</sup> en 1997, on a enregistré une diminution substantielle de la « D.M.H. dans l'année <sup>22</sup>», passée de 86 jours en 1989 à 52 jours en 1997. La D.M.S en hospitalisation complète en

---

<sup>19</sup> Cette situation peut s'expliquer en partie par l'impossibilité juridique pour ces établissements de créer d'autres alternatives que les hôpitaux de jour et de nuit et par l'absence de tarification de ces derniers équipements par l'assurance maladie.

<sup>20</sup> Ce bilan ne correspond pas à l'ensemble des équipements psychiatriques mais uniquement aux capacités publiques et privées faisant l'objet d'une autorisation par l'ARH. Il reprend les données figurant dans les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

<sup>21</sup> Soit 14 755 138 journées pour l'année 1997. Etudes et Résultats n°48, janvier 2000.

<sup>22</sup> Nombre de jours, continus ou non, passés en hospitalisation complète par le patient dans l'année.

psychiatrie générale, pour sa part, connaît une évolution identique, quoique moins forte, entre 1998 et 2004<sup>23</sup>.

La part des patients hospitalisés depuis plus d'un an reste importante, même si sa tendance est à la baisse. Les patients chroniques ou inadéquats<sup>24</sup> faussent considérablement la première impression portée sur l'activité hospitalière psychiatrique.<sup>25</sup> De plus, les experts s'accordent tous sur l'effet iatrogénique de l'hospitalisation inadaptée et/ou prolongée.

Par ailleurs, le personnel infirmier, plus qualifié qu'auparavant, mais moins expérimenté du fait du diplôme unique, doit faire face à l'alourdissement des situations des patients hospitalisés, compte tenu notamment de l'augmentation de la part des personnes hospitalisées sans consentement et du contexte de saturation fréquente des services. La réduction du nombre de lits d'hospitalisation complète qui ne manquera sans doute pas de se poursuivre sitôt le moratoire de 2004<sup>26</sup> levé, ne libèrera pas nécessairement des personnels. En effet, les chefs de services et cadres de santé soulignent la nécessité de renforcer les équipes de ces unités compte tenu de l'accueil de patients aigus et du turnover des lits.

D'autre part, le problème de l'évolution de la démographie médicale génère d'ores et déjà une sous- médicalisation d'un nombre important de services d'hospitalisation<sup>27</sup>

Au final, l'hospitalisation spécialisée a un rôle incontournable dans la prise en charge des malades psychiatriques. Cependant, l'implantation des unités d'hospitalisation complète à l'hôpital général fait débat alors qu'elle participe au rapprochement de l'offre de soins des besoins de la population.

### **1.1.2 Le débordement des troubles psychiatriques dans le social**

Le secteur psychiatrique est confronté à toutes les formes d'exclusion. La société attend moins aujourd'hui du psychiatre une expertise technique de la pathologie rencontrée qu'une prévention de la crise ou un accompagnement de la gestion des phases critiques, ces moments où les personnes perdent du pouvoir sur elles-mêmes. Cette crise

---

<sup>23</sup> DMS 1998 : 34 jours ; DMS 2002 : 30,4 jours ; DMS 2004 : 29,9 jours

<sup>24</sup> Une étude conduite en vue de la révision du dernier SROS a pu mettre ainsi en exergue un taux d'inadéquation de patients de 34% en région Centre, c'est-à-dire des patients ne relevant pas de l'hospitalisation en psychiatrie mais d'autres dispositifs. Etude disponible sur internet : [http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/2003\\_brochure\\_psychiatrie.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/2003_brochure_psychiatrie.pdf)

<sup>25</sup> Le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an s'élevait à 13 000 personnes en 1997, ce qui représentait seulement 4,6% des patients hospitalisés dans l'année mais qui correspondait, un jour donné, à l'occupation de 26% des lits.

<sup>26</sup> Ce moratoire est consécutif au « drame de Pau »

<sup>27</sup> 15 départements combinent une capacité élevée rapportée à la population : 180 lits et plus pour 100 000 habitants et une faible densité de psychiatres : inférieure à 17 pour 100 000 habitants.



« culturelle » du secteur psychiatrique se déroule dans un contexte de restriction budgétaire et de fermeture des lits d'hospitalisation, qui n'est pas propice à une collaboration avec le secteur médico-social.

La psychiatrie doit aussi faire la part de ce qui relève de la maladie mentale dans la souffrance psychique. Le risque d'une nosographie extensive peut conduire à psychiatriser à outrance notre société alors que le domaine de la santé mentale est interdisciplinaire. En effet, les profils de patients qui lui sont donnés de connaître répondent tour à tour de la personne déficiente intellectuelle présentant des troubles du comportement associés, des malades mentaux stabilisés ayant vécu un parcours institutionnel psychiatrique important, en passant par une population défavorisée, exclue du marché du travail ordinaire éprouvant une souffrance psychique ou des états dépressifs. L'attention doit être également portée sur les personnes isolées, vivant au domicile de leur parent, qui bénéficient d'une allocation pour adultes handicapés mais restent à l'écart de tout dispositif de prise en charge ou de suivi médico-social.

Par ailleurs, toute souffrance psychique, comme toute politique de prévention de celle-ci, ne ressort pas nécessairement ou exclusivement du champ sanitaire, et la prise en charge pourra souvent être sociale, avec une composante psychologique, voire éducative. La question des dispositifs et des professionnels requis ne cesse donc pas de se poser face à une demande sociale et politique en pleine évolution.

#### A) La multiplication et la diversité des demandes et attentes adressées à la psychiatrie

Les demandes de soins dans le domaine de la santé mentale ne cessent d'augmenter et de se diversifier. Elles sont exprimées par les usagers, leur famille et les autres professionnels sanitaires, sociaux et éducatifs. La psychiatrie se retrouve ainsi face à une multiplicité d'interlocuteurs qui la sollicitent souvent dans l'urgence.

Les patients et leurs familles ont des attentes fortes en matière de prévention (notamment la prévention secondaire des crises) et d'information tant ils redoutent la stigmatisation qui les frappent. Ils souhaitent améliorer leur relation avec les soignants et souhaitent que les acteurs sanitaires reconnaissent leur « potentiel d'expérience et de compétence à ajouter à [celui] des professionnels»<sup>28</sup>. Ils priorisent la nécessité de changer le regard de la société sur la maladie mentale comme levier de l'amélioration dans la prise en charge et dans la réinsertion du patient son le tissu social. La formation croisée et commune des usagers mais aussi des professionnels est souhaitée à cette fin. En ce qui concerne les

---

<sup>28</sup> Union nationale des amis et familles de malades mentaux (UNAFAM), citée dans le rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002

soins, dont il convient de noter qu'ils sont en majorité dispensés dans la cité, les familles et patients rappellent que le travail de réseau et le partenariat avec les généralistes, « vigiles et relais idéaux dans la prise en charge de la maladie mentale »<sup>29</sup>, sont des préalables nécessaires. L'hospitalisation est considérée comme une réponse ultime en « cas d'échec » et sa durée doit être courte pour les représentants des patients qui considèrent aussi que « la période de 72 heures d'observation pourrait être suivie dans les hôpitaux généraux »<sup>30</sup>.

Ainsi, pour ces acteurs, les CMP doivent être ouverts et accessibles pour remplir une triple mission de prévention, d'information et de soins. Les soins ambulatoires sont au cœur de leurs préoccupations car ils répondent à un impératif de continuité. Les familles pensent toutefois qu'il ne peut être négligé le fait que dans nombre de cas l'entourage se trouve lui-même en état de détresse psychique, d'altération de santé physique dû à l'épuisement et /ou à l'âge. C'est pourquoi aussi les soins de suite et de réadaptation comptent parmi les priorités des familles de patients au long cours qui considèrent que la « maladie psychique induit des inhabiletés sociales diverses, tant dans la vie quotidienne que dans les relations sociales et les capacités professionnelles »<sup>31</sup>.

Les professionnels de la psychiatrie en établissement de santé attendent, quant à eux, des procédures (fonctionnement par projet, par objectifs...) leur permettant d'assurer le « virage ambulatoire » et un accompagnement par la formation initiale et continue. Ils sont désireux d'innover, de développer les partenariats avec les usagers et les autres professionnels et d'échanger sur les pratiques cliniques. Les psychiatres libéraux, pour leur part, souhaiteraient davantage de reconnaissance de la part des psychiatres hospitaliers<sup>32</sup> et certains seraient prêts à participer aux gardes si une « réelle confraternité » se développait.

Enfin, les autres professionnels du champ sanitaire ont des attentes fortes vis-à-vis de la psychiatrie. Ainsi, les médecins généralistes dénoncent-ils la mauvaise articulation avec le secteur psychiatrique<sup>33</sup>. Pour leur part, les services hospitaliers relevant des disciplines

---

<sup>29</sup> Fédération Nationale des Associations d'(ex) Patients en Psychiatrie (FNAP Psy), citée dans le rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002

<sup>30</sup> FNAP Psy cf. supra

<sup>31</sup> UNAFAM cf. supra

<sup>32</sup> Deux entretiens avec des psychiatres libéraux de Rennes confirment ce sentiment. Ils rejettent toute idée de hiérarchie dans les pathologies et estiment participer « au service public de psychiatrie » par le système de garde qu'ils ont instauré.

<sup>33</sup> Ils pointent les « rares échanges d'informations à l'admission du patient, l'absence de lettre à l'entrée du malade à l'hôpital, la lettre de sortie tardive ou absente, mais surtout la différence de rythme professionnel », rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002

somatiques restent souvent en attente d'une plus grande implication des équipes de psychiatrie dans leurs services<sup>34</sup>.

A ces demandes émanant du champ sanitaire, il conviendrait d'ajouter celles d'acteurs associés à travers les dispositifs de lutte contre l'exclusion ou de prise en charge sociale et médico-sociale du secteur du handicap et de l'inadaptation, des personnes âgées, des étrangers vivant des failles identitaires ou des pathologies de l'exil ou encore des toxicomanes. On y recense une part minoritaire de patients atteints de maladie mentale, mais qui de façon générale présentent souvent une souffrance psychique : fatigue, angoisse, addiction, tristesse et dépression, insomnie. A cet égard, les partenaires du champ social sont en attente d'une intensification des interventions directes et indirectes des équipes de psychiatrie<sup>35</sup> dans les lieux où s'exprime cette souffrance psychique (CHRS, mission locale...). De même, une forte demande émane des institutions sociales et médico-sociales pour enfants et adultes handicapés et pour personnes âgées, concernant un soutien de la psychiatrie tant auprès des personnes prises en charge que des professionnels.

#### B) La rencontre entre les secteurs de santé mentale et médico-sociaux.

La mise en place de la sectorisation depuis les années 1960 a largement contribué à mettre en œuvre les objectifs de la politique de santé mentale concernant l'amélioration de l'accessibilité aux soins, le développement et la diversification des prises en charge. A ce titre, les secteurs de psychiatrie peuvent être considérés comme les précurseurs des pratiques de soins communautaires en France. Au-delà de l'intégration de la psychiatrie et des alternatives à l'hospitalisation dans l'offre générale de soins structurée par les Schémas régionaux (SROS), de nouveaux types d'organisation (comme l'intersectorialité, les coopérations...) tendent à se développer notamment pour la prise en charge de populations ciblées (adolescents, personnes âgées, patients « chronicisés », malades agités)<sup>36</sup>. Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, comme un certain nombre d'autres Centres Hospitalier Spécialisés, a développé ses filières d'aval faute de réponses suffisantes dans le champ médico-social en initiant la création d'un Centre d'aide par le

---

<sup>34</sup> Ce constat vaut en psychiatrie générale pour les services de médecine et de chirurgie générale mais aussi pour les services très spécialisés (oncologie...) et, en psychiatrie infanto juvénile, pour les services de gynécologie obstétrique et de pédiatrie. Entretiens avec Bernard BENSADOUN, DGA CLCC Nantes et avec le Pr. MILLET, PUPH psychiatre au CHGR

<sup>35</sup> Le CHGR répond en partie à ces demandes à travers la mise en place d'une cellule pour les démunis intervenant notamment auprès des résidents des CHRS rennais et des lieux d'accueils de personnes sans domicile fixe

<sup>36</sup> Les liens entre les professionnels des secteurs de la santé (dont la psychiatrie), du social et du médico-social et de l'éducatif se sont multipliés, dans le cadre des programmes régionaux de santé (PRS suicide, santé des jeunes...), les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAP), la politique de la ville.

Travail (CAT)<sup>37</sup> et en développant des capacités d'accueil en Maison d'Accueil Spécialisée<sup>38</sup> et en accueil familial thérapeutique (AFT).

Le besoin d'articulation entre les secteurs psychiatrique et médico-social se fait ressentir avec une acuité grandissante. Cette problématique n'est ni récente, ni propre au département de l'Ille-et-Vilaine. Déjà en 1996, Gérard Massé, responsable de la Mission en santé mentale, faisait état, dans son rapport intitulé « la Psychiatrie ouverte », de l'absence de places adaptées pour des patients atteints de psychoses chroniques stabilisées, réclamant des soins mais aussi une prise en charge médico-sociale de leur dépendance.

L'interprétation différenciée des mots « autonomie » et « dépendance » entre les deux champs psychiatrique et médico-social est au cœur d'incompréhensions, voire de tensions. Si, pour le secteur psychiatrique, l'autonomie consiste en la capacité de se gouverner par ses propres lois et règles, l'absence d'autonomie correspond donc à l'aliénation, c'est-à-dire à l'incapacité de poser ses propres règles et de les articuler avec l'environnement. Les acteurs professionnels du champ médico-social ont une acception autre de l'autonomie qui renvoie à des capacités ou incapacités à réaliser des activités de la vie quotidienne. Dans ce cas, l'accompagnement appelle des réponses « humaines », éducatives ou de substitution par un tiers.

Une étude relativement ancienne sur les allocataires du RMI présentant des troubles psychiques<sup>39</sup>, a mis en évidence des perceptions très différentes des professionnels du social et de la santé mentale du travail partenarial autour d'un usager. Ainsi, les intervenants sociaux, face au mal-être des allocataires qu'ils suivaient, revendiquaient des « passerelles » vers l'espace de la santé mentale, c'est-à-dire la possibilité pour eux-mêmes d'accéder à des conseils et des « chemins accessibles » pour les bénéficiaires. En revanche, les professionnels de la santé mentale, inscrits dans ce colloque singulier dans lequel la démarche de soins n'est efficiente qu'avec l'accord des deux parties, revendiquaient de négocier les règles de la rencontre, et de prendre le temps d'accepter le travail thérapeutique par consentement mutuel.

Il n'en demeure pas moins que l'articulation est nécessaire si le projet de soin a pour objectif de réinsérer la patient dans la cité tant les problématiques de subsistance, de

---

<sup>37</sup> Le CAT devenu ESAT du Placis Vert accueille des travailleurs handicapés atteints de pathologies mentales

<sup>38</sup> La maison d'accueil spécialisée (MAS) reçoit des personnes adultes atteintes d'un handicap intellectuel, moteur ou somatique grave, ou gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie. Leur état doit nécessiter en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

La MAS est un établissement médico-social financé en totalité par l'assurance maladie.

<sup>39</sup> Etude du dispositif de santé mentale mis en place à Paris pour les allocataires du RMI, CREA / EPSILON (JY Barreyre, C Peintre, B. Berrat), 1999, publiée dans la collection « les Cahiers de Chaligny », Publication de la Mairie de Paris.

logement, de santé globale, de loisirs et d'emploi pèsent lourdement sur l'existence des individus atteints de troubles mentaux.

## **1.2 Un parcours de soins articulé autour du CMP « pivot de secteur »**

Les Centres médico-psychologiques (CMP)<sup>40</sup> constituent le pivot de la prise en charge psychiatrique de secteur. Fonctionnant en milieu ouvert, les CMP sont chargés d'organiser les actions de prévention et de diagnostic, les soins ambulatoires et les interventions à domicile. C'est à partir de ce pivot que s'organisent les actions extrahospitalières et que s'élaborent les projets individuels visant à éviter les hospitalisations ou à en réduire la durée. Le CMP est par conséquent un élément primordial du maintien ou de la restauration de l'insertion sociale et professionnelle des patients.

L'activité des CMP est en croissance régulière depuis plusieurs années, sous l'effet de plusieurs facteurs : le changement des mentalités vis-à-vis des maladies mentales, l'impact du travail de terrain réalisé par les secteurs dans la communauté, l'évolution démographique, les effets de la diminution des durées d'hospitalisation liée au développement des soins ambulatoires<sup>41</sup>.

La Mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) a décliné le concept de "CMP pivot de secteur"<sup>42</sup> en implications et objectifs opérationnels :

- au niveau du territoire en jouant un rôle de coordination,
- au niveau du secteur, dans le cadre de la définition d'objectifs communs,
- en terme d'organisation interne en assurant une traçabilité des demandes, un jalonnement des prises en charge complexes et multidisciplinaires et une bonne réactivité de la structure.

---

<sup>40</sup> L'existence des CMP a été consacrée par l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. Cet arrêté, comme le décret l'encadrant, de la même date, fait suite aux lois de 1985 relatives à la sectorisation psychiatrique.

<sup>41</sup> Hospimédia 26 mars 2007, « le centre médico-psychologique "pivot de secteur »

<sup>42</sup> Rapport d'étape de la MEAH sur l'organisation des CMP, 2007

## 1.2.1 Un concept opérationnel pour une approche territorialisée de l'organisation des soins

### A) Un rôle de coordination des partenaires

C'est à partir du CMP et du projet de son équipe que s'articulent les secteurs médico-social et psychiatrique. Les patients vivant dans la cité doivent disposer, à travers lui, d'un accueil permanent et d'un accès à des soins de qualité. Toutefois, afin de répondre à leurs autres besoins (aide sociale, hébergement, soins somatiques...), l'équipe soignante et les travailleurs sociaux composant l'équipe du CMP organisent des liens avec les institutions et les acteurs clés en la matière<sup>43</sup>.

Le CMP est ainsi la structure « pivot » de l'organisation sectorielle puisque au-delà de la référence qu'il propose (un médecin, rencontré régulièrement dans un lieu défini, qui fait le lien avec d'autres unités fonctionnelles, même après la fin d'une prise en charge pour que la séparation ne soit pas une rupture), le CMP assure une mission d'interface en devenant l'interlocuteur privilégié des partenaires. Ainsi, au travers de la collaboration d'un référent (médecin/psychologue) et d'un assistant social, un rôle essentiel de coordination des prises en charge psychologique et sociale va être porté par le CMP. Ce rôle d'articulation des intervenants pour un même patient est facilité par la sectorisation qui amène l'équipe du CMP à collaborer avec des interlocuteurs identifiés travaillant sur le même secteur géographique. A ce titre le CMP va également participer à des actions de prévention menées en partenariat.

Le CMP est aujourd'hui le meilleur garant du principe de continuité qui constitue un des fondements du secteur psychiatrique en ce qu'il se traduit par la définition d'une organisation des soins attachée à soutenir et à accompagner les trajectoires des patients. Son dispositif de soins en psychiatrie ne peut donc se penser qu'en termes d'intégration, d'articulation et de relais car le secteur psychiatrique ne peut, à lui seul, fournir l'ensemble des réponses attendues. Lorsqu'il n'est pas dévoyé, l'esprit du dispositif autour du CMP induit donc des fonctionnements comme l'intersectorialité, le travail de réseau et toutes les formes de partenariats entre les acteurs de santé mentale, mais aussi avec l'ensemble des acteurs et des dispositifs associés<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> La thèse de médecine de Rosset G. offre un bon exemple de la diversité des partenaires en contact avec un CMP : tribunal et Palais de justice, foyers Sonacotra, employeurs, médecins généralistes, Sécurité Sociale, service d'aide sociale de la mairie, Préfecture, DDASS, Cotorep, SNCF, assistantes sociales, UNAFAM, centre d'hygiène alimentaire, MJC, ASSEDIC, EPSR (reclassement professionnel),...

<sup>44</sup> Le rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002, cite quelques uns des partenariats susceptibles de se développer :

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

Il faut toutefois mettre en lumière la forte disparité des moyens, compétences, files actives et projets entre CMP qui reflète l'hétérogénéité des situations entre secteurs psychiatriques qui n'est pas sans peser sur la capacité du CMP à se poser en organisateur de liens.

#### B) Une articulation entre l'amont et l'aval des hospitalisations

Bien que la circulaire du 15 mars 1960 ait permis une large diversification du dispositif de prévention et de soins en santé mentale, l'hospitalisation<sup>45</sup> reste toujours un temps important, quand il est nécessaire, dans la vie des personnes souffrant d'une pathologie mentale. En France, le pourcentage de patients de la file active ayant été hospitalisé dans l'année est une information disponible à partir des données des rapports de secteur. On citera par exemple celui du bassin du CHGR de Rennes à 44%, ou encore la moyenne nationale 26% (2000). Cet indicateur, certainement en partie dépendant du niveau d'équipement du secteur, des pratiques des CMP et des caractéristiques de la population, permet à un CMP de suivre dans le temps, son impact sur le suivi hors les murs de sa file active. Selon l'ARH de Bretagne<sup>46</sup>, le CMP est conforté sur l'ensemble du territoire breton comme le premier niveau de prise en charge en santé mentale et son rôle apparaît renforcé dans la prévention des situations de crise. C'est ainsi « le premier lieu de référence et d'implantation de l'équipe polyvalente, le premier interlocuteur pour la population, qui doit être connu de tous ».

Le taux de réadmission, la durée du maintien hors les murs et les ré hospitalisations dans l'année sont depuis longtemps considérés comme des marqueurs de la qualité des soins hospitaliers.

