

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Filière directeur d'hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**L'intégration de la psychiatrie à
l'hôpital général, un tremplin vers une
réorganisation profonde du système
de santé mentale**

L'AP-HM relève le défi

Aurore LE BONNEC

Remerciements

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de cette étude et plus particulièrement celles qui m'ont aidée à développer l'argumentaire, en m'ouvrant les portes de leurs savoirs et expériences respectives.

Guy VALLET, Directeur Général de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille
Claire MOPIN, Directrice Adjointe des Services Economiques, maître de stage
Didier STINGRE, Directeur référent du pôle Psychiatrie Centre
Catherine MICHELANGELI, Directrice du Contrôle de Gestion
Jean NAUDIN, Docteur en Psychiatrie, pôle psychiatrie Sud
Jean-Michel AZORIN, Professeur en Psychiatrie, pôle psychiatrie Sud
Jean-Claude SAMUELIAN, Docteur en Psychiatrie, pôle psychiatrie Centre
Laurent BOYER, Docteur en Santé Publique, pôle psychiatrie Centre
Jean-Marc HENRY, Docteur aux Urgences Psychiatriques, pôle psychiatrie Centre

Gérard MASSE, psychiatre au Centre Hospitalier de Sainte Anne à Paris, président de CME et président de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, pour avoir accepté de m'accompagner dans l'élaboration du mémoire.

Merci aux nombreux infirmiers et cadres de santé de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille ainsi qu'aux administratifs et soignants des autres établissements (Edouard Toulouse, Valvert, Saint Maurice, Colombes et Saint Antoine) pour m'avoir fait partager leur avis sur la question centrale du mémoire.

Sommaire

Introduction	1
Problématique	1
Le paysage de la psychiatrie en France	1
Rappel historique de la psychiatrie française	2
De la psychiatrie à la santé mentale.....	5
Une demande croissante et évolutive	5
Qu'est ce que l'intégration ?	7
1 Enjeux et contraintes du système de santé mentale	9
1.1 Les enjeux du système de santé mentale.....	9
1.1.1 L'approche patient : améliorer la qualité des soins	9
A) Déstigmatiser les troubles psychiatriques	9
B) Reconnaître la complémentarité de la psychiatrie et du MCO.....	10
C) Développer et qualifier l'extrahospitalier	10
a) Développer l'ambulatoire est nécessaire	11
b) Qualifier l'ambulatoire est source d'amélioration de la prestation.....	12
D) Encourager l'articulation du sanitaire, social et médico-social.....	13
1.1.2 L'approche ressources humaines : valoriser les moyens humains	14
A) Promouvoir l'attractivité des médecins.....	14
B) Recruter et former le personnel infirmier.....	16
a) Recruter des infirmiers pour garantir la qualité et la continuité des soins ..	16
b) Former le personnel en psychiatrie pour pallier les insuffisances de la formation unique.....	17
C) Encourager et articuler la recherche et l'enseignement en sus du soin.....	18
1.1.3 L'approche économique : optimiser les ressources financières	19
A) Diminuer les frais de structure et maîtriser les charges d'exploitation	19
B) Valoriser l'activité psychiatrique.....	19
C) Gérer les ressources allouées	20

1.2	Les freins liés à l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général	21
1.2.1	Les freins au niveau des soins.....	21
A)	Faire évoluer le secteur.....	21
B)	Convaincre les infirmiers psychiatriques	22
C)	Organiser et valoriser les urgences	23
1.2.2	Les freins humains.....	25
A)	Diminuer les réticences des médecins	25
B)	Associer les organisations syndicales au changement.....	26
C)	Définir le positionnement de la direction face au corps médical.....	26
1.2.3	Les obstacles organisationnels	27
A)	Adapter le service des admissions	27
B)	Coder l'extrahospitalier	27
C)	Evaluer la pertinence et l'efficacité de l'EPSM.....	28
2	Les réalisations concrètes et propositions de réponses	30
2.1	Comment l'AP-HM relève le défi de l'intégration	30
2.1.1	L'intégration de la psychiatrie à l'AP-HM, véritable orientation stratégique.....	31
A)	Le projet d'établissement	31
B)	Les investissements en psychiatrie	32
C)	Les pôles psychiatriques	35
a)	Le pôle psychiatrie Centre.....	36
b)	Le pôle psychiatrie Sud	38
2.1.2	Les modes organisationnels de l'AP-HM évoluent en fonction des besoins	39
A)	Organiser les urgences psychiatriques à l'hôpital général.....	39
B)	Mettre en place le DPIIP, tremplin vers le RIM-P et la VAP.....	43
C)	Associer la Ville à ses projets.....	47
D)	Intégrer la psychiatrie à différents niveaux	47
a)	La psychiatrie conventionnée	48
b)	La psychiatrie au cœur de la ville	48
c)	La psychiatrie pavillonnaire	49
d)	La psychiatrie dans les services	50

2.1.3	La promotion de la culture et de l'ouverture à l'AP-HM.....	51
A)	Les modes d'intégration à l'international.....	51
a)	Les expériences européennes.....	53
b)	Les expériences internationales.....	54
B)	Comparaison avec la France.....	55
C)	L'AP-HM informe le public à travers le GRAPH PSY.....	56
2.2	Pour aller plus loin dans la réflexion	58
2.2.1	Hôpital général ou hôpital spécialisé ?	58
2.2.2	La psychiatrie à l'hôpital général pour les soins aigus ?	60
2.2.3	La psychiatrie dans le champ sanitaire et social pour les soins de longue durée ?.....	62
2.2.4	La réforme du système de santé mentale est-elle possible sans réforme préalable du secteur?.....	65
Conclusion.....	69
Bibliographie	71
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AM : Assurance Maladie

APHM : Assistance Publique Hôpitaux de Marseille

APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CAT : Centre d'Aide par le Travail

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMCH : Community Mental Health Centers

CMP : Centre Médico Psychologique

CSP : Code de la Santé Publique

DARH : Direction de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

DASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

DMS : Durée moyenne de séjour

DPIP : Dossier Patient Informatisé en Psychiatrie

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENC : Etude Nationale des Coûts

EPSM : Etablissement Public en Santé Mentale

ETP : Equivalent Temps Plein

GEM : Groupement d'Entraide Mutuelle

GIP : Groupement d'Intérêt Public

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HL : Hospitalisation Libre

HO : Hospitalisation d'Office

HP : Hôpital Psychiatrique

HSC : Hospitalisation Sous Contrainte

IDE : Infirmiers Diplômés d'Etat

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

MAS : Maison d'Accueil Spécialisée

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MNASM : Mission d'Appui en Santé Mentale

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PRSP : Programme Régional de Santé Publique

RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

UAUP : Unité d'Accueil d'Urgences Psychiatriques

UMD : Unité pour Malades Difficiles

VAD : Visites à domicile

VAP : Valorisation des Actes en Psychiatrie

Introduction

Problématique

La psychiatrie, longtemps stigmatisée, est en pleine mutation au niveau de son image, de ses modes de prise en charge et de ses modes organisationnels. L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général est elle possible et souhaitable ? Quel niveau d'intégration peut-on atteindre ? Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et psychiatrie sont ils interdépendants ou résolument opposables ? Quels seraient les apports organisationnels, économiques et qualitatifs de ce rapprochement entre santé physiologique et santé mentale? Pour aller encore plus loin... Faut-il fermer les hôpitaux psychiatriques? Le Centre Hospitalier Général (CHG) ou universitaire (CHU), peut-il remplir les mêmes fonctions que l'hôpital spécialisé ? Peut-il assurer la même qualité de service en augmentant l'efficience des prestations?

Loin d'une remise en question des fondements et des modes de prise en charge en psychiatrie, il s'agit d'articuler et d'optimiser l'organisation hospitalière au sens large du terme au profit de la santé mentale.

La question se centrera sur le périmètre d'action de l'hôpital en psychiatrie. Pour y répondre, l'organisation extrahospitalière et l'articulation sanitaire, sociale et médico-sociale, éléments phares du dispositif de santé mentale, seront également étudiées. Il ne s'agit donc pas d'une étude hospitalocentrée mais d'une réflexion de niche sur le rôle de l'hôpital général dans le circuit global du patient adulte en psychiatrie.

Le paysage de la psychiatrie en France

Le paysage de la santé mentale en France a connu ces dix dernières années une transformation en profondeur sous l'action conjointe de trois phénomènes : l'explosion de la demande avec un phénomène de masse, l'entrée en lice irréversible des usagers et de leurs familles, et un changement de paradigme avec le passage de la psychiatrie à la santé mentale¹.

¹ MASSE Gérard.- « Le paysage de la psychiatrie en France ».- 2005.- MNASM

Le tout sur fond de quarante ans de désinstitutionalisation et de sectorisation. Des modifications législatives et réglementaires s'en sont suivies. Le dispositif existant a été ébranlé et, souvent, débordé par les déséquilibres entraînés par ces changements.

L'évolution institutionnelle, juridique et réglementaire de la psychiatrie est aussi perceptible à travers l'évolution des mœurs et dès lors de nouveaux enjeux dans le système traditionnel de soins sont à intégrer.

Il est donc important de s'interroger sur l'apparition du concept de santé mentale mais également et surtout sur l'évolution des modes de prise en charge du patient et par là même sur l'implication et du devenir des institutions qui dispensent le soin.

Rappel historique de la psychiatrie française

Le secteur, modèle d'intervention psychiatrique publique en France jusqu'à lors, est né dans la continuité de la psychiatrie institutionnelle de l'après guerre. Il s'agit de déplacer l'intervention des équipes spécialisées, de l'hôpital assimilé à l'asile, vers des lieux de soins plus proches du domicile du patient afin d'éviter toute chronicisation et toute désocialisation asilaire. L'idée étant de rattacher à chaque service hospitalier une aire de recrutement et d'intervention d'environ 70 000 habitants à laquelle seront proposées des consultations rapprochées dans des centres médicaux psychologiques, véritables pivots de l'action de soins en psychiatrie publique, mais aussi des interventions infirmières au domicile du patient. Il s'agit alors des concepts de sectorisation et de psychiatrie sociale².

La conséquence de la sectorisation en France est la diminution recherchée du nombre de lits en hospitalisation à temps complet et de la durée moyenne de séjour des patients. Les recommandations visent à rechercher toutes les alternatives à l'hospitalisation et développer les prises en charge en consultations ambulatoires ce que pratique déjà la psychiatrie privée très axée sur les psychothérapies d'inspiration analytiques mais aussi dotée de cliniques privées inégalement réparties sur le territoire.

Dans les suites de **la circulaire ministérielle de 1960** créant les secteurs en psychiatrie adultes et les intersecteurs de la psychiatrie de l'enfant, tous les départements sont découpés en plusieurs secteurs et intersecteurs.

² SENON J.L, LAFAY N, PAPET N, MANCANERA C.- *Grands courants de la pensée psychiatrique.*- Q 48

Chaque secteur est confié à une équipe médicale et paramédicale prenant en charge toutes les pathologies psychiatriques de sa zone géographique et met en place des structures diversifiées de prise en charge : l'hôpital à temps complet, l'hôpital de jour ou de nuit, le Centre Médico Psychologique (CMP), le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), ainsi que les possibilités d'intervention à domicile ou à proximité du lieu de travail du patient. Dans une perspective d'accès égalitaire aux soins, le secteur doit offrir cet avantage de donner des soins d'égal qualité quelque soit le lieu de vie du patient. **La loi de 1985** crée trois types de secteurs : les secteurs de psychiatrie générale destinés aux adultes, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de la psychiatrie en milieu pénitentiaire, s'adressant à la population carcérale.

Puis, **la circulaire du 14 mars 1990** fait de la lutte contre les maladies mentales une priorité de santé publique. Quelques mois plus tard, **la loi du 27 juin 1990** révisé la grande loi de 1838 et redéfinit les droits des malades mentaux et les modalités de leur hospitalisation. En effet, chaque secteur adulte accueille les patients selon trois modalités d'hospitalisation : l'hospitalisation libre (HL), l'hospitalisation à la demande d'un tiers, (HDT), l'hospitalisation d'office (HO). Si l'hospitalisation libre permet au patient le libre choix de son médecin et de son service hospitalier, les patients en HDT et en HO sont « sectorisés » c'est-à-dire confiés au secteur de leur domicile. A partir de ce moment, l'hospitalisation libre devient la règle, l'hospitalisation sous contrainte, l'exception. La pénurie actuelle en temps médicaux de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques, très inégalitaire sur le territoire, remet en cause cette orientation « sociale » de la psychiatrie française.

La loi du 31 juillet 1991 fait de l'hôpital psychiatrique un lieu de soin comme les autres : il se trouve désormais englobé dans le secteur sanitaire. Elle reconnaît déjà le droit du patient à choisir son praticien et son établissement de soin. Enfin, elle prévoit la mise en place des SROS et donne à la planification en santé mentale un souffle nouveau.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée refonde la planification et l'allocation de ressource avec notamment la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH). Elle vise une planification globale comprenant le privé lucratif (assurance maladie) et le public ou assimilé (DDASS-DRASS). Elle opère un renforcement des coopérations (l'ARH est 1 GIP regroupant l'AM et les services déconcentrés) et demande aux établissements de santé de développer des réseaux de soins médico- sociaux coordonnés.

L'Organisation Mondiale de la Santé désigne 2001 comme étant l'année de la santé mentale. L'OMS préconise à cette occasion une psychiatrie communautaire.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins accorde au patient – et pas seulement aux familles ou aux associations – des droits (choix de médecin, choix de suivre ou non une thérapie) et une place active dans les structures de soins, voire dans les instances de concertation autour de l'organisation des soins³.

L'ordonnance du 4 mars 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé prévoit la mise en place des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS III) et donne la personnalité morale aux réseaux. Par ailleurs, **la loi de Santé Publique du 9 août 2004** introduit l'articulation entre SROS et PRSP et donne ainsi l'espoir d'une adéquation entre territoire de santé MCO et secteur psychiatrique.

La loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 reconnaît le handicap psychique, ce qui porte un nouveau coup à la vision strictement sanitaire : l'usager n'est plus « malade mental » mais une « personne » handicapée. Cette loi ouvre une large porte à l'articulation entre sanitaire et médico-social.

Enfin, **le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008** consacre une approche transversale entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les orientations principales concernent à la fois des mesures relatives à l'investissement immobilier, la sécurité, les moyens humains et la formation des jeunes infirmiers en psychiatrie. A cela s'ajoute deux programmes concernant la prise en charge des détenus et des personnes dépressives/suicidaires.

Ce tracé historique permet de souligner l'importance et l'actualité de la question centrale de ce mémoire. Les époques sont marquées par des préoccupations différentes et évolutives telle la pyramide des besoins de Maslow: l'égal accès aux soins, la diversification de l'offre de soins en psychiatrie, l'amélioration continue de la prise en charge et aujourd'hui avec le plan de santé mentale la gestion, l'évaluation et la recherche en psychiatrie.

³ En Haute-Normandie, des usagers participent au groupe de travail unique qui réunit les différents acteurs (ARH, DRASS, Conseil général, personnels des structures sanitaires et médico-sociales...).

De la psychiatrie à la santé mentale

Historiquement, la maladie mentale dérange la société. La honte, la peur et la méconnaissance font obstacles à la tolérance, au soin et à la sociabilisation. Pendant longtemps, les malades mentaux ont erré dans la cité ou bien ont été cachés par la famille.

Au début du XIXème siècle, à la suite du mouvement né de la révolution française, marqué par les noms de PINEL et ESQUIROL et par la promulgation de **la loi du 30 juin 1838**, la France se dote d'un système d'assistance aux malades mentaux de structure asilaire. Chaque département a l'obligation de créer un établissement public habilité à recevoir et à soigner les malades mentaux placés sous le mode de l'internement.

En 1924, apparaissent les premiers services ouverts. **La circulaire de Marc RUCARD de 1937** incite à la création de dispensaires d'hygiène mentale dont l'organisation suivra le modèle de la lutte antituberculeuse.

Après la seconde guerre mondiale, la psychothérapie et le mouvement désaliéniste, avec entre autres Lucien BONNAFE, font leur apparition, permettant la continuité des soins : prévention, dépistage et post cure. Plusieurs médecins et en particulier Gerard DAUMEZON, expliquent que la psychiatrie doit se partager entre l'hôpital et l'extérieur.

En 1838, on parle d'asiles d'aliénés, puis d'Hôpitaux Psychiatriques en 1937, de Centres Hospitaliers Spécialisés en 1970 et aujourd'hui d'Etablissement Public de Santé Mentale. A quand l'hôpital tout court?

Le concept de santé mentale s'est donc progressivement substitué à la conception médicale classante, utilisé dans le travail soignant quotidien. Alors que dans l'inconscient collectif, la psychiatrie cible les « grands fous », la santé mentale, quant à elle, fait référence à la souffrance psychique de tout un chacun.

Une demande croissante et évolutive

L'OMS classe les troubles psychiatriques, en termes de prévalence, au troisième rang des maladies.

En effet, la demande de masse – 62% d’augmentation des files actives en onze ans, 100% en psychiatrie infanto-juvénile⁴ – saturant l’ensemble des dispositifs, est liée à l’interaction complexe entre l’offre et les changements de représentation, au sein de la société, du fait psychique et de la psychiatrie, la banalisant davantage ou la stigmatisant moins.

Observée dans tous les pays développés à la même époque, elle se reflète dans l’épidémiologie ; 15 à 20% des troubles mentaux sont diagnostiquables en prévalence annuelle dans la population générale ; 12 à 15% de leurs conséquences se traduisent par l’invalidité, autant que les maladies cardiovasculaires, deux fois plus que les cancers ; on évalue à 30% les années de vies perdues par mortalité évitable ou par invalidité⁵.

Il en ressort l’enrichissement de la planification sanitaire, confiant de plus en plus de missions à la psychiatrie au fil des années.

En France, la morbidité déclarée des troubles mentaux et du sommeil est de 12%. Les dépressions représentent un quart du total des recours aux soins contre 7% pour les psychoses, ce qui influence le paysage de la psychiatrie française et l’évolution de ses modes de prise en charge. La réduction des affections neuropsychiatriques figure, donc, parmi les objectifs quantifiés de la loi relative à la politique de santé publique d’août 2004.

La santé mentale occupe désormais une place considérable au sein de notre système de santé, du fait de la reconnaissance de la souffrance psychique, de la fréquence des troubles ainsi que d’une offre importante en équipement et en personnel.