Le CMP, dans son rôle d'interface, est la structure la mieux à même de réguler l'hospitalisation en l'organisant lorsque cela est nécessaire, en la limitant par ses actions préventive et soignante et en visant un retour le plus rapide possible du patient dans la file active extrahospitalière. Le suivi du patient est essentiel dans ce cadre. En premier lieu, les études portant sur l'impact des soins d'aval indiquent que le nombre de réadmissions dans l'année suivant la sortie chez les patients n'ayant bénéficié d'aucun rendez-vous de suivi est le double de celui des patients en ayant eu au moins un. Ce bénéfice persiste au cours du temps puisque le taux de réadmission est d'autant plus élevé que le patient reste longtemps sans rendez-vous. Ainsi la ré hospitalisation est expliquée non pas par une défaillance de l'hospitalisation précédente ou une sortie trop précoce mais par une

---

<sup>45</sup> Selon Anne-Marie Gallot, *PLURIELS* n°15 –septembre 1998-, revue de la MNASM : l'hospitalisation en psychiatrie représente 1/5ème des hospitalisations en France.

<sup>46</sup> Bilan du SROS en santé mentale 2001/2005, rédigé par le Dr Marquis, ARH Bretagne, 2006

insuffisance du projet à la sortie et du suivi. Cette perception s'accorde bien au contexte de soins actuel ou même pour des pathologies sévères comme la schizophrénie où l'accent est mis sur les objectifs de stabilisation et de réintégration. La ré hospitalisation d'un patient constitue non seulement une régression dans son traitement, mais aussi une alternative coûteuse à un traitement ambulatoire efficace. D'après ces données, il paraît donc intéressant de suivre le taux de réadmission sur le long terme (à 30, 90 et même 180 jours) et de concentrer les efforts sur les rendez-vous de suivi<sup>47</sup>.

D'autres modes d'organisation permettent de limiter les ré hospitalisations.

Le premier d'entre eux, la mise en place d'organisations de type case-management<sup>48</sup> (identification de profils de patients à risque et mise en place d'un suivi spécifique), bien que peu développé en France inspire beaucoup d'équipes soignantes qui s'y réfèrent<sup>49</sup>. Le case-management (ou gestion des cas), issu des champs du social et de la santé, se comprend comme une procédure structurée et différenciée (individualisée) visant à coordonner les interventions des différents acteurs par-delà les frontières institutionnelles et professionnelles dans un système socio - sanitaire où la division du travail est très importante. Les objectifs de ce type d'organisation, comme ceux d'une équipe pluridisciplinaire organisée autour d'un CMP, sont d'améliorer la communication et la coordination des acteurs, de rapprocher les intérêts divergents et d'impliquer le patient et son environnement immédiat dans les processus de décision en tant que partenaires contractuels. La gestion de cas s'inspire ainsi du principe de l'« empowerment » (ou renforcement personnel) qui n'est pas sans rappeler le travail sur la réhabilitation mené par les équipes de CMP, à ceci près qu'il s'en distingue par son approche des ressources personnelles et professionnelles..

Le second mode d'organisation identifié par la MEAH s'intitule « traitements communautaires proactifs » (assertive community treatment<sup>50</sup>). Il s'apparente au travail de réseau observé dans certains CMP. Cet autre modèle d'inspiration communautaire met aussi en évidence un gain significatif en termes de diminution du poids de la maladie pour la famille, de la satisfaction de la famille face au service, du coût de la prise en charge, de durée d'hospitalisation et de nombre de ré hospitalisation. Sur ce dernier indicateur, la

---

<sup>47</sup> Ainsi, la HMO United Behavioral Health of Georgia s'est fixée un standard de performance de 90 % de patients ayant un rendez-vous à la sortie

<sup>48</sup> MEAH, « organisation des CMP », revue de littérature 2007, à propos des travaux de CURTIS JL, MILLMAN EJ, TRUENING E et D'ERCOLE A : « Effect of case Management on rehospitalization and utilization of ambulatory care services, Hops. Community Psychiatry 43 : 895-9, septembre 1992

<sup>49</sup> Cf. entretiens avec les cadres de santé. Le programme de formation à l'école de cadres de santé de Rennes reprend assez largement le concept.

<sup>50</sup> Le traitement communautaire d'ACTA (ACT association) est une approche de la p.e.c. de patients chroniques (approche pensée pour la schizophrénie) développée dès la fin des années 1960 par A. MARX et M. ANN. Ses principes : multidisciplinarité des intervenants qui partagent leurs bureaux et sont ponctuellement « interchangeable », service 24h/24 tous les jours de l'année, un service qui va à la personne là où elle vit (y compris dans un parc ou un restaurant) ; individualisation des services, pro activité (la patient doit accepter cette forme d'« agressivité », l'engagement sur le long terme, la lutte contre les addictions, l'emploi dans la communauté, la psychoéducation et l'éducation de la famille,...)



méthode de « traitements communautaires pro-actifs » était supérieure aux méthodes de case-management.

Ainsi, les soins ambulatoires organisés à partir du CMP ont un impact important sur la décision d'hospitalisation. Les équipes se dotent d'outils pour évaluer rapidement les patients consultant en urgence afin de trier ceux nécessitant une hospitalisation de ceux pouvant bénéficier d'un traitement de crise en ambulatoire. Certains CMP travaillent en proximité étroite avec l'équipe mobile d'intervention de crise<sup>51</sup> lorsqu'elle existe ou avec les équipes déployées auprès des populations en grande précarité<sup>52</sup>. Les disparités en termes d'équipements des secteurs ou d'allocation de ressources ne sont pas sans peser sur la qualité des collaborations et la capacité du CMP à organiser des interfaces<sup>53</sup>.

### **1.2.2 Un outil majeur pour la gradation et la qualité des soins**

La préoccupation d'amélioration de la qualité est première dans toute organisation de soins. Le CMP en est le levier incontournable parce qu'il se veut un garant de l'accès aux soins sur le territoire du patient et parce qu'il propose une offre de soin graduée et diversifiée visant une adéquation avec les besoins de ce territoire.

Malgré un essor indéniable, le développement des soins ambulatoires et des prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet est un succès relatif<sup>54</sup>. Le suivi ambulatoire est largement prédominant sous des formes diversifiées, ainsi, sur plus d'1, 2 millions de personnes suivies en 2003 :

- Plus de 85% ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire et ce suivi représente pour les ¾ d'entre elles (soit 800 000 personnes) la seule modalité thérapeutique sur l'année ;
- le suivi en CMP occupe de loin le 1er rang (il concerne 76% des patients suivis en ambulatoire et 65% de la file active totale) ;

---

<sup>51</sup> Cf. exemple de l'Equipe rapide d'intervention de crise (ERIC) de l'EPSM Charcot (78) qui intervient à la demande du SAMU ou de tout professionnel confronté à une urgence psychiatrique. Il a pour objectif d'intervenir en amont de l'hôpital afin de pouvoir offrir, le plus tôt possible, une alternative à l'hospitalisation en s'appuyant sur l'engagement et les compétences de l'entourage du patient. Il dispose d'une équipe d'urgence (1 psychiatre et 1 infirmier ou psychologue) disponible 24h/24, 7 jours sur 7, et peut réaliser un suivi de crise en post-urgence pour une durée maximum d'un mois.

<sup>52</sup> Ainsi en est-il de la cellule pour les démunis au CHGR qui assure un lien permanent avec les CMP.

<sup>53</sup> DREES « Etudes et Résultats » N°s 163 et 342, 2002 et 2004: 99% des secteurs disposent au moins d'un CMP (33% des secteurs ont un seul CMP et 65% en ont au moins deux) et 93 % des secteurs dispose d'au moins un CMP ouvert 5 jours par semaine et plus ; 85 % des secteurs de psychiatrie générale ont un HJ, 72 % des secteurs disposent d'au moins un CATTP ; 5 % des secteurs n'ont ni HJ ni CATTP. L'évolution sur 10 ans montre une hausse sensible des CMP ouverts 5 jours par semaine et plus et le développement des CATTP. Les formules d'accueil à temps complet à visée de réadaptation et de réinsertion (AFT, appartement thérapeutique, postcure ou hospitalisation à domicile) restent en nombre limité et ne compensent pas la diminution de la capacité en hospitalisation.

<sup>54</sup> DREES, « les établissements de santé en 2004 », la psychiatrie sectorisée pages 68 à 72

Sur les 297 400 patients suivis à temps complet, 131 200 ont eu une prise en charge exclusivement à temps complet. Les autres ont bénéficié également d'une prise en charge à temps partiel ou ambulatoire.

C'est aussi à partir du CMP que s'organise l'intervention à domicile nécessaire pour établir et garder le contact avec le patient dans certaines circonstances afin d'évaluer les déficiences qui résultent de la maladie psychique et de mettre en oeuvre les moyens de compensation en ayant recours à des aides appropriées.

Cependant, l'accessibilité aux soins s'apprécie à plusieurs égards : implantation géographique des structures, délais de réponse apportés par le CMP et amplitudes d'ouvertures, lisibilité du dispositif, modalités d'accès ouvertes à des acteurs médicaux et médico-sociaux extérieurs à l'hôpital, ouverture culturelle à des populations précaires ou étrangères et coûts supportés par les patients. Il faut reconnaître sur ce point de l'accessibilité que les pratiques diffèrent sensiblement d'un établissement à l'autre et d'un secteur à un autre au sein d'un même établissement. La gradation est de ce point de vue « imparfaitement réalisée »<sup>55</sup> tant les efforts en matière de coordination (entre CMP, entre les unités d'hospitalisation et les CMP), d'implantation (à partir du découpage des secteurs en « quartiers d'orange ») et d'allocation de moyens dédiés à l'articulation des équipes et des acteurs semblent inaboutis.

Toutefois, la certification de la Haute Autorité de Santé et l'acceptation de la démarche qualité par toute la communauté hospitalière sont des leviers pour que la politique ambulatoire, par essence innovante, soit au cœur des politiques de contractualisation interne.

## **2 SECONDE PARTIE : L'évaluation de la réponse hospitalière aux besoins du territoire de santé mentale**

Le monde de la santé est longtemps resté hospitalo-centré. L'hôpital, pivot de cette représentation, était le lieu de technologie intensive et le seul point de rencontre entre le patient, sa famille et le système de soins. Ce schéma a atteint ses limites comme nous avons pu le constater. L'hôpital a engagé un virage ambulatoire, modifié en profondeur son approche de la pathologie, notamment en se centrant davantage sur le patient et en investissant sur les technologies de l'information. Pour autant, l'hôpital est en tension et il s'interroge sur sa place dans le système de soins.

---

<sup>55</sup> Entretien avec le Dr Kanas, MNASM qui pointe aussi le manque de régulation, l'absence de répondants téléphoniques ou de transferts d'appels et la difficulté à libérer le temps nécessaire à la coordination, aujourd'hui prélevé sur le temps de soins directs.

Afin d'analyser ses capacités à poursuivre les changements qu'il a commencé à opérer et à travailler dans une perspective plus globale, plus ouverte, un détour théorique semble nécessaire. Par ailleurs, les approches systémiques retenues sont à même de participer au développement d'un langage commun aux médecins et aux gestionnaires du fait des formations initiales de ces acteurs.

Pour sa part, l'outil technologique du logigramme doit permettre de repérer les points de friction dans le parcours du patient dont l'identification est un préalable à toute mesure corrective.

Enfin, la lente montée en puissance des pratiques de contrôle de gestion en psychiatrie ouvre des perspectives d'analyse de l'activité et de comparaison au service des pratiques cliniques les plus innovantes.

## **2.1 Prospective stratégique, théorie des organisations et analyse médico-économique : trois outils théoriques en débat pour analyser la capacité de l'institution hospitalière à répondre aux besoins de santé mentale.**

L'appel aux contributions intellectuelles en matière d'approche stratégique du changement amène à repérer des théories classiques qui nous permettent de penser, de diagnostiquer et de visualiser les changements nécessaires. Il pose aussi la question d'éventuelles approches nouvelles, héritées de ces contributions classiques, qui permettraient d'aborder le travail de changement d'une façon plus concrète et davantage liée à la réalité hospitalière.

La théorie des organisations paraît fondamentale pour analyser le fonctionnement d'une institution comme l'hôpital. L'approche du pouvoir qu'elle a induite est au cœur des enjeux de gouvernance, donc de gouvernabilité du changement. La prospective stratégique ouvre quant à elle le regard sur les enjeux et les objectifs de l'organisation et elle intègre complètement la dimension territoriale.

Le concept de rationalité limitée ne porte pas la même capacité d'analyse mais sa vision plus centrée sur l'acteur, met en avant un certain nombre de « réflexes » de l'institution qui pourraient paraître cyniques si l'information n'était pas autant au cœur du processus décisionnel. Enfin, les difficultés actuelles de l'analyse médico-économique en psychiatrie doivent être évoqués, même succinctement, afin d'en repérer les enjeux.

### **2.1.1 La prospective stratégique : la fécondité de l'imagination au service de l'organisation.**

L'hôpital est soumis à des contraintes complexes dont la résolution ne peut être que collective. La passion soulevée par les questions d'organisation des soins, notamment en psychiatrie, ne doit pas être vécue difficilement par les gestionnaires qui souhaiteraient voir aboutir les idées en actes qui répondent à des besoins clairement évalués sur le territoire. La fécondité de l'imagination des acteurs est aussi une opportunité de résolution stabilisée. La rigueur est toutefois essentielle pour que les décisions arrêtées soient les plus pertinentes.

Pour Michel Godet<sup>56</sup>, « l'action [la stratégie] sans but n'a pas de sens et l'anticipation [la prospective] suscite l'action »<sup>57</sup>. L'économiste justifie ainsi l'expression de prospective stratégique. Si pour lui, la prédiction est une « imposture »<sup>58</sup>, la prospective est indispensable pour se préparer aux changements attendus (pré activité) ou provoquer les changements souhaités (pro activité) en élaborant des scénarios. Cette théorie vise d'abord à éclairer l'action présente à la lumière des futurs possibles.

Le management doit amorcer sa révolution mentale et trouver un chemin entre les procédures participatives qui donnent la parole aux acteurs de terrain et l'expertise, parfois difficile à admettre lorsqu'elle vient « d'en haut ». La mobilisation de l'intelligence collective est donc la clé, indémodable, de toute entreprise de changement. Les problèmes, bien posés, et collectivement partagés par les personnes concernées, sont déjà en partie résolus<sup>59</sup>.

En outre, les préconisations qui pourront être formulées pour l'organisation (cf. partie 3) doivent parvenir à distinguer le souhaitable de la prospective (un scénario qui répond aux désirs collectifs) de la réalité qui va dicter les choix (le projet stratégique). La nécessité d'être préactif et de se préparer à des changements contraints est souvent un point d'achoppement, notamment entre les directeurs gestionnaires et la communauté médicale.

Un détour vers les idées fondamentales de la prospective stratégique (telles qu'exposées dans les travaux de Michel Godet) doit permettre aux décideurs de couvrir au mieux le

---

<sup>56</sup> Professeur au CNAM, auteur d'ouvrages « économiques sur le travail ou l'évolution démographique, co directeur du laboratoire d'investigation en prospective, stratégie et organisation –LIPSOR-.

<sup>57</sup> *Cahier du LIPSOR* n°20

<sup>58</sup> Comme pourrait l'être une forme de « futurologie », autre notion souvent reprise par Michel Godet.

<sup>59</sup> L'idée est proche de celle de Michel Crozier quand il déclare : « le problème, c'est le problème ! ».

champ des probables<sup>60</sup> . Il faut aussi que l'organisation s'interroge sur le risque qu'elle peut supporter et qu'elle accepte l'incertitude.

Enfin, comme toute approche théorique tournée vers l'action, la prospective stratégique s'appuie sur des idées - clés :

- Les problèmes demeurent même lorsque le monde change.

L'investissement intellectuel antérieur peut être mobilisé car le temps long est le plus pertinent. Il ne faut, par conséquent, pas surestimer l'importance des changements. Cette idée invite aussi à beaucoup de modestie dans l'appréhension des dernières évolutions (systèmes d'information, technologies,...), même si cet état d'esprit ne doit pas conduire à l'immobilisme qui empêcherait toute innovation.

- Le déterminisme est introuvable

Puisqu'on ne peut connaître à l'avance les innovations qui vont affecter le système de santé, il faut s'attacher, par un éventail de scénarii, à identifier les points de « bifurcations »<sup>61</sup> en laissant parler notre désir de « produire » l'avenir.

- Le complexe ne doit pas être compliqué

Selon un précepte ancien, le meilleur modèle représente le plus simplement possible les données d'une observation. Les préconisations qui peuvent être formulées pour le système de santé doivent être compatibles avec la réalité.

- Les bonnes questions à se poser

Il paraît difficile de se détacher des idées dominantes sur la gouvernance, la contractualisation interne, l'articulation entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux (ou plutôt ses blocages liés au manque de volonté du partenaire ou son manque de compétence), les politiques de sortie d'hospitalisation, le mythe de la taille critique... Celui qui voit juste n'a pas de chance d'être entendu s'il est minoritaire. La mise à plat de ces idées dominantes est un devoir auquel chacun doit se soumettre dans l'organisation. Cette idée- clé renvoie à l'animation partagée de la réflexion par les médecins, les gestionnaires et les ingénieurs (ou les experts sur une question technique) pour que les acteurs dépassent les idées dominantes et construisent une représentation nouvelle non clivée.

- L'anticipation par l'appropriation

---

<sup>60</sup> L'auteur estime qu'un tiers du total des possibles couvre 80% du champ des probables.

<sup>61</sup> *Cahier du LIPSOR* n°20, « les paramètres de bifurcations sont des variables clés de l'analyse prospective ».

C'est par l'appropriation que passe la réussite de tout projet. Si le choix relève des décideurs, aucune mobilisation collective n'est possible sans une réflexion prospective collective sur les menaces et opportunités de l'environnement<sup>62</sup>.

Enfin, les méthodes de prospective stratégique reposent essentiellement sur une planification par scénarii<sup>63</sup>. Il est à noter que la participation collective est satisfaisante par cette méthode qui ne garantit toutefois pas un passage à l'action sans animation du projet.<sup>64</sup>

### **2.1.2 La théorie des organisation : le modèle bureaucratique de l'hôpital**

Dans un hôpital, le directeur a généralement une formation juridique, économique et de gestion et les chefs de service sont des médecins avec une compétence liée à leurs formations initiale et continue.

Les règles édictées par le directeur d'hôpital, comme celles de toutes les organisations bureaucratiques, ne peuvent pas être perçues clairement par tous les acteurs et ne peuvent couvrir tous les cas de figure de la vie institutionnelle. Des marges de « flou » (ou zones d'incertitude) sont ainsi créées, en creux, dans la structure formelle. Ces zones d'incertitude sont utilisées par les acteurs pour accroître leur pouvoir. Ce dernier se distingue donc nettement du pouvoir formel.

Les stratégies autour des zones d'incertitude obèrent les résultats de l'organisation et génèrent des dysfonctionnements. Une crise est alors possible. Elle se résout généralement par l'ajout de règles aux normes antérieures.

Cette vision de l'organisation est l'apport majeur de Michel Crozier aux théories de Max Weber qui se sont heurtées au fonctionnement réel des bureaucraties contemporaines : le changement s'opèrerait par les crises dans les organisations dominées par les règles. Elle met en lumière l'évolution par à-coups de l'hôpital. Cette « théorie du cercle vicieux

---

<sup>62</sup> La matrice SWOT ou MOFF (en français) croise les menaces et les opportunités extérieures avec les forces et les faiblesses de l'organisation pour porter le changement.

<sup>63</sup> Le scénario est un ensemble formé par la description d'une situation future et du cheminement des événements qui permettent de passer de la situation originelle à la situation future.

<sup>64</sup> Le redécoupage sectoriel au CHGR de Rennes a été construit selon cette approche par le cabinet Adysta à l'automne 2006. La communauté médicale et la direction ont dû construire une méthodologie pour transformer le scénario retenu en objectif de travail.

bureaucratique »<sup>65</sup> est donc à la fois une théorie de la stabilité (des équilibres du pouvoir qui s'inscrivent sur de longues périodes à l'hôpital) et du changement (par la crise, le changement de paradigme ou tout simplement de génération).

La question du pouvoir, relancée par la nouvelle gouvernance des hôpitaux, est largement liée à la détention de l'information. Alors que les informations pourraient circuler largement dans une organisation, des phénomènes de rétention, de biais et de distorsions<sup>66</sup> se font jour. Ces mécanismes sociaux créent des difficultés, y compris dans le fonctionnement des applications informatiques imaginées pour faire circuler cette information et aider la prise de décision. Il ne faut toutefois pas voir dans cette approche une quelconque forme de perversité. Ces mécanismes expliquent l'engouement constaté dans certains établissements autour des nouvelles formes de concertation (le Conseil Exécutif notamment).

Pour pallier les défauts de la bureaucratie, Michel Crozier recommande de revenir à des systèmes fondés davantage sur l'humain en responsabilisant, en négociant, en mobilisant les énergies, en supprimant des règles et certains formalismes<sup>67</sup> et en fixant des objectifs<sup>68</sup>. Le gestionnaire, acteur clé dans cette théorie, est invité à reconnaître les pouvoirs non hiérarchiques. Ses missions vont être tour à tour de décider de nouvelles règles en arbitrant leur coût et leur efficacité ou d'en supprimer. Il se peut aussi qu'il attende la crise et qu'il s'y prépare techniquement en recherchant une position d'acteur impartial au-dessus du conflit.

Enfin, cette théorie peut être interprétée aussi selon la théorie des jeux<sup>69</sup>. Les acteurs (les joueurs) vont adopter toutes les attitudes possibles dans les zones d'incertitude. L'équilibre du système vient d'une « solution », c'est-à-dire une situation où aucun joueur ne peut améliorer sa position.

### **2.1.3 La rationalité limitée : l'information alimente la décision**

L'hôpital, comme les organisations complexes qui l'entourent (collectivités locales, organisations médico-sociales,...), est un lieu de tensions et d'intérêts divergents. Il est

---

<sup>65</sup> Cette expression est généralement celle qui est retenue pour la théorisation du sociologue Michel Crozier sur les organisations bureaucratiques.

<sup>66</sup> Autre apport de la théorie de Michel Crozier.

<sup>67</sup> Ainsi, le médiateur à l'hôpital parvient-il à changer des positions à partir du recueil des plaintes des usagers et d'un travail d'information auprès des services.

<sup>68</sup> Pour Philippe Bernoux, il s'agit donc de passer à d'autres formes d'organisation.

<sup>69</sup> En particulier « le dilemme du prisonnier » qui rend compte de situations où interagissent plusieurs acteurs.

construit autour de rationalités limitées<sup>70</sup> et propres à chaque établissement. Les agents de l'hôpital, au niveau socioculturel particulièrement élevé, vont développer des stratégies propres dans l'intérêt supposé des patients et de l'organisation hospitalière.

Lors d'un choix complexe, l'agent cherche moins à étudier l'ensemble des possibilités qu'à trouver une solution raisonnable dans une situation d'incertitude. Il va s'arrêter généralement à la première option qui satisfera à la situation concrète, tout en évitant de consommer trop de temps à effectuer son choix<sup>71</sup>.

Herbert A. Simon<sup>72</sup> propose deux « débloquages » de cette rationalité limitée pour faire de l'entreprise un lieu privilégié de la décision rationnelle.

Le premier d'entre eux part du principe que le comportement de l'homme est induit par l'information. Au sein de l'entreprise, le manager qui décide influe sur l'exécutant pour qu'il agisse de façon efficace et coordonnée. C'est un comportement qualifié d'administratif. C'est le résultat d'un choix des acteurs selon leur place dans l'organisation. Les choix ne sont pas raisonnés, mais procéduraux et choisir une action implique une renonciation à une autre action. C'est un processus de sélection dit « réflexe ». Les actions ne sont pas guidées par une pensée rationnelle mais par l'habitude. Dans cette vision, l'homme n'est pas considéré comme un individu, un sujet, mais comme un acteur.

Le second postule que l'organisation doit « penser à la place » de l'acteur dont la rationalité est par essence limitée, de la manière suivante :

- L'acteur étant limité dans sa réflexion, il doit être immergé dans une boucle information/décision pour ne rien laisser passer et pour pouvoir décider ;
- L'information doit être organisée car son accès est limité sur le marché.

Chacun des agents se détermine en fonction de ce qu'il imagine être la stratégie de l'autre. La connaissance de toutes les options étant impossible, l'acteur ne doit pas rechercher une solution optimale mais satisfaisante. Sa décision sera prise par rapport aux options connues. Le résultat de la décision influencera donc à son tour l'environnement.

---

<sup>70</sup> La rationalité limitée est un concept utilisé en sociologie et en micro-économie. Il porte sur l'étude du comportement d'un individu (ici appelé acteur) face à un choix (l'achat d'un produit,...). Il suppose que l'acteur économique a un comportement rationnel, mais que sa rationalité est limitée en terme de capacité cognitive et en terme d'information disponible.

<sup>71</sup> Ce comportement est qualifié d'« effet Tetris ». On s'écarte alors de l'un des postulats premiers de la micro-économie, qui veut que l'acteur soit pleinement rationnel concernant la situation envisagée.

<sup>72</sup> L'auteur qui a forgé le concept de rationalité limitée en se penchant sur le processus de l'acteur et non plus sur la « main invisible » de la concurrence des néo-classiques.



En conclusion, cette théorie retient que l'organisation détient une partie de la solution : c'est l'information car elle alimente la décision.

#### **2.1.4 L'analyse médico-économique**

L'analyse médico-économique se propose d'aider les praticiens dans leur décision. Les méthodologies mises en oeuvre doivent être claires, pour permettre aux acteurs hospitaliers de se les approprier. L'analyse économique comprend la mesure la plus exhaustive possible de l'ensemble des coûts liés à des pratiques cliniques, thérapeutiques ou pharmaco-thérapeutiques que l'on compare. Les coûts retenus comportent classiquement les coûts des soins, des médicaments et des dispositifs médicaux, ainsi que les coûts correspondant aux temps infirmiers et médicaux. Ces derniers sont définis par des unités d'oeuvre différentes suivant les contextes intra ou extra hospitaliers.

Cependant, ces coûts doivent être reliés à des données d'efficacité clinique consensuelles. Cet impératif rend délicate à ce jour toute entreprise d'analyse médico-économique en psychiatrie. Ainsi, l'étude de ce type portant sur les soins psychiatriques sectorisés<sup>73</sup> relève t-elle que l'inachèvement de la sectorisation et son hétérogénéité importante tronque considérablement l'évaluation des performances des structures de soins. Pour les chercheurs concernés, l'analyse de l'allocation de ressources ne peut davantage être analysée pour les mêmes raisons. Les études médico-économiques dans le champ de la psychiatrie sont rares et souvent « pauvres »<sup>74</sup>, la recherche et les pouvoirs publics semblant délaisser ce domaine.

Pour autant, toute tentative d'analyse, même partielle, demeure intéressante et utile aux prises de décisions. C'est sans doute pour cette raison que « l'analyse des soins et services offerts, de leur disparité et de leur localisation, de l'impact éventuel que cette offre engendre sur le recours aux soins, et des enseignements que l'on peut en tirer en termes d'équité dans l'accès »<sup>75</sup> est toujours en projet à l'IRDES.

## **2.2 La monographie du parcours des patients : un outil technologique**

---

<sup>73</sup> Analyse de l'IRDES, 2000, [www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1302.pdf](http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1302.pdf)

<sup>74</sup> Selon le Dr Kanas, il existe quelques travaux intéressants à l'étranger sur les filières de soins psychiatriques. L'intéressé a lui-même conduit une étude sur l'équipe mobile d'urgence ERIC qui comparait deux cohortes de patients arrivant à l'hôpital psychiatrique : l'une des cohortes arrivait dans l'unité auquel ERIC était rattachée avec la proposition systématique d'une sortie avec traitement en ambulatoire.

<sup>75</sup> Comparaison entre la fiche projet de 2000 (réfèrent Julien Mousquès) et le programme 2007-2009 de l'IRDES.

Les projets de développement sont à même de participer à l'élaboration d'un langage commun aux gestionnaires, experts en organisation et médecins. Pour ce faire, les gestionnaires doivent s'efforcer de comprendre la complexité de l'organisation des soins et d'en déceler les points critiques en s'appuyant sur des outils d'ingénierie.

Il s'agit pour les acteurs de s'entendre sur la description d'un processus existant, tel qu'il est réalisé.

La monographie du parcours du patient est un outil intéressant à plus d'un titre. Elle impose d'accepter un certain degré de complexité, ne peut être validée que collectivement et participe des méthodes d'amélioration continue de la qualité.

L'amélioration globale du processus « ne peut se limiter à l'amélioration d'une pratique professionnelle, mais (elle) doit s'intéresser aux liens formels et informels existant entre tous les professionnels et entre tous les services concernés »<sup>76</sup>.

Le support retenu est celui du logigramme car il offre une perspective suffisante sur l'organisation en identifiant des segments dans un processus général. L'accès au CMP, la réactivité et la qualité des réponses en ambulatoire étant au cœur des problématiques de la psychiatrie contemporaine, il apparaît intéressant de mobiliser cet outil technologique sur le parcours d'un patient à partir de ce dispositif.

### **2.2.1 Le logigramme du parcours de l'inclusion à la sortie du CMP.**

Le logigramme présenté ci-dessous<sup>77</sup> n'a pas de vocation « universelle ». Il reflète une pratique collective, des projets de soins et médicaux dans un pôle qui accorde une place majeure au CMP dans son dispositif de soin et dans sa politique sectorielle. Cette modélisation permet toutefois nourrir une analyse qui dépasse le cadre strict de cette organisation.

Les premiers éléments de l'analyse des points critiques de ce parcours portent sur l'inclusion, la capacité à répondre à une demande présentant un caractère d'urgence, l'alliance thérapeutique à même d'assurer une continuité dans le parcours et le suivi après la sortie.

En premier lieu, l'accès au CMP pose question. L'implantation, la gratuité, la proximité d'une desserte par les transports en commun, la lisibilité du site, les horaires d'ouverture sont les points qui conditionnent la qualité de l'accueil.

Par la suite, la réactivité des équipes, c'est-à-dire leur capacité à apporter une réponse adaptée aux exigences des situations individuelles des patients, semble être l'élément qui

---

<sup>76</sup> ANAES / Service évaluation des pratiques / juin 2003 au sujet de l'amélioration de la qualité de la tenue du dossier patient

<sup>77</sup> Ce logigramme a été validé à partir de nombreux entretiens avec les médecins et le cadre de santé d'un secteur (GO3) psychiatrique du CHGR. Des entretiens auprès d'acteurs d'autres secteurs et établissements ont nourri les questionnements au préalable. Le CMP retenu est le CMP Saint-Exupéry situé en plein cœur d'un quartier de Rennes.

conditionne la vocation du CMP. Les débats sur l'opportunité d'un accueil de première intention par un infirmier sont intenses, notamment lorsque deux secteurs psychiatriques partagent les mêmes locaux pour leur activité ambulatoire sans partager la même conception de l'accueil au CMP. L'accueil infirmier reflète ainsi une certaine conception des délégations de tâches, du travail d'équipe et de l'accessibilité aux demandes formulées dans l'urgence. Naturellement, il doit être donné suite à l'entretien infirmier d'orientation. Le délai pour l'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre est alors décisif dans la prévention des crises.<sup>78</sup>

Par ailleurs, la continuité des soins propose un double défi. Celui de l'équipe pluriprofessionnelle qui doit mettre en place la prise en charge la plus adaptée, individualisée et ajustée en continu, mais aussi celui de la capacité du patient à s'engager dans l'alliance thérapeutique. L'évaluation de cette dimension est complexe mais la mesure de la mise en place de règles de responsabilité, de présence, de concertation sur l'élaboration et le suivi du projet thérapeutique, d'éducation du patient, d'information coordonnée du patient et de traçabilité des actes sont parmi les items qui peuvent être questionnés.

Enfin, le suivi du patient à sa sortie du parcours au CMP n'est pas le moindre des points critiques soulevés par les acteurs. L'information réciproque et la collaboration doivent être effectives. Le patient adressé aux professionnels ou structure appropriés, l'évaluation pluriprofessionnelle de la prise en charge du patient et son ajustement éventuel doivent encore être correctement réalisés. La problématique du temps de coordination est à nouveau soulevée.

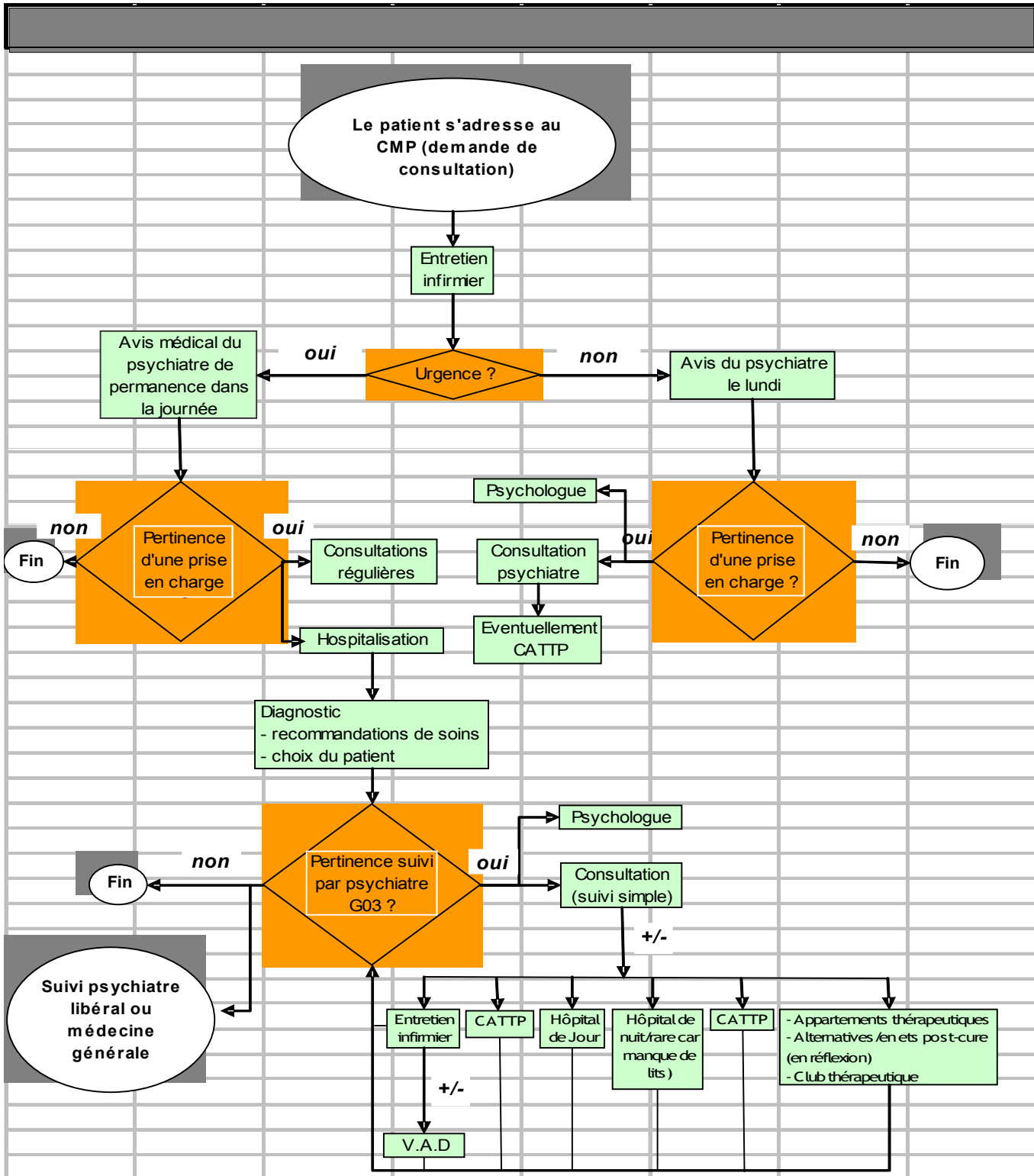
Les méthodes de gestion de projet<sup>79</sup> destinées à améliorer le processus du parcours du patient sont en cours dans de nombreux établissements mais ils ne questionnent généralement qu'un segment de ce parcours. Les outils sont, quant à eux, assez vite mobilisables par les professionnels puisqu'ils sont déjà utilisés à d'autres fins : enquêtes de satisfaction auprès des intervenants externes, « focus groups » -recueil d'information auprès des partenaires internes à l'hôpital et externes-, et tableaux de bord. Un premier outil de mesure des temps d'attente avant la consultation en CMP<sup>80</sup> est en cours d'élaboration.

---

<sup>78</sup> L'évaluation sur le dispositif ERIC indique qu'il évite entre 10 et 15% d'hospitalisation par an. Ce gain économique « marginal » auto-finance le fonctionnement du groupe mais les services rendus au patient, à sa famille et à la société sont aussi très significatifs.

<sup>79</sup> Ces méthodes, souvent reprises par la HAS (d'après les travaux de l'ex – ANAES), sont diversifiées : approche par les processus, audit clinique, méthode de résolution de problème, benchmarking, reengineering (création d'un nouveau processus).

<sup>80</sup> Annexe 1



## 2.2.2 Le secteur « dévoyé » ?

Si la «règle» de 70 000 habitants par secteur de psychiatrie générale ne dispose pas de fondement légal ou réglementaire, elle n'en constitue pas moins un optimum fixé par la circulaire de 1960 et, surtout, une norme de fait. Ce chiffre apparaît comme contraignant parce qu'il conduit à considérer comme semblables tous les individus sans considération de leur âge, de leur sexe et de toutes leurs caractéristiques épidémiologiques.

Dans l'esprit de ses concepteurs, la sectorisation aurait du être réfléchi en continu en fonction des besoins. Cependant, l'hétérogénéité de la sectorisation a perduré, voire s'est aggravée au fil du temps, tant en termes de moyens que de pathologies traitées, voire de pratiques. Certains médecins vont jusqu'à rejeter tout intérêt au secteur pour l'hospitalisation. Le CMP portant à lui seul, dans la globalité de sa mission, la politique sectorielle.

En fait, il ne devrait pas s'agir davantage aujourd'hui qu'hier de « repenser la sectorisation » mais « la territorialité comme cadre d'action des soins directs et indirects [qui] représente ( ) bien l'élément majeur et le plus pressant de la réflexion à mener <sup>81</sup>».

En dépit de l'ambition et des principes attachés, la mise en œuvre de la sectorisation a plutôt conforté la géographie asilaire et maintenu des établissements là où les besoins ne le justifiaient pas et a donné lieu à la définition de secteurs en forme de « portions de camembert » ne tenant pas toujours compte des habitudes de déplacement des populations et souvent rattachés à un établissement lointain, ce que les concepteurs des secteurs voulaient à tout prix éviter.

## 2.3 Le contrôle de gestion : un outil d'alerte et d'analyse de l'activité

Le credo du contrôle de gestion est qu'on *ne pilote que ce que l'on mesure*, et le contrôle de gestion<sup>82</sup> détermine les indicateurs qui seront suivis (mesurés) ainsi que l'écart de la situation (réelle) avec le but visé (le budget, un volume d'activité,...).

L'expérimentation du contrôle de gestion dans de nombreux CHS a permis d'anticiper la mise en œuvre de la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) avant la généralisation du recueil (janvier 2007) et d'appréhender le contrôle de gestion comme un véritable nouveau mode de pilotage. Les enjeux à venir sont ceux de l'élaboration d'une politique du contrôle de gestion consensuelle et institutionnelle. En effet, il faut souligner que le contrôle de gestion a autant une fonction de dialogue (transversal) qu'une fonction technique (la plus visible).

---

<sup>81</sup> Gérard Massé et Emmanuel Vigneron, Pluriels n° 60, juillet 2006, MNASM

<sup>82</sup> Définition dans le glossaire joint en annexe

Les outils du contrôle de gestion sont pour une bonne part à imaginer au sein des établissements. Ils peuvent être des déclinaisons spécifiques des outils de base (le fichier structure, le compte administratif retraité, le découpage analytique de l'établissement, la construction d'un coût complet par service,...). Les outils les plus mobilisateurs semblent toutefois être les tableaux de bord par pôle, dès lors que la méthodologie est affichée en toute transparence et que les acteurs s'accordent sur les objectifs et les indicateurs<sup>83</sup>.

La capacité des organisations hospitalières à répondre aux besoins de santé du territoire est en partie liée au niveau de développement de leur pilotage médico-économique. Si l'idée de performance médico-économique est à ce jour difficile à faire accepter par tous, la notion pouvant paraître floue voire contraire à une certaine idée de l'éthique médicale, la nécessité de parfaire la connaissance des coûts et de se comparer<sup>84</sup> voire de développer une culture médico-économique, fait son chemin.

La possibilité d'un pilotage médico-économique des hôpitaux psychiatriques n'est donc pas acquise à ce jour. L'observation de la gestion des hôpitaux des domaines de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), tant publics que privés, où ce pilotage est très avancé<sup>85</sup>, démontre qu'« il s'agit moins de tracer les coûts des actes dispensés que l'ensemble des actions de l'équipe soignante autour de chaque pathologie soignée »<sup>86</sup>. C'est donc la logique de filière de soin qui prévaut, c'est-à-dire la mesure de la prise en charge d'un patient par une équipe pluriprofessionnelle.

### **2.3.1 Le difficile pilotage de l'activité en établissement psychiatrique**

La valorisation de l'activité psychiatrique, conçue dans une approche participative eu égard à la spécificité du champ de la psychiatrie et des controverses internes qui l'animent, ne relève pas moins d'une philosophie proche de celle du champ MCO. En effet, l'abandon du mode d'élaboration budgétaire antérieur à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) qui ne liait que très faiblement le budget à l'activité réalisée ne fait aujourd'hui plus débat.

---

<sup>83</sup> Groupe de travail du CHGR de Rennes sur l'analyse de l'activité. Les débats peuvent être forts sur la définition d'indicateurs comme la durée moyenne de séjour ou encore la durée moyenne d'hospitalisation, tant les modalités de calcul et les sources des données peuvent être variées.

<sup>84</sup> Le benchmarking peut être défini de la manière suivante : adoption, d'une norme ou d'une référence permettant de fixer des objectifs et d'évaluer les progrès obtenus. Il ne s'agit donc pas dans cette acception de classer et de hiérarchiser les acteurs ou les pratiques.

<sup>85</sup> NdA : du fait de la mise en application de la Tarification à l'Activité, comme principe d'élaboration budgétaire.

<sup>86</sup> Luc-Olivier Machon, Directeur Adjoint des Affaires Financières et du Contrôle de Gestion, CHU de Nantes, cité sur le site internet : <http://www.decisio.info/Vers-un-pilotage-medico-economique.html>, publié le 31 mai 2005

La gestion par pôle met en exergue l'impérieuse nécessité de créer une activité interne de contrôle de gestion pluridisciplinaire, associant étroitement les services du DIM et de la direction financière. La comptabilité analytique doit être médicalisée et l'étroite collaboration entre les deux services précités ainsi que le plein appui de toutes les directions sont nécessaires pour la réussite de tout projet de pilotage de l'activité d'un centre hospitalier. L'équipe de direction en CHS, garante de la cohérence des activités de soins au regard du projet d'établissement ne peut être insensible aux réformes du champ MCO. En effet, cette cohérence est nécessairement corrélée à l'optimisation du pilotage de l'activité et de l'allocation interne des ressources.

A la demande généralisée de transparence, l'hôpital doit apporter une réponse pertinente : comment dispenser une information financière et d'activité susceptible de fonder une confiance durable ? Une parfaite coopération des émetteurs d'informations « brute » est par conséquent requise.