En médecine de ville, le nombre de recours aux soins pour troubles de la santé mentale – regroupant troubles névrotiques et psychotiques, anxiété, dépression, troubles de l’enfance et troubles du sommeil – s’accroît pour l’ensemble des médecins généralistes et spécialistes. Le nombre de consultations par les psychiatres en ville a augmenté de 20% en dix ans (entre 1991 et 2001). Le dispositif public spécialisé en psychiatrie suit aussi davantage de personnes (+50% sur dix ans – entre 1989 et 1999).

Les traitements ambulatoires sont largement prédominants sous des formes diversifiées telles que les consultations et les ateliers thérapeutiques. 85% des patients bénéficient de prises en charge ambulatoires et 60% n’ont jamais été hospitalisés. Pour les enfants et adolescents, en particulier, on observe une forte augmentation du recours aux dispositifs spécialisés de soins de santé mentale.

⁴ COLDEFY Magali, SALINES Emmanuelle.- « Les secteurs de psychiatrie général en 2000 : évolutions et disparités ».- DREES, *Etudes et Résultats*, n° 342.- octobre 2004, p 1-11.

⁵ Données OMS, 2004

La conjonction de la demande de masse et des changements de représentations a accentué le caractère ambulatoire des demandes. La dichotomie classique entre maladie et santé s'est effacée au profit d'un continuum de l'état clinique jusqu'à la souffrance psychique. Elle a rendu impossible la séparation entre les troubles observés et le contexte social d'émergence, obligeant à estimer le retentissement social des troubles dans l'appréciation des besoins.

Une partie importante de la tâche de la psychiatrie consiste maintenant à préciser le diagnostic entre ce qui est psychiatrique et ce qui ne l'est pas, ce qui l'est suffisamment pour nécessiter l'intervention de la discipline, ou pour partager la prise en charge avec d'autres partenaires, également ou principalement acteurs de l'aide ou de la thérapie. Ces tensions dialectiques, parfois conflictuelles, entre clinique, éthique et organisation, traduisent ce changement de paradigme : psychiatrie versus santé mentale.

Finalement, la montée en puissance des usagers et des représentants des familles se traduit par une modification de la relation médecin malade. Cette tendance française et mondiale, accentuée par certaines pathologies comme le SIDA, s'est légitimée grâce à la législation sur les droits des malades, des usagers et de leurs familles.

Politique, politique de la ville et santé mentale montrent de plus en plus leurs interactions. Cette évolution a rendu d'une extrême acuité le déséquilibre entre hôpital et ambulatoire et les problèmes de flexibilité de toute la filière de soins, de l'urgence au médico-social.

Un historique fort et marqué face à une nécessaire évolution du système : les besoins évoluent, l'offre de soins se diversifie et se qualifie ; l'organisation hospitalière est alors en pleine mutation pour tenter de faire face aux exigences sociétales, réglementaires et budgétaires. Jusqu'où peut-on aller pour répondre aux enjeux quantitatifs et qualitatifs en matière de gestion en psychiatrie ?

Qu'est ce que l'intégration ?

L'intégration est le processus qui consiste à réunir différentes composantes du système de santé afin d'offrir des services cohérents, rentables et efficaces aux patients mais c'est aussi l'opération qui vise à introduire un élément étranger à une entité constituée, modifiant ainsi du même coup l'élément et l'entité initiale⁶.

⁶ Définitions selon le dictionnaire de langue française

Les deux définitions ne sont pas indissociables, elles sont mêmes complémentaires et le parfait reflet de la substance de cette étude.

Que sous-tend l'intégration à l'hôpital général ? Il s'agit d'intégrer physiquement, juridiquement et budgétairement la psychiatrie au sein de l'hôpital général. En d'autres termes, l'intégration, se résume t'elle à implanter physiquement la psychiatrie dans l'enceinte de l'hôpital général ? Est-il possible et souhaitable de confier la gestion de cette discipline à l'hôpital général?

Il est important de rappeler que l'intégration ne se concentre pas forcément sur une prestation intrahospitalière, elle comprend également l'extrahospitalier et implique la logique de réseau.

L'intégration peut prendre plusieurs formes :

- une convention pour définir le périmètre d'action de l'établissement partenaire ;
- un bâtiment psychiatrique juxtaposé au centre hospitalier général auquel des structures extrahospitalières sont rattachées ;
- un ou plusieurs services psychiatriques intégrés dans le bloc central.

Elle peut aussi présenter différents niveaux :

- la psychiatrie est gérée par un l'Etablissement Public de Santé Mentale
- la psychiatrie est gérée par l'Hôpital Général.

Le niveau de considération pour la psychiatrie conditionne le degré d'intégration, ce qui induit une gestion sensiblement différente dans chaque cas.

Est-il pertinent de se poser la question de l'opportunité de l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général ? répondrait-il aux enjeux actuels du secteur de la santé, saurait-il contourner les contraintes environnementales afin d'obtenir une qualité du service rendu pérenne et de meilleure qualité sans mettre en péril le système de santé ?

C'est pourquoi, nous allons parcourir les enjeux auxquels doit faire face le domaine de la psychiatrie aujourd'hui et dans les années à venir, citer les contraintes et étudier l'hypothèse de l'intégration par le biais des réalisations de l'AP-HM et des structures ayant testées ce système.

1 Enjeux et contraintes du système de santé mentale

Les défis actuels de la psychiatrie sont liés et souvent similaires aux enjeux du système de santé en général. Cette première partie identifie ces enjeux et présente les freins indexés à l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général.

1.1 Les enjeux du système de santé mentale

Les problématiques principales liées au secteur de la santé aujourd'hui en France relèvent de domaines divers tels que la qualité et l'adéquation de la prestation, la répartition et la formation du personnel médical et paramédical et la performance économique.

1.1.1 L'approche patient : améliorer la qualité des soins

L'amélioration de la qualité des soins n'est possible qu'en déstigmatisant la maladie, en reconnaissant l'interdépendance du somatique et de la psychiatrie, en développant les services extrahospitaliers et en articulant le dispositif au sein d'un réseau de santé.

A) Déstigmatiser les troubles psychiatriques

L'intérêt du changement de sémantique de la psychiatrie vers la santé mentale réside dans une tentative de déstigmatisation de la personne atteinte de troubles mentaux. Mais la banalisation, pour réelle qu'elle soit, ne peut réduire l'intensité des perturbations ressenties. En effet, le concept de santé mentale est un tremplin vers l'acceptation par la société des patients atteints de troubles psychiatriques. Longtemps considérée comme honteuse, la maladie mentale était associée à la folie ou à la bêtise. Elle n'était donc pas affrontée, cachée par les secrets de famille et surtout non traitée, privant toute personne atteinte, d'une vie sociale épanouissante.

La déstigmatisation doit permettre à terme, de prévenir, dépister et traiter plus efficacement les troubles psychiatriques, en constante augmentation ces dernières années. La Santé Mentale est un enjeu majeur de santé publique, c'est également un enjeu de société.

B) Reconnaître la complémentarité de la psychiatrie et du MCO

Les différentes études démontrent clairement l'intérêt de la proximité physique et fonctionnelle du MCO et de la psychiatrie. En effet, les troubles psychiatriques sont souvent accompagnés de troubles physiologiques induits par les traitements médicamenteux et/ou par la précarité, conséquence fréquente de l'exclusion familiale et sociale des patients à cause de la maladie mentale. L'enjeu réside donc dans la cohérence d'une équipe pluridisciplinaire encline à reconnaître les compétences de chacun et à travailler ensemble pour le bien du patient.

Les urgences sont principalement la porte d'entrée des patients à l'hôpital. Ce simple constat dessine la nécessité de faire vivre MCO et psychiatrie ensemble pour un diagnostic, une orientation et une prise en charge rapide du patient. L'amélioration de la qualité des soins en santé mentale passe aussi et surtout l'accès et la qualité de la prise en charge de l'urgence. Nous verrons plus en avant les problèmes liés aux urgences.

C) Développer et qualifier l'extrahospitalier

Les dysfonctionnements d'amont en aval représentent un défi quotidien pour les équipes et une angoisse pour le patient.

Peu d'indices indiquent que les urgences sont préférentiellement traitées en ambulatoire bien que, naturellement, elles émergent toutes dans le contexte de la vie quotidienne, donc dans la communauté.

Le processus le plus fréquent est la détection, la régulation et le transport, à partir des CMP ou de la médecine libérale, du SAMU, des pompiers et de la police ou de la gendarmerie, suivis d'un adressage direct aux urgences. Ceci reflète la faible réactivité, en général, voire la défausse, de la psychiatrie ambulatoire publique et privée, vis-à-vis des situations d'urgence et de crise, comme le déficit croissant de la réponse libérale vis-à-vis de l'urgence ordinaire.

Un défaut analogue concerne la post-urgence. En dehors de rares équipes⁷, il n'existe pas de réactivité protocolisée de la psychiatrie à la sortie des urgences.

Or ce prolongement immédiat, en ambulatoire de la prise en charge du patient, élargit le système tampon, et limite le recours à l'hospitalisation ou les risques d'un retour sans supervision au domicile. Comme pour l'amont, cela reflète une réactivité insuffisante du dispositif ambulatoire.

⁷ Par exemple ERIC, sud Yvelines, UMES dans le Val de Marne

a) *Développer l'ambulatoire est nécessaire*

Durant l'année 2000, les 830 secteurs de psychiatrie générale ont suivi plus d'un million de patients. Ce nombre est en augmentation régulière de près de 5 % par an, soit 11 % depuis 1997 et 62 % depuis 1989⁸.

Entre 1989 et 2000, les structures ont évolué, avec une diminution de 49 % du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, un fort développement des CATTP et un meilleur accès aux CMP dont tous les secteurs sont maintenant équipés.

Les soins sont désormais réalisés à 85 % en ambulatoire, et le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé en 12 ans. Le nombre de personnes hospitalisées a toutefois légèrement augmenté, mais les hospitalisations tendent à être plus courtes (la durée moyenne d'hospitalisation est ainsi passée de près de 86 jours en 1989 à 45 en 2000)⁹.

Selon le type d'établissement auquel sont rattachés les secteurs, le taux de recours aux soins psychiatriques peut sensiblement varier, ainsi que les modalités de prise en charge des patients. L'hospitalisation à temps plein reste à cet égard plus importante dans les secteurs rattachés à des établissements spécialisés.

En matière d'accueil, les délais d'attente pour un premier rendez-vous sont inférieurs à un mois dans 82 % des secteurs et, dans la plupart des cas, un référent assure le suivi des patients.

85 % des secteurs développent également des dispositifs spécifiques en cas d'urgence. La psychiatrie de liaison est en outre pratiquée par trois secteurs sur quatre, et la moitié des secteurs participent aux urgences de l'hôpital général.

Enfin, la quasi-totalité des secteurs sont en relation avec les médecins traitants des patients, mais ces relations sont plus fréquentes lorsqu'il s'agit de psychiatres.

Suite aux sollicitations des établissements hospitaliers, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) a visité des centaines de structures ambulatoires (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, foyers de postcure, appartements thérapeutiques) et analysé leur fonctionnement, rencontré les équipes et dialogué avec elles.

⁸ COLDEFY Magali, SALINES Emmanuelle.- « Les secteurs de psychiatrie général en 2000 : évolutions et disparités ».- DREES, *Etudes et Résultats*, n° 342.- octobre 2004, p 1-11.

⁹ MASSE Gérard.- « Hôpital/ambulatoire : le nouvel équilibre ».- *Pluriels*, numéro spécial, n°28.- mars/avril 2004.

Elle fait le constat d'une répartition convenable. La plupart des équipes visitées dispose d'un équipement ambulatoire, le plus souvent un CMP-CATTP et un hôpital de jour, convenablement accessibles, ouverts cinq jours sur sept, en général correctement installés et équipés. Dans les zones rurales, des antennes s'ajoutent, l'équilibre étant parfois difficile à trouver entre dispersion et proximité.

Pourtant, l'étude démontre une saturation croissante peu régulée liée à une demande exponentielle. Les délais de premier rendez-vous varient de moins de 15 jours à plus de trois mois, parfois de façon importante d'un secteur à l'autre.

Il n'existe pas à ce jour de critère de définition explicite de ce qui est urgent et de ce qui ne l'est pas, ni de qui le décide, médecin ou infirmier. La règle implicite dominante semble être celle du premier arrivé, premier servi. Ainsi, l'organisation pour faire face à la pression de la demande apparaît rudimentaire.

b) Qualifier l'ambulatoire est source d'amélioration de la prestation

La communication de ces structures est peu visible ou lisible. Certaines sont fléchées dans la cité, d'autres non, par négligence ou par un souci volontaire de confidentialité.

Le caractère stéréotypé des structures est frappant dans leur organisation tout comme dans leur fonctionnement. Sans prétendre à une variabilité pouvant déstabiliser les patients et pouvant inquiéter sur le niveau de prestation, l'homogénéisation excessive des structures donne l'impression de tous les connaître. Cela n'enlève rien à la qualité des équipes.

La redondance des fonctions des différentes structures qui ont pour mêmes objectifs, la prévention de la ré-hospitalisation et la post cure, pose également question.

Le CMP, quant à lui, reste le pivot de la prestation ambulatoire. C'est le lieu de dispense des soins de courte et de longue durée, ordinaires ou intensifs, généralistes en santé mentale ou spécialisés, ainsi qu'un lieu de rencontre où s'effectue une partie du travail de liaison et de réseau.

Le manque de mobilité est également une limite de l'ambulatoire comme on le pratique actuellement. En effet, il ne permet pas d'offrir des réponses intensives et brèves à des patients présentant un épisode aigu pour lesquels, originellement, l'hospitalisation paraît évitable (brèves mais renouvelables par périodes, ces crises pourraient être systématiquement prises en charge par un plateau technique spécialisé de l'hôpital général, ce qui répondrait aux exigences des patients et de leurs familles).

L'ambulatoire joue son rôle d'alternative à l'hospitalisation qu'à la marge, en alternative d'aval mais très rarement d'amont. Ce défaut est constamment stigmatisé par le réseau social, les usagers et les familles et les autres professionnels. Les projets de territoire devraient comporter un volet de coordination des services ambulatoires de psychiatrie envisagés sous cet angle.

Concernant les ressources humaines, l'essentiel du dispositif repose sur le binôme médecin infirmier. Les psychologues sont très insuffisamment représentés alors que la demande pour les psychothérapies explose. Les travailleurs sociaux, quant à eux, sont débordés par le traitement des problèmes sociaux des patients mais n'ont guère de temps disponible pour animer et accompagner des projets.

Les effectifs globaux en faveur de l'ambulatoire ne semblent pas avoir augmenté ces dix dernières années et représentent entre 20 et 30% des ressources globales, rarement plus. Comme le temps disponible par Equivalent Temps Plein (ETP) a diminué et que les demandes ont augmenté de plus de 50%, le décalage et les pressions qui en résultent sont compréhensibles.

Par conséquent, l'amélioration de la qualité de la prestation ambulatoire réside dans la correction des faiblesses précédemment exposées.

D) Encourager l'articulation du sanitaire, social et médico-social

En effet, l'un des enjeux forts de la santé mentale est de valider et d'entretenir un tissu fort entre les différents acteurs en faveur du traitement global de la maladie mentale. Ainsi, sont sollicités l'hôpital, les institutions sociales et médico-sociales, les structures alternatives à l'hospitalisation, les pairs, les familles, les groupes d'entraides mutuelles, les élus et les médecins généralistes.

Qu'ils s'agissent de la psychiatrie adulte, de la pédopsychiatrie, de la prise en charge en santé mentale des personnes sous main de justice, des personnes âgées, des publics précaires, de l'alcoolisme et des addictions, les réponses se sont ainsi améliorées. On note toutefois peu d'exemples de réseaux coordonnés, somatiques, psychiatriques, médico-sociaux et sociaux.

L'obsolescence de l'approche par structure amène à réfléchir sur l'établissement d'un panier de services sanitaires et sociaux, ambulatoires et hospitaliers, coordonnés et gradués, définis entre les utilisateurs, usagers et familles, les professionnels et les planificateurs.

1.1.2 L'approche ressources humaines : valoriser les moyens humains

Le soin psychiatrique n'existe pas sans le rapport humain ; la psychiatrie, c'est avant tout du temps et des hommes. Ainsi, les problèmes de démographie médicale et les insuffisances en matière de formation représentent des enjeux forts en matière de qualité des soins.

A) Promouvoir l'attractivité des médecins

En 2000, chaque secteur de psychiatrie générale dispose en moyenne d'une équipe médicale de 6,2 équivalents temps plein (ETP) dont 3,5 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,9 ETP d'internes et d'une équipe non médicale de 79,8 ETP¹⁰. Cependant, 239 postes de psychiatres temps plein et 94 temps partiel ont été déclarés vacants depuis plus d'un an, ce qui représente 9 et 14 % des psychiatres rémunérés en décembre 2000 dans les secteurs de psychiatrie générale.

Malgré la forte croissance de la file active moyenne par secteur, le nombre d'équivalents temps plein en personnel médical est relativement stable depuis 1989, alors que celui des personnels non médicaux a diminué de 8 % sur la période. Il est important de souligner que le nombre d'internes et d'attachés s'est réduit, passant de 2,1 ETP internes et 0,8 attachés en 1989 à respectivement 0,9 et 0,4 en 2000. C'est le cas dans l'ensemble des disciplines pour les internes dont le nombre global est passé de 29 000 en 1984 à 13 000 en 2001. Par contre, la diminution du nombre d'attachés semble spécifique à la psychiatrie, aussi bien en psychiatrie générale qu'en psychiatrie infanto-juvénile.

Avec 13 200 psychiatres, la France est bien pourvue (deuxième position en Europe). Par contre, le taux de vacance des postes de psychiatrie hospitalier reste un des plus élevés (10 % en 1997) parmi les disciplines médicales. La répartition géographique des psychiatres libéraux ou salariés est très inégale, avec une moyenne nationale de 22 pour 100 000 habitants. Entre 2005 et 2020, le nombre de psychiatres diminuerait de 41%. La pénurie de psychiatres dans le secteur public et la mauvaise répartition de ces derniers sur le territoire français face à l'augmentation régulière de la demande en psychiatrie pose la question de l'attractivité de la spécialité et des médecins dans le secteur public.

¹⁰ « La démographie médicale en psychiatrie : les voies du possible ».- *Pluriels*, n°59.- juin 2006

Revaloriser la profession (ceci passe aussi par la déstigmatisation de la maladie mentale) et intéresser les psychiatres au secteur public sont les deux premiers axes sur lesquels il faut travailler pour pallier le manque de médecins, d'internes et d'attachés (par exemple, la promotion de la collaboration des psychiatres et des médecins neurologues, biologistes en faveur de la recherche évidemment, mais aussi du soin par le rapprochement MCO/ psychiatrie).