### **2.3.2 Les enseignements de la mise en place de tableaux de bords pour analyser les surpeuplements.**

Face à une interrogation sur les surpeuplements<sup>87</sup> dans les unités d'hospitalisation, une démarche d'analyse de gestion sur les durées de séjours s'impose très vite. De cette mission confiée par l'institution<sup>88</sup>, il est possible de retenir quelques points-clés généralisables à toutes les approches de l'analyse de gestion :

- la démarche d'identification et de sélection des indicateurs est essentielle. En effet, c'est à partir de cette validation qu'une résolution du problème peut être élaborée de manière collaborative par les médecins et les gestionnaires. Dans le cas présent, les indicateurs retenus<sup>89</sup> pour « faire parler l'hospitalisation » ont été l'objet de débats internes et de remise en cause partielle qui appellent un report de trois mois de la synthèse « publique » des résultats de cette étude. La sélection des indicateurs à partir d'une grille de lecture (fiabilité, facilité de récupération et d'exploitation des données, signification claire et partagée de l'indicateur) au regard des questions posées

---

<sup>87</sup> Surpeuplement : l'expression caractérise l'embolisation et le déficit de lits dans certaines unités d'hospitalisation dans un contexte où des services accueillent davantage de patients ne relevant pas de leur secteur psychiatrique que les autres.

<sup>88</sup> Mission confiée par la directrice de l'hospitalisation et des affaires générales du CHGR de Rennes à l'élève directeur en avril 2007 : analyse des surpeuplements par unités et par services en psychiatrie générale (objectifs : comprendre et analyser les pratiques, les populations accueillies et la durée de leurs séjours).

<sup>89</sup> Les indicateurs retenus –présentés en annexe- : 9 Indicateurs d'équipements, 7 Indicateurs de prestations, 6 Indicateurs de patientèle et 2 Indicateurs de territoire.

(niveaux d'activité des unités, génération du phénomène) croise parfois des éléments apparemment inconciliables. Les médecins et les gestionnaires s'accordent aisément sur la finalité des tableaux de bord, à savoir une réflexion mobilisatrice qui oriente et implique l'action

- La mobilisation nécessite souvent d'accepter de se doter d'indicateurs spécifiques à l'établissement (même s'ils limitent les échanges avec d'autres établissements). La reconnaissance de l'unicité de l'organisation hospitalière requiert de ne pas importer un modèle d'analyse.
- Un effort de pédagogie doit être déployé dans les restitutions en veillant à présenter l'intérêt de l'étude, ses outils et à illustrer par des tableaux de bord et des schémas (ou des histogrammes) simples, attrayants et encourageant les échanges.

Le gestionnaire missionné sur ce type de travail d'analyse d'une organisation doit absolument clarifier sa « posture » avant d'engager la démarche :

- En ce qui concerne les indicateurs, il doit veiller à ce qu'ils soient partagés par les services gestionnaires et les personnels soignants et médicaux.
- Sur son rôle : il s'agit d'un "ministère d'influence" qui éclaire les débats sans pouvoir de décision.
- Sur la finalité de l'analyse : c'est une démarche de mesure destinée à améliorer les pratiques au travers d'un plan d'action partagé (lorsque les acteurs s'accordent sur la mesure, les problèmes et la nécessité d'une élaboration coopérative de solutions).

Au-delà des enseignements premiers, l'analyse de gestion doit être encouragée pour de nombreuses autres raisons : elle repère les données et les circuits de l'information formels et informels, elle identifie les points critiques et les failles dans un système d'information et elle ré initie les pratiques de tableaux de bord parfois irrégulières.

Nous avons pu voir combien l'hôpital disposait de ressources humaines, techniques organisationnelles. Ces ressources combinées à des ébauches de rapprochement des cultures professionnelles, liées en partie à un corpus théorique plus partagé qu'il n'y paraît de prime abord (les approches systémiques, l'appréhension du fait managérial par un nombre croissant de médecins,...), mettent à jour des perspectives de projets de développement. Ces projets seront nécessairement négociés, la conduite du changement ne proposant pas d'alternative au rapprochement des langages du gestionnaire et du médecin et à la recherche de nouvelles formes de gouvernance coopératives.



### **3 TROISIEME PARTIE : des axes d'amélioration autour des coopérations et de la régulation des flux de production de soins hospitaliers**

Pour la personne dont l'emprise sur sa situation de vie, l'espoir et la capacité d'interactions sont ou ont été amoindris pendant des périodes longues, il est primordial que l'organisation sanitaire lui redonne un sentiment de maîtrise sur sa vie, en l'accompagnant, au-delà des soins au sens strict à exercer un choix libre et éclairé dans les étapes cruciales de son développement.

Le directeur d'hôpital et la communauté médicale, engagés dans une nouvelle gouvernance des établissements de soins doivent par conséquent s'engager sur une offre de services élargis, dont ils ne peuvent assurer seuls la mise en place. Les patients, les collectivités locales, les organisations médico-sociales et sociales, les autres établissements de santé et les acteurs de la médecine libérale doivent participer, avec des partenaires émergents<sup>90</sup>, au passage d'un modèle d'organisation centré sur l'intérieur des hôpitaux à un modèle qui offre des réponses dans les lieux de vie des personnes.

#### **3.1 La nécessité de développer et de formaliser les coopérations en partant d'une réflexion sur le territoire vécu par le patient.**

La préoccupation stratégique actuelle qui consiste à élaborer un nouveau dessein, une nouvelle raison d'être des services déployés par l'hôpital bouleverse l'institution, a fortiori lorsqu'il est demandé à l'hôpital de renverser ses postulats en partant du patient (et non plus de l'offre de soins) et de son environnement (c'est-à-dire un territoire avec des acteurs d'autres disciplines, porteurs d'autres légitimités). Par conséquent, un nouveau management hospitalier se dessine. Un ingénieur pourrait dire du directeur d'hôpital, en charge d'imaginer des processus de santé mentale, qu'il a à sa disposition les outils de management suivants : des protocoles, des parcours de santé<sup>91</sup>, des produits (les soins imaginés), des procédures (au premier rang desquelles la gestion des risques et la

---

<sup>90</sup> Des modèles intégrant l'industrie pharmaceutique sont à construire dans une dimension éthique nouvelle. Par ailleurs, le recours aux technologies de santé et les partenariats avec le monde de l'entreprise, jusqu'alors culturellement empêchés, se dessinent.

<sup>91</sup> Les parcours sont assimilables aux procédés (terme retenu dans l'industrie).

qualité) et de la prévention. Encore faudrait-il ajouter que ce directeur, pilote de l'organisation, ne peut porter de changement sans « convertir » ses collaborateurs et les médecins de la nécessité d'adhérer à une modélisation<sup>92</sup> de l'organisation territoriale de la santé mentale (avec les pôles d'activité des institutions hospitalières, les territoires de proximité,...) et à la nécessité de concevoir et d'étudier la mise en œuvre des outils technologiques<sup>93</sup> qui vont correspondre à cette organisation.

### **3.1.1 Les réseaux de santé mentale**

En préambule, il convient à ce stade d'insister sur la nécessité de privilégier le fonctionnement en réseau pour mettre en cohérence l'action de l'ensemble des partenaires de la santé. En effet, le réseau de soins constitue actuellement la forme la plus aboutie de coopération des acteurs de soins au bénéfice du patient<sup>94</sup>.

La notion de réseau de soins n'est pas nouvelle en psychiatrie puisque depuis 1960, s'est développé, pour assurer la continuité des soins, le réseau généraliste sectoriel autour du patient. Il ressort cependant des entretiens avec les médecins psychiatres<sup>95</sup> engagés dans cette voie que cette modalité se voit conférer, aujourd'hui plus que jamais, une pertinence particulière en santé mentale, en raison de la prééminence des notions de continuité et de qualité des soins sur d'autres principes. L'évolution nécessaire vers la prise en compte de la trajectoire des patients et vers une diversification des stratégies de soins oblige à promouvoir un décloisonnement des dispositifs, ainsi que toutes les formes de coopération entre l'ensemble des acteurs susceptibles d'intervenir au long du parcours des patients. Le réseau apparaît par nature comme le moyen d'assurer le « maillage » garantissant la mise en cohérence entre les diverses formes de partenariats.

A ce stade de l'analyse, il faut sans doute de définir ce que l'on entend par réseau de santé, l'objet de ces réseaux et distinguer leur degré de formalisation.

Pour la coordination nationale des réseaux, ces derniers « constituent, à un moment donné, sur un territoire donné, la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les

---

<sup>92</sup> Cette modélisation est elle-même largement portée par des médecins. L'influence croissante de cette pensée chez les psychiatres est relayée dans le périodique « *PLURIELS* » de la MNASM.

<sup>93</sup> Ce sont les outils qui permettent d'accompagner les patients à distance dans leurs territoires, de mieux gérer et partager les connaissances professionnelles,...

<sup>94</sup> Ainsi, le réseau est-il incontournable dans les projets d'amélioration de la prévention et de la réponse à la crise.

<sup>95</sup> Entretiens avec trois PH psychiatres du CHGR de Rennes : le Dr Levoyer, du secteur G03, a développé des actions de réseau et des partenariats nombreux à partir du CMP St-Exupéry (nord de Rennes), le Dr Aresu, médecin DIM assure des activités extrahospitalières pour le secteur G04, et le Dr Le Barzic, actuellement sur G03 mais ayant une expérience d'autres pratiques sectorielles. Ces entretiens confirment par ailleurs que l'animation d'un réseau de partenaires est une des missions des CMP et la multidisciplinarité une de leurs raisons d'être.

besoins des individus et les possibilités de la communauté ». Consacrés sur le plan législatif<sup>96</sup>, ils poursuivent un triple objectif :

- Faciliter la coordination et la complémentarité entre les acteurs,
- Mettre fin aux pratiques cloisonnées, juxtaposées et/ou hiérarchisées,
- Viser la participation de tous, sans exclusive.

Les réseaux concourent ainsi à la recherche de la meilleure utilisation des ressources de santé (par la diminution du nombre des hospitalisations ou la durée de ces dernières), de l'amélioration de la qualité de vie des malades (qui se sentent mieux chez eux qu'à l'hôpital) et de la qualité du travail des professionnels, tant en ville qu'à l'hôpital.

Il convient aussi de différencier les réseaux en fonction du regard qu'ils portent sur l'organisation des soins. Ainsi, le réseau de type interstitiel<sup>97</sup> permet aux professionnels de mieux se coordonner en s'appuyant sur une (re)connaissance des spécificités de chacun, sur des formations et des formes variées de soutien. Le réseau de type substitutif<sup>98</sup>, quant à lui, propose aux pouvoirs publics un autre mode d'organisation des soins qui concernera ses professionnels de santé adhérents.

Il en découle une double typologie de réseaux :

- les réseaux de santé dont le but est l'amélioration de la santé des personnes, qui favorisent leur qualité de vie et leur autonomie,
- les réseaux et filières de soins, dont on parle beaucoup dans cette période de rationalisation des dépenses, qui viseraient avant tout, selon de nombreux auteurs, la réduction des dépenses de l'Assurance - Maladie. Il va de soi que sur cette question aussi, il faille dépasser les oppositions idéologiques au profit d'une action proche de la réalité : la mise en œuvre de filières de soin constitue avant tout un instrument privilégié pour agir sur la coordination des soins.

---

<sup>96</sup> La loi du 4 mars 2002 (article L6321-1 du CSP) en donne la définition suivante: *"Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations."*

<sup>97</sup> Pour la coordination nationale des réseaux, la fonction « interstitielle », « vise à apporter une réponse à certains dysfonctionnements du système actuel d'offre de soins, sans remettre nécessairement en cause celui-ci ».

<sup>98</sup> L'alternative organisationnelle qu'il propose se substitue alors aux actes médicaux (et/ou paramédicaux) de la nomenclature de la Sécurité Sociale lorsque les actes de soins habituels ne permettent pas l'accompagnement nécessaire à certaines situations pathologiques.

Les textes distinguent à ce jour les réseaux inter établissements, les réseaux ville hôpital monothématiques<sup>99</sup>, les réseaux de santé de proximité<sup>100</sup> et les réseaux de soins<sup>101</sup>. Les réseaux apportent un soutien :

- à la personne malade ou à ses proches, par l'accompagnement, l'aide dans la recherche de services et la mise en œuvre d'activités complémentaires (groupes de parole, redynamisation...),
- aux professionnels (des champs de la santé et du travail social) en leur permettant, par la formation et les réponses à leurs demandes, d'accompagner des personnes qu'ils n'auraient pas pu continuer de suivre sans le réseau.

Le gestionnaire hospitalier, garant de la continuité des soins, va être amené à coordonner autour du patient des stratégies de soins complémentaires. Pour cela, il doit initier ou rejoindre une pratique de réseau, soit au service d'une population particulière (adolescents, personnes âgées, personnes précaires,...) ou encore pour la prise en charge d'un besoin de santé publique (conduites addictives, prévention du suicide,...). Il faut faire avancer l'idée défendue par les psychiatres hospitaliers que « le secteur de psychiatrie est l'organisateur naturel, le fédérateur et le centre de référence des actions qu'il mène en réseau dans le champ de la santé mentale »<sup>102</sup> parce que la nature des troubles psychopathologiques et l'extension des connaissances en psychiatrie vers le domaine des sciences humaines permettent aux psychiatres de « disposer d'une compétence particulière sur les questions de prévention, d'éducation pour la santé et de formation »<sup>103</sup>. Certains reconnaissent au secteur de psychiatrie une autre légitimité à développer ce type de pratiques dans la mesure où le réseau reprend certaines notions développées il y a de cela longtemps par les pionniers du travail sectoriel comme la mise à disposition des patients de moyens thérapeutiques diversifiés et complémentaires, au plus près de leurs besoins.

---

<sup>99</sup> Constitués entre professionnels de la ville et de l'hôpital, ces « réseaux pionniers » ont d'abord eu pour objet la prise en charge des personnes atteintes du VIH et des toxicomanes. Ils adoptent le plus souvent le statut d'association relevant de la loi du 1er juillet 1901

<sup>100</sup> Centrés sur les populations, ces réseaux ont développé parallèlement à la prise en charge médico-sociale des personnes une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils associent les services publics locaux, les professionnels de santé et les associations autour de projets de diagnostic, de prévention et de formation. Ils sont généralement constitués sous la forme associative.

<sup>101</sup> Ce sont les réseaux expérimentaux visés par le code de la sécurité sociale. Centrés sur le soin et des pathologies très spécifiques, ils doivent faire l'objet d'un agrément ministériel. Actuellement, peu de réseaux bénéficient de cet agrément

<sup>102</sup> Entretien avec le Dr. David Levoyer, PH psychiatre du CHGR.

<sup>103</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002

Les difficultés sont nombreuses. D'une part, le réseau est consommateur de ressources (de temps notamment). D'autre part, une fois dépassé le stade des longues négociations entre les acteurs et celui de la formalisation du réseau, il faut encore faire « vivre » ce dernier et procéder aux nécessaires ajustements. Enfin, les modalités de financement des réseaux par les ARH et les URCAM n'apparaissent pas sécurisées<sup>104</sup>. Toutefois, les difficultés sont peut-être davantage d'ordre culturel. En effet, la reconnaissance du pouvoir et des marges des manœuvres des autres acteurs et institutions, la capacité à s'adapter à l'incertitude née des décloisonnements et de l'enrichissement du système d'information<sup>105</sup> ou encore le partage du pouvoir (et du « patient ») sont parmi les freins invoqués ou inavoués, notamment au développement des réseaux ville hôpital en santé mentale qui se fondent souvent sur des liens particuliers développés par certains praticiens hospitaliers avec les partenaires extérieurs.

Pourtant, des formes souples de réseau sont unanimement reconnus pour leurs bénéfices pour l'institution hospitalière et le patient. Ainsi en est-il des expériences, aux degrés de formalisation variables, qui prolongent le travail de secteur. L'exemple du conseil de secteur<sup>106</sup> est de celles-là. Il vise à l'organisation d'un partenariat de terrain entre toutes les parties concernées par les troubles psychiques en fonction de l'objet de ce réseau : médecins libéraux, acteurs sociaux et médico-sociaux (services du conseil général, villes, restaurants sociaux, établissements d'aide par le travail, instituts médico-éducatifs, associations de soutien aux publics en situation de précarité, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, foyers à double tarification,...), associations de patients et familles, élus et responsables locaux, Protection judiciaire de la jeunesse, unités de soins psychiatriques, autres établissements de santé publics et privés (en veillant à y représenter les métiers non médicaux comme ceux de sages-femmes, d'infirmiers ou encore de psychologues,...). Son objectif est de trouver la meilleure adéquation possible entre les besoins réels et les moyens existants sur le terrain de la santé mentale, et d'élaborer les projets utiles au travers de rencontres, de commissions de travail régulières et d'une réunion annuelle de l'ensemble des intervenants. Ses travaux sont ouverts à toute personne concernée à titre personnel ou professionnel.

De la complémentarité ne doit pas naître la confusion ou la polyvalence. L'important est de conserver des liens inter et supra institutionnels indispensables à l'étayage du patient qui doit « identifier ce réseau comme un contenant protecteur et non comme une

---

<sup>104</sup> Les mesures introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, qui permettaient d'accompagner la mise en oeuvre des réseaux dont ceux du le champ de la santé mentale, dans une perspective ville/hôpital et santé/social, sont à nouveau fragilisées.

<sup>105</sup> Le réseau impose un système d'information plus complet avec cinq flux : descendant, ascendant, horizontal, représentatif et extérieur

<sup>106</sup> L'expérience de l'équipe de psychiatrie publique du 6ème secteur des Yvelines offre une illustration concrète de cette pratique

nasse »<sup>107</sup>. Le développement du réseau doit donc être progressif et les responsables du réseau doivent prévoir une réponse graduée.

Une technologie minimale doit être mise en œuvre à partir de la modélisation de la trajectoire du patient afin de définir les modalités de son accompagnement en fonction de l'évolution de sa pathologie et de son environnement social. Le travail des équipes de psychiatrie peut ainsi constituer le fil rouge de la prise en charge sans agir constamment en première ligne. Chaque institution peut tour à tour être le centre de gravité de la prise en charge, sachant que ce pôle peut se déplacer d'une institution à une autre lors du parcours du sujet.

Enfin, l'évaluation des réseaux doit être préfigurée dès la genèse du projet, au regard des résultats attendus, et être déployée sur une certaine durée. La préconisation la plus répandue est celle d'une évaluation conduite par un tiers extérieur au réseau afin de garantir l'objectivité de la démarche pour tous les partenaires.

### **3.1.2 Le soutien aux soins de suite, de réadaptation et de réinsertion spécialisés**

Le secteur fonctionne encore trop souvent selon un modèle médico-psychologique induisant une disjonction entre la logique de réinsertion et la logique de soins. Certaines équipes de psychiatrie considèrent qu'elles n'ont plus à intervenir directement après la phase aiguë. D'autres poursuivent les prises en charge sur des périodes très longues et ce sont alors les acteurs sociaux ou médico-sociaux qui se plaignent d'un manque d'articulation.

La problématique des soins de suite<sup>108</sup> est une illustration de la complexité à articuler les dimensions sanitaires, sociales et médico-sociales portées par des promoteurs aux statuts différents et à développer une véritable offre de soins dans la communauté qui privilégie la prise en charge sociale avec l'appui de la psychiatrie. La logique de réinsertion ne peut, en effet, être disjointe de la logique de soins. Cette logique est partagée par bon nombre de psychiatres et leurs équipes qui travaillent la sortie dès le début de la prise en charge et se fixent des limites à leur intervention. Par contre, l'accompagnement « psycho-socio-familial »<sup>109</sup> est très ouvertement en débat : s'il ne fait pas de doute que les soins de suite en psychiatrie sont à même de développer les

---

<sup>107</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002

<sup>108</sup> L'idée de suite suppose une intervention dans des milieux peu ou pas psychiatisés mais dans lesquels le soin doit être poursuivi.

<sup>109</sup> Entretien avec le Dr Kanas, MNASM

habiletés sociales du patient, la communauté des psychiatres semble penser majoritairement que l'accueil à l'hôpital de jour suffit à atteindre cet objectif

Le maintien de la stigmatisation et de la dépendance de la personne à l'égard de la psychiatrie et la faiblesse des dispositifs sociaux et médico-sociaux ou leur inadaptation à certains malades mentaux sont à l'origine de l'effet iatrogène des prises en charge à long terme<sup>110</sup>. En réponse, les centres hospitaliers disposant d'unités psychiatriques s'efforcent de combler les lacunes dans l'offre de soins. Elles se substituent ainsi aux structures sociales et médico-sociales, sans pour autant répondre correctement aux besoins d'insertion.

Les soins de réadaptation, maillon indispensable à l'issue de la prise en charge psychiatrique (y compris dans son versant soins de suite), permettent une autre prise en charge soignante, avec des compétences complémentaires. La psychiatrie y garde une place de choix, ce champ considérant que les soins en psychiatrie favorisent la réadaptation et l'insertion de la personne.

De manière concrète, deux angles d'amélioration peuvent être retenus :

- Du point de vue des patients : la proposition des experts<sup>111</sup> peut être reprise. Certains patients pourraient durant leur prise en charge, être admis de manière séquentielle dans des établissements médico-sociaux afin qu'un regard différent soit porté sur leur trouble et qu'un projet de vie soit élaboré dans ses différentes composantes. Ceci pourrait être envisagé de manière inverse : des sujets ayant des pathologies lourdes confiées de façon très longue au secteur médico-social pourraient bénéficier d'un accueil là aussi séquentiel et régulier dans une structure psychiatrique. Une observation y serait réalisée (ou une mise à jour des évaluations cliniques antérieures) et la prise en charge pourrait être éventuellement infléchie ou réadaptée ;

- Du point de vue des agents hospitaliers, le travail mené dans le cadre de la réflexion sur l'offre de soins ouvre des perspectives concrètes. Ainsi, des prestations de soutien aux professionnels en charge du « post-aigu » peuvent être assurées par les psychiatres, les psychologues, les personnels éducatifs et socio-éducatifs et les infirmiers hospitaliers. Par ailleurs, ces mêmes agents pourraient être affectés à d'autres structures médico-sociales, sociales et sanitaires, dans le cadre de conventions réciproques. L'imprégnation de nouvelles modalités de travail favoriserait l'importation des savoirs et des connaissances dans l'institution à laquelle appartient initialement le « soignant ». Il

<sup>110</sup> Etant entendu que les prises en charge à long terme sont pertinentes pour une minorité de patients selon la communauté médicale.

<sup>111</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

apparaît nécessaire que l'effort des hôpitaux pour se renforcer en personnels sociaux et éducatifs se poursuive afin d'améliorer la pluridisciplinarité des équipes et favoriser la qualité des échanges avec les partenaires

L'accueil du patient à l'hôpital sur une période transitoire peut être l'occasion de préparer un projet de vie comme au sein de l'unité ATED<sup>112</sup> de l'Hôpital psychiatrique de Charcot qui prend en charge des adultes autistes présentant des troubles du comportement importants. Dans cet exemple, après une phase de stabilisation de la situation globale de la personne, l'équipe s'attache à rassembler les conditions les plus optimales pour son entrée dans un établissement ou son retour à domicile. Le suivi peut perdurer au-delà de la sortie du service et constituer alors un « lieu-ressource » pour les acteurs intervenant auprès de ce patient (famille, établissement médico-social, etc.)<sup>113</sup>.

Par ailleurs, l'intervention des équipes de secteur dans des structures substitutives de domicile, bien que très consommatrice en moyens et en temps de coordination, doit être poursuivie au titre de la continuité des soins jusqu'à ce que des réponses médico-sociales adaptées voient le jour.

Enfin, cette même logique de recherche d'articulation entre les logiques de soins et de réinsertion doit être recherchée pour les patients exclus de l'accès au soin. Les dispositifs de lutte contre l'exclusion montrent très vite leurs limites dès lors que la psychiatrie n'est pas en mesure d'intervenir auprès des équipes pluri-professionnelles en charge de l'accueil des populations en situation de précarité. La présence psychiatrique<sup>114</sup>, infirmière notamment, dans les lieux de passage de ces populations (restaurants sociaux, espaces santé, C.H.R.S., SAMU social, missions locales, foyers, espaces associatifs de rencontre disposant de consignes et de machines à laver,...) prépare les sujets en souffrance à la rencontre avec l'équipe ambulatoire (médecin, assistant social, éducateur,...) et permet d'anticiper bon nombre de crises qui conduisent inéluctablement aux urgences<sup>115</sup>.

---

<sup>112</sup> L'unité ATED de l'Hôpital psychiatrique de Charcot accueille des patients autistes, avec pour originalité de proposer des réponses à la fois sanitaires et éducatives, en prenant en compte la globalité de la demande. Les établissements médico-sociaux yvelinois spécialisés dans la prise en charge de personnes présentant des troubles psychiatriques disposent de personnels éducatifs, de personnels relevant du secteur de la Santé mentale (psychologue et/ou psychiatre) et proposent un projet individualisé.

<sup>113</sup> Schéma deuxième génération des établissements et services sociaux et médico-sociaux, volet « adultes handicapés ». Compte-rendu du groupe de travail n°3 : « comment articuler le suivi psychiatrique et la prise en charge médico-sociale pour les adultes handicapés mentaux présentant des troubles psychiques ? ». Conseil général des Yvelines.

<sup>114</sup> Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité (EMPP) ont vu le jour en 1995 et 1996, mais leur développement s'est accéléré suite à la publication de la circulaire du 25 novembre 2005, qui pose le cadre de leur intervention, et grâce au financement du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, source Hospimédia du 17 juillet 2007.

<sup>115</sup> La réponse de la psychiatrie dans les services d'urgence par une équipe la plus complète possible est en constante amélioration. Le CHGR travaille ainsi sur cette question avec le CHU (et son service d'urgences) : lits de crise, accès aux lits porte, prise en charge personnalisée, gardes de psychiatres du CHGR au SAU du CHU,...



Les résultats d'une enquête récente<sup>116</sup> révèlent une diversité de dénominations, une variété de rattachement et une disparité dans la composition des équipes en charge de l'accompagnement des personnes précaires. Il faut ajouter que la dynamique d'établissement et les modalités d'intervention (par une permanence propre, en déplacement dans les structures d'hébergement ou directement dans la rue) induisent largement l'efficacité de l'intervention. Cette étude pointe, là encore, la nécessité de formaliser avec soin l'activité avec les partenaires.

### 3.1.3 La télé psychiatrie

Les applications de télé santé<sup>117</sup> englobent :

- la télémédecine au sens strict – ou médecine à distance – directement liée à la production des soins, constitue la plus grande partie des applications décrites : téléconsultation, télé expertise, télésurveillance, télé chirurgie,
- la téléformation et le téléenseignement destinés aux étudiants et aux professionnels en activité par l'utilisation de la visioconférence et de l'Internet,
- la télé éducation, la télé information et la télé prévention destinées aux citoyens et aux patients dont les vecteurs sont l'Internet et la télévision, qui se développent beaucoup actuellement,
- et enfin les réseaux de soins, organisés pour une population donnée ou une pathologie chronique ainsi que les réseaux dénommés réseau ville hôpital, ou hôpital-hôpital. L'objet de ces types de réseaux étant la communication, le partage et la gestion de l'information médicale entre acteurs de soins.

Le contexte est aujourd'hui favorable au développement de la télémédecine<sup>118</sup> :

- « le vieillissement de la population, le développement de maladies liées à des phénomènes sociaux font que l'on ne peut plus dissocier le domaine sanitaire du domaine social,

---

<sup>116</sup> Enquête par questionnaire de la MNASM adressée à chaque équipe dans le cadre de leur journée nationale organisée au CH Sainte-Anne en mars 2007.

<sup>117</sup> La télématique de santé ou télé santé en abrégiation décline des télé services au bénéfice du citoyen, du patient et des professionnels de santé

<sup>118</sup> Point presse « télémédecine 2000 » de Madame Dominique Gillot Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, le 12 janvier 2001

- la médecine, de plus en plus spécialisée, évolue et les nouvelles pratiques médicales incitent de plus en plus les médecins à coopérer dans le cadre de protocoles de soins,
- les citoyens et les patients eux-mêmes ont de nouvelles attentes. Ils réclament la transparence et une prise en charge globale de leur santé : les soins dispensés par les différents acteurs du système de santé, quel que soit leur statut, public ou privé ne peuvent plus être dissociés ».
- enfin la technique de plus en plus performante garantit la sécurité et la confidentialité des échanges d'informations médicales.

Quelles que soient ses typologies, l'enjeu majeur de la télémédecine est de favoriser et d'accompagner une évolution des pratiques médicales. C'est le passage d'un exercice médical isolé, individualiste, parfois limité au colloque singulier, à une pratique médicale collective, coordonnée, reposant sur le partage de l'information médicale et le partage des connaissances. C'est un mode de travail qui offre des perspectives de rayonnement au-delà des territoires locaux et même nationaux.

Les pratiques nées de la télé médecine peuvent être des vecteurs d'optimisation de l'organisation des soins en favorisant l'intervention de multiples professionnels de santé et leurs interactions. Elles facilitent l'accès à des soins de proximité en apportant des réponses crédibles, sécurisées et réactives<sup>119</sup> qui participent à un autre objectif majeur des politiques publiques, celui de l'aménagement du territoire.

Ensuite, les possibilités ouvertes par la télé expertise ou de la télé formation médicale permettent d'entrevoir autrement la formation continue de nombreux acteurs de santé aujourd'hui isolés ou dans l'incapacité de dégager un temps professionnel pour confronter leur diagnostic à l'avis d'un spécialiste. La télé médecine peut ainsi lutter, même modestement, contre le manque d'attractivité de certains territoires.

Enfin, elle contribue à la maîtrise des dépenses de santé par la définition des stratégies de soins les plus adaptées par les différents acteurs sanitaires pour chaque patient.

Malgré ce potentiel, force est de constater le développement très lent de la télé psychiatrie en France. Elle y apparaît comme le parent pauvre de la télé médecine selon Serge Kannas psychiatre, permanent à la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) et Gérard Massé, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne (Paris) et responsable de la MNASM. Les expériences menées à l'étranger (au Canada, en Finlande, en

---

<sup>119</sup> La télé médecine est en plein essor dans le domaine des urgences ou dans celui de la médicalisation d'événements de grande ampleur isolés géographiquement.

Australie<sup>120</sup> ou encore aux Etats-Unis), comme celles qui se développent en France<sup>121</sup> sont pourtant riches d'enseignement.

Ainsi, un service de télé psychiatrie permet aux clients des régions rurales de « consulter » un psychiatre de la région de Kingston<sup>122</sup> sans que quiconque n'ait à parcourir de grandes distances. À l'aide de systèmes de vidéoconférence des plus modernes, ce service permet aux psychiatres des services de santé mentale du Providence Continuing Care Centre (PCCC) et de l'hôpital de suivre des patients dans ce territoire étendu. Ces spécialistes suivent des personnes de tous âges, aussi bien des enfants et des adolescents que des adultes ayant des problèmes psychiatriques graves et chroniques. Il est possible d'avoir accès à ces services sur recommandation d'un médecin.

Toujours au Canada, depuis des dizaines d'années, l'hôpital SickKids<sup>123</sup> prend soin non seulement d'enfants résidant dans la région mais venant également de tout le Canada, voire au-delà. Désormais, de plus en plus de patients vivant à des centaines de kilomètres de SickKids ont la possibilité d'être examinés par des spécialistes de cet hôpital, sans que ni les patients ni les médecins n'aient besoin de quitter leur région.

Proposer à distance et dans des régions isolées une assistance psychiatrique adaptée est la mission que s'est fixée le Service Hospitalo-universitaire de psychiatrie de la Martinique. Un défi rendu possible par les nouvelles technologies de l'information et de la communication que sont le téléphone portable et la visioconférence. « Plus de liste d'attente, pas d'hospitalisation ni de transfert coûteux, ni de déplacement d'un spécialiste sur les sites médicaux. La télé psychiatrie pourrait réduire de 60% la durée de la thérapie par rapport à la thérapie conventionnelle et diminuerait la fréquence des ré hospitalisations »<sup>124</sup>.

Si la télémédecine s'est développée, « la télé psychiatrie s'est limitée principalement à la formation des psychiatres par visioconférences dans quelques rares universités, fédérations ou laboratoires pharmaceutiques<sup>125</sup> ». Les membres de la MNASM estiment que les obstacles au développement de l'application de la télémédecine à la psychiatrie sont principalement d'ordres culturel, déontologique, juridique, clinique et idéologique.

---

<sup>120</sup> La télé psychiatrie y est présentée comme un support de l'hôpital local

<sup>121</sup> A Saint-Avé (EPSM du Morbihan), à Rouen, au SMPR de Bois d'Arcy, à la maison des adolescents de Paris, au CHU de Grenoble ou à la Guyane dans le cadre du projet européen ISLANDS (Intégréated system for long distance psychiatric assistance and non-conventionnal distributed health services).

<sup>122</sup> Sud-est de l'Ontario, Canada.

<sup>123</sup> Dans la région de Toronto, Canada

<sup>124</sup> Article du CHU de Fort-de-France, in <http://web.reseau-chu.org>

<sup>125</sup>

Les établissements disposant d'une unité de soins psychiatriques doivent être attentifs aux développements opérés par les institutions déconcentrées (ARH et URCAM notamment) sur les systèmes d'information de type plateforme de télé santé<sup>126</sup> qui ont vocation à activer des coopérations entre tous les acteurs de santé (médecine libérale, établissements hospitaliers publics et privés,...) pour améliorer la prise en charge des patients. En outre, ces plateformes fourniront à moyen terme des informations de santé à destination des patients et des informations sur le système de santé régional pour les citoyens.

Si la télé psychiatrie doit connaître un développement, les questions de responsabilité médicale et de reconnaissance de cette nouvelle forme d'activité médicale, en termes de codification et de tarification, doivent toutefois être réglées au plus vite pour ne pas entraver les initiatives qui pourraient être prises.

### **3.1.4 Animer le territoire de santé, de coopération et de communication**

L'approche territoriale devient incontournable. Alors que la carte sanitaire posait des limites géographiques de régions, de secteurs sanitaires en fonction de la nature des activités (équipements lourds, structures de soins, lits et places, pathologies), le territoire de santé est une notion qui découle de plusieurs analyses. Celle du PMSI, notamment, qui permet d'observer le recrutement des patients et donc l'attractivité de l'établissement. Cette notion découle aussi de principes : celui de la complémentarité entre les acteurs qui offrent du soin, celui de la gradation des soins, celui du décloisonnement ou encore celui de la subsidiarité. L'émergence du territoire accompagne (à moins qu'il n'en soit à l'origine) des évolutions majeures comme le regroupement d'établissements, les coopérations, les partages d'équipements et peut-être finalement le recentrage sur la fonction soignante. Ces territoires sont en quelque sorte les conséquences de contraintes (budgétaires, ressources médicales ou paramédicales en certaines régions) et de prises de conscience de la nécessité d'engager une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins et des pratiques (les EPP procèdent de cette analyse).

Le territoire de santé est au point de rencontre précis des principes nouveaux qui émergent (gradation et complémentarité) et des impératifs de sécurité et de qualité que la société et le patient imposent à l'organisation. Ces forces se conjuguent pour déterminer les territoires.

---

<sup>126</sup> La plateforme de télé santé de Bretagne, construite sur le réseau haut débit MEGALIS et accessible par Internet, est développée sous la Maîtrise d'ouvrage de l'ARH Bretagne, de l'URCAM et de L'URML et sous la Maîtrise d'oeuvre du Syndicat Inter hospitalier de Bretagne. De nombreux services vont progressivement enrichir la plate-forme de télé santé. Source : <http://www.telesantebretagne.org>

Le territoire est donc mouvant, d'autant qu'il faudrait ajouter aux éléments précédents son évolution sur les plans temporel et spatial. Les responsables de centre hospitalier se voient proposer les défis nouveaux d'imaginer, de définir et d'animer les territoires de santé. L'opportunité leur est donnée, à travers les redécoupages des secteurs<sup>127</sup> de poser le projet politique de leur établissement en ces termes. Le territoire devient donc un enjeu majeur pour l'organisation et la mise en œuvre des pratiques médicales. A ce titre, il peut être sujet à « polémique » entre les gestionnaires et les médecins qui peuvent faire valoir des visions différentes (et toutes deux légitimes) des contours de l'organisation.

La territorialisation de l'action amène à s'interroger sur l'environnement du patient et du citoyen, à savoir les établissements de soins, les médecins de ville, les acteurs médico-sociaux et sociaux, les associations d'usagers et de familles de patients, les acteurs de prévention mais aussi les collectivités locales. Le diagnostic conduit aussi à isoler les freins aux approches globales et l'état des cloisonnements dans les prises en charge. Les centres hospitaliers doivent ainsi prendre une part active à la création d'outils de communication communs aux acteurs impliqués sur le territoire. La nécessité de cette communication n'apparaît pas immédiatement tant les jeux d'acteurs restent prégnants. Cependant, cette fonction est cohérente avec les orientations nationales en matière de participation des usagers au système de santé et répond à la volonté des pouvoirs publics et des professionnels de la psychiatrie de lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques. L'expérience de Psycom 75<sup>128</sup> procède de cette analyse mais sa structuration juridique n'est sans doute pas la plus adaptée à des territoires plus vastes ne concentrant pas autant d'établissements. Il n'en demeure pas moins que la communication sur le dispositif public de soins spécialisés en santé mentale est largement perfectible en de nombreux points du territoire national et que la culture hospitalière de la discrétion se heurte à ce qui apparaît trop souvent comme de la promotion institutionnelle.

La coopération sur ce territoire, outre celle plus ou moins formalisée dans des pratiques de réseaux ou de partenariats entre établissements de santé, doit aussi se focaliser sur la relation entre la médecine de ville et l'hôpital psychiatrique. Les psychiatres de ville s'estiment « peu reconnus » et reprochent aux praticiens hospitaliers d'associer leur

---

<sup>127</sup> Le CHGR s'est ainsi emparé d'une demande de l'ARH de redécoupage sectoriel pour imaginer de nouvelles modalités d'action au-delà de la création d'un neuvième secteur psychiatrique, en anticipant la chute de la démographie médicale, en observant le recours aux soins et l'attractivité pour les professionnels et en s'intéressant de près aux habitudes des usagers et à leur modes de vie dans les territoires ruraux et urbains de l'Ille-et-Vilaine.

<sup>128</sup> Le Psycom 75 est un Syndicat Inter hospitalier de communication externe, qui regroupe les 4 Établissements Publics de Santé Mentale du Département de Paris (Sainte-Anne, Esquirol, Maison Blanche, Perray Vaucluse) et l'Association de Santé Mentale du 13<sup>ème</sup> arrondissement (ASM13). Il a été créé afin de mieux faire connaître la réalité des troubles psychiques et le dispositif de soins offert par le service public. Il s'adresse aux patients et à leur famille, mais aussi aux médecins généralistes et spécialistes, aux psychologues, soignants, travailleurs sociaux et aux associations

exercice professionnel à « des prises en charges mineures » alors qu'ils estiment « participer au service public de santé mentale »<sup>129</sup>. Par ailleurs, un profond sentiment d'insatisfaction se dégage d'une enquête<sup>130</sup> récente sur l'exercice professionnel libéral en clinique : qualité de travail (dégradé pour 58% des répondants), charge de travail (pour 80%) et revenus (pour 59%). Cette enquête révèle également une forte demande « quant à la juste rémunération des tâches supplémentaires » qui s'ajoutent aux fonctions purement cliniques, selon Jean-Michel Eon, secrétaire général du SPF, qui relève aussi un vieillissement des praticiens. La coopération s'inscrit donc dans ce contexte délicat.

Enfin, l'émergence du territoire ne peut prendre sens et efficacité que dans la pleine adhésion des élus locaux. Les établissements publics de santé mentale ont déjà une proximité avec les conseils généraux dont les exécutifs président leur Conseil d'Administration. D'autre part, l'implication des centres hospitaliers spécialisés dans le développement de structures d'aval médico-sociales les rapproche encore de la collectivité départementale. Au-delà de ce niveau de relation institutionnelle, l'hôpital doit saisir l'opportunité d'engager une concertation avec l'ensemble des élus pour un projet d'exercice communautaire de la psychiatrie. En effet, les collectivités et les pouvoirs publics reconnaissent le secteur psychiatrique comme référent pour organiser la prise en charge soignante des patients. Pour autant l'approche globale des besoins de ces derniers nécessite que les élus interviennent et s'impliquent pour « mettre en oeuvre un plan cohérent d'intégration sociale (soin, logement, insertion...) pour lequel la psychiatrie seule n'est pas compétente »<sup>131</sup>.

Il demeure que les obstacles et les malentendus sont nombreux lorsqu'il s'agit d'agir de façon concertée, notamment dans le champ de la prévention qui réunit naturellement l'ensemble des acteurs compétents et légitime du territoire. Une énergie importante devant être dégagée dans la formalisation des coopérations, les directeurs d'hôpitaux (et en première ligne le chef d'établissement), peuvent utilement dégager un axe d'intervention professionnelle sur cette question.

### **3.1.5 Formaliser le travail auprès des personnes âgées concernées par les soins psychiatriques**

---

<sup>129</sup> Entretiens auprès de trois psychiatres libéraux rennais (juin et juillet 2007) qui insistent par ailleurs sur la participation des psychiatres libéraux à des gardes en de nombreux points du territoire national. Ils réfutent toute tentative de « réduction de leur activité à la prise en charge de dépressions et de patients anorexiques ».

<sup>130</sup> Enquête menée en octobre 2006 par le syndicat des psychiatres français (SPF) auprès des psychiatres libéraux exerçant en clinique (diffusée sur le site du syndicat), source *Hospimédia* du 28 août 2007.

<sup>131</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/O2 : « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

Il s'agit d'approcher globalement, sur le plan psychique, la personne qui avance en âge afin qu'elle demeure actrice de sa vie. Dans cette conception de l'individu (qui n'est pas seulement un patient), l'environnement est un facteur de prévention de l'isolement et de préservation du lien intergénérationnel.

S'agissant de santé mentale, de psycho gériatrie ou de géronto-psychiatrie<sup>132</sup>, l'articulation entre les professionnels concernés et notamment entre les médecins généralistes, les gériatres et les psychiatres, est essentielle en termes de complémentarité des compétences, pour répondre au mieux aux besoins des personnes. Si le médecin généraliste est l'intervenant de première ligne, la difficulté de faire appel aux psychiatres ou aux gériatres, notamment en milieu rural, légitime l'intervention du centre hospitalier disposant d'un service de psychiatrie.