Mais finalement, le problème de démographie médicale est aussi de nature politique et pas seulement technique. Un certain nombre de mesures vont permettre aux praticiens de prolonger leur activité au-delà de la retraite et d'autres mesures, contenues dans le projet de plan de santé mentale, concernent la création des postes médicaux et augmentent le *numerus clausus* en faveur de la spécialité.

Toutefois, ces deux dernières mesures peuvent interroger, compte tenu du nombre élevé de postes déjà vacants, du temps qu'il faut pour former les psychiatres (11ans) dont on peut craindre qu'ils n'enrichissent, sans mesures associées, davantage le secteur privé, le sud du pays et les grandes agglomérations. Même si l'arrivée de psychiatres étrangers peut partiellement améliorer la situation, ces mesures semblent insuffisantes.

Si nous examinons les rapports sur l'exercice des psychiatries publics et libéraux, quel est le constat?

D'après une enquête francilienne concernant la schizophrénie, celle-ci représente 4% de la clientèle des médecins généralistes et 9,7% de celle des psychiatres libéraux. Elle représente de 30 à 40% dans le secteur public. Si l'on ajoute à cela la part des urgences, des Hospitalisations Sous Contrainte (HSC), des marginaux et des violents, qui sont rarement l'apanage des psychiatres libéraux, on perçoit que, de plus en plus, le traitement des cas graves s'appesantit sur des médecins du secteur public, en diminution nette. La situation est analogue pour les cliniques privées qui accueillent des patients moins sectorisés et plus coopératifs, tandis que la psychiatrie publique locale souffre et s'expose. L'intérêt d'une planification conjointe trouve sans sens.

La situation de la démographie médicale en psychiatrie en France reflète un autre problème puisque nos pays voisins, avec un taux de psychiatres sensiblement moins élevé, ne perçoivent pas ce problème de pénurie et de mauvaise répartition.

En effet, dans ces pays, les généralistes jouent un rôle pivot (20 à 30% des consultations de médecine générale relèvent d'un trouble de santé mentale). En France, l'accès direct au psychiatre continue d'être favorisé. Les médecins généralistes sont peu formés ou sensibilisés à la psychiatrie, et l'évolution de leur pratique ne les pousse pas à s'occuper de malades mentaux, même de gravité modérée.

Par ailleurs, force est de constater que la formation académique initiale est formatée pour un modèle de psychiatrie fortement médical et pharmaco thérapeutique, hospitalo-centrique, faiblement ouvert sur le social, les psychothérapies et le travail avec les familles, négligeant la santé publique et les programmes de santé. Des formations croisées pluri professionnelles dans le but de proposer une réponse globale aux besoins des patients seraient souhaitables.

B) Recruter et former le personnel infirmier

a) *Recruter des infirmiers pour garantir la qualité et la continuité des soins*

Une équipe non médicale compte en moyenne 53,8 ETP de personnels infirmiers (personnels d'encadrement infirmier, infirmiers de secteur psychiatrique ou infirmiers diplômé d'État), soit 67 % du total ; 8 ETP d'agents de service hospitalier, soit 10 % du total ; 6,7 ETP d'aides-soignants, soit 8 % du total ; 3,2 ETP de secrétaires médicales, soit 4 % du total ; 2,5 ETP de psychologues, soit 3 % du total ; 1,6 ETP d'assistants de service social, soit 2 % du total ; 1,3 ETP de personnels éducatifs (éducateurs, moniteurs-éducateurs, animateurs, personnels d'encadrement socio-éducatif), soit 2 % du total ; 0,9 ETP de personnels de rééducation (psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes), soit 1 % du total¹¹.

Au sein du personnel non médical, ce sont les infirmiers, cadres supérieurs de santé, agents des services hospitaliers et les autres personnels non médicaux affectés au secteur dont les effectifs ont le plus décru (-11% à -55 % en onze ans selon les catégories), tandis que les psychologues, les aides-soignants et les secrétaires médicales ont vu leur nombre d'ETP augmenter sensiblement sur la période.

Dans ce sens, le SROS III PACA de Psychiatrie Adulte encourage une politique active de pourvoi des postes vacants afin de recruter au plus vite des infirmiers dans les établissements hospitaliers de la région. Cet enjeu est crucial et se reflète, par exemple, dans l'organisation de la Direction des Soins de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (APHM). En effet, la direction centrale des soins (commune aux 4 sites) comprend une sous-direction appelée Bureau des Emplois Paramédicaux, dont la mission est de démarcher et recruter des infirmiers à la sortie d'École. Cette méthode se concrétise par un tour de France à la recherche de talents et par la participation à des forums tels que la foire de Marseille.

¹¹ JUHAN P.- « La démographie médicale en psychiatrie : les voies du possible ».- *Pluriels*, n°59.- juin 2006.

b) *Former le personnel en psychiatrie pour pallier les insuffisances de la formation unique*

La formation du personnel infirmier est un sujet traité dans le cadre du plan de santé mentale, qui requiert toute notre attention. Depuis un quinzaine d'années, la formation initiale en matière de santé mentale n'est plus spécialisée en psychiatrie.

La formation unique enseignée dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) est de fait, une formation à sens unique.

A l'ancienne formation des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), ont été rajoutés 3 mois de psychiatrie, ce qui est jugé par les professionnels de santé insuffisant et incompatible :

- insuffisant, puisqu'on ne remplace pas les 3 ans de l'ancienne formation des infirmiers de secteur psychiatrique par 3 mois ;
- incompatible, car l'assimilation de la psychiatrie ne se fait pas sur les mêmes bases, en vue des mêmes objectifs ni dans le même esprit de formation.

La formation unique, désormais réservée aux IDE dans les IFSI ne les prépare pas aux soins psychiatriques :

- réductrice, elle néglige les bases théoriques essentielles en psychiatrie ;
- orientée MCO, elle oblitère la spécificité du soin en psychiatrie et la démarche relationnelle soignante ;
- incomplète, elle crée une demande légitime de formation de base de la part des nouvelles équipes (les laboratoires se saisissant de cette opportunité pour dispenser des formations et des conseils sur les pathologies et traitements médicamenteux et par la même promouvoir par la documentation leurs produits).

Le recul pris par rapport à la réforme de la formation unique permet de se rendre compte des lacunes qu'elle présente. La liste énumérant les principales incompatibilités entre ce que propose la formation actuelle axée sur les soins généraux et la technique très particulière du soin en psychiatrie, est la suivante :

- le rapport au symptôme pratiqué en MCO enseigné est réducteur en psychiatrie et mériterait d'intégrer la relation soignant/patient pour établir le diagnostic ;
- le risque est le recours systématique au médicament comme moyen de traitement car en MCO, à chaque mal son remède « chimique » ;

- la relation soignant/patient reste distante en MCO (même si cette relation tend à se modifier), le soin commence en psychiatrie lorsque le lien est établi.

Ces quelques exemples montrent un déficit du « rapport à l'autre », de la réactivité et de l'adaptation à l'individu et à ses réactions. De plus, la féminisation des IFSI ne concourt pas à sécuriser les lieux de soins en psychiatrie, où une présence masculine est souvent requise et dans la mesure où ces mêmes personnes n'ont pas appris les bases de la psychologie, l'ethnopsychiatrie, la psychiatrie, ou encore la psychanalyse, les prises en charge relationnelles laissent souvent place aux rapports de force, exposant inutilement soignants et patients.

L'IFSI dispense une formation généraliste peu adaptée aux spécificités des publics en psychiatrie. Donc, selon le SROS III, un tutorat de proximité pour les IDE prenant un poste dans un service de psychiatrie est préconisé et le financement pour le remplacement des temps de travail des personnels en formation est assuré. Ainsi, une formation sous forme d'apprentissage prend le relais de la formation initiale.

C) Encourager et articuler la recherche et l'enseignement en sus du soin

La psychiatrie privée axée sur le soin par le biais des consultations est fortement représentée. Cependant, l'enjeu actuel est de valoriser le soin dans le secteur public, ceci passe par la qualité et l'amélioration continue des services ; il s'agit également de miser sur l'enseignement délivré aux futurs psychiatres du secteur public pour les convaincre du potentiel de la psychiatrie publique, mais aussi d'encourager et d'investir dans la recherche, moteur et vecteur de d'amélioration de la prise en charge par la compréhension de certaines pathologies.

Ces trois axes sont les missions du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), certes, mais le soin doit et peut être valorisé dans toutes les structures si la motivation persiste ; l'enseignement, quant à lui, sera prochainement possible et pratiqué dans les centres hospitaliers généraux. En ce qui concerne la recherche, les partenariats, les conférences, les débats entre les équipes médicales et para-médicales peuvent contribuer au partage de l'information et ainsi à faire avancer la recherche, qui, rappelons le, ne doit pas se cantonner à la recherche biologique mais aussi comportementale et sociétale.

Aujourd'hui, en matière d'enseignement et de recherche, la recherche clinique ou de l'organisation des services est malheureusement largement délaissée en France.

1.1.3 L'approche économique : optimiser les ressources financières

A) Diminuer les frais de structure et maîtriser les charges d'exploitation

Les problèmes de financement que connaît l'Etat français, plus particulièrement vifs et profonds dans le domaine de la santé, invitent désormais tout autant en psychiatrie que dans le MCO à recentrer les dépenses pour mieux les répartir.

C'est ici que se pose la question des structures et activités redondantes car la psychiatrie s'avère coûteuse. Pourquoi ?

- D'une part, des budgets d'investissement architecturaux conséquents (grandeur, nombre et spécificités des espaces et des locaux en psychiatrie) sont attribués à la psychiatrie.
- D'autre part, les aménagements, les besoins en personnels, le temps médical et soignant (plus long qu'en MCO) représentent des sommes importantes. Signalons tout de même que les dépenses liées aux médicaments sont minimales en psychiatrie en comparaison des dépenses de pharmacie en MCO.

Il est légitime de réfléchir non seulement sur les modes de gestion pour réduire les dépenses d'exploitation (bien que la marge de manœuvre sur les frais de personnels soit mince) mais aussi repenser l'organisation hospitalière elle-même afin de réduire les frais de structures.

Les questionnements sont les suivants : Faut-il diminuer le nombre de structures intra hospitalières spécialisées ? A-t-on besoin de centres hospitaliers indépendants de l'hôpital général ? Le secteur sanitaire doit-il supporter seul les dépenses liées à la santé mentale ?

B) Valoriser l'activité psychiatrique

La mise en place de la nouvelle gouvernance, qui préconise une codification des actes pour la rémunération des activités, n'exclut pas la psychiatrie du champ. Bien qu'elle bénéficie d'un temps supplémentaire du fait de ses spécificités et de la complexité qu'elle engendre, la Valorisation à l'Activité en Psychiatrie (VAP) est un moyen supplémentaire de contrôle de l'activité en termes de rentabilité et d'outils d'analyse de la qualité de la prestation rendue.

Suite à l'échec du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) en psychiatrie, qui ne répondait pas aux caractéristiques de la psychiatrie, les tutelles ont pour projet de mettre en place la VAP dont le premier volet est le Recueil d'Information Médicalisé Psychiatrique (RIM-P). L'enjeu majeur est de coder l'activité pour enregistrer des recettes en psychiatrie et sortir du système de dotation globale classique, qui attribue des crédits, de manière historique d'une année sur l'autre.

Cependant, ni les médecins, ni le ministère de la santé n'ont encore proposé de grille efficace à ce jour pour coder l'activité et ainsi la valoriser. Le chantier est vaste et les attentes sont importantes tout comme les réticences face à ce changement radical de fonctionnement et de perception de l'activité psychiatrique.

C) Gérer les ressources allouées

Un troisième défi découle des deux points précédemment évoqués. Les doublons d'activité (entre les services, les disciplines et les structures), qui engendrent des multiplications d'actes, de recherches biologiques, de transferts et de consultations, sont des préoccupations quotidiennes à l'hôpital et au sein du réseau de soins. Des audits ciblés à ce sujet sont nécessaires pour identifier les « zones de rupture », trouver des niches de financement, corriger les sources d'erreurs et garantir une gestion optimale des ressources allouées.

Cet objectif commun est de plus un levier de communication et de cohésion entre les équipes et les disciplines.

Des enjeux majeurs face aux freins idéologiques et organisationnels

L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général présente de nombreux avantages pour répondre aux enjeux précités, cependant certains obstacles à sa mise en œuvre ne sont pas négligeables et ont contribué jusqu'à lors à l'échec constaté de ce changement organisationnel.

L'intégration inaboutie de la psychiatrie à l'hôpital général, l'échec de la désinstitutionnalisation et la perméabilité des frontières entre le médical et le social est le reflet des résistances au changement liées au secteur de la santé en France.

Pour contourner ces obstacles et réamorcer la modernisation et l'amélioration du système, nous allons les citer ci dessous et les analyser.

1.2 Les freins liés à l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général

Tandis que les enjeux de la psychiatrie sont intimement liés aux enjeux du MCO en respectant bien sûr ses particularités, les freins liés à l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général sont propres au domaine de la santé mentale et est le reflet de la spécificité affirmée et historique de la psychiatrie.

Les freins identifiés ci-dessous sont la synthèse des arguments ressortis des entretiens d'avec les personnels de soins et administratifs interrogés¹².

1.2.1 Les freins au niveau des soins

A) Faire évoluer le secteur

La contrainte est surtout idéologique. De nombreux médecins et personnels soignants affirment que la sectorisation ne peut pas être respectée au sein de l'hôpital général, qu'elle doit vivre dans le cadre de l'établissement public de santé mentale, seul lieu où les principes fondateurs seront clairement conservés :

- renforcer l'offre de proximité par la mise en place de secteurs géo démographiques ;
- délimiter le champ d'action des établissements et des praticiens ;
- assurer la continuité des soins, de la prévention à la réinsertion ;
- et assurer une prise en charge globale du patient et de sa famille.

Cependant, le secteur présente aussi ses faiblesses :

- un découpage « artificiel » ;
- un découpage à vocation « égalitaire » mais qui n'a pas empêché un déséquilibre des moyens ;
- des pratiques hétérogènes sans lisibilité pour le patient, les familles et les partenaires, c'est effectivement une conception qui a fortement conditionné le paysage en psychiatrie ;
- les disparités du mode de traitement des patients ;
- la mixité, problématique issue de la cohabitation des pathologies.¹³

¹² 30 entretiens pluri-professionnels ont été menés entre avril et novembre 2007

¹³ *L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements ?*.- Module Interprofessionnel, ENSP.- 2006.

Le secteur issu de la sectorisation est depuis plus de quarante ans le schéma organisationnel de référence en psychiatrie. Le secteur est un modèle pertinent s'il répond aux besoins et aux attentes évolutives de la population. Ce n'est pas le cas. L'hôpital général peut dans ce sens représenter une opportunité pour rénover le secteur en redessinant et en faisant correspondre les secteurs psychiatriques aux territoires de santé.

Une fois adaptée, la logique de secteur peut tout à fait, être conservée et s'avérer pertinente pour les soins délivrés au patient à l'hôpital général (le pôle étant un modèle plus adapté aux domaines de la recherche et de l'enseignement).

Reste à définir, en fonction du nombre potentiel de patients et l'identification des profils à l'hôpital général, l'organisation hospitalière à adopter. Est-il plus opportun d'intégrer des petites unités de psychiatrie dans le bloc central ou bien d'implanter un bloc psychiatrique plus ample attenant au bloc central ?

B) Convaincre les infirmiers psychiatriques

Les infirmiers psychiatriques sont généralement des seniors dans la mesure où la formation spécialisée n'existe plus aujourd'hui, seule la formation initiale généraliste est dispensée dans les IFSI.

Leur réticence face à l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général s'est construit au fil du temps et comprend trois facteurs marquants :

- Tout d'abord, le facteur histoire y est pour beaucoup, la culture psychiatrique comme spécialité à part faisait de l'infirmier psychiatrique un expert dans son domaine.
- Ensuite, la cohabitation avec la filière MCO effraie, la peur du rejet, la non reconnaissance des pairs ou du mépris pour la discipline psychiatrique.
- Finalement, nombreux sont ceux qui pensent que la valorisation à l'activité sera mise en place à l'hôpital général mais abandonnée à l'EPSM. S'intégrer signifierait, pour eux, promouvoir le codage des activités (une pratique qu'ils ne trouvent pas adapter au domaine de la psychiatrie), produire du travail administratif supplémentaire à la défaveur du temps passé auprès du patient et être évalué sur les pratiques professionnelles en fonction du rendement.

Comme vu précédemment, la spécialisation des infirmiers en psychiatrie n'est plus délivrée en amont, on trouve ici une opportunité en faveur de l'intégration dans la mesure où les étudiants sortants auront déjà évolué avec les infirmiers MCO dans une filière généraliste. La psychiatrie ne représentera pas pour eux une discipline à part comme elle a pu l'être auparavant pour les infirmiers spécialisés.

C) Organiser et valoriser les urgences

La prise en charge psychiatrique aux urgences générales paraît être le point noir de la difficulté de l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général.

Il s'agit d'un domaine qui a le plus fortement évolué, positivement, ces dix dernières années. Ce n'est probablement pas une coïncidence s'il est, également, celui qui a fait l'objet des textes réglementaires, assortis d'une planification de plus en plus précise et de financements abondants, par l'intermédiaire des décrets de 1995 et 1997. Avant, la politique et l'équipement pouvaient être, pour des raisons historiques ou militantes, existantes, sporadiques ou complètement absentes, selon les territoires rencontrés.

Le modèle d'organisation le plus fréquemment rencontré consiste en la participation des moyens médicaux et paramédicaux des secteurs psychiatriques du bassin de population desservi par l'hôpital général, seuls ou conjointement avec des personnels de celui-ci. Dans beaucoup d'endroits, cette organisation est effective et appréciée, la coopération et le transfert de connaissances mutuelles des différents acteurs sont reconnus et la référence sectorielle du territoire n'est pas un obstacle dans le temps de l'urgence.

Cependant, un certain nombre de problèmes demeurent au niveau organisationnel. En de nombreux endroits, cette organisation est davantage une apparence qu'une réalité. Du temps médical spécialisé est affecté aux urgences, mais sans coordinateur identifié, sans responsable de l'activité, ce qui laisse le personnel paramédical spécialisé dans une régulation incertaine entre l'organisation et les hiérarchies de l'hôpital général et celles de la psychiatrie. Ces constats renvoient à une réelle difficulté ; écartelée entre ses obligations sectorielles d'hospitalisation, de prestations ambulatoires et les besoins à l'hôpital général aux urgences pour la psychiatrie de liaison, la psychiatrie a du mal à affecter un temps médical suffisant et ou insuffisamment séniorisé aux urgences.

Souvent, la psychiatrie traîne les pieds ou encore un psychiatre isolé, dépendant ou non d'un seul secteur, travaille aux urgences, sans lien fort avec sa filière. De plus, la couverture médicale des heures et des jours non ouvrables, des week-ends et des jours fériés apparaît incertaine, entre indisponibilité médicale, gardes et astreintes, qui n'ont pas toujours de corrélation avec l'activité observée. Ceci donne l'impression que la notion de tableau de garde est parfois perdue de vue. Les décrets permettant des marges de souplesse, il ne semble pas exister constamment de document conventionnel qui détermine l'organisation de base, en dehors de celui qui règle les protocoles d'intervention.

On peut ainsi observer la combinaison de ressources humaines non négligeables affectées à l'urgence psychiatrique sans garantie évidente d'une amélioration de l'efficacité. Cette question rejoint celle d'une politique des urgences psychiatriques. Urgences psychiatriques ou urgences générales avec mise à disposition de psychiatres ?

Si la France s'est engagée, depuis dix ans, dans une grande politique d'équipement et de ressources humaines pour les urgences psychiatriques, l'équipement ne suffit pas à définir les objectifs et les organisations.

Or à quoi servent, ou devraient servir les urgences psychiatriques, et quels sont les indicateurs d'efficacité ?

- A détecter les troubles mentaux et initier rapidement le traitement certes.
- A adresser dans l'hospitalisation spécialisée les cas les plus graves et à renvoyer chez eux, avec ou sans rendez-vous spécialisé, les cas les plus légers.

Mais de nombreuses situations sont indécidables dans les premières heures (tentative de suicide, par exemple). Dans de nombreux sites d'urgence, il n'existe pas de « système tampon » en dehors du tri, ce qui oblige au tout ou rien : soit hospitaliser par excès de précaution, y compris en hospitalisation sous contrainte si le patient n'est pas coopératif (ce cas le plus fréquent fait participer les urgences à la pression sur les lits psychiatriques, alors qu'elles devraient tendre à la diminuer), soit renvoyer chez eux, en prenant un risque, des patients encore instables, du fait d'un manque de temps et de lit.

Dans certains sites se développent des centres de crise ou centres dits de 72 heures adjacents aux urgences. C'est une alternative efficace qui mérite d'être généralisée. Ils permettent une évaluation plus fine et diminuent le recours à l'hospitalisation psychiatrique classique. Mais ils supposent deux conditions : la première est qu'ils soient implantés à proximité immédiate des urgences et non à distance, car leur fonctionnalité est obérée s'il y a rupture de continuité.

La seconde est qu'ils effectuent réellement un travail de crise qui recontextualise les pathologies et les troubles dans l'environnement du patient, incluse les proches, les associe aux suites, etc... Ceci suppose de mettre l'accent sur la formation des personnels médicaux et paramédicaux dans ce domaine.

Notons tout de même que, de plus en plus, des compétences psychiatriques sont souvent requises aux urgences MCO pour la souffrance psychique associée aux accidents et à la maladie ; ainsi des urgences psychiatriques juxtaposées (une entrée différente peut être, un même local) physiquement aux urgences générales et gérées en commun peut être une proposition à étudier.

Urgences psychiatriques ou urgences générales ? Les urgences psychiatriques bénéficient d'un personnel séniorisé qualifié et spécialisé, les structures sont adaptées au public et aux différentes situations qui peuvent survenir lors d'une crise, et les unités sectorisées sont à proximité, facilitant ainsi l'hospitalisation.

Les urgences générales présentent les avantages de la déstigmatisation et de la proximité directe du plateau technique, elles ne favorisent pas l'hospitalisation et répondent ainsi aux orientations régionales et nationales de diminution de l'hospitalisation en faveur d'une prise en charge ambulatoire.

1.2.2 Les freins humains

A) Diminuer les réticences des médecins

La réticence des psychiatres à s'intégrer à l'hôpital général découle souvent de l'idéologie de la psychiatrie comme spécialité à part.

Au sein même de leur spécialité, des groupes de médecins organisent les modes de prise en charge et de gestion selon leur philosophie de rattachement et font vivre leur service en fonction des pratiques et croyances de leur « école ». Les chefs de service protègent leur secteur comme s'il était le garde fou de toute modification du mode de gestion médicale et administrative qu'ils ont instauré.

Les professionnels de santé des établissements publics de santé mentale, dénoncent le manque d'intérêt des hôpitaux généraux en faveur de la santé mentale. La psychiatrie serait le parent pauvre de l'hôpital général car pas assez valorisante.

Et finalement, le « rendement » et la valorisation des actes complexes en psychiatrie seraient obligatoires dans le cadre de la nouvelle gouvernance (plus rapidement mise en place si intégration il y a) ainsi que le travail administratif supplémentaire dans le cadre de la mise en place des pôles.

Cette spécialité à part a longtemps permis de rendre immuable la psychiatrie et son fonctionnement. Une intégration à l'hôpital perturbe évidemment cette stabilité et la protection, que la psychiatrie s'était constituée face aux contraintes qualitatives et économiques du système de santé.

Déstigmatiser la psychiatrie est une requête commune aux patients et aux médecins pour la reconnaissance de leur spécialité au même titre qu'une discipline. Pour cela, il est primordial que les professionnels de santé mentale acceptent les mêmes contraintes et règles organisationnelles que le MCO.

B) Associer les organisations syndicales au changement

Les établissements publics de santé mentale sont historiquement fortement syndicalisés. Les organisations syndicales sont les plus résistantes au changement et sont anti-libertaires par rapport aux autres métiers, notamment administratifs. Ainsi, toute modification du dispositif établi doit faire l'objet de longues négociations entre les représentants syndicaux et la direction des établissements. Dans le cadre d'un transfert physique et de gestion de la psychiatrie à l'hôpital général, le processus nécessite d'être accompagné pour éviter un échec annoncé.

A décharge, leur métier est difficile de par la spécificité du public accueilli et traité, les incidences organisationnelles ont un impact fort sur les patients (le changement déstabilise les patients) et donc sur la pénibilité du travail.

C) Définir le positionnement de la direction face au corps médical

La posture et le positionnement de la direction est fonction du mode de management des deux parties. Ayant des activités radicalement différentes tout en agissant vers un but commun, la posture ne doit pas être hiérarchique mais moulée dans un système de collaboration entre le monde médical et l'univers administratif.

Deux types de relation sont clairement identifiés :

- Le rapport de force : certains directeurs se substituent au médecin pour faire passer les décisions. Le directeur s'appuie dans ce cas sur la collaboration des infirmiers. Le médecin, quant à lui, refuse tout compromis organisationnel et financier au nom du soin.
- La collaboration : d'autres directeurs favorisent et accompagnent le changement par une forte reconnaissance de la discipline médicale comme cœur de l'activité. Le rapport hiérarchique n'est pas instauré comme tel, la cogestion est encouragée. Dans ce cas, chaque partie respecte les compétences respectives de chaque métier, administratives et médicales.

Pour mener à bien les missions de service public, le positionnement du directeur doit refléter les expressions suivantes : « facilitateur », « communicatif et décisionnaire », « force de proposition », « respect mutuel des compétences ».

Ainsi, le facteur clé de succès pour l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général repose sur la relation entre la direction et le corps médical ; la personnalité du directeur et les orientations qu'il incarne doivent permettre au médecin de se réaliser dans sa discipline et pour sa discipline dans le but d'améliorer la prestation rendue au patient tout en préservant l'avenir de l'institution.

1.2.3 Les obstacles organisationnels

A) Adapter le service des admissions

Selon les professionnels de santé interrogés, les cadres de santé et les agents d'accueil ont soulevé une difficulté au niveau de l'organisation des admissions. La différence significative entre le bureau des entrées du MCO et celui de la psychiatrie concerne le type de placement du malade, notamment dans le cas de l'hospitalisation sous contrainte.

Les admissions ne s'organisent pas de la même manière, ni dans les mêmes délais, ou dans les mêmes conditions ; les pièces justificatives nécessaires sont nombreuses et spécifiques, elles nécessitent une bonne connaissance de la prise en charge psychiatrique, les acteurs sont variés (famille, tuteurs, médecins,...), les procédures sont plus lourdes et parfois longues.

Des incidents, même en hospitalisation libre, (violence, crise, ...) peuvent survenir à tout moment ce qui complique la cohabitation des malades somatiques et psychiatriques au bureau des admissions ; du fait de l'absence de médecins ou personnels soignants ; et parfois de la méconnaissance (et en conséquence des actions inadaptées au malade) des agents de sécurité qui pourraient intervenir.

B) Coder l'extrahospitalier

L'extra hospitalier montre aujourd'hui de nombreux déficits. Malgré une répartition convenable au niveau national, une bonne accessibilité et une variété dans les structures ambulatoires (CMP, CATTP, hôpitaux de jour, foyers de post cure, appartements thérapeutiques), on constate une saturation croissante et peu régulée due à une très forte demande, une communication et une information insuffisantes et le caractère stéréotypé des structures.

L'extrahospitalier est un concept pris de la psychiatrie pour l'adapter au MCO à travers l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Cependant, d'un point de vue financier, il n'en est pas moins difficile de codifier l'extrahospitalier et de le rattacher à l'activité intrahospitalière. En effet, valoriser l'extrahospitalier psychiatrique est plus complexe car il s'agit jusqu'à lors de la prise en compte d'une prestation globale.

Les difficultés majeures sont identifiables facilement ; la clientèle diffère en fonction des lieux de soins (par exemple, à Marseille, le CMP du 15ème accepte un public défavorisé et les CMP de centre ville accueille un public plutôt favorisé) Doit on prendre en compte cet aspect sachant que le facteur social influe énormément sur le succès du traitement en psychiatrie ?

Il est en effet difficile de définir des critères justes, pertinents et quantifiables. A cela s'ajoutent le temps consacré, le nombre de consultations, la classification et la multiplication des pathologies, la phase : dépistage/traitement/postcure.

A ce jour, aucune solution pertinente et convaincante pour codifier les actes ni du côté du ministère, ni du côté des soignants n'a encore été proposée.

Malgré tout, les espoirs déçus du PMSI psy totalement inadaptés à la discipline psychiatrique, renaissent avec la VAP dont les caractéristiques intègrent des notions qualitatives en sus du recueil quantitatif des actes.

C) Evaluer la pertinence et l'efficacité de l'EPSM

La contrainte principale est sans doute celle de la persévérance des centres hospitaliers spécialisés, désormais appelés établissements publics de santé mentale. En effet, l'EPSM pratique le soin aigu et le soin au long court. Il organise parfois des fonctions de recherche et d'enseignement.

Les familles déplorent depuis longtemps l'EPSM, qualifié de stigmatisant et de chronicisant. Pourquoi ?

Les raisons sont multiples, voici quelques exemples :

- Premièrement, souvent éloigné du centre ville, l'EPSM est caché de tous ; la psychiatrie devient alors honteuse et fait peur.

- Puis, le nom de l'hôpital psychiatrique est connu des habitants de la ville, ainsi, l'hospitalisation dans ce type d'établissement n'échappe pas à l'ensemble de l'entourage proche et plus éloigné du patient.
- Enfin, le langage courant s'approprie le nom de l'établissement psychiatrique de la région pour qualifier certaines situations burlesques ou certaines personnes.

En outre, l'EPSM ne répond plus aux attentes exprimées des patients.

Les profils de malades ont évolué, la part des dépressions augmente tandis que les psychoses voient leur tendance diminuer. Ainsi, la prise en charge doit s'adapter à ces nouveaux patients qui doivent éviter toute chronicisation et desociabilisation, d'où la question sur la pertinence de l'hôpital psychiatrique comme il est structuré aujourd'hui.

Le défi d'une institution face aux enjeux nationaux d'un secteur et aux freins de la discipline psychiatrique

Les enjeux du système de santé sont à présents inévitables car grandissants ; les freins sont, pour la plupart, idéologiques et conjoncturels ; l'AP-HM relève le défi d'intégrer la psychiatrie à l'hôpital général, vecteur de qualité en matière de service rendu et de gestion hospitalière.

2 Les réalisations concrètes et propositions de réponses

Les réalisations de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM) en faveur d'une intégration progressive et évolutive de la psychiatrie à l'hôpital général et des propositions macro-économiques en faveur d'une refonte du système de prise en charge en santé mentale seront les sujets d'études de cette deuxième partie.

2.1 Comment l'AP-HM relève le défi de l'intégration

L'AP-HM prend des engagements dans le domaine de la santé mentale. Dans le cadre du service public hospitalier, en cohérence avec les besoins de la population marseillaise et face à un enjeu majeur de santé publique, l'AP-HM revisite, modernise et réorganise la prise en charge psychiatrique.

Constats régionaux

Ces vingt dernières années, la population accueillie en psychiatrie a rajeuni à la faveur de prises en charge dans de nouvelles structures des personnes les plus âgées. La présence de plus en plus importante de jeunes adultes impose la création d'espaces de rencontres, dans lesquels bouger, faire du sport, s'occuper librement est important.

Cependant, la moyenne d'âge des patients hospitalisés va probablement connaître de nouvelles évolutions en raison du vieillissement de la population générale et des difficultés d'accès à des structures de prises en charge des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques.

Les problèmes d'alcoolisme ont diminué mais la prise de toxiques a augmenté de façon considérable. La précarité du public est également fortement constatée dans la région PACA.

La proportion des hospitalisations sans consentement a augmenté. Avec la diminution notable de la durée d'hospitalisation, le « turn over » des patients s'est globalement accéléré.

Et même si la proportion de patients hospitalisés au long cours reste importante (de 25 à plus de 30% de la population hospitalisée), on note simultanément un recentrage important des prises en charge sur l'aspect aigu des pathologies.

Le nombre de lits et donc d'unités par secteur a baissé et, là où cette diminution ne s'est pas accompagnée de la création de structures intersectorielles pour des prises en charge spécifiques, cela a renforcé l'hétérogénéité des populations accueillies au sein d'une même unité.

Ces caractéristiques ont augmenté le niveau d'agressivité dans les services, tandis que dans le même temps, le seuil de tolérance vis-à-vis de la violence a diminué du fait, entre autre, de l'accentuation de la féminisation du personnel infirmier, de la diminution des effectifs y compris des temps médicaux.

Ainsi, une diversification fonctionnelle accrue de l'hospitalisation est à prévoir : l'hospitalisation polyvalente ouverte doit être de plus en plus diversifiée pour des patients adhérents aux soins, tandis que des unités sécurisées, pourront accueillir les patients nécessitant des soins intensifs en phase aigue.

2.1.1 L'intégration de la psychiatrie à l'AP-HM, véritable orientation stratégique

Lors de la conférence de direction du 24 septembre 2007, le Directeur Général confirme l'orientation principale du projet d'établissement pour la période 2008-2011. Il s'agit d'une orientation client basée sur la qualité du service rendu. L'expression retenue en collaboration avec les syndicats est : « l'AP-HM prend soin de vous ! » Trois axes ont été mentionnés : améliorer la prise en charge sanitaire, coordonner l'hospitalier, l'ambulatoire et le médico-social, et renforcer la recherche clinique en rapprochant le projet de recherche du projet médical dans un souci de synergie et de cohérence.

Ces objectifs s'inscrivent dans chaque discipline, la psychiatrie étant depuis le précédent projet d'établissement un dossier phare de l'institution.

A) Le projet d'établissement

Depuis la loi de juillet 1991 portant réforme hospitalière, chaque établissement élabore un projet d'établissement qui définit dans son projet médical, les prises en charge et les orientations retenues dans le développement de l'activité.

Ce projet s'inscrit dans le cadre des orientations du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) et plus particulièrement en cohérence avec le projet médical de territoire. Les opérations d'investissement sont des éléments de réalisation de ces projets.

Dans le cadre du projet d'établissement, qui définit son activité, ses moyens et son image, le projet médical fixe les modalités de prise en charge et les ressources affectées et le projet de soins précise les organisations attendues. Si l'existence d'un projet médical et soignant est un préalable, il est important de savoir réfléchir à leur adaptation au fur et à mesure de l'élaboration du programme et profiter de l'opportunité ainsi créée de faire évoluer les organisations de travail.

Historiquement à Marseille, le champ du MCO est venu s'implanter sur le site de la psychiatrie basé en centre ville. C'est ainsi que l'on peut entendre couramment dans les locaux de l'AP-HM que le MCO s'est intégré à la psychiatrie. Les tendances, orientations et pratiques actuelles découlent de ce symbole.

L'AP-HM se scinde principalement entre le secteur centre et le secteur sud, respectivement situé à l'Hôpital de la Conception et à l'Hôpital Sainte Marguerite. L'Hôpital Nord bénéficie de la proximité du CHS Edouard Toulouse. La psychiatrie est ainsi présente et traitée dans ou à proximité des sites de l'Assistance Publique.

Dans le cadre du projet d'établissement 2003-2007, l'AP-HM a défini de nombreuses orientations, la psychiatrie devenant une des priorités fixées par la Direction Générale. Dans le prochain projet d'établissement actuellement en cours d'élaboration et ayant pour maître mot le « service maximum », les efforts architecturaux et organisationnels (engendrés lors du précédent projet d'établissement) liés à la qualité du service rendu et à l'organisation mise en place seront réaffirmés.

B) Les investissements en psychiatrie

Evolutions réglementaires, SROs, caractéristiques de la population cible, bassin d'attraction, besoins de santé, politique d'investissements - interviennent de plus en plus dans la programmation et prise en charge hospitalière.

De nombreux ouvrages¹⁴, qui ont abordé les liens entre architecture et psychiatrie témoignent de l'importance de la prise en compte du soin en psychiatrie pour réaliser un bâtiment à la hauteur des attentes des patients, de leurs familles et des soignants. Selon la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, « construire c'est chercher à mieux organiser pour mieux accueillir et mieux soigner ».

¹⁴ et notamment Architecture et psychiatrie / sous la dir. de Viviane Kovess-Masféty ... [et al.]. - Paris : Ed. Le Moniteur, 2004. - 198 p.

Il est important de rappeler les propos tenus par le docteur FALRET en 1884 «la construction d'un asile d'aliénés doit être moins l'œuvre d'un architecte que la réalisation des principes de la médecine mentale», c'est rappeler que depuis longtemps, l'élaboration d'un projet médical est un préalable incontournable au lancement des opérations de travaux.