Tout d'abord, en ce qui concerne les besoins identifiés en psycho gériatrie, l'accent peut être à nouveau mis sur la prévention (par l'information, l'éducation sanitaire, la communication sur les réseaux et les professionnels mobilisables) à partir des centres locaux d'information et de coordination (CLIC) pivots dans ce domaine. La lutte contre l'exclusion et l'isolement, le dépistage précoce et le traitement des facteurs de risques relevant davantage de l'exercice du médecin généraliste, l'hôpital psychiatrique doit davantage se positionner en « centre de ressources » à disposition des intervenants soignants, médicaux et sociaux de première ligne du fait de ses compétences internes en gériatrie et psychiatrie. En matière de prise en charge, la préoccupation médicale est celle liée à la comorbidité. Les experts consultés<sup>133</sup> mettent en avant « l'intrication des pathologies » qui nourrit un « besoin de consultations conjointes : gériatrique, psychiatrique et neurologique ». Ce besoin induit le développement d'offres de soins construites dans la coopération :

- Le développement de consultations gériatriques dans les services de psychiatrie et inversement, ainsi que des consultations externes<sup>134</sup>.
- L'intervention des équipes du secteur psychiatrique dans les services de gériatrie ou les EHPAD. Ce travail de liaison auprès des équipes ou des personnes accueillies, largement engagé ne peut à ce jour être étendu faute de moyens suffisants.
- Le développement des hôpitaux de jour pour personnes démentes est inéluctable à terme car ces patients relevant de la gériatrie nécessitent souvent un transfert pour une prise en charge en psychiatrie<sup>135</sup>.

---

<sup>132</sup> Définition des concepts dans le glossaire en annexe du mémoire.

<sup>133</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/O2 : « Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

<sup>134</sup> Le développement de telles structures au Canada est intéressant (cf. l'hôpital St Mary de Montréal pour les patients âgés dépressifs).

<sup>135</sup> Entretien avec Christian Marrec, Directeur des soins. Les exemples d'hôpitaux de jour et de structures extrahospitalières sont nombreux, ainsi l'EPS Maison Blanche a-t-il déployé un centre de jour pour personnes âgées (Paris X) et le CHS d'Alençon a mis en place un CATTTP dédié dont les résultats sont satisfaisants (amélioration des fonctions cognitives, correction de l'apathie et de la dépression, améliorations sur la motivation et les affects).

Ensuite, les besoins identifiés en géronto-psychiatrie peuvent essentiellement être traités sur les plans de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital par le développement des pratiques intersectorielles et transectorielles (développement des compétences d'un secteur au service d'un autre). Un travail en réseau pour l'amont et l'aval des épisodes aigus serait à même, selon les psychiatres questionnés, de restreindre de façon importante les besoins en lits d'hospitalisation de géronto-psychiatrie.

Enfin, le travail en réseau (voire inter réseaux) apparaît essentiel pour les généralistes et experts médicaux en gérontopsychiatrie et psycho gériatrie car il est le seul garant d'une prise en charge globale et efficace de la personne âgée.

### **3.2 Poursuivre le développement de la prévention et des soins ambulatoires**

La santé mentale étant conditionnée par « un environnement valable, un développement harmonieux, une famille équilibrée, un réseau social sécurisant et stimulant, une bonne hérédité et des mécanismes de défense adéquats »<sup>136</sup>, sa préservation ou sa restauration ne peut s'opérer dans la seule prise en charge curative, hospitalière ou libérale. La notion de prévention, empruntée à la santé publique, suppose que l'on puisse contrôler l'apparition et l'évolution des maladies et que l'on appréhende la santé mentale comme valeur sociale, dans une démarche indissociable de celle visant à soigner l'individu en intégrant au mieux son environnement et ses contraintes.

Le développement de structures extérieures à l'hôpital, très marqué et permanent, ne doit cependant pas se faire sans une réflexion poussée sur les pratiques actuelles ou encore au détriment des grands principes de notre système de santé. Ainsi, l'accessibilité et la continuité des soins en structure dite « alternative à l'hospitalisation » ne sont pas nécessairement mieux assurés qu'ils ne le sont en intra hospitalier, surtout dans les cas de spécialisation des équipes ambulatoires. De plus, la dérivation sémantique relative à l'activité « extrahospitalière » maintient une référence hospitalière à une activité qui souhaite s'en écarter, au moins dans la philosophie et traduit une difficulté à abandonner ce que certains traduisent comme une vision « hospitalo-centrée ».

#### **3.2.1 Développer la prévention à l'hôpital psychiatrique.**

---

<sup>136</sup> François Cloutier, ancien ministre québécois, ancien directeur de la fédération mondiale pour la santé mentale, in « la psychiatrie à l'heure de la santé mentale », éditions ERES, 1994, page 26.



Tout d'abord, il faut noter que la prévention en psychiatrie se heurte à un objectif central que la société lui a longtemps assigné, à savoir une contribution au maintien de l'ordre public par l'enfermement. Ensuite, avant de définir le concept de prévention, il est possible de convenir de la réelle impossibilité à engager une prévention visant à interrompre une pathologie psychiatrique, sauf en matière de suicide ou encore auprès de certains publics jeunes.

L'OMS a proposé une définition de la prévention qui s'appuie sur trois notions, celles de prévention :

- primaire : les actes à entreprendre pour prévenir l'apparition des premiers troubles,
- secondaire : le dépistage et la « lutte » contre les maladies mentales avant l'apparition de troubles manifestes,
- tertiaire : les actions ayant pour but de limiter les séquelles d'une maladie et d'éviter la « chronicisation » des troubles ;

Cette définition pose problème en psychiatrie du fait de la diversité des déroulements des pathologies psychiques qui rend difficile toute prévention du développement d'une pathologie et du manque de clarté des signes avant-coureurs des pathologies comme de leurs facteurs épidémiologiques.

Pour autant, la prévention garde une pertinence, même limitée, en psychiatrie car elle peut limiter l'isolement dans la détresse en intervenant le plus précocement possible. Une prévention secondaire précoce par la détection et l'accès au soins peut en effet limiter les conséquences de la pathologie.

En effet, comme le soulignaient Yann Du Pasquier et Jean-Claude Delaporte<sup>137</sup> (1994), « il s'agit de veiller à ce que l'originalité [que la prévention pourrait banaliser] ne s'effondre pas dans le déficit et la marginalité dans l'aliénation, ce qui, en l'absence de soins ou du fait de soins trop tardifs est l'évolution inéluctable des troubles graves de l'enfance ».

La prévention doit donc être envisagée comme un évitement de l'aggravation des troubles psychiatriques, ce qui est une mission essentielle de l'hôpital. Mais elle doit aussi être développée dans la formation des professionnels extérieurs aux services de santé mentale hospitaliers.

Ainsi, des moyens nouveaux doivent être alloués aux structures de secteur afin de permettre un véritable « maillage » des interventions de prévention des services de proximité agissant dans le cadre de dispositifs spécialisés : travailleurs sociaux et équipes de santé publique dédiées à l'enfance et aux familles du Conseil Général, Centres Communaux d'Action Sociale, Missions Locales, Protection Judiciaire de la Jeunesse,

---

<sup>137</sup> Cités dans « Travailler ensemble », éditions in Press, p. 14, 2004

institutions éducatives...<sup>138</sup>. L'organisation hospitalière doit davantage se tourner vers une offre de soins spécialisée dans le domaine de la prévention en santé mentale, notamment à travers la création d'équipes dédiées : psychiatre, psychologues à temps plein (meilleure intégration dans les équipes) et personnels paramédicaux.

La pertinence de l'organisation et du projet hospitaliers doit être évaluée au regard d'un objectif de prévention.

Tout d'abord, la question de l'articulation entre la démarche de prévention globale à l'échelle de l'établissement et l'activité clinique qui pourrait tendre vers une segmentation en fonction des symptômes<sup>139</sup> est posée aux communautés médicales et soignantes. La mise en place d'un véritable programme de prévention impose de penser la complémentarité des équipes et des modes d'organisation afin de parvenir au point d'équilibre entre les interventions spécialisées et généralistes de la psychiatrie.

Ensuite, l'adaptation des réponses doit être mesurée. En effet, elle rencontre parfois des limites liées à la sectorisation psychiatrique du fait de sa vocation généraliste ou des chevauchements des territoires d'action publique. Le rapprochement des découpages sectoriels avec les circonscriptions administratives (notamment celles des conseils généraux) et plus globalement avec les territoires vécus par les patients doit être initié par les centres hospitaliers disposant de services de psychiatrie<sup>140</sup>. La formalisation de la répartition du rôle de chacun des acteurs de terrain s'impose du fait de l'expression récurrente par les services hospitaliers d'un sentiment d'être « submergés par l'importance croissante et la pluralité des sollicitations qui s'adressent aux équipes de secteur »<sup>141</sup> et la difficulté dans ces conditions à bien discerner ce qui relève de la prévention. Les fonctions de coordination, souvent préconisées<sup>142</sup>, relèvent de partenariats plus vastes que l'hôpital ne saurait secréter sans le plein soutien, notamment des collectivités locales.

---

<sup>138</sup> Les expériences de l'équipe de la Nacelle dès 1971 à l'initiative de Lucien Bonnafé dans un quartier de Corbeil, du Centre d'Accueil et de crise de Garancière (Hôpital Sainte-Anne) ou encore la création d'un « Espace Santé Jeunes » à l'Hôtel-Dieu plus récemment s'attachent à aider les malades, les familles, les institutions –hôpitaux généraux, cliniques, maternités, services de PMI,...- à jouer leur rôle dans une œuvre de « dé psychiatisation » ou de « désaliénation » (au sens de Bonnafé).

<sup>139</sup> De nombreuses expériences se développent ou sont en projet: les cliniques de la schizophrénie à l'instar de l'exemple canadien, unités troubles envahissants du développement, regroupements des patients chroniques (cf. projet du CHGR),...

<sup>140</sup> Le CHGR a entrepris ce travail à l'automne 2006 en saisissant l'opportunité de l'inscription de la création d'un 9<sup>ème</sup> secteur dans le CPOM signé avec l'ARH de Bretagne. Les scénarii proposés se sont notamment attachés aux dimensions suivantes : population totale, territoires ruraux vs. urbains, circonscriptions de l'action sociale du Conseil Général 35 et découpages des Pays –au sens Loi Voynet-.

<sup>141</sup> Entretien avec le Docteur Levoyer du CHGR, très engagé sur l'activité ambulatoire et le travail de prévention en réseau.

<sup>142</sup> Le rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale » (2002) préconisait ainsi la création d'une fonction de coordonnateur de prévention ou de santé publique chargé de développer les actions de prévention et le travail en réseau. La perspective retenue n'était pas de construire le réseau autour des services hospitaliers et du secteur mais plutôt de permettre à ces derniers de dégager du temps et des moyens pour développer les partenariats nécessaires à ce travail en réseau.

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

Enfin, l'amélioration de l'accès à la prévention des troubles mentaux doit également s'appuyer sur une politique de déstigmatisation de la maladie mentale grâce notamment à l'organisation de journées d'information.

Pour aider les équipes à mettre en oeuvre de ces propositions, il convient :

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

Les problématiques soulevées par le groupe de travail<sup>143</sup> diligenté par la DHOS en 2002 sur la qualification et l'hypothèse d'une prime spécifique pour les personnels chargés de prévention relèvent de la responsabilité ministérielle. Toutefois, des titres et diplômes universitaires ou professionnels complémentaires existent déjà et la formation professionnelle continue gagnerait utilement à explorer le champ des pratiques de prévention.

Par ailleurs, une réflexion sur les activités support de la prévention devrait voir le jour, pour s'enrichir des réflexions conduites par les acteurs du champ des activités physiques et sportives. Dans une démarche d'intégration sociale, la pratique de cette nature à l'hôpital et en lien avec le terrain associatif local peut s'avérer intéressante. La reconfiguration du périmètre d'intervention du ministère de la santé<sup>144</sup> se fait l'écho de l'effort porté dans les directives nationales d'orientation<sup>145</sup> des cinq dernières années en faveur des publics souffrant d'un handicap social, psychique ou physique. Bien entendu, cette réflexion ne manque pas de poser la question des moyens et des qualifications<sup>146</sup> des professionnels ayant vocation à s'intégrer dans une équipe soignante.

Enfin, la valorisation de l'activité de prévention dans les recueils statistiques doit être systématisée afin de promouvoir cette activité et de légitimer les demandes en moyens financiers nouveaux.

### **3.2.2 Améliorer l'accès au CMP, aux soins ambulatoires et à domicile**

---

<sup>143</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

<sup>144</sup> Le ministère est devenu Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports en avril 2007.

<sup>145</sup> Les directives nationales d'orientation (DNO) sont des circulaires qui cadrent annuellement les missions des services déconcentrés de la jeunesse et des sports.

<sup>146</sup> Le Brevet d'Etat d'Educateur Sportif, devenu Brevet Professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport propose est nécessaire pour animer contre rémunération.

Les enjeux de la définition et du choix des modalités de soins ambulatoires et de prises en charge alternatives à l'hospitalisation à temps complet tournent autour du caractère polyvalent ou spécialisé du dispositif sectoriel. Il s'agit de trouver un équilibre entre le respect du principe d'égalité d'accès des populations qui plaide pour un dispositif généraliste et une démarche de santé publique qui procède par objectifs de réponse à des besoins identifiés. Il s'agit aussi d'harmoniser les organisations au sein de chaque établissement, sans « lisser » les pratiques cliniques parce que, d'une part, les modalités de fonctionnement des CMP (amplitude et horaires d'ouverture, implantation, identification, équipement, personnel...) apparaissent hétérogènes et que, d'autre part, le déplacement du centre de gravité de l'activité hospitalière vers la communauté ne bénéficie pas d'indicateurs validés<sup>147</sup>. Par ailleurs, il faut se dégager d'un parcours idéal du patient tant « la dernière marche vers la fin de la prise en charge [est souvent] trop haute [pour le malade] dépendant de l'hôpital qui lie une sortie du CATTP ou la fin des consultations au CMP à une sortie de l'hôpital »<sup>148</sup>. L'accompagnement du patient est, par conséquent, une notion ambiguë car il peut se poursuivre au-delà de la prise en charge<sup>149</sup>.

Avant d'envisager des actions correctives, il semble indiqué de rappeler que l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population suppose une meilleure évaluation de ces besoins que l'hôpital ne peut conduire qu'avec les autorités de tutelle et leurs services techniques compétents.

En termes géographiques, il convient d'organiser l'ensemble de l'offre de soins psychiatriques de manière à assurer une réelle prise en charge de proximité en tenant compte de la démographie médicale et des modes de communication (qui ne sont pas sans induire des coûts pour l'utilisateur par ailleurs). Il s'agit d'amplifier le développement des structures et/ou activités de soins dans la communauté au plus près des lieux de vie et d'activité des populations. Il est utile aussi d'améliorer les interventions précoces à domicile par les équipes de psychiatrie, y compris en cas de crise ou d'urgence. L'allocation des moyens à ce jour est nettement défavorable au dispositif ambulatoire et la mobilité des soignants entre l'intra hospitalier et l'extrahospitalier n'est pas toujours organisée<sup>150</sup>, ce qui peut « chroniciser les personnels »<sup>151</sup> et peut renforcer l'impression d'unités satellites ou d'annexes de l'hôpital. Si l'approche par structure est inopérante (le nombre de CMP ou de CATTP pour un secteur psychiatrique n'est pas inducteur de la

---

<sup>147</sup> La clé de répartition -40% des moyens pour l'intra hospitalier et 60% pour l'extrahospitalier- souvent citée ne peut être un objectif imposé à tous mais une base de comparaison et de suivi.

<sup>148</sup> Roger Buchoul, cadre supérieur de santé, pôle G03 hospitalo-universitaire, CHGR de Rennes.

<sup>149</sup> Les clubs thérapeutiques d'entraide sont parmi ces modalités innovantes qui répondent au besoin de sécurité du patient.

<sup>150</sup> Cette pratique, vivement encouragée au CHGR, est plus aisée avec les cadres qui changent de secteur à l'occasion d'une promotion.

<sup>151</sup> Bernard Raynal, directeur du CHGR, président de l'ADESM, à propos du risque lié au manque de mobilité du point précédent.

qualité des soins recherchée), le travail de relocalisation ou de recomposition de l'offre<sup>152</sup> semble plus pertinent. De nombreuses opérations sont engagées pour relocaliser les CMP (opérations d'investissement des établissements : achats d'immeubles, réhabilitation<sup>153</sup>), les optimiser, les regrouper entre eux ou avec le CATTP ou l'hôpital de jour (HJ). Des créations de CMP peuvent aussi s'imposer sur certains territoires<sup>154</sup>.

Il s'agit aussi de raccourcir les délais de réponse par d'autres modes d'organisation des services en permettant la réponse en temps réel aux demandes qui le justifient – y compris non programmées-, et en augmentant le nombre de jours et les horaires d'ouverture des différentes structures d'accueil.

Les modalités d'accès au CMP doivent être élargies à l'ensemble des acteurs (généralistes, travailleurs socio-éducatifs, spécialistes publics et privés...) et la continuité de la prise en charge assurée, notamment avec le médecin généraliste, mais aussi avec les acteurs des dispositifs sociaux ou médico-sociaux.

L'hôpital de jour, quant à lui, n'a pas connu partout le même niveau de réflexion que celui engagé sur les CMP ou encore les CATTP. Son implantation dans l'enceinte hospitalière et son appréhension comme une modulation de l'hospitalisation complète et non comme une alternative, doivent être systématiquement réinterrogés par les acteurs hospitaliers compétents.

Les interventions à domicile, largement répandues dans les établissements ne connaissent toutefois pas des niveaux d'activité suffisants tant elles sont chronophages et consommatrices en ressources. En préambule, il importe de dessiner les contours de cette notion. Ainsi, « en psychiatrie générale, le domicile vu du point de vue des familles, est un lieu où le patient est chez lui, seul ou parmi les siens, en dehors de toute surveillance médicale continue en règle générale. Il est censé y être un citoyen à part entière »<sup>155</sup>.

Le droit au domicile n'est pas acquis pour les malades psychiques, même si chacun s'accorde sur son influence sur l'évolution favorable de la maladie.

Pour les soignants, la connaissance du milieu de vie du patient est un élément important pour apprécier l'état de sa santé et mettre en place la prise en charge la plus adaptée.

---

<sup>152</sup> Le CHGR travaille ainsi au regroupements de CMP (deux structures réorganisées en une) afin de redéfinir l'offre : amplitudes d'ouverture, complémentarités des équipes,...

<sup>153</sup> Bilan du SROS en santé mentale 2001/2005, rédigé par le Dr Marquis, ARH Bretagne, 2006. A l'échelle de la Bretagne, l'ARH y identifie les relocalisations suivantes de CMP : Landerneau, Morlaix (1 regroupement CMP/CATTP/HJ et 2 CMP relocalisés), Rennes (regroupement CMP/CATTP de Mordelles et Plélan Le Grand), Bégard (Paimpol, Lannion, en cours sur Guingamp), Caudan (CMP commun Blanqui à Lorient, regroupement CMP/hôpitaux de jour à Hennebont), Quimper (3 CMP dans la ville et 3 CMP hors la ville avec des antennes de consultations), Plouguernevel (Plémet-Loudéac).

<sup>154</sup> Pontivy (création d'un CMP Spécialisé en addictologie), Quimperlé.

<sup>155</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

L'intérêt de l'intervention à domicile semble essentiel dans le cadre des situations de crise car elle constitue parfois le seul moyen pour désamorcer cet épisode à risque et prévenir les cas d'urgence au dénouement parfois tragique. L'alliance thérapeutique est alors difficile à obtenir faute d'un consentement systématique du patient replié sur lui-même ou agressif vis-à-vis de son entourage.

Ce type d'intervention est très intéressant du point de vue de la santé publique, mais son coût ne permet pas son développement. Les initiatives ont davantage pour cœur de cible des populations en situation de précarité<sup>156</sup> n'ayant pas de domicile. Pourtant les solutions existent et les expériences menées dans le cadre de l'ERIC<sup>157</sup> dans le département des Yvelines donnent dans ce domaine entière satisfaction. Elles permettent d'éviter des hospitalisations et s'appuient sur l'entourage du patient, véritable auxiliaire de l'équipe médicale mobile.

Par conséquent, les interventions à domicile doivent être développées afin de limiter le recours à l'hospitalisation (ou « préparer » cette dernière quand elle « s'avère incontournable »<sup>158</sup>). Elles permettent aussi le maintien à domicile de patients présentant des troubles graves et persistants hospitalisés à de nombreuses reprises. Enfin, elles sont un préalable nécessaire à l'hospitalisation à domicile<sup>159</sup> (HAD) lorsque l'état de la personne le permet et que l'environnement familial l'autorise. L'HAD est d'ailleurs une voie à explorer, dans la concertation, étant entendu qu'elle est moins que jamais<sup>160</sup> « une façon de libérer des lits à l'hôpital mais [avant tout] le choix du malade »<sup>161</sup>.

### **3.3 Améliorer l'efficacité de l'hospitalisation.**

« La pathologie mentale s'avère, par excellence, une pathologie chronique et [ ] bien plus que dans d'autres spécialités, les affections en cause ont une propension pour ainsi dire naturelle à durer très longtemps : à tort ou à raison, c'est un propos commun, qui occupe

---

<sup>156</sup> La cellule pour les démunis du CHGR travaille après de la population sans domicile fixe de Rennes, notamment à partir des lieux de passage (CHRS, restaurants sociaux, places publiques,...).

<sup>157</sup> E.R.I.C. (Équipe Rapide d'Intervention de Crise), est un Service Mobile d'Urgence Psychiatrique dépendant de l'hôpital qui intervient sur le lieu de la situation de crise chaque fois qu'un partenaire souhaite l'avis ou l'intervention d'une équipe spécialisée du fait de l'intensité ou de la complexité de la situation, face à un problème psychologique ou psychiatrique aigu, ou du fait d'une crise familiale. ERIC assure également la prise en charge des victimes. Cette équipe fonctionne 24h sur 24h et 7 jours sur 7, depuis janvier 1994. L'évaluation de la situation est faite par le médecin régulateur du SAMU avant l'intervention d'une équipe (psychiatre et paramédical). Un travail de suivi (d'environ 1 Mois) est assuré par l'ERIC.

<sup>158</sup> Entretien avec Evelyne Lemoine, cadre de santé, secteur extrahospitalier du pôle G 04, CHGR de Rennes.