Il n'y a probablement pas d'architecture spécifiquement psychiatrique, pour autant, on ne peut ignorer que les choix architecturaux ont un impact thérapeutique dans le sens où l'espace et la qualité de l'environnement influent sur le patient. Jean Charles PASCAL rappelle les principes défendus par PINEL proposant une répartition spatiale des malades en fonction de leur pathologie contredit par ESQUIROL, promoteur d'une différenciation par le comportement.

Ce sont les deux orientations choisies par l'AP-HM. Le partage des expériences entre architecture et psychiatrie a depuis longtemps nourri des projets riches et divers qui traduisent la place accordée aux personnes atteintes de troubles mentaux.

Les opérations d'investissement d'un hôpital ou d'unités, qu'elles soient hospitalières ou de consultations, sont le fruit d'un compromis entre les contraintes financières et économiques qui influent sur le choix des terrains des types de construction, les contraintes posées par l'environnement du site d'implantation, les tendances architecturales et surtout les spécificités du soin et des prises en charge.

Veiller à adapter les locaux aux projets médical et soignant, aux besoins du patient à tous les stades de la prise en charge, à adapter les volumes, l'agencement, les circulations en fonction des pratiques de soins et des demandes exprimées par les familles, telle a été la mission des soignants et des médecins de l'AP-HM.

Le projet d'établissement¹⁵ de l'AP-HM inscrit la psychiatrie au cœur de ses préoccupations. Ainsi, les coûts d'investissements en faveur de l'accueil des patients atteints de troubles mentaux se divisent principalement entre l'intrahospitalier, par la création de deux bâtiments innovants (52,7 millions d'euros pour le pôle centre ; 26,2 millions d'euros pour le pôle Sud) et par la création, le déplacement et la modernisation de structures ambulatoires modernes et stratégiquement placées pour un accès facilité aux patients psychiatriques. Le prochain projet consiste en la rénovation de l'hôpital Salvator pour en faire un établissement d'accueil spécialisé pour adolescent.

Adapter les locaux aux nouvelles pratiques et exigences est le principe affirmé par la direction de l'AP-HM.

En conséquence, le secteur centre connaît de profondes mutations structurelles à la faveur de regroupements de services et de la construction de nouveaux locaux. Les 3 services de psychiatrie générale des secteurs 13G02, 13G03, 13G04 anciennement situés à l'hôpital de la Timone et de la Capelette sont installés à présent à l'hôpital de la Conception. Le service de psychiatrie du secteur 13G01 est regroupé sur le secteur Sud avec les 2 autres services universitaires qui y sont déjà implantés pour former un département universitaire. Une modification de la sectorisation est prévue afin d'adapter la distribution géographique des secteurs à l'implantation du département universitaire et de se rapprocher au plus près des territoires de santé MCO.

Actuellement, les 6 services de psychiatrie adultes de l'AP-HM desservent six secteurs. Si on tient compte des recommandations du dernier SROS, un minimum de 40 lits par secteur est requis soit, pour l'ensemble des services de psychiatrie dépendant de l'AP-HM, un minimum de 240 lits.

Le corolaire de cette réflexion sur le nombre de lits est la mise en place de structures extrahospitalières dont certaines sont communes. A ce titre, Jean-Claude GAUDIN, sénateur maire de Marseille et président du Conseil d'Administration de l'AP-HM a inauguré les structures ambulatoires (3,5 millions d'euros de travaux en faveur de la réhabilitation de deux immeubles) de psychiatrie du secteur centre le 19 octobre 2006¹⁶.

Ce projet participe de la reconnaissance de la spécificité du « fait psychiatrique » dans son contexte actuel. Il s'agit d'une alternative de service public au recours à des cliniques privées de statut lucratif pour des patients dont les pathologies et les appartenances sociales excluent l'hospitalisation psychiatrique « conventionnelle », celle-ci demeurant encore irrecevable au regard des attentes de la population aujourd'hui, tant du point de vue du niveau hôtelier que de la promiscuité non désirée de plusieurs pathologies différentes. La réussite de cet ensemble repose sur la cohérence globale du dispositif des secteurs et sur l'intérêt du travail soignant avec des personnels à la fois plus exposés mais aussi plus engagés et plus autonomes. Le projet a pu être réalisé car s'est engagé dans le même temps une réflexion sur les moyens humains avec des actions de démarchage par la direction des soins pour recruter du personnel infirmier notamment.

¹⁵ www.ap-hm.fr

¹⁶ Mistral Soignant.- « La psychiatrie ambulatoire au cœur de la cité ».- n°9, décembre 2006, p17.

C) Les pôles psychiatriques

La mise en place des pôles psychiatriques à l'AP-HM est un pas franchi vers une réelle intégration de gestion de la psychiatrie à l'hôpital général.

Selon Emmanuel VIGNERON, du secteur au pôle, il est question de cohérence dans la prise en charge et d'une évolution en faveur des attentes des médecins comme des patients. Premièrement, le secteur ne risque pas de se diluer dans le pôle comme beaucoup le craignent. Car après tout, dès le début, le secteur s'est accompagné de structures intersectorielles et les médecins et le personnel soignant ont toujours encouragé le développement de telles structures. Du reste, dans le champ somatique, les spécialités, les services sont restés assez proches de ce qu'ils étaient. En revanche, l'instauration des pôles a mis de la fluidité pour les patients, elle a permis une meilleure gestion des entrées et des sorties, des parcours, et a tout de même un peu crevé la vision organiciste de la médecine en donnant un nouveau rôle aux soignants non médicaux.

Le secteur pourrait-il de surcroît, s'améliorer grâce aux pôles ? La réponse est oui car le pôle est un lieu d'échange et de coordination.

Le pôle permettrait de faire évoluer le secteur en convergeant vers les besoins de santé « Vous n'allez pas me dire que vous regrettez ces secteurs en forme de part de camembert et n'allez pas me dire que tout cela était bon. Ce n'était bon ni pour les équipes, ni surtout pour les patients. Imaginez un peu, si le scénariste avait été psychiatre: dans *La Femme d'à côté* de François Truffaut, Depardieu n'aurait jamais rencontré Fanny Ardant car de l'autre côté de la rue c'était un autre secteur. Et voilà peut-être pourquoi vous n'avez jamais rencontré Sandrine Bonnaire, Isabelle Huppert ou Juliette Binoche ! Elles n'habitent pas votre secteur. Et je ne vous parle même pas de Andy Mc Dowell !¹⁷ »

La mise en place des pôles est en effet un moyen d'optimiser le circuit du patient et permet à la psychiatrie au sein de l'hôpital général d'associer enfin les troubles somatiques aux troubles psychiatriques. Le pôle devient alors un levier fort de promotion de la santé mentale à l'hôpital ne la considérant plus comme le parent pauvre de l'hôpital général.

¹⁷ VIGNERON Emmanuel, « La T2A est-elle soluble dans la psychiatrie ou l'inverse ? ».- *Graph Psy*, Lyon.- 29 mars 2007

Le pôle est également le lieu privilégié où les différents professionnels cohabitent et collaborent pour le même objectif. « A partir de la reconnaissance mutuelle des différents métiers de ceux qui interviennent en psychiatrie, les rapports professionnels se pacifient au profit d'une meilleure prise en charge des patients ».¹⁸

Le pôle est finalement une opportunité pour une gestion autonome de ses activités et de son budget sous le contrôle de la direction, tout en bénéficiant des orientations de l'institution, des crédits alloués et des structures de l'hôpital général.

a) *Le pôle de psychiatrie Centre*

Le pôle de psychiatrie générale des secteurs est constitué dans les locaux construits à cet effet sur le site de la Conception, grâce au regroupement des trois services de psychiatrie générale des secteurs 13G02, 13G03, 13G04¹⁹.

Il s'agit d'une structure de santé mentale facile d'accès, ouverte sur la ville, qui maintient les services de psychiatrie dans le cadre de l'hôpital général du secteur au sein duquel les soins somatiques sont au voisinage des soins de santé mentale, de la prise en charge des urgences à la pratique de la psychiatrie de liaison. Cette proximité présente de multiples avantages, parfaitement connus, pour la prise en charge des patients. Il repose sur une logique de secteur combiné avec le principe d'intensité symptomatique.

Concernant les activités hospitalières, le principe général est celui d'unités suffisamment vastes pour que les patients ne soient pas tenus d'interagir avec un trop grand nombre d'entre eux, avec la création d'espaces privés propres et d'espaces permettant de nouer des relations sociales nombreuses. Le pôle comprend 117 lits, 65 places d'hôpital de jour, 15 places d'hôpital de nuit et un CAP 48/72 de 8 lits. Des zones de soins attentifs permettant l'organisation des soins sous contrainte et des isolements thérapeutiques dans les meilleures conditions, sont mises en place.

L'organisation clarifie, dans un protocole définissant trois niveaux « d'indépendance autorisée médicalement », les activités ouvertes à chacun des patients (balnéothérapie, salle de gym,...), lesquelles font l'objet de prescriptions par l'équipe soignante. La socio-ergothérapie commune et individualisée est disponible.

¹⁸ F. DEGOY, E. LE BOHEC, M. QUENTIN, D. RAMBAUD.-« Soigner ensemble : de la guerre à la paix ».- 25 juin 2007

¹⁹ Soit une population supérieure à 200 000 habitants, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème} et 10^{ème} arrondissements

La fédération bénéficie tout naturellement du plateau technique de l'Hôpital de la Conception : services de soins généraux à proximité, pharmacie, laboratoires, imagerie, explorations fonctionnelles de psychiatrie (EEG, éventuellement laboratoire du sommeil). L'électro-convulsivo-thérapie est présente et nécessite l'intervention d'anesthésistes pour sa réalisation. La stimulation magnétique transcranienne, quant à elle, n'est pas encore scientifiquement validée mais un espace en vue d'une implantation éventuelle de cet équipement est prévu.

Le site propose des possibilités évolutives, à la fois sous la forme d'une augmentation ou d'une contraction pour répondre à de nouveaux besoins qui pourraient résulter de l'évolution de la discipline ou de la poursuite de la transformation du site. L'insertion ultérieure d'une activité en géro-psycho-geriatrie correspond ainsi à un principe d'évolutivité indispensable à intégrer dans une vision de long terme.

Quant aux activités extrahospitalières, la référence des actes exercés au centre médico-psychologique est celle de l'équipe pluridisciplinaire, comme à l'hôpital. Sont proposées des interventions individuelles et de groupe et toute une série d'interventions des soignants dans la communauté ou des actions de formation.

L'important est d'insister sur la différence fondamentale entre ce type d'intervention centrée sur l'équipe et celle de la consultation externe qui reste centrée sur l'activité du médecin.

Le CATTP est devenu une structure indispensable au dispositif général ; structure souple et très utile, il s'articule nécessairement autour du CMP et de l'hôpital de jour. Dans le même temps, son individualisation s'est fortement développée (locaux, équipe, heures d'ouverture).

Les CMP, base avancée de la psychiatrie, est aujourd'hui au centre du dispositif de prise en charge. Le CMP est commun à plusieurs services en fonction des spécificités locales. Les 4, 5 et 6^{ème} arrondissements sont desservis par le métro, les patients bénéficient donc du même CMP. Le 7^{ème} et le 10^{ème} arrondissement, mal desservis, nécessitent des structures spécifiques (nouvellement acquises). Les CATTP,

Les hôpitaux de jour sont systématiquement externalisés, installés dans des immeubles de la dotation non affectée de l'AP-HM. La construction d'un lieu commun entre les services du docteur Gouiran et du docteur Samuelian a permis de desservir la zone du 4^{ème} arrondissement. Cet HDJ est installé dans les anciens locaux de la direction générale de l'APHM.

b) Le pôle de psychiatrie Sud

Le département hospitalo-universitaire de psychiatrie adulte du secteur sud est créé par le regroupement, à l'hôpital de Sainte Marguerite, des 3 services de psychiatrie universitaire du CHU. Il comprend 115 lits et 33 places d'hospitalisation de jour répartis en unités fonctionnelles constituant du département.

Le projet médical du Département Universitaire tente de répondre à la fois à la mission d'un CHU et aux exigences spécifiques de la psychiatrie. Il repose sur une spécialisation des unités fonctionnelles en fonction des pathologies (schizophrénies, troubles bipolaires, anxiodépressifs, suicidants). Cette spécialisation tient également compte des modalités évolutives, en conservant les principes classiques d'une unité fermée et d'une unité d'accueil, et en axant le projet schizophrénie sur deux pôles innovants : d'une part, la prévention chez le sujet jeune dans une unité réservée aux schizophrénies débutantes, d'autre part, la réinsertion en redistribuant les moyens libérés par la fermeture d'une unité fonctionnelle temps plein vers une unité fonctionnelle ambulatoire faite de 3 équipes mobiles chacune ciblée sur une activité spécifique (d'intervention, domiciliation, emploi, maintien à domicile ou en réseau).

Il répond dans le projet architectural lui-même aux exigences de confort, d'intimité et de vie sociale qu'implique la déstigmatisation. Le bâtiment a reçu la clé d'or pour son modèle architectural en forme de libellule.

10 lits d'hôpital de jour complètent sur site l'unité fonctionnelle de réinsertion ambulatoire. 20 lits d'hôpital de jour sont externalisés sur une clinique de jour, vitrine commune aux trois secteurs regroupant les activités du CMP, de l'hôpital de jour et du CATTP. Une redistribution des moyens humains vers l'ambulatoire fait partie intégrante du projet de soins. Ces moyens humains sont complétés par l'implication d'éducateurs et un partenariat fort avec les associations d'usagers.

La psychiatrie de liaison est placée sous la responsabilité du Pr. Lançon et réorganisée sur l'ensemble des sites Sud et Centre de façon à répondre doublement aux besoins médico-psychiatriques des services MCO et à la souffrance psychologique des malades somatiques. Dans le cadre de la psychiatrie de liaison, une unité de consultations pour la prise en charge des Troubles Alimentaires au sein de la fédération d'Endocrinologie de la Timone est mise en place et rattachée au département de Psychiatrie du Secteur Sud.

L'unité fonctionnelle de consultations favorise le développement de traitements ciblés en ambulatoire. Le projet médical implique également le développement d'activités communes de vie sociale.

Les pôles permettent une cohésion entre les professionnels et s'attache à fournir une prestation complète et cohérente, ouverte sur la cité mais tout en garantissant la sécurité des lieux et des patients.

2.1.2 Les modes organisationnels de l'AP-HM évoluent en fonction des besoins

Le champ du MCO prend en considération les évolutions recensées des besoins de la population. En ce sens, pendant que certaines pathologies somatiques tendent à régresser par une prévention accrue et des soins curatifs plus performants, les troubles psychiques sont en augmentation et sont légitimement un enjeu majeur de santé publique et donc de prise en charge sanitaire et sociale.

Les organisations doivent alors s'adapter et s'articuler pour une prise en charge efficiente. L'AP-HM l'a bien compris et souhaite être un maillon fort au cœur du dispositif.

A) Organiser les urgences psychiatriques à l'hôpital général

Une politique intégrée de santé mentale se réfère évidemment à l'urgence (clé d'entrée à l'hôpital) et à ses différents programmes, somatiques et psychologiques, à l'urgence pré-hospitalière, à l'urgence dans la communauté et à ses différents programmes sanitaires (médecine de ville), psychiatriques et sociaux.

Dans le cadre des discussions privé/public sur les territoires de santé, il a été clairement indiqué que les urgences psychiatriques ne pouvaient se faire que dans un site permettant de traiter tous les types d'urgences²⁰.

Les urgences psychiatriques comprennent classiquement les urgences mixtes somato-psychiatriques, les décompensations aiguës de pathologies mentales connues ou inaugurales, et les crises médico-psycho-socio-familiales. Leur évolution est qualitative et quantitative. Elle a entraîné et entraînera encore un certain nombre de changements architecturaux.

²⁰ La psychiatrie doit prendre en compte la dimension somatique, UNCSY

L'évolution quantitative est proportionnelle à l'augmentation des files actives en psychiatrie, sous l'influence de facteurs sociétaux et organisationnels (déficit de réponse des MG et des CMP), qui font converger les demandes non programmées et urgentes aux urgences des hôpitaux.

L'évolution qualitative pose trois pré-requis, avec des dilemmes distincts qui concernent :

- Premièrement, le lieu d'implantation. En effet, les trois types d'urgences psychiatriques requièrent une compétence somatique, de la même façon que les urgences somatiques requièrent la disponibilité d'une compétence psychiatrique. D'où une implantation souhaitable à l'hôpital général, au sein ou à proximité du plateau technique des urgences.
- Deuxièmement, la politique menée c'est à dire la contractualisation claire des attentes et des réponses réciproques entre somatique et psychiatrique.
- Troisièmement, la définition d'une politique des urgences psychiatriques, soit celle du traitement bref et de l'orientation en quelques heures vers l'hôpital psychiatrique, soit la possibilité d'un accueil et d'un travail de crise (patient et environnement) dépassant quelques heures, voire plus de 48 heures, pour un traitement intensif et une évaluation plus poussée, évitant ainsi le tout ou rien entre hospitalisation et sortie.

A l'AP-HM, elles sont implantées sur les plateaux des urgences générales. De plus une unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) a vu le jour lors de la construction du bâtiment du pôle centre. La qualité de l'accueil, particulièrement lors d'un premier contact avec la psychiatrie, peut être déterminante sur l'avenir des soins, bien au delà de la crise motivant la venue aux urgences. Le psychiatre aux urgences ne saurait se contenter d'être un médecin « trieur ». Par la même, l'espace dévolu aux urgences psychiatriques sur les plateaux des urgences générales, est un espace propre à ce type de prise en charge, mais intégré physiquement. Le plateau des urgences permet à une équipe pluridisciplinaire de travailler en H24. Les locaux accueillants les patients psychiatriques sont bien identifiés, leur dispersion au sein du plateau technique des urgences générales est évitée.

Le 30 juillet 1992, une circulaire définit l'urgence psychiatrique comme « une demande dont la réponse ne peut-être différée », renonçant ainsi à toute définition médicale de l'urgence psychiatrique et instaurant la notion de nécessité subjective comme seule légitimité à la demande de soins. C'est dans ce contexte réglementaire et pour répondre à cette ambition sociétale nouvelle que l'AP-HM se dote en 1998 d'une UAUP, située depuis le 4 octobre 2006 dans le Pôle Psychiatrie Centre.

L'UAUP est à proximité du plateau technique, des services de soins somatiques et des lits d'hospitalisation psychiatrique, si l'hospitalisation est nécessaire. Sa mission, c'est le soin.

La définition même de l'urgence psychiatrique laisse entrevoir l'étendue des missions de l'AP-HM. Il ne s'agit plus en effet d'accueillir uniquement les personnes atteintes de troubles mentaux décompensés (psychiatrie en urgence). Les urgences psychiatriques sont à considérer plutôt comme un centre de crise, capable de redonner des perspectives, d'ouvrir des issues à une situation perçue comme insurmontable par le patient, sa famille et ses médecins. La diversité des conditions rencontrées impose une organisation susceptible de répondre à des demandes aussi diverses que, par exemple, des situations de crises conjugales ou familiales, des troubles graves du comportement en rapport avec des prises de toxique, des états délirants aigus ou bien encore la réinscription dans un projet de soins d'un patient en rupture de suivi. Une vision globale de la situation s'impose. Cette période d'évaluation, introduisant un regard extérieur, mobilisant le patient et son entourage constitue aussi un premier acte thérapeutique.

La situation de l'UAUP comme observatoire de la santé mentale, en fait un endroit privilégié de recueil de données épidémiologiques. Cette structure a su mettre en place, bien avant l'émergence du PMSI en psychiatrie, des outils performants de recueil et d'analyse de données.

Située au rez-de-chaussée du Pôle Psychiatrie Centre, 147 Boulevard Baille, l'UAUP est une structure largement ouverte sur la ville. De fait, 60% des recours se font en première intention, sur demande de l'utilisateur ou de sa famille. L'unité des urgences s'organise autour d'une véritable équipe de soins, autonome fonctionnellement et comportant médecin, infirmiers, psychologue, assistante sociale et agent de service hospitalier. Cette organisation permet de disposer d'emblée aux urgences de toute le savoir faire d'une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie. L'activité s'organise autour de deux axes : consultation et hospitalisation.

Les patients reçus sont dans une large majorité traités en consultation (60%). La durée moyenne d'un passage (attente et orientation comprise) est de 2 heures 20mn. La rapidité de la prise en charge par une infirmière puis par un psychiatre lors de l'arrivée aux urgences est déterminante pour éviter que l'état des patients ne se dégrade.

L'unité d'hospitalisation comprend 7 lits. Initialement conçue comme un CAP 48h, l'UAUP a su concilier des durées d'hospitalisation brèves (DMS 26h) avec une nécessaire adaptabilité.

Ainsi, 14% des séjours excèdent cette durée de 48h, mettant en évidence la capacité de la structure à s'adapter à chaque situation, sans mettre en péril sa mission première d'accueil et d'orientation. Cette souplesse, évite bien souvent des hospitalisations hâtives et permet de construire au mieux un projet de soin pertinent.

Ces lits permettent également d'amortir la diminution des places d'hospitalisation temps plein de psychiatrie et peuvent constituer un sas d'attente vers une hospitalisation parfois bien difficile d'accès. La disponibilité d'une chambre d'isolement permet également d'initier dans les meilleures conditions des soins sous contrainte. Si 40% des patients ayant recours aux urgences sont hospitalisés dans cette unité d'accueil, il faut noter que 38% d'entre eux pourront rentrer chez eux directement à l'issue de cette brève hospitalisation.

L'UAUP constitue un trait d'union entre des acteurs de soins en santé très divers : hospitalisation publique et privée, médecins généralistes, psychiatre libéraux, centre médico-psychologiques, secteurs de psychiatrie, foyers à caractères sociaux. Dans toute la mesure du possible, l'orientation se fait en concertation avec le patient et les partenaires privilégiés. L'ambition est de constamment resituer cette demande urgente dans un parcours de soins. Initialement conçue pour accueillir les marseillais des 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, et 10^e arrondissements, l'UAUP a très rapidement reçu des demandes d'usagers de l'ensemble du centre ville. Les personnes domiciliées dans les arrondissements initiaux ne représentent plus que 37% de la fréquentation. 25% des patients sont adressés par les services d'urgences générales, le partenaire naturel et privilégié de l'unité.

Les motifs de recours aux urgences sont très variés, l'anxiété étant le symptôme d'appel le plus fréquent. L'usage des urgences psychiatriques reste néanmoins exceptionnel : le taux de recours est de 32 passages annuels pour 10 000 habitants de Marseille et le nombre moyen de passages aux urgences psychiatriques depuis leur création est de 1.98 passage/usager. Ces derniers chiffres indiquent que les usagers ne banalisent pas le passage aux urgences et n'y ont généralement recours qu'en cas d'urgence.

Le succès au niveau de la cité d'une structure dévolue à l'origine à 5 de ses arrondissements incite à comprendre et accompagner cette évolution. L'offre de soins en psychiatrie sur Marseille est marquée par des délais d'attente en consultation souvent supérieurs à 15 jours et un taux d'occupation élevé des lits d'hospitalisation temps plein. Dans ce contexte, une unité de soins capable de répondre au plus vite trouve toute sa place. La fréquentation indique une forte demande des quartiers du centre-ville.

Dans une stratégie de réponse à cette demande et d'optimisation des moyens une bipolarisation des urgences psychiatriques sur Marseille est souhaitable.

C'est ainsi que l'AP-HM projette la construction d'une unité d'accueil des urgences psychiatriques dans le trauma-center de l'hôpital Nord et rassemblent les urgences psychiatriques des secteurs centre et sud dans le bâtiment psychiatrique du boulevard Baille.

Une autre ambition de l'AP-HM à plus long terme est, de rassembler au sein d'un même local, urgences générales et urgences psychiatriques avec une entrée/sortie commune et d'autres accès pour les cas les plus complexes et, de généraliser cette conception à l'ensemble des sites AP-HM.

B) Mettre en place le DPIIP, tremplin vers le RIM-P et la VAP

La VAP vise à faire évoluer le financement des établissements ayant une autorisation en psychiatrie, tenant compte de leurs spécificités.

Le projet comprend 4 compartiments :

- « géo-populationnel », prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques (précarité, densité médicale...), sur les plans régional, territorial et sectoriel.
- « missions d'intérêt général », ajoutant aux missions d'intérêt général déjà répertoriées dans le domaine MCO, certains fonctionnements et prises en charge spécifiques à la psychiatrie.
- « tarification à l'activité », finançant les activités réalisées en hospitalisation ou en ambulatoire, identifiées par le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P mis en place depuis janvier 2007)
- « médicaments coûteux »

Le RIM-P, rendu obligatoire et opposable à tous les établissements par l'arrêté du 29 juin 2006, est mis en place depuis janvier 2007 et devrait permettre d'élaborer une méthodologie d'Etude Nationale des Coûts (ENC) commune aux secteurs publics et privés et débiter son recueil pour disposer de données de coûts et construire les premiers tarifs. Le RIM-P est un outil indispensable, mais non exclusif, pour la définition de la VAP.

Il s'agit également d'un outil de transposition des données PMSI conçu par l'ATIH. Des crédits d'investissement et des crédits d'exploitation sont attribués pour l'accompagnement financier.

C'est dans ce cadre réglementaire et dans un souci d'accompagnement de la mise en place de la VAP, favorisant l'efficience de la discipline psychiatrique, qu'une étude a été effectuée par Laurent BOYER, docteur en Santé Publique, en faveur de l'AP-HM sur l'opportunité du DPIP et ainsi anticiper sur l'appropriation et l'utilisation du RIM-P, point d'ancrage de la VAP. En voici les conclusions :

L'évolution de la médecine exige une mise en commun d'informations entre tous les acteurs du système de santé et le patient afin d'améliorer sa prise en charge, la coordination et la continuité des soins. Le développement récent des technologies de l'information et de la communication permet aujourd'hui de tels échanges. Un dossier patient informatisé constitue un outil pouvant contribuer à la satisfaction des besoins qu'exprime notre système de santé : réduction des erreurs médicales, amélioration de l'utilisation des ressources, accélération de la diffusion des connaissances et aide à la décision, réduction de la variabilité des procédures de soins, meilleure information du patient principal acteur de sa santé, promotion de la prévention...

La psychiatrie n'échappe pas à cette évolution. L'apparition d'outils informatiques dans le quotidien de la prise en charge psychiatrique invite à une réflexion sur les notions de communication et d'information, d'autant plus que la mise en place réglementaire d'un Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie depuis le 1er janvier 2007 a accentué cette « informatisation »²¹.

Dans ce contexte, un dossier patient informatisé en psychiatrie (DPIP) vient d'être mis en place à l'APHM (dans un premier temps, à titre expérimental sur le pôle centre, pour s'étendre ensuite au pôle Sud). Si sa pertinence en tant qu'outil d'amélioration de la qualité paraît aller de soi, l'impact sur l'organisation de la prise en charge et l'activité quotidienne des utilisateurs en psychiatrie nécessite d'être objectivé.

Le travail s'est consacré à l'impact du DPIP auprès des professionnels de santé. L'objectif de l'étude est d'évaluer la « notoriété » du DPIP auprès des professionnels, et de déterminer de quelle manière il est utilisé par les équipes soignantes.

²¹ Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

Le déploiement du dossier patient informatisé en psychiatrie a commencé en février 2007. L'expérimentation a débuté sur 1 secteur comprenant 2 unités d'hospitalisations complètes, 1 unité d'hôpital de semaine, 1 hôpital de jour, 1 CMP et 1 CATTP, et le service d'accueil des urgences. Cette phase d'expérimentation est en phase de finalisation (initialement prévue en septembre 2007), avant de procéder à la généralisation du déploiement à l'ensemble de l'établissement.

Le dossier patient informatisé est accessible sur le site intranet de l'établissement. Il est sécurisé par un code identifiant et un mot de passe. La « philosophie » de ce dossier est le partage de l'information et le décloisonnement de la prise en charge. La lecture du dossier dans sa globalité est ouverte à l'ensemble des professionnels du secteur prenant en charge le patient. Il comprend une partie « dossier patient » propre et une partie « module de Recueil de l'Information Médicalisée en Psychiatrie ».

La synthèse sur l'opinion générale des professionnels de santé sur le DPIIP est la suivante :

- 70% des personnes interviewées (60 personnes) déclarent avoir une opinion très favorable sur le DPIIP. Les opinions favorables sur le DPIIP sont plus élevées chez les médecins (100%) que chez les autres professionnels, notamment les infirmiers (59%).
- 25 personnes considèrent que cela est une obligation institutionnelle et légale dans le cadre du RIM-P, alors que 30 personnes y voient une nécessité d'un point de vue organisationnel, notamment en termes d'accès à l'information.
- 70% des personnes interrogées considèrent que le DPIIP a un impact sur la prise en charge des patients. Le DPIIP améliore « la globalité de la prise en charge », « la connaissance du parcours de soins », « la continuité des soins », « la traçabilité des soins et actions » et il peut être utilisé comme « un outil de recherche pour améliorer la qualité des soins ».
- 70% des personnes interviewées considèrent que le DPIIP a un impact sur l'organisation du service. Cet impact est plus souvent signalé au niveau des urgences (92,3%) que dans les services d'hospitalisation complète (79,2%) et les structures extra-hospitalières (71,2%). 7 personnes déclarent que le DPIIP nécessite plus de rigueur dans l'organisation du travail. Concernant les relations entre les professionnels, 50% des personnes interrogées pensent que le DPIIP crée de nouvelles relations entre les services.

Cette étude qualitative montre qu'une grande partie des professionnels de santé des services en psychiatrie utilisent le DPIIP et en ont une opinion plutôt favorable.

Ils reconnaissent que celui-ci peut améliorer la qualité de la prise en charge, la continuité des soins et la coordination des acteurs.

A ce titre, le contexte organisationnel d'implantation du système semble être une condition primordiale à sa réussite. Un style de management participatif crée un terrain favorable pour la diffusion et l'utilisation du dossier informatisé. C'est ce que l'AP-HM s'est efforcé de mettre en place dans cet établissement. Toutefois, près de 40% des infirmiers ont une opinion défavorable sur le dossier informatisé. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- Premièrement, l'activité infirmière comprend des soins techniques et un travail d'accompagnement, d'observation, de soutien dont la transmission semble plus relever d'une tradition orale.
- Une deuxième explication possible est la confusion actuelle qui existe entre le remplissage du dossier patient et les recueils de l'activité des services pour les organismes de tutelle. Cette confusion est d'autant plus accrue que la psychiatrie publique délivre un service global « tout compris » où il n'est pas du tout évident de procéder à de la comptabilité analytique ni à la décomposition d'un ensemble de services, notamment pour l'activité infirmière.

Nous sommes au début de la mise en place de ces nouveaux systèmes d'information en psychiatrie. Les éléments énumérés ci-dessus devraient permettre d'optimiser l'utilisation du dossier patient et d'avoir un impact positif sur la qualité de la prise en charge en psychiatrie.

Toutefois, cette évolution, en psychiatrie comme ailleurs, dépasse largement le seul champ de l'amélioration de la qualité de soins, principal argument utilisé pour en faciliter l'acceptation par les professionnels. Actuellement, une certaine confusion sur les objectifs réels de ces nouveaux outils est ressentie par une partie des utilisateurs, les plus réfractaires.

Les enjeux sont ils uniquement d'ordre sanitaire ? Quelle est la part des enjeux d'ordre économique ? Un véritable programme d'éducation, de réassurance, et de clarification pourrait s'avérer utile afin d'améliorer l'adhérence et l'utilisation du dispositif.

L'AP-HM prouve là encore son intérêt pour la psychiatrie et son ambition d'une prise en charge moderne et adaptée aux enjeux du système de santé mentale. L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général permet une réactivité plus rapide et une meilleure acceptation du changement.

L'installation du dossier patient informatisé en psychiatrie (CIMAISE) est en cours d'installation dans le pôle Centre ; il est déjà installé aux urgences, et sera prochainement développé à Sud. Le DPIP est entre autres, un moyen d'introduire la notion administrative liée au contrôle de l'activité, nécessaire à la mise en place de la VAP.

C) Associer la Ville à ses projets

L'AP-HM ouvre la psychiatrie sur la cité. Elle agit dans ce sens de fait parce qu'elle représente l'hôpital général et donc la déstigmatisation du fait psychiatrique.

De plus, ses orientations axées sur l'hospitalisation en centre ville et sur le développement des prises en charge ambulatoires font de l'Assistance Publique une institution en phase avec les attentes des patients et des familles et en adéquation avec la politique de modernisation de la psychiatrie insufflée par le ministère de la santé et relayée l'Agence Régionale d'hospitalisation.

Dans la cadre du développement des réseaux ville hôpital, la direction générale et la CME associe la ville et notamment la mairie aux projets d'envergure, en matière de psychiatrie, entre autres. Nous pouvons faire référence à l'inauguration médiatisée du pôle psychiatrie Centre en compagnie de Jean-Claude GAUDIN, sénateur maire de Marseille.

D) Intégrer la psychiatrie à différents niveaux

L'AP-HM propose plusieurs niveaux d'intégration. En effet, différents modes sont représentés pour mieux évaluer la qualité de la prestation rendue en fonction des propriétés de chaque méthode et faire profiter aux patients de la diversité des prises en charge ; le secteur étant toujours une contrainte mais pas une limite puisque, car rappelons le, le patient a le libre choix de son médecin et de sa thérapie.

Entre architecture et mode organisationnel : si les locaux d'hospitalisation répondent aux nécessités de soigner, surveiller, contenir, observer et contrôler, il faut également souligner les évolutions organisationnelles qui ont marqué le fonctionnement des services, le développement de projets de soins extra-muros et ainsi l'amélioration de la qualité des soins apportés aux patients.

a) *La psychiatrie conventionnée*

On peut considérer la première étape d'intégration, celle de la division des secteurs en fonction des sites de référence. Certaines conventions ou de simples accords locaux permettent de répartir l'offre de soins de manière homogène sur le territoire.

Ainsi, le pôle de psychiatrie centre dépend de l'Hôpital de la Conception ; le pôle Sud dépend de Sainte Marguerite ; mais également l'EPSM d'Edouard Toulouse est le partenaire privilégié de l'hôpital Nord et finalement l'EPSM de Valvert prend en charge les quartiers Est. Les patients des secteurs sont donc orientés et pris en charge.

b) *La psychiatrie au cœur de la ville*

Les objectifs du secteur centre sont traiter, étudier et rechercher selon l'intensité symptomatique. Cet hôpital psychiatrique en ville avec entrée direct sur le boulevard Baille a été un projet d'envergure qui a permis de répondre aux clichés de la psychiatrie excentrée et cachée de tous. Il ne s'agit pas de fondre la psychiatrie dans le MCO mais de permettre une logique de soins MCO/souffrance psychique longtemps recherchée par les patients et leur famille (Annexe VI).

La juxtaposition des bâtiments tout en gardant chacun sa propre identité présente les avantages suivants selon le Dr Samuelian:

- d'un côté, cette configuration permet de protéger les moyens alloués à la psychiatrie (la gestion administrative et financière dépend du directeur CHU de la Conception mais l'organisation en pôle permet de garder son autonomie organisationnelle et de se voir affecter un budget spécifique et conséquent pour la psychiatrie) ; elle permet de garder sa spécificité ;
- de l'autre, la proximité permet un relais rapide et un lien fiable dans le temps, le MCO et la psychiatrie se connaissent et se reconnaissent mutuellement dans la mesure où les administratifs entretiennent une forte collaboration entre eux pour les projets et orientations psychiatriques et MCO. De plus, les médecins, pour beaucoup se connaissent depuis l'internat. Ainsi, l'interaction avec le service HARLE de médecine interne assure une psychiatrie de liaison de qualité et concertée.

Selon le Docteur SAMUELIAN, les arguments en faveur de l'intégration architecturale et de gestion de la psychiatrie à l'hôpital général sont nombreux.

Outre le fait que pôle psychiatrique a bénéficié des crédits de la mise en place de la nouvelle gouvernance, généralement, la psychiatrie à l'hôpital général bénéficie des meilleurs praticiens présents, elle permet de s'installer en centre ville pour une ouverture vers la cité, d'instaurer un climat de confiance entre les habitants du quartier, les patients somatiques et les patients psychiatriques et favorise ainsi à l'acceptation du malade mental dans la société.

La possibilité qui est offerte aux patients de pouvoir côtoyer ou même seulement observer des gens qualifiés de « normaux » agit sur le processus de « guérison », le principe de mimétisme se met en place et permet d'optimiser le traitement prodigué par ailleurs. Finalement, le CHU de par sa vocation d'enseignement et de recherche, accepte volontiers les méthodes et organisations innovantes, ce qui est un plus pour les chefs de service qui travaillent en faveur de l'amélioration continue de la prestation en psychiatrie.

c) *La psychiatrie pavillonnaire*

Les objectifs et méthodes du secteur Sud sont différents du secteur centre. A Sud, on traite, étudie et recherche. Il s'agit en effet d'un pôle universitaire qui promeut la recherche en psychiatrie et met un point d'honneur à l'enseignement et à l'écriture.