<sup>159</sup> La circulaire DHOS/0 n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'HAD précise que les services d'hospitalisation à domicile en psychiatrie « organisent des prises en charge thérapeutiques à domicile, associées s'il y a lieu, à des prestations d'entretien nécessitées par l'état de dépendance du patient ».

<sup>160</sup> Cf. les conditions du développement des places en HAD avant la circulaire précitée qui exigeait la fermeture d'un lit en intra hospitalier pour ouvrir une place d'HAD.

<sup>161</sup> Communication de M. Gérard Raymond, représentant des patients, lors du Colloque organisé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins le 15 juin 2004 à Paris

à la fois les stéréotypes sociaux relatifs à la psychiatrie, les théorisations de cette discipline, et les résultats de l'investigation épidémiologiques<sup>162</sup>». G. Lantéri-Laura démontre aussi à sa manière l'acuité des liens entre tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients qui présentent des difficultés au long cours. L'abord diachronique de la psychiatrie (aigu vs. chronique) en fait sa richesse et sa complexité<sup>163</sup>. Le gestionnaire hospitalier est sans doute davantage à l'aise avec le traitement de problèmes aigus, de la même façon que sa culture de la gestion des risques s'exprime essentiellement dans la gestion des crises. Il peut apprendre beaucoup des psychiatres et des soignants dans son appréhension de la place de l'hospitalisation. Ce domaine de légitimité médicale mérite en effet d'être observé sans dogmatisme par les directeurs.

### **3.3.1 Intersectorialité et coopérations internes.**

L'intersectorialité, fondée sur la spécialisation et la mise en commun de moyens, est une réponse aux surpeuplements qui imposent aujourd'hui d'accueillir un patient hors d'une unité d'hospitalisation relevant de son secteur psychiatrique. C'est aussi une opportunité de travailler à des choix collectifs, à des stratégies thérapeutiques portées par toute la communauté médicale et d'améliorer les prises en charges par la variété des réponses. « Elle représente une évolution organisationnelle permettant le développement de techniques spécifiques de soins aux objectifs ciblés, déployés par un secteur ou par un ensemble de secteurs et mis à la disposition de l'ensemble des patients »<sup>164</sup>. Pour Jean-Claude Pénochet, les demandes qui peuvent être traitées de manière intersectorielle sont nombreuses : l'accueil en urgence, l'accueil mère-enfant, les malades difficiles, les soins aux patients alcooliques et toxicomanes, les pathologies névrotiques anxieuses et dépressives, les pathologies de l'adolescence, les soins aux patients autistes, les actions de réadaptation, etc.

Cependant, de nombreux praticiens hospitaliers mettent en garde contre les glissements trop marqués vers l'extra sectoriel qui s'autonomisent de l'activité sectorielle par la création d'entités totalement indépendantes et une hiérarchisation des soins tournant le dos à la philosophie fondatrice des soins dans la communauté (égalité et continuité des soins).

---

<sup>162</sup>« La chronicité en psychiatrie », Georges Lantéri-Laura, Institut Synthélabo, collection « les empêcheurs de penser en rond », 1997.

<sup>163</sup> G. Lantéri-Laura fait un parallèle avec l'œuvre de C. von Clausewitz et des couples stratégie vs. tactique et défense vs. attaque autour desquels ce dernier auteur organise sa pensée : ces deux couples renvoient eux-aussi à la distinction de la longue et de la courte période (telle que nous la retrouvons aussi dans l'œuvre de F. Braudel).

<sup>164</sup> Jean-Claude Pénochet, secrétaire général du syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH), dans le périodique « Actualité et dossier en santé publique » n°15 du 15 juin 1996, page XVIII.

L'intersectorialité doit donc être conçue comme une offre complémentaire à celle, assez généraliste, du secteur. Les initiatives trans-sectorielles<sup>165</sup> ne doivent pourtant pas être négligées : de ces expérimentations naîtront peut-être des pratiques cliniques nouvelles, adaptées et partagées.

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

L'intersectorialité entre secteurs rattachés à un même établissement peut se traduire par diverses modalités d'organisation : unités fonctionnelles, départements regroupant des unités fonctionnelles à vocation intersectorielle ou encore fédération de secteurs. La fédération hospitalière, en raison de sa souplesse, de la concertation permanente qu'elle suscite et de sa réversibilité, semble la modalité la mieux adaptée à la gestion de l'intersectorialité<sup>166</sup>.

L'intersectorialité peut aussi s'exercer dans le cadre d'une convention<sup>167</sup> liant plusieurs établissements de santé, d'un syndicat inter hospitalier, d'une association Loi de 1901 ou d'une fédération. La fédération médicale inter hospitalière doit sembler être la piste privilégiée. Elle permet de pallier la difficulté à pourvoir les postes médicaux pour les établissements gestionnaires d'un secteur unique ou d'un petit nombre de secteurs posant le problème de la masse critique<sup>168</sup>, et faciliter la gestion de postes partagés. Le plein support de l'institution est nécessaire car la négociation pour l'élaboration d'un projet de soins commun nécessite une méthodologie, l'adhésion des acteurs internes de niveau stratégique et du temps.

Le développement de coopérations internes est un second axe de poursuite de la qualité et de la continuité des soins. L'idée n'est pas alors de formaliser en une nouvelle entité une modalité de prise en charge mais plutôt d'articuler des prises en charges segmentées. Ainsi en est-il de l'articulation entre la psychiatrie infanto juvénile et la psychiatrie générale nécessaire pour assurer la qualité des « passages »<sup>169</sup>.

<sup>165</sup> La trans-sectorialité s'apparente aux pratiques qualifiées d'extra sectorielles, en ce sens qu'elles s'attachent à une spécialisation sur une pathologie ou un mode de prise en charge (clinique de l'anorexie par exemple).

<sup>166</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

<sup>167</sup> Le rapport (cf. supra) préconise aussi un règlement intérieur prévoyant la nature de l'activité, les protocoles d'admission et de prise en charge des patients, les relations fonctionnelles entre les secteurs, les conditions de responsabilité et de coordination médicale, de gestion des personnels, de traitement de l'information médicale...

<sup>168</sup> La masse critique n'est pas aisée à « obtenir » dans certains territoires sur les thématiques de psychiatrie de liaison, du suicide ou encore pour les publics jeunes.

<sup>169</sup> Cette coopération est notamment requise en périnatalité et dans la prise en charge adolescents. Des unités, comme l'Unité de soins et de suivi des jeunes adolescents et des jeunes adultes –USSAJA- du CHGR,



L'accompagnement de ces coopérations nécessite alors la mise en place d'outils de formation commune des personnels, une démarche qualité spécifique soutenue par la direction, un système d'information et une procédure d'évaluation, ce qui suppose bien entendu que les acteurs s'accordent sur les résultats attendus de cette coopération.

Enfin, des coopérations doivent être développées entre la psychiatrie et les autres disciplines médicales : outre la psychiatrie de liaison déjà évoquée, l'amélioration de la prise en charge somatique des malades mentaux doit être poursuivie. Ainsi, le corollaire des dispositifs d'intervention de la psychiatrie auprès des services de soins somatiques doit définir des modalités d'intervention efficaces de ces derniers en faveur des malades mentaux : consultations spécialisées médicales ou chirurgicales, accès au plateau technique,...

### **3.3.2 Imaginer des regroupements par pathologie : les filières<sup>170</sup> de soins.**

En préambule, il convient de souligner que la catégorisation des structures en fonction des pathologies fait débat. En effet, la concentration de pathologies similaires ne recueille pas l'aval de tous les professionnels, certains pensant que « la mixité des populations et des pathologies est un atout permettant des approches des troubles différentes tant pour les usagers, leur famille que pour les professionnels »<sup>171</sup>. Face à l'« embolisation » des lits par des patients chroniques et à la difficulté qu'elle entraîne dans la prise en charge des autres patients, une réflexion s'avère nécessaire pour améliorer l'hospitalisation sans perdre le sens du soin communautaire et risquer une nouvelle dérive « asilaire ».

Les patients hospitalisés qui ne relèvent plus de l'hospitalisation (dans des pavillons dits d'entrants) relèvent de quatre cadres nosographiques<sup>172</sup> :

- les psychoses chroniques stabilisées et de nouvelles pathologies demeurant dépendantes de l'institution (dans l'attente d'une alternative),
- Les personnes âgées détériorées sur les plans physique et psychique en attente d'un service de long séjour,

---

sont des réponses à cette demande d'articulation et de « passerelles ».

<sup>170</sup> " Une filière peut être de santé ou de soins. Une filière est une description de trajectoires : elle peut être définie a posteriori ou a priori. Une filière définie a posteriori résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. Une filière définie a priori résulte soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire. Les éléments de caractérisation d'une filière sont : les "lieux de passage", la quantité d'aide et de soins apportée à chaque niveau, le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés." ANAES, « principes d'évaluation des réseaux de santé, mai 1999.

<sup>171</sup> Rapport du groupe de travail DHOS/02 : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

<sup>172</sup> Typologie proposée par le Dr Gérard Massé, MNASM, périodique « *Pluriels* » n° 19, octobre 1999.

- Les psychoses infantiles et les arriérations parvenues à l'âge adulte,
- Les polyhandicapés et adultes jeunes dépendants (désocialisation, atteinte neurologique).

Alors que certains établissements ont « orienté » leurs unités, d'autres maintiennent des unités où se côtoient toutes les pathologies. « Prendre en compte la chronicité, c'est vouloir résoudre l'insuffisance des moyens extérieurs aux établissements – donc créer des outils », selon le Dr Massé. La rupture avec la communauté ne donne plus alors de place au secteur. « La requalification des unités de court séjour, leur spécialisation par la mise en commun de moyens et de compétences au regard de l'état de dépendance du patient avec une stratégie thérapeutique individualisée »<sup>173</sup> s'impose alors, comme une pratique particulière de la filière de soins.

Dans cette configuration, l'idée d'une articulation avec les acteurs sociaux et médico-sociaux peut faire son chemin. Une réflexion sur la chronicité des patients au sein d'un établissement peut ainsi conduire à initier une démarche de réseau.

La création de filières constitue un instrument privilégié pour agir sur la coordination des soins. En effet, ces filières se construisent autour de pathologies et affections représentatives (et constituent donc un problème de santé publique) supposant une prise en charge séquentielle (et donc interdisciplinaire et interinstitutionnelle). La mise en place de filières adopte une méthodologie de projet ambitieuse et innovante (identification des itinéraires des patients et des ressources, définition de la place du patient et de son environnement, des protocoles de soins et des informations nécessaires à la coordination, élaboration de critères de qualité, voire un système qualité pour la filière considérée,...).

L'approche par filière est résolument moderne. Elle ne doit pas être perçue comme un déni des avancées de la santé communautaire amenées par le secteur psychiatrique. A cette fin, les porteurs doivent veiller à ne pas centrer leurs projets sur les structures, ces dernières devant être considérées comme des outils évolutifs de réponse aux besoins identifiés.

Le raisonnement par filière nécessite toutefois que chacune des institutions soit préparée à l'articulation. C'est en cela que l'approche par pathologie ou groupe de pathologies est susceptible d'engager un travail de réseau au sein d'une filière.

Il n'est pas aisé de procéder à une affectation sanitaire ou médico-sociale de la prise en charge d'un patient. Pour autant, la difficulté à retenir une solution ne doit pas faire barrage à la poursuite de cette prise en charge par d'autres acteurs. Pour le Dr Massé,

---

<sup>173</sup> Entretien avec le Pr. Millet, psychiatre, CHGR de Rennes.

« la délimitation entre le sanitaire prépondérant et le médico-social prépondérant s'appuie essentiellement sur des arguments techniques »<sup>174</sup>.

### 3.3.3 Améliorer l'information médicalisée

Le développement de l'information médicalisée est un objectif européen. En effet, les pays européens se trouvent confrontés depuis quelques années à une augmentation de la demande de services de santé et de services sociaux, due au vieillissement de la population et à l'accroissement des revenus, alors que les budgets disponibles restent limités. Parallèlement, le niveau d'exigence des citoyens et la mobilité des patients et des professionnels se sont accrus. Les quantités importantes d'informations médicales en rendent la gestion difficile pour les pouvoirs publics<sup>175</sup>.

Il apparaît que l'Union européenne vise expressément, à travers les systèmes et services de santé en ligne, une réduction des coûts et l'amélioration de la productivité dans des domaines tels que la facturation et l'archivage, une diminution des erreurs médicales, la réduction des soins non justifiés, mais aussi l'amélioration de la qualité des soins de santé.

En France, un financement rénové de la psychiatrie est en préparation. La Valorisation de l'Activité en Psychiatrie -VAP- modélise la valorisation des activités de soin, la mise en oeuvre des missions d'intérêt général -MIG- communes ou spécifiques à la psychiatrie, la tarification à l'activité ou encore la prise en compte de critères géographiques et populationnels. Les éléments objectifs fournis par le recueil d'informations médicalisées pour le champ de la psychiatrie -RIM-P<sup>176</sup>- vont permettre d'asseoir le financement du compartiment relatif à l'activité en hospitalisation et en ambulatoire.

---

<sup>174</sup> Selon le Dr Massé, si le registre de réponses est à dominante médico-sociale pour les psychoses infantiles, l'arriération et le polyhandicap, les psychoses chroniques relèvent de réponses sanitaires prépondérantes, Pluriels n°19, Périodique de la MNASM

<sup>175</sup> Extrait de la communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social européen et au Comité des régions, du 30 avril 2004 : « Santé en ligne - améliorer les soins de santé pour les citoyens européens : plan d'action pour un espace européen de la santé en ligne » [[COM\(2004\) 356](#) final]

<sup>176</sup> Le recueil porte sur l'ensemble des prises en charge sanitaires, à savoir les prises en charge à temps complet (TC), les prises en charge à temps partiel (TP) et les prises en charge ambulatoires (A). Pour chacune de ces prises en charge, les formes d'activités sont déclinées. Par exemple, pour les prises en charge ambulatoires :

- l'accueil et les soins au centre médico psychologique (CMP),
- l'accueil et les soins dans un lieu autre que les CMP. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social. Cette activité recouvre aussi l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers ; celle-ci doit alors pouvoir être distinguée de l'activité non libérale enregistrée dans cette forme d'activité.

A travers la généralisation du recueil d'informations médico-économiques et le rapprochement des sources d'information et de leurs systèmes d'exploitation, l'objectif majeur des autorités est de permettre l'élaboration et le suivi des politiques de santé en mettant à disposition des décideurs des informations pertinentes sur la répartition et l'évolution de l'offre de soins au regard des caractéristiques de la population<sup>177</sup>.

Ainsi, depuis le 1er janvier 2007, tous les établissements psychiatriques doivent fournir chaque trimestre aux ARH un recueil d'informations médicalisées (RIM-P). Cette première étape de la VAP a toutefois quelques difficultés à s'imposer en raison, d'une part, du coût des équipements informatiques, mais d'autre part, du fait du problème de la formation des personnes chargées de coordonner le RIM-P (comme les DIM) et de l'animer (les médecins et le personnel amenés à coder des actes<sup>178</sup>).

La généralisation d'un système d'information médicalisée performant revêt d'autres enjeux au sein des établissements. Un retraitement de ces informations protégeant le secret médical est nécessaire dans le cadre de la contractualisation avec les pôles. Par ailleurs, comme nous avons pu le voir, l'analyse de l'activité des pôles, avant d'être un levier de pilotage médico-économique pour l'établissement, est avant tout un outil au service des pôles cliniques pour mesurer l'impact de leurs stratégies thérapeutiques ou de leur organisation clinique sur leur capacité à répondre aux besoins de santé. C'est aussi un objet de comparaison, pour défendre des choix ou les infléchir et assumer une responsabilité dans un contexte plus global de solidarité des pôles dans l'institution hospitalière.

Par ailleurs, le développement de la prévention nécessite aussi une meilleure valorisation de cette activité par les outils statistiques et le RIM-P.

La télémédecine pour sa part est exigeante en termes de technologies de l'information. La mise en œuvre de ses applications avec l'intervention d'un tiers technologique génère de nouveaux risques et de nouvelles responsabilités<sup>179</sup> qu'il est important de connaître pour mieux les gérer.

Enfin, la vision communautaire et le travail en réseau qu'elle impose requièrent une compatibilité, une fiabilité et une réactivité des différents systèmes.

Dans la pratique, il apparaît donc qu'une organisation en réseau, tournée vers la suite de la crise et la réadaptation a tendance à « fixer » la personne sur le territoire. Les soins ambulatoires sont incontournables dans cette perspective à partir d'un CMP pro actif.

<sup>177</sup> Plan de Santé Mentale 2005-2008, « 3.2 Améliorer l'information en psychiatrie ».

<sup>178</sup> Jean-Pierre Burnier, secrétaire général de la FHF Ile-de-France et directeur du CH de Gonesse, cité dans Hospimédia du 25 janvier 2007.

<sup>179</sup> Article « la télémédecine vue sous l'aspect juridique, Hospimédia, 25 septembre 2002

L'intégration sociale du patient dans la cité nécessite aussi de traiter la souffrance psychique et psycho-sociale : la prévention en santé mentale prend alors un sens particulier, loin de l'acception bio -médicale classique.

L'hospitalisation, qui dispose d'une place bien particulière dans l'esprit des pères fondateurs de la sectorisation (un moment dans la trajectoire du patient), recherche une efficacité nouvelle dans son contexte de tension. Les psychiatres ont beaucoup à dire sur ce sujet au cœur de leur légitimité professionnelle. Les gestionnaires peuvent les aider à arrêter des choix, notamment en mettant à leur disposition des outils d'analyse.

## Conclusion

La psychiatrie est à la santé mentale ce que la médecine est à la santé publique. « La psychiatrie appartient au champ du soin : elle repose sur une analyse psychopathologique qui prend en compte l'histoire familiale et individuelle du sujet et permet de définir une stratégie thérapeutique évolutive »<sup>180</sup>.

La politique de santé mentale n'en est encore qu'au stade d'une ébauche, les expérimentations les plus abouties et les plus probantes étant rarement exposées en pleine lumière. Elle est naturellement « l'affaire » des psychiatres, garants de la prise en charge psychiatrique et d'une mission de soins spécialisés pour tous les patients souffrant d'une pathologie mentale, qu'elle soit aiguë ou chronique. Mais elle nécessite aussi un fort investissement des gestionnaires hospitaliers pour soutenir des projets d'implantation d'unités de soins à proximité du lieu de vie des patients, accompagner l'ingénierie du travail en réseau, convaincre partenaires (collectivités, tutelles,...) de l'utilité des projets et susciter une vision stratégique partagée dans le cadre de la nouvelle gouvernance à l'hôpital. Pour parvenir à cette fin, un langage commun aux médecins et aux directeurs voit le jour. Le recours aux outils conceptuels de l'ingénieur peut aider cette médiation, mais des efforts réciproques de compréhension des problématiques professionnelles sont indispensables.

Les fondements qui ont présidé au passage du « tout hôpital » à la « psychiatrie de secteur » doivent être réactualisés, non pas à des seules fins de maîtrise des dépenses publiques, mais aussi pour mieux répondre aux besoins de santé mentale.

Les coopérations et les nouvelles modalités d'appréhension de l'hospitalisation interrogent les compétences professionnelles des équipes. Si l'accès à un médecin psychiatre et le rôle central de ce dernier ne peuvent être remis en cause<sup>181</sup>, les évolutions fortes au cœur du système de santé (demande de soins, offre territorialisée et articulée à celle d'autres acteurs, nouvelles prises en charge, gouvernance des hôpitaux, contractualisation interne, dispositifs de formation professionnelle) conduisent à une réflexion sur les délégations et les transferts de tâches et les nouvelles formes de coopération entre acteurs de santé<sup>182</sup>.

---

<sup>180</sup> Syndicat des universitaires en psychiatrie (SUP), réponse aux conclusions du rapport du groupe de travail : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

<sup>181</sup> Selon le « comité d'action syndical de la psy », le psychiatre « le seul compétent pour décider de l'indication, de la prescription des thérapeutiques et des actions de soin mises en oeuvre par l'équipe qu'il dirige », réponse aux conclusions du rapport du groupe de travail : « recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », 2002.

<sup>182</sup> Ces problématiques ont fait l'objet d'un rapport de la HAS en collaboration avec l'ONDPS, la démographie des professions de santé étant la cause fondamentale de ce questionnement. janvier 2007, site internet de la

Les gestionnaires hospitaliers sont confrontés à la morosité ambiante. Pour trouver une place au cœur du système, avec les autres acteurs, et participer à la construction d'une politique de santé sur leur territoire, ils doivent aussi faire un effort d'imagination et saisir les débats sociétaux afin de « réenchanter l'hôpital <sup>183</sup>» et attirer sur lui un regard positif. Les responsables des établissements psychiatriques doivent aussi prendre conscience de la spécificité du management de la psychiatrie communautaire et la faire vivre en privilégiant les « services de santé », et non pas l'hôpital<sup>184</sup>.

---

HAS

<sup>183</sup> "Réenchanter l'Hôpital" est l'un des thèmes choisis par les directeurs d'hôpital de la Région PACA lors de la réunion statutaire du 11 mai dernier à l'Espace Ethique Méditerranéen

<sup>184</sup> Patrick Mordelet, périodique « Actualité et dossier en santé publique » n°15 du 15 juin 1996, page XVIII.