Le pôle Sud est un espace pavillonnaire dans l'enceinte de l'hôpital général de Sainte Marguerite (Annexe VI). Les secteurs sont chapotés par plusieurs docteurs et professeurs, en charge, non pas de secteurs, mais de groupe homogène de pathologies. Les pathologies traitées, enseignées et faisant l'objet de recherche concerne notamment les troubles bipolaires, la dépression, la schizophrénie et les addictions.

L'architecture du bâtiment en libellule permet à chaque service d'être à la fois autonome au sein de son unité et dans le même temps rattaché aux autres secteurs de par le vis-à-vis et les passerelles menant aux autres unités. Une grande aile centrale dessert les différentes unités. Cette disposition permet une grande visibilité.

Selon le professeur AZORIN, le plus de l'hôpital général par rapport à l'hôpital spécialisé concerne surtout son attractivité (grosse file active extra sectorielle). La reconnaissance des modes de traitement pour certaines pathologies spécifiques est un point fort du système instauré à Sud, le CHU lui permettant de le mettre en place et de le valoriser au niveau régional et national.

En effet, les techniques thérapeutiques innovantes sont généralement proposées en CHU (sismothérapie, stimulation magnétique transcrannienne) et dans les quelques établissements spécialisés de référence tels que Sainte Anne ou Le Vinatier.

Selon lui, l'ambulatoire est plus encouragé à l'hôpital général que dans les EPSM, il répond donc mieux aux attentes des patients et de ses représentants.

Il remarque également que l'information patient est plus développée à l'hôpital général (cette tendance est accentuée par la mise en place du DPIP et du RIM-P).

De plus, les pathologies associées sont traitées à proximité dans des services de soins de pointe : neurologie, gastro-entérologie, dermatologie,...

Finalement, il soulève le problème des urgences générales où les patients psychiatriques arrivent en première intention (moins stigmatisant et réflexe de la médecine de ville comme du SAMU, ...). Les urgences générales doivent alors adresser le patient à l'EPSM de référence en seconde intention. Les crises et les cas les plus extrêmes arrivent effectivement en majorité au CHG et sont traités pour partie dans cette même institution. Un doublon d'activité entre le l'hôpital général et l'EPSM est alors constaté et déploré par les médecins. La pertinence de l'EPSM est clairement remise en question par les professionnels de santé interrogés.

d) La psychiatrie dans les services

Relatons l'expérience de la psychiatrie intégrée au bloc principal à Sainte Marguerite d'avril 2006 à février 2007 dans l'attente de la construction de la psychiatrie.

Les risques de l'intégration dans son sens le plus poussé concernaient la cohabitation des patients et des professionnels provenant de disciplines différentes. De plus, l'architecture en étages stressait les personnels de chaque discipline car cela augmentait le risque d'incident (TS, gêne des autres patients, fugues,...) et cela diminuait le taux de réactivité et d'efficacité des professionnels.

Une autre inquiétude concernait l'intégration de l'équipe psychiatrique aux urgences générales des hôpitaux Sud. L'équipe psychiatrique dépendait du cadre de santé général, ce qui posait un problème de légitimité et surtout d'acceptation par l'équipe psychiatrique. Les angoisses étaient légitimes mais se sont rapidement effacées au profit d'une organisation fluide, un échange entre les professionnels, une attitude sereine des patients psychiatriques, satisfaits d'être hospitalisés avec « tout le monde » pour reprendre l'expression du cadre supérieur de santé du pôle psychiatrie Sud.

« Le déménagement vers le nouveau complexe universitaire s'est finalement fait avec un pincement au cœur d'avoir quitté le bloc central mais de nouvelles perspectives s'ouvraient ».

D'autres hôpitaux généraux en France, comme Saint Antoine, Colombes, Fond pré à Toulon, Arles, pédopsychiatrie à Toulouse, sont intégrés au bloc principal.

2.1.3 La promotion de la culture et de l'ouverture à l'AP-HM

Les maladies psychiatriques constituent un enjeu majeur de santé publique : plus d'un quart de la population européenne, 27%, soit 127 millions d'européens présente ou présentera au cours de sa vie une maladie mentale. Le coût de la santé mentale en Europe est considérable, il représente 62% du coût total des maladies du cerveau, soit 240 milliards d'euros sur 387 milliards d'euros²².

L'AP-HM souhaite s'inspirer des expériences et être un relais d'information pour les établissements en faveur de la qualité des soins et de l'optimisation des ressources.

A) Les modes d'intégration à l'international

La fin de la deuxième guerre mondiale, la sensibilité à l'expérience concentrationnaire et aux droits de l'homme, un regard critique sur l'hospitalisation psychiatrique telle qu'elle était pratiquée à l'époque, l'avènement des psychotropes, l'émergence de mouvements de consommateurs usagers et la contrainte budgétaire, ont plongé la psychiatrie de la plupart des pays développés dans une évolution nommée processus de désinstitutionnalisation, c'est à dire une organisation des soins et des services qui passe moins par l'hospitalisation, davantage par des interventions qui favorisent le maintien du patient au sein de son milieu naturel.

Dans certains pays (certains Etats des Etats Unis), le processus s'est caractérisé par une déshospitalisation abrupte et très rapide dans la fin des années cinquante, dans d'autres comme en Italie par une rupture encore plus radicale mais plus tardive au milieu des années soixante dix.

²² www.ap-hp.fr

La France, forte de l'une des psychiatries des plus anciennes et des plus réputées, avec la psychiatrie allemande, a fait le pari d'une désinstitutionnalisation « douce et équilibrée, spontanée et consensuelle »²³, c'est à dire conduit par les soignants en partenariat avec l'ensemble des professionnels de santé et sans pression budgétaire. Il était question de développer l'ambulatoire tout en assurant l'hospitalisation pour les cas qui le nécessitent. La politique de secteur, initiée au début des années soixante mais effectivement mise en place à partir des années soixante-dix, reflétait ce processus de désinstitutionnalisation à la française et en comprenait les bons ingrédients pour y parvenir.

Si la France a été très présente dès la naissance et au cours de la croissance de l'asile (1850-1950), elle s'est engagée dans son enclin (1950-1990) avec un décalage dans le temps et donc une certaine connaissance des erreurs constatées dans les pays qui avaient instauré ce système avant elle ; plusieurs réserves vis-à-vis du processus en général ont alors été formulées. Ces objections légitimes, associées à une conception cadastrale et monopolistique du secteur, à une approche néo-hospitalière de l'ambulatoire, se sont trouvées confortées, dès le milieu des années quatre-vingt-dix, par l'explosion de la demande psychiatrique de masse, qui a saturé progressivement l'ambulatoire, les urgences et l'hospitalisation complète, ce qui a aggravé sa crise spécifique et réintroduit l'hospitalisation au devant de la scène.

Dans les pays nord américains, dès le début des années soixante, la désinstitutionnalisation s'est traduite par une déshospitalisation sauvage (nombre de lits réduit de plus des trois quarts) sans alternative ambulatoire. Le Kennedy Act de 1963, qui créait aux Etats-Unis des CMHC (community mental health centers, équivalents de nos CMP) sur tout le territoire, s'est trouvé abrogé en 1980 avec l'arrivée d'un nouveau président américain. Les conséquences de cette rupture ont été, maintes fois, dénoncées par les psychiatres américains et les associations d'usagers. Le nombre de retour à l'hôpital c'est à dire la trajectoire régulière d'un certain nombre de patients qui entrent à l'hôpital, en sortent, rentrent de nouveau à l'hôpital, dans un cycle interminable. Au fil du temps et des coupes budgétaires, la conjonction de ces phénomènes avec la demande de masse a saturé les urgences et l'hospitalisation et a fini par induire la création de lits supplémentaires probablement évitables, parfois sous la pression d'incidents graves (malades mentaux agresseurs ou victimes). L'opinion publique a pu alors influencer le décideur politique et pousser à des réponses sécuritaires ou au contraire, à un plan de santé mentale.

²³ MNASM.- « Compte-rendu d'activité de la mission nationale d'appui en santé mentale ».- , avril 2005.

La fermeture des hôpitaux psychiatriques n'est pas encore d'actualité en France, nous sommes sur deux axes à la fois naviguant sur des flots idéologiquement contradictoires, alors qu'elle est en route dans plusieurs pays occidentaux comparable au notre. Voyons ce qui se passe ailleurs alors afin de s'en inspirer et de se reposer les bonnes questions en matière de soins et de gestion.

La problématique de l'hôpital psychiatrique aujourd'hui est qu'elle remplit une fonction de logement et de maintien en société et plus assez de soin. L'hôpital est là pour soigner, les conséquences annexes de la maladie ne doivent pas être écartés bien sûr car ils sont dans le cas de la psychiatrie indissociables de la maladie mais doivent être traitées efficacement par d'autres types d'institutions ou de réseaux.

a) *Les expériences européennes*

Italie

Angelo BARBATO, psychiatre à Milan, expose le principe de fermeture d'un hôpital de 300 lits en abordant tous les aspects ; une évaluation du devenir des patients a été réalisée dans la mesure où la fermeture d'un hôpital psychiatrique ne doit pas signifier « jeter à la rue ses pensionnaires ». Il s'agit d'un projet qui a duré 6 ans, qui a permis le transfert des patients dans des structures résidentielles installées dans la communauté ; bien entendu, la totalité des équipes a suivi le mouvement pour pouvoir délivrer leurs soins en extrahospitalier.

Angelo BARBATO décrit l'implantation des unités extrahospitalières et l'évolution des patients dans le temps. Il conclut son étude en indiquant que « la fermeture d'un gros hôpital psychiatrique est réalisable et s'accompagne d'une plus grande satisfaction des patients si le personnel suit ces derniers dans la communauté, développe des services adéquats ainsi qu'une politique adaptée à ces nouvelles conditions de soins. »

En Italie, **la loi 180 de 1978**, votée par la gauche à été votée à nouveau sous le gouvernement Berlusconi : les commentaires recueillis auprès des psychiatres transalpins semblent unanimes pour considérer que la fermeture des hôpitaux psychiatriques à été une bonne chose. Les patients ne sont plus hospitalisés, lorsque cela est nécessaire et ils le sont à l'hôpital général où ils n'ont pas à redouter la discrimination ou quelque forme de stigmatisation.

Angleterre

En Angleterre, la fermeture de trois hôpitaux psychiatriques de Londres a également donné lieu à une étude systémique étalée dans le temps sur le devenir des patients. 737 patients hospitalisés au long cours ont été installés de façon définitive dans des résidences collectives (de l'appartement protégé au foyer médicalisé) adapté à la diversité des besoins de chacun d'entre eux. 80% des malades se disent très satisfaits de leur nouvelle façon de vivre. Ils se sentent plus libres, ont augmenté sensiblement leurs contacts sociaux et surtout notent qu'il n'a pas été observé d'augmentation significative de la criminalité ou d'actes anti-sociaux ;

Par contre, ils avaient sous-estimé la frange de patients (8% à 10%) ré hospitalisée pour de courtes périodes avant de retourner dans leur lieu de vie, de même qu'ils avaient mésestimé la part relativement importante de patient (10%) « les plus difficiles » avec persistance de troubles du comportement peu tolérables en milieu ouvert et pour lesquels il faut absolument des structures de soins bien dotés en personnel.

En Angleterre, on est passé de 130 hôpitaux psychiatriques à une cinquantaine en quelques décennies : ceux qui perdurent verront fermer leurs portes dans les années à venir.

b) Les expériences internationales

Canada

Au Canada, l'approche québécoise soutenue par TEMPIER prône un transfert de compétence aux médecins généralistes ; ce n'est plus (ou moins souvent) l'hôpital qui procède à l'élaboration du diagnostic, ni au processus de décision d'hospitaliser ou de ne pas hospitaliser, c'est désormais le généraliste qui décide et gère.

L'hôpital n'est plus le cœur du dispositif, il est un maillon de la chaîne de service. Le généraliste devient le lien entre le patient, les institutions et les réseaux qui le prennent en charge.

Etats-Unis

L'approche américaine selon DAVIDSON implique le rôle des pairs dans le processus de guérison. L'hôpital est alors une structure de recours en cas de crise, le réseau soutient le patient dans son quotidien. Les pairs s'organisent dans la cité, s'entourent des différents acteurs et institutions de recours et encadrent d'autres patients moins avancés dans le processus de guérison.

Cette organisation redonne espoir aux patients, cependant l'impact de cette méthode n'est pas prouvé et ne peut pas convenir à toutes les pathologies. Elle se tourne, par exemple, plus vers des pathologies dépressives ou de lutte contre les addictions (pathologies actuellement en hausse, c'est donc une alternative supplémentaire au dispositif, qu'il ne faut pas éluder), que vers des pathologies plus lourdes de type schizophrénies, ou troubles bipolaires.

Les théories sont différentes mais s'accordent sur un point : l'hôpital devient un lieu de soin de courte durée, il ne peut plus se réaliser par l'intermédiaire d'un hôpital spécialisé en psychiatrie éloigné de la communauté voire déconnecté.

La communauté est au cœur du principe de santé mentale ; les institutions, les acteurs et les réseaux gravitent autour de cette idée en ayant chacun leur rôle et périmètre d'action.

B) Comparaison avec la France

La situation est elle différente en France ?

Des différences existent : la France a conservé et développé des ressources ambulatoires qui ne sont pas négligeables, assez bien réparties, et donc d'accès aisé et équitable avec les CMP-CATTP, les hôpitaux de jour. Le nombre élevé de SDF présentant des troubles mentaux paraît relever de l'aggravation de la crise sociale, dans laquelle les troubles sont à la fois effet et cause. La psychiatrie offre un accès insuffisant aux soins à ces publics précaires. Cet aspect ne paraît pas correspondre à une politique délibérée, non observée même si elle est souvent supputée, visant à expulser massivement les malades mentaux hors des hôpitaux.

« Malgré la suspicion d'un « complot budgétaire » visant à réduire le nombre de lits contre l'avis des psychiatres et à réduire administrativement les durées de séjours, ces phénomènes sont liés aux conséquences de l'efficacité thérapeutique et au choix des professionnels et des usagers, les administrations poussant à la transformation de lits moins occupés en alternatives, ce qui peut apparaître, a posteriori, comme contribuant à la pression sur les lits restants. Mais n'est-ce pas, en réalité, parce que les alternatives n'ont pas joué leur rôle ? »²⁴

²⁴ MNASM.- « Compte-rendu d'activité de la mission nationale d'appui en santé mentale ».- , avril 2005.

On est passé, de 1950 à 1990, de 120 000 à 60 000 lits d'hospitalisation complète, ce qui est loin d'être négligeable, même si la France n'a pas atteint les sommets américains ou italiens.

Or, cette fonte capacitaire aurait dû entraîner un transfert massif de moyens dans la communauté au profit de la psychiatrie, afin qu'elle puisse y suivre correctement les patients sortis de l'hôpital, tandis que l'appareil hospitalier aurait dû opérer des transformations substantielles. Cela n'a pas été le cas. Le décalage entre les ressources et les besoins dans l'ambulatoire s'est aggravé sur le plan quantitatif. Certaines raisons sont stratégiques : la psychiatrie a pu être considérée comme un gisement de moyens dans un contexte national de plus en plus coûteux et donc contraint à la recherche de la maîtrise de coûts.

D'autres raisons sont institutionnelles, avec des mécanismes de défense des sites hospitaliers, qu'un transfert massif de ressources vers l'ambulatoire aurait menacé, ce qui a maintenu des concentrations hospitalières, à savoir, des sites disproportionnés par rapport à leur occupation. On peut relever, enfin, des raisons de flux : l'explosion de la demande au milieu des années quatre-vingt-dix. Le décalage a également été qualitatif, l'ambulatoire existant ne fournissant pas l'ensemble des services nécessaires.

On ne peut pas considérer, malgré certains points positifs que la désinstitutionnalisation soit achevée en France. Quelques années après nos voisins, nous présentons les mêmes symptômes de « post-désinstitutionnalisation » : un dispositif ambulatoire et des urgences débordées par des demandes exponentielles, ne fournissant pas les services attendus par les usagers et leur famille, un dispositif hospitalier saturé par cette pression non régulée en amont comme en aval, ce qui empêche de penser son évolution prospective de façon positive, autrement que par une demande accrue de lits.

C'est pourquoi, une redéfinition des rôles, des périmètres de compétences et une refonte juridique des responsabilités de chaque institution est nécessaire voire indispensable pour réussir le processus de modernisation de la psychiatrie en France.

C) L'AP-HM informe le public à travers le GRAPH PSY

L'AP-HM agit aussi en tant que relais d'information et de réflexions nationales et internationales sur la place de l'Hôpital en psychiatrie.

Le Graph psy s'organisera en avril 2008 à Marseille, il est coordonné par un groupe de travail constitué de personnels médicaux et administratifs de l'AP-HM (Annexe IX). Le colloque invite de nombreux praticiens et directeurs d'hôpital autour d'une table ronde pour poser la question suivante:

**La psychiatrie a t'elle besoin de l'hôpital ?
Dans quelle mesure ? Comment ? Où ? Avec qui ?**

Les médecins prêcheront pour les enjeux médicaux de la prise en charge tandis que les administratifs donneront leur point de vue sur les modes organisationnels possibles et pérennes selon les exigences du SROS et les moyens alloués par les tutelles.

Ce biais est un relais d'information extraordinaire sur la question de l'organisation en psychiatrie et sur l'avenir des institutions psychiatriques. C'est un moyen d'échanger sur les modes organisationnels en France, en Europe voire dans le Monde et de s'inspirer pour une meilleure prise en charge et une allocation optimale des ressources.

L'AP-HM promeut la psychiatrie par des interventions de communication, un point positif supplémentaire en faveur de l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général. Son poids médiatique permet de valoriser la discipline. L'AP-HM nous prouve encore, par cette initiative, son investissement global en faveur de la Santé Mentale.

Ce colloque permet effectivement d'aller plus loin dans la réflexion. La psychiatrie a t'elle besoin de l'hôpital psychiatrique ? Quel rôle pour l'hôpital général? Pour les généralistes ? Pour les pairs ? L'hospitalocentrisme est révolu, à chacun ses compétences au sein du système de santé mentale, reste à définir clairement et à faire évoluer le périmètre de chaque acteur.