---

## Bibliographie

---

- **Textes législatifs et réglementaires :**

- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel du 3 janvier 2002, Chapitres I et II.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Journal Officiel du 11 août 2004, rapport d'objectifs de santé publique (annexe).
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Journal Officiel, n° 206 du 6 septembre 2003, Titres II et III.
- REPUBLIQUE FRANCAISE. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005. Journal Officiel, n° 102 du 3 mai 2005, titre I.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire 101/DHOS/0/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS. Parue le 15 mars 2004.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/0 n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'HAD, disponible sur internet : <http://www.psy-desir.com/leg/spip.php?article864>

- **Rapports, recommandations et évaluations nationales et locales**

- BANCHEREAU C., MOUSQUES J., RAFFY-PIHAN N., *Evaluation médicoéconomique des soins psychiatriques sectorisés. Test et ajustements de la méthode initiale*. C.R.E.D.E.S., 2000/04, 125 pages, disponible sur internet : <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1302.pdf>
- CLERY-MELIN P., KOVASS V., PASCAL J.-C. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*. Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis au Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 106p. disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery\\_melin/rapport.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/clery_melin/rapport.pdf)
- CONSEIL GENERAL DES YVELINES Schéma deuxième génération des établissements et services sociaux et médico-sociaux, volet « adultes handicapés ». Compte-rendu du groupe de travail n°3 : *comment articuler le suivi psychiatrique et la prise en charge médico-sociale pour les adultes handicapés mentaux présentant des troubles psychiques ?* [consulté le 03 juillet 2007], disponible internet : <http://www.cg78.fr/actionso/schema/documents/PH130302.doc>
- DREES, *L'activité des établissements de santé en 2004 en hospitalisation complète et partielle*, Paris : Etudes et Résultats, n°456, décembre 2006



- ENSP. *Place actuelle et à venir de l'utilisateur en santé mentale*. Mémoire Module Interprofessionnel de Santé Publique, Rennes : ENSP, 2003, 30 p. plus annexes.
- MARQUIS F., *Bilan du SROS en santé mentale 2001/2005*, ARH Bretagne, 2006, 23 p.
- MEAH. *Rapport d'étape sur l'organisation des CMP*, mis en ligne le 21 mars 2007, [consulté le 20 juin 2007], disponible sur internet : [http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx\\_meahfile/20070321\\_CM P\\_RapportPhases1\\_2\\_V5.pdf](http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/20070321_CM P_RapportPhases1_2_V5.pdf)
- MINISTERE DE LA SANTE. *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale*. Rapport du groupe de travail DHOS/O2 présenté devant le comité consultatif de santé mentale d'avril 2002, 2002, disponible sur internet : [http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sant\\_ment/rapp\\_dhos/sommaire/sommaire.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/sant_ment/rapp_dhos/sommaire/sommaire.pdf)
- MINISTERE DE LA SANTE. Groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale. *L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé* : rapport présenté au comité consultatif de santé mentale, Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2002, 77 p., disponible sur internet : <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/024000452/0000.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. *Investir dans la santé mentale*. Genève : O.M.S., 2004, 49 p., disponible sur internet : [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/en/)
- ROELANDT J.-C., PIEL E. *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé, 2001, 92 p., disponible sur internet : [http://psydocfr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel\\_Roelandt/default.html](http://psydocfr.broca.inserm.fr/professi/Rapports/Piel_Roelandt/default.html)
- UNAFAM. Livre blanc des partenaires de santé mentale en France. *Pour une association d'utilisateurs de la psychiatrie, de soignants et de responsables du social dans la cité*. Paris : Editions de santé, 2001, 64 p.
- **Ouvrages**
- Association Prévention Formation Réciproque, 2004, *Travailler ensemble. Une expérience de prévention en psychiatrie*, Paris : In Press Editions, 118 p.
- BLAKE R., MOUTON J., 1985, *Les deux dimensions du management*, Paris : Editions d'organisation.
- BERNOUX P., 1990, *La sociologie des organisations*, 3<sup>ème</sup> ed. revue et augmentée, Paris : Ed du Seuil, collection Points Essais, 382 p.
- CHANOIT P.-F., de VERBIZIER J. / ed., 1994, *La psychiatrie à l'heure de la santé mentale, un objectif de santé publique*, Toulouse : ERES, 315 p.
- CROZIER M., FRIDBERG E., 1992, *L'Acteur et le système : les contraintes de l'action collective*, Paris : Ed du Seuil, collection Points Essais, 500 p.

- CROZIER M., 2000, *Les problèmes du management public face à la transformation de l'environnement*, in CROZIER M., *A quoi sert la sociologie des organisations*, Paris : Ed. Seli Arslan, pp. 159-176
- CROZIER Michel, 1991, *Etat modeste, Etat moderne : stratégies pour un autre changement*, 2<sup>ème</sup> ed. revue et augmentée, Paris : Ed du Seuil, collection Points Essais, 310 p.
- EHRENBURG A., 1996, *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob, 1996, 318 p.
- GENELOT D.; 1998, *Manager dans la complexité. Réflexions à l'usage des dirigeants*, 2<sup>ème</sup> éd ; Paris : INSEP Ed., 363 p.
- GODET, M., 2001, *Manuel de prospective stratégique*, Tome 1 *Une indiscipline intellectuelle*, 2<sup>ème</sup> ed. revue et corrigée, Paris : Dunod, 288 p.
- GODET, M., 2004, *Manuel de prospective stratégique*, Tome 2 *L'art et la méthode*, 2<sup>ème</sup> ed. revue et corrigée, Paris : Dunod, 412 p.
- GUIMON J., 2004, *Manuel de santé mentale relationnelle*, Chêne-Bourg/ Genève : Médecine et Hygiène, 542 p.
- HARDY-BAYLE M.-C., 1994, *Le diagnostic en psychiatrie*, 1<sup>ère</sup> ed., Paris : Nathan Université, 128 p.
- KOVESS V., 2001, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris : Flammarion Médecine Sciences, 224 p.
- LANTERI-LAURA G., 1997, *La chronicité en psychiatrie*, 1<sup>ère</sup> éd., Le Plessis-Robinson : Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 93 p.
- MINTZBERG H., 2004, *Le management. Voyage au centre des organisations*, 2<sup>ème</sup> éd. revue et corrigée, Paris : Les Editions d'organisation, 703 p.
- Mission nationale d'appui en santé mentale, 2005, *La psychiatrie en France, quelles voies possibles ?*, Rennes : Editions ENSP, 94 pages.
- MULLER J.-L., MINNAERT, M.-F., 2004, *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*, 2<sup>ème</sup> éd., Paris : Masson, 136 p.
- PHELPS C. E., 1995, *Les fondements de l'économie de la santé*, Paris, Publi-Union Ed., 328 p.
- SAINSAULIEU R., 1988, *L'identité au travail*, 3<sup>ème</sup> éd revue et corrigée, Presses de Sciences-Po, 480 p.
- SAINSAULIEU R., 1987, *Sociologie de l'organisation et de l'entreprise*, Presses de Sciences-Po, collection Amphithéâtre, 390 p.

- **Périodiques**

- CHERBONNIER A., 2001, « Prévention et Santé mentale », Bruxelles Santé, n°21, mars 2001, pp. 8-17, disponible sur internet : <http://www.questionsante.org/03publications/charger/bxlsante21.pdf>
- Collectif, 2007, « Dossier Centrale – Santé ». *Centraliens. La revue des Arts et Manufactures*, n° 576, février / mars 2007, pp.6-23.
- COUDRAY M.-A., BARTHES R., 2006, « Le management hospitalier à la croisée des chemins », *Gestions hospitalières*, n°452, Janvier 2006, p.18-23.
- GODET M., DURANCE P, 2007, « Prospective stratégique : problèmes et méthodes », *Cahier du LIPSOR*, n°20, pp. 5-38.
- KANNAS S., MASSE G., 2006, « Plaidoyer pour une télépsychiatrie française », *Pluriels*, n°62, novembre, pp.1-8
- LEPOUTRE R., MNASM, 2004, « Le rapport d'étape de la Mission Cléry-Melin /Pascal/ Kovess .Les réflexions de la MNASM », *Pluriels*, n°41, janvier, pp.1-8.
- LONCLE P., 2005, « Territoires et innovation sociale : l'exemple des politiques sociales et sanitaires locales », *Revue française d'administration publique*, n°115, pp.399-402
- MACHON L.-O. (entretien avec), 2005, « Vers un pilotage médico-économique des hôpitaux », *Décisio Info*, publication en ligne le 31 mai 2005, disponible sur <http://www.decisio.info/Vers-un-pilotage-medico-economique.html>
- MASSE G., VIGNERON E., 2006, « Territorialité et santé mentale », *Pluriels*, n° 60, juillet, pp. 1-8

- **Sites internet**

- Ministère de la santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Hospimédia: [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)
- Légifrance: [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Fédération hospitalière de France : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)
- Mission Nationale d'Appui en Santé mentale : [www.mnasm.fr](http://www.mnasm.fr)
- Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers : [www.meah.sante.gouv.fr](http://www.meah.sante.gouv.fr)
- Portail des ARH : [www.parhtage.sante.gouv.fr](http://www.parhtage.sante.gouv.fr)
- CH Maison Blanche : [www.ch-maison-blanche.fr](http://www.ch-maison-blanche.fr)
- CH Ville Evrard : [www.eps-ville-evrard.fr](http://www.eps-ville-evrard.fr)
- CH Le Vinatier : [www.le.vinatier.fr](http://www.le.vinatier.fr)

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Délai de rendez-vous pour une consultation au CMP. Grille de recueil**

**Annexe 2 : INDICATEURS ET RATIOS retenus pour l'analyse des surpeuplements au CHGR**

**Annexe 3 : Tableaux de bords : lits installés et disponibles pour 1000 habitants par unités d'entrants et pôles.**

**Annexe 4 : Tableaux de bords : activités des unités et pôles au regard des lits installés et disponibles.**

**Annexe 5 : GLOSSAIRE**



## **Annexe 2 : INDICATEURS ET RATIOS retenus pour l'analyse des surpeuplements au CHGR**

### 9 Indicateurs d'équipements :

- *Nombre de lits d'hospitalisation à temps complet :*
- *Nombre de places d'hospitalisation à temps partiel*
- *Nombre de structures de prise en charge ambulatoire*
- *PNMS Total*
- *Assistants sociaux*
- *PNMS ambulatoire*
- *PM total*
- *Psychiatres du service*
- *Psychiatres pour l'hospitalisation complète*

### 7 Indicateurs de prestations :

- *Journée d'hospitalisation à temps complet*
- *Entrées directes dans unités d'hospitalisation*
- *Entrée en hospitalisation à temps complet via le SPAO*
- *Nombre de journées d'accueil de patients relevant d'autres services*
- *Nombre total des 1/2 journées hebdomadaires d'ouverture des CMP*
- *Nombre de réadmissions*
- *Nombre présents 01/ 01*

### 6 Indicateurs de patientèle :

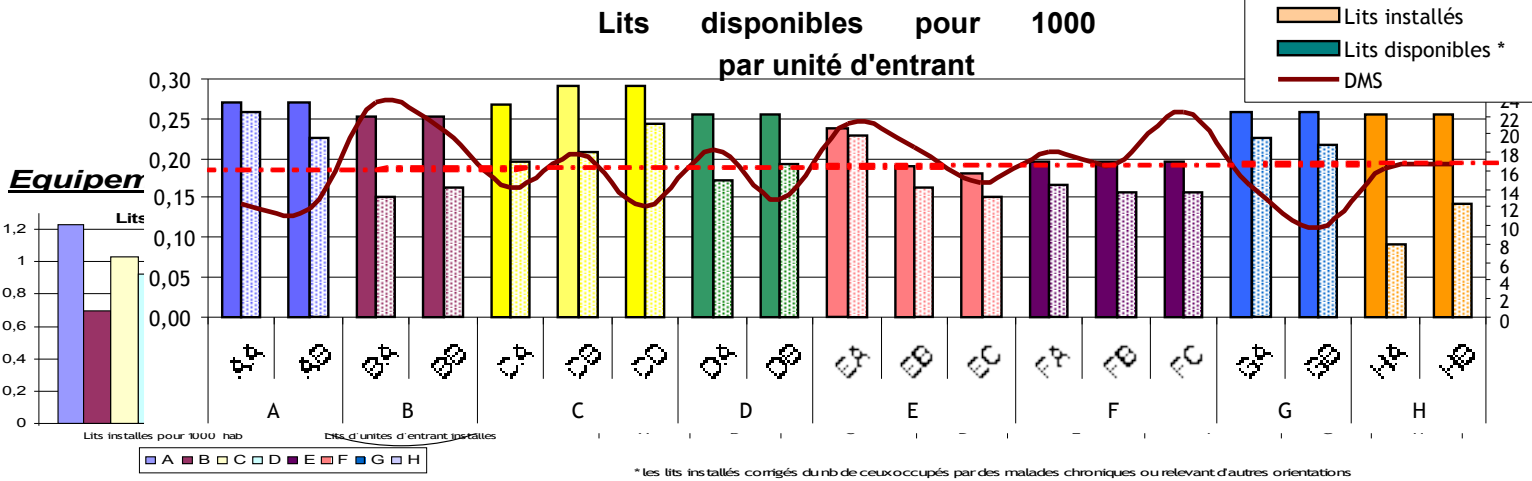
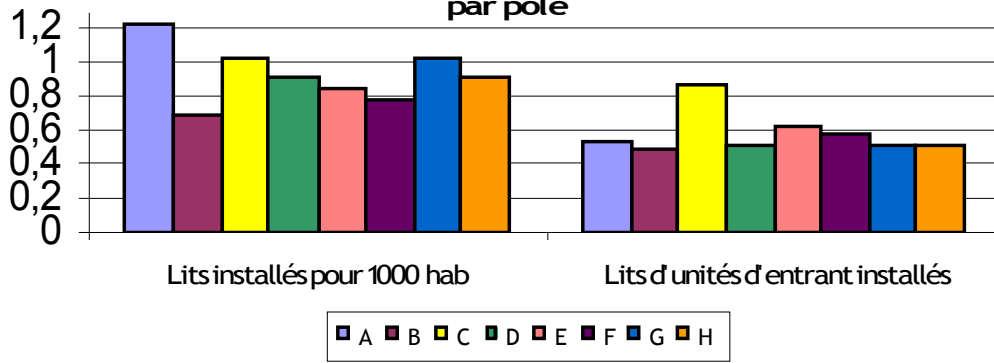
- *Total des files actives du service*
- *File active en hospitalisation complète*
- *Nombre d'admissions*
- *Patients vus une seule fois dans l'année*
- *Nouveaux patients*
- *Nombre de patients chroniques ou relevant d'autres orientations (MAS, LD)*

### 2 Indicateurs de territoire :

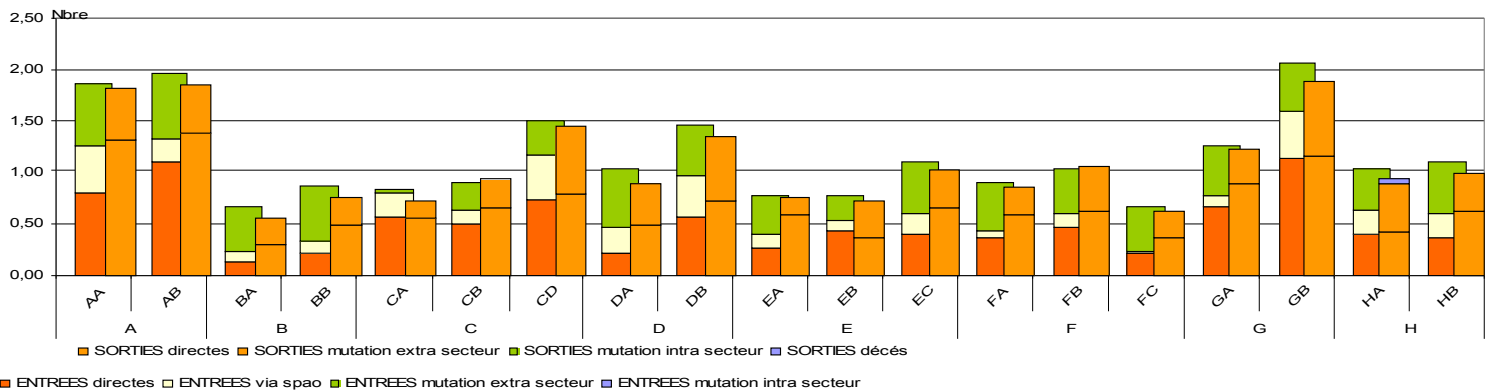
- *Population desservie par le secteur*
- *Nombre d'institutions médico-sociales comportant un hébergement dans le territoire du service*
- Des ratios en cours de redéfinition :
  - *PNM soignants pour 1000 habitants*
  - *ETP Psychiatres du service pour 1000 habitants (dans le secteur)*
  - *File active par temps de psychiatrie*
  - *% de patients vus une seule fois dans l'année*
  - *File active pour 1000 habitants*
  - *Nombre moyen de 1/2 journées/ semaine d'ouverture des structures ambulatoires*
  - *Lits disponibles pour 1000 habitants*
  - *DMS hospitalisation complète et DMH*
  - *Taux de rotation et Taux d'occupation*
  - *Taux de ré hospitalisation en hospitalisation complète (ou réadmissions)*

## **Annexe 3 Tableaux de bord : lits installés et disponibles pour 1000 habitants par unités et pôles**

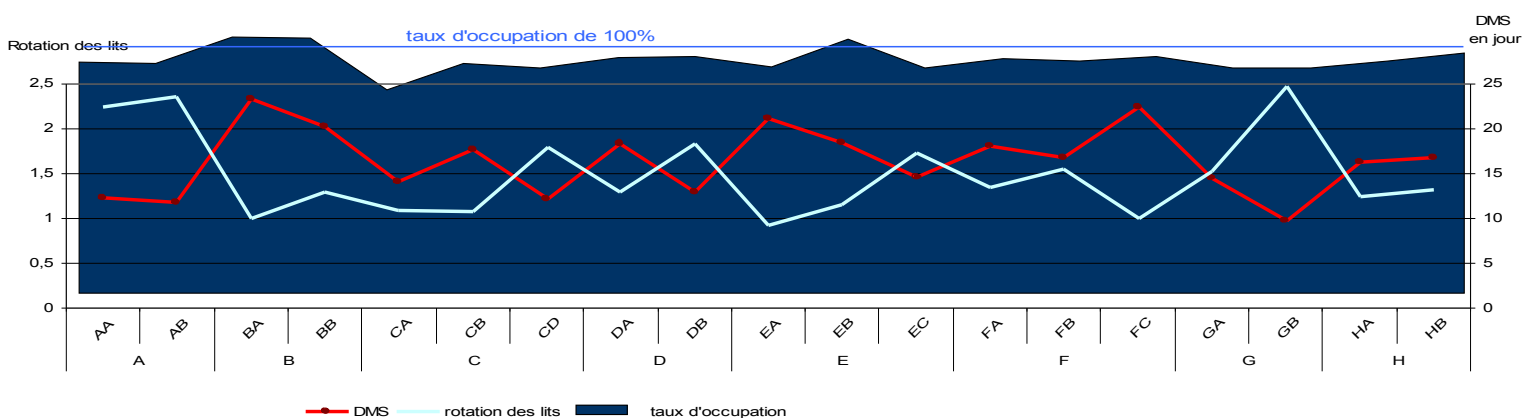
### Lits installés pour 1000 habitants par pôle



### Entrées - Sorties par Jour par unité d'entrant



### DMS - Taux d'Occupation - Rotation des lits par unité d'entrant



## **Annexe 5 : GLOSSAIRE**



**Acteur** : groupe social ayant une place, définie par les règles, dans l'organisation.

**Contrôle de gestion** : fonction qui, par l'exploitation du système d'information, vise à contrôler, mesurer et analyser l'activité d'une organisation. Cette fonction doit apporter des éléments d'information décisifs au management quant à l'atteinte des objectifs (opérationnels et/ou stratégiques). Il s'agit d'un *contrôle* non seulement au sens de vérification, mais aussi au sens de pilotage.

**Géronto-psychiatrie** : correspond à la prise en charge psychiatrique de personnes âgées, qu'il s'agisse de pathologies mentales chroniques ou récentes, en phase aiguë ou non. Elle relève de la compétence des psychiatres.

**Management public** : désigne le courant de pensée qui veut appliquer les outils de gestion des entreprises privées à l'administration publique avec la mesure d'indicateurs sur le fonctionnement des services. Ce courant s'attache de plus en plus à définir la performance des organisations publiques.

**Management stratégique** : concept lancé au milieu des années 1970 (Igor Ansoff) pour mettre en avant les conditions qui permettent aux structures et aux organisations de s'adapter dans un monde de plus en plus turbulent (LIPSOR).

**Planification** : conception d'un futur désiré ainsi que des moyens pour y parvenir.

**Prévision** : estimation sur le futur assortie d'un degré de confiance.

**Prospective** : anticipation pour éclairer l'action. Cette « indiscipline intellectuelle » (Pierre Massé) s'attache à « voir loin, large et profond » (Gaston Berger) mais aussi autrement (innovation). La vision globale, volontariste et à long terme, s'impose pour donner du sens à l'action (LIPSOR).

**Prospective stratégique** : concept des années 1990 où l'anticipation de la prospective est mise au service de l'entreprise et de son projet (LIPSOR)

**Psycho-gériatrie** : correspond à la prise en charge de la souffrance psychique de la personne face à son vieillissement, généralement dans un contexte de vieillissement pathologique (polypathologies, démences de type Alzheimer et démences apparentées...). Dans ce domaine, la prise en charge gériatrique est au premier plan.

**Règles** : prescriptions de comportement formelles pour atteindre les objectifs de l'organisation, édictées par le sommet de l'organisation ou par l'extérieur (Weber, Crozier).

**Stratégie** : ensemble des règles de conduite d'un acteur lui permettant d'atteindre ses objectifs et son projet.

**Système** : ensemble des acteurs utilisant les règles. Un système tend à se stabiliser dans une position d'équilibre.

**Tactique(s)** : voies et moyens pour parvenir aux objectifs de la stratégie en fonction des circonstances.

**Zone d'incertitude** : domaine non traité par les règles ou point de contradiction entre les règles. Il existe toujours une zone d'incertitude, aucun ensemble de règles ne peut en effet être complet et non contradictoire.