L'hôpital est aujourd'hui au cœur du soin, il doit devenir un maillon d'une chaîne : un moment clairement défini dans le processus de traitement ; pour y arriver, le premier pas est « de fermer les hôpitaux psychiatriques, dans le but de redonner à l'hôpital général sa vocation de soin de crise ou d'urgence en psychiatrie sur de courtes périodes, relayé ensuite par les autres acteurs du système de santé.

La psychiatrie a t'elle besoin de l'hôpital ? Oui, de manière ciblée au sein d'un réseau articulé, dynamique et solidaire.

*L'AP-HM montre l'exemple : comment développer et généraliser le processus ?
Quelles idées retenir pour réformer le système dans son ensemble ?*

2.2 Pour aller plus loin dans la réflexion

Les établissements français et les réseaux s'organisent pour faire vivre ou survivre les modes de prise en charge et les modes de gestion du dispositif actuel. Encadré par les textes législatifs et réglementaires mais aussi, influencé par les habitudes et les contraintes idéologiques, ce dispositif ne permet pas aujourd'hui d'optimiser la discipline.

Les lignes qui vont suivre proposent des voies d'amélioration ou des issues, pour les plus pessimistes, en vue de repenser le système de santé mentale dans son ensemble au sein d'un réseau cohérent et actif.

2.2.1 Hôpital général ou hôpital spécialisé ?

L'interdépendance du MCO et de la psychiatrie est un enjeu national au service de la qualité du service rendu et une réponse aux contraintes organisationnelles et financières qui incombent à l'organisation hospitalière.

Le rapport MASSE insiste sur ce que chacun sait, à savoir un long développement séparé entre la psychiatrie et le reste de la médecine. Ce rapport recommande fortement le rapprochement de la psychiatrie et de l'hôpital général.

La question de savoir si la psychiatrie doit continuer à bénéficier d'un sort séparé représente un enjeu très important. Sa portée symbolique, bien évidemment, va au delà des arrangements stratégiques et tactiques – lieu d'implantation, l'intégration des services partielle ou totale, la gestion confiée à l'hôpital général ou la psychiatrie – que l'on traite dans ce mémoire. Elle concerne l'égalité d'accès à la même qualité de soins des patients somatiques et des patients psychiatriques. En effet, est ce que les patients atteints de troubles mentaux peuvent être traités comme les autres malades ?

C'est ce que préconisent à la fois les usagers et associations de famille, les législations françaises et le droit européen. Les médecins généralistes qui adressent leur malade en crise aux urgences de l'hôpital général savent bien qu'il acceptera plus facilement d'y être hospitalisé alors qu'il refusera le plus souvent et parfois même vigoureusement d'être hospitalisé dans un EPSM. Les hospitalisations sans consentement en augmentation depuis les cinq dernières années en témoignent.

Les malades somatiques hospitalisés peuvent bénéficier, de plus en plus, d'un plateau technique psychiatrique, psychologique et infirmier spécialisé.

Est-ce que les malades mentaux hospitalisés n'ont pas le même droit, symétrique, à bénéficier du plateau technique somatique, sachant que les patients psychiatriques développent des troubles graves et persistants : prise de poids considérable liée à des perturbations du comportement alimentaire ou aux effets secondaires des neuroleptiques, diabète et autres troubles endocriniens, tabagisme excessif et autres addictions, problèmes cardio-vasculaires, respiratoires et tumoraux, suicides, etc... ?

Alors même que les locaux d'accueil des patients hospitalisés nécessitent des aménagements ou des espaces spécifiques, c'est souvent aux malades de s'adapter constamment, en acceptant et en supportant l'adressage dans des lieux stigmatisés, et non aux institutions concernées de s'adapter pour offrir le meilleur service dans des lieux de droit commun et adaptés. L'hôpital général peut être une opportunité dans ce sens.

La question est elle donc vraiment CHG ou EPSM ? C'est en effet un point important sur lequel les pouvoirs publics doivent trancher. Si on s'arrêtait là, nous ne répondrions que partiellement aux enjeux cités en première partie et nous apporterions une réponse hospitalocentrée qui ne correspond plus aux besoins et attentes des patients.

L'expression « amélioration continue des soins », justement en psychiatrie, prend tout son sens dans la mesure les patients atteints de troubles mentaux nécessitent une prise en charge sanitaire et sociale, à compter du moment où ils ont été diagnostiqués et ce, pendant plusieurs années pour certains et jusqu'à la fin de leur vie pour d'autres.

Quelles sont les réponses possibles pour ouvrir et coordonner la prestation ? L'approche par structures est obsolète tandis l'établissement d'un panier de services sanitaires et sociaux, ambulatoires et hospitaliers, coordonnés et gradués, définis entre les utilisateurs, usagers et familles, les professionnels et les planificateurs paraît être une alternative pertinente bien que difficile à mettre en place.

La prédominance croissante du traitement ambulatoire en psychiatrie et en santé mentale transfère massivement aux patients et à leurs proches le fardeau du soin. La collaboration des proches au traitement améliore ses résultats. Les associations de famille ont désormais une place reconnue et croissante dans diverses instances : conseils d'administrations et autres instances des hôpitaux, participation à la CDHP, participation régulière et active à différents groupes de travail nationaux et régionaux, etc...

La législation et la réglementation ne font que refléter la montée en puissance du fait familial comme partenaire et les efforts des associations.

La reconnaissance du handicap psychique, malgré les questions que peut poser ce concept, montre à quel point le militantisme associatif peut jouer un rôle accélérateur et déterminant dans sa prise en considération par le politique et la meilleure prise en compte des besoins dans la définition des politiques de santé.

C'est par ce premier biais que l'on peut instaurer un tissu social fort car à chaque étape du soin et de la réinsertion, la famille et les aidants seront là pour accompagner, aider et critiquer l'organisation en vue d'une évaluation constante de l'offre, de sa diversité, de son dynamisme. Une démarche qualité, en collaboration avec des « auditeurs concernés » prend alors tout son sens.

De ce fait, les patients, les familles et les aidants s'accordent tous sur la nécessaire déstigmatisation de la maladie mentale, sur l'accessibilité aux soins somatiques et sur l'ouverture de l'hôpital sur la ville. C'est la valeur ajoutée de l'hôpital général par rapport à l'EPSM.

2.2.2 La psychiatrie à l'hôpital général pour les soins aigus ?

De ce premier questionnement sur le rapport étroit et nécessaire entre MCO et psychiatrie et donc de la valeur ajoutée du CH par rapport à l'EPSM, découle la définition ou redéfinition du rôle de l'hôpital dans le circuit thérapeutique du patient.

Les secteurs psychiatriques français, rattachés à l'hôpital général, bénéficient de fortunes diverses ; beaucoup fonctionnent dans une logique de développement séparé à l'intérieur de l'hôpital général. Leur nombre augmente peu et certaines implantations ont fermé ou n'ont pas été créées pour des raisons tenant à la démographie médicale.

Dans les prochaines années, la rationalisation des organisations hospitalières et la pression démographique sur la permanence des soins et la spécialité psychiatrie vont mener à des choix difficiles : doit on maintenir ou renforcer la présence des psychiatres au sein des EPSM existants (dans une perspective de développement séparé avec l'hôpital général, sachant que les urgences psychiatriques sont forcément moins médicalisées) L'hôpital général doit-il servir uniquement de porte d'entrée et de trieur pour une orientation rapide vers un hôpital psychiatrique monopolisant le traitement des épisodes aigus? Doit on au contraire faire de l'hôpital général le lieu de traitement de tous les épisodes aigus, y compris psychiatriques ? Ceci implique, dans chaque hôpital important, que les urgences comprennent une partie psychiatrique de très court séjour et un ou plusieurs services pour la psychiatrie aiguë, polyvalente ou spécialisée. Ce mémoire a tenté de démontrer la pertinence de la deuxième hypothèse.

Selon l'UNCSY, la psychiatrie aigüe doit se développer au sein de l'hôpital général à proximité d'un plateau technique permettant une prise en charge de la dimension somatique des patients en phase aigüe²⁵.

La plupart de ceux qui ne partagent pas cette proposition mettent en avant deux arguments : le premier est que la stigmatisation qui affecte l'hôpital psychiatrique est intimement liée à la qualité hôtelière de l'accueil, très souvent médiocre.

Pourtant, une remise aux normes de l'accueil ne répond pas aux attentes des usagers et des familles sur le point de la nécessité de lieux de droit commun ; l'EPSM ne répond pas en général, aux besoins de couverture somatique des patients et ferme les possibilités d'un métissage entre psychiatrie et MCO, alors que l'évolution technique et organisationnelle va dans ce sens.

De plus, la transparence des pratiques et le contrôle de l'amélioration continue de la qualité sont mieux assurés à l'hôpital général.

Enfin, consacrer des crédits à la rénovation du parc psychiatrique (projet non-conforme aux souhaits des patients et de leurs représentants) engendrerait des dépenses considérables que la fonction publique hospitalière ne peut plus supporter.

Un autre argument, fréquemment évoqué, concerne les besoins d'espace dont doivent bénéficier les patients, en phase aiguë comme au long cours. Pour ces derniers, la réponse résidentielle dans la communauté avec appui thérapeutique apparaît plus appropriée et plus respectueuse que des parcs souvent agréables mais peu fréquentés. Le poids des institutions ne doit pas être surévalué au point de faire opter pour une trentaine d'hectares partiellement occupés et au delà de toute sécurisation sérieuse. Les avantages de l'implantation à l'hôpital général pour la prise en charge globale incitent les hôpitaux généraux à s'investir dans le secteur de la psychiatrie et ainsi à trouver des solutions d'aménagement adapté.

Les pressions organisationnelles, l'impact au niveau des investissements du plan de santé mentale, la promotion d'une politique de site rénovée vont obliger les établissements et professionnels de santé à se repositionner au sein d'un système efficace au service du patient.

Mais à part l'impact sur l'équipement accru des urgences (clairement constaté), les risques de régression ne sont pas négligeables, tant les résistances semblent partagées par la psychiatrie et le MCO, trop souvent plus alliés qu'en conflit sur ce point.

²⁵ MASSE Gérard.- « Des structures aux services ».- *Pluriels*, n°52/53.- mai/juin 2005.

La période qui s'ouvre depuis la fin des années quatre-vingt-dix, est marquée par la fin du déclin de l'hospitalisation, de l'illusion désinstitutionnaliste et par la nécessité d'une organisation combinée qui allie dispositif communautaire solide et hospitalisation à temps complet.

Une hospitalisation trop importante ne permet pas d'allouer les ressources et de développer l'ampleur et la gamme de services dans la communauté dont les patients et leur famille ont besoin.

Inversement, le dispositif ambulatoire peut être garanti que si ce dernier est appuyé en permanence, par un dispositif hospitalier accessible sans délai, pour des séjours brefs au bénéfice de patients présentant des troubles aigus, qui ne peuvent relever d'aucune autre forme de traitement.

Enfin, la limitation du recours à l'hospitalisation peut être obtenue que si la réponse ambulatoire dispose de services permettant de prévenir les hospitalisations évitables ; d'accueillir et d'accompagner les patients hospitalisés au long cours susceptibles de sortir après une préparation adéquate, d'accompagner pour les maintenir dans la communauté à des conditions acceptables et respectueuses de leur besoins, les patients qui ne sont pas hospitalisés ; d'aller et venir entre ambulatoire et hospitalisation pour les patients qui le nécessitent.

Le succès d'une hospitalisation réussie pour les phases aiguës est possible que si le seuil de 0,5 lits pour mille habitants est respecté, en envisageant un taux d'occupation des lits allant jusqu'à 85% et repose sur un dispositif ambulatoire performant d'amont en aval suffisamment équipé et efficace.

L'hôpital présente l'avantage d'un personnel qualifié mais reste encore à s'assurer de l'espace dédié aux patients pour éviter la promiscuité et la mixité des pathologies souvent constatée à l'hôpital général (comme à l'hôpital psychiatrique en ce qui concerne le deuxième critère, issu des principes de sectorisation, principe controversé aujourd'hui).

2.2.3 La psychiatrie dans le champ sanitaire et social pour les soins de longue durée ?

Tout comme les établissements publics pour personnes âgées dépendantes, cogérés par le département, pourquoi n'en serait il pas ainsi pour la psychiatrie, qui elle aussi nécessite plus que jamais aujourd'hui une politique de la ville impliquée dans le logement et l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux ?

La vieillesse n'est effectivement pas une maladie en soi mais les troubles qui s'associent à la vieillesse le sont tels que Alzheimer, la dépendance physique, le handicap... La perte d'autonomie nécessite des structures adaptées ou des aménagements de lieux de vie impliquant les élus, les travailleurs sociaux, les associations et le citoyen.

Les moments de crise sont traités à l'hôpital pendant une courte durée et le relais post soin est pris par la structure d'accueil en collaboration avec les professionnels de santé qui y sont affectés ou par la médecine de ville dans le cadre du maintien à domicile.

Au même titre, la santé mentale relève de l'hôpital en cas de crise et du tissu sanitaire et social pour le suivi. Les moyens humains et les structures au service du malade mental (comme pour la personne âgée) doivent être développés et optimisés.

L'hôpital est donc l'entité qui sert à l'hospitalisation courte de crise. Dans un système optimisé du traitement de la maladie mentale, les alternatives à l'hospitalisation (CMP, consultations, CATTP, appartements thérapeutiques,...), le réseau social et médico-social sont les institutions compétentes en matière de prise en charge au long cours. Dans ce cadre, l'hôpital psychiatrique n'est plus la référence ; l'hôpital général, quant à lui, conserve et réaffirme sa vocation liée à l'urgence et à l'hospitalisation de courte durée ; il établit également le lien nécessaire entre traitement physiologique et psychologique tandis que le tissu sanitaire, social et médico-social traite les patients dans leur globalité, en préservant leur sociabilité.

Les CH, CHG et CHU, peuvent ils remplacer l'EPSM dans le but de répondre aux enjeux qualitatifs et quantitatifs imposés par le contexte actuel c'est-à-dire une demande de plus en plus exigeante et parallèlement des contraintes budgétaires fortes? L'EPSM doit il rester dans le giron de la prestation hospitalière ? Peut-il être recatégorisé dans le domaine sanitaire et social, tel que l'établissement public pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), géré par les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et bénéficiant d'un mode de gestion tripartite ?

Le rôle de l'hôpital doit nécessairement être redéfini au sein de l'ensemble du système de soins. Le périmètre de compétence de l'hôpital général se recentre alors sur le soin de crise, la recherche et l'enseignement ; la médecine de ville s'occupant surtout de la prévention et du dépistage, le réseau sanitaire, social, médico-social et associatif s'occupant du soin au long court, de la chronicité et de la réinsertion sociale.

Pour rendre ce parcours de soins efficace, le réseau doit interagir en partenariat, travailler sur des missions clairement définies, qui ne se chevauchent pas pour ne pas entraîner de lutte de clientèle, d'activité et par la même de revenus....

L'institution hospitalière n'a t'elle pas aujourd'hui vocation au traitement de la crise en psychiatrie comme dans le secteur du MCO au sein d'un système de santé global bien articulé et régulé ?

Les services de longue durée régleraient les problèmes liés à la désinstitutionnalisation. Il s'agit de planifier et de moderniser une gamme diversifiée et graduée d'unités de santé du domaine sanitaire et social, capables d'accueillir et d'accompagner les patients anciennement hospitalisés au long cours dans un EPSM, et de les maintenir dans des conditions acceptables et respectueuses de leurs besoins.

La psychiatrie, seule, ne peut financer et faire vivre ce projet. Ainsi, en basculant le dispositif dans le domaine sanitaire et social, la santé mentale bénéficierait d'une gestion tripartite à l'instar des personnes âgées et des personnes handicapées ; des ressources additionnelles pourraient alors être dégagées.

Les services manquants concernent surtout l'hébergement au long cours. Les EPSM consacrent une très grande partie de leur budget à l'hébergement mais ils répondent rarement aux critères de sociabilisation dont ont besoin les patients ; les locaux souvent vétustes, ne participent pas à son bien-être. Si les patients sont bien suivis et suffisamment préparés, les études²⁶ montrent que les patients sont à même de s'intégrer à nouveau dans la cité par des moyens ambulatoires de cette catégorie.

Différentes catégories de services sont envisageables:

- Les services de longue durée à prédominance sanitaire. Il s'agit de l'hébergement thérapeutique 24H/24 dans des structures de petite taille en dehors de l'EPSM et de l'hôpital.
- Les services ambulatoires de longue durée, à prédominance sociale. Il s'agit alors de services d'hébergement avec un personnel soignant en H24 et encadrés par du personnel social : ce sont des foyers d'accueil médicalisés. Des foyers occupationnels pourraient être développés pour des patients moins nécessiteux de soins mais requérant une attention particulière par des travailleurs sociaux.

²⁶ Etude TAPS de Grande Bretagne, concernant 670 patients

Les services d'hébergement socialement encadrés à temps partiel se nomment hôtel social, appartement associatif, pension de famille ou bien résidence avec gouvernante. Ces structures supposent un appui social permanent et une aide psychiatrique systématique en cas de besoin. Cette solution permet une responsabilisation du patient, une autonomie mais également une surveillance et un suivi thérapeutique.

- Les services ambulatoires à prédominance sociale sous forme d'accompagnement. Appelés SAVS ou SAMSAH, ils remplissent des fonctions de soutien pour des patients semi autonomes. Le taux de prestation est fonction du besoin temporaire ou permanent du patient. Il s'agit de services de logement, de travail ou occupationnels.
- Les services ambulatoires de longue durée à prédominance sociale occupationnels et/ou de répit. Dans ce sens, les hôpitaux de jours, les CATTP et aujourd'hui le développement des clubs (initiative de l'UNAFAM, relayée dans le plan de santé mentale) et GEM contribuent à la réinsertion sociale et à l'évitement des rechutes des patients.
- Les services d'aide aux prestations administratives, financières et tutélaires concernent les besoins d'obtention des prestations telles que l'allocation à la tierce personne, l'aide à la gestion des obligations civile et fiscales, ainsi que l'APL et AAH.

2.2.4 La réforme du système de santé mentale est-elle possible sans réforme préalable du secteur?

Les dispositifs actuels comportent de nombreux niveaux institutionnels : région, département, commune, arrondissement, établissement de santé, secteur de psychiatrie et territoires de santé.

Chacun de ces niveaux entraîne une appréhension des besoins et une élaboration des réponses qui décrit une "réalité" spécifique et pousse à promouvoir ses intérêts propres. Chacun d'entre eux possède également ses défauts et ses limites puisqu'il est plus ou moins susceptible d'être appelé à contribuer à la mobilisation en vue de constituer un réseau de soins psychiatriques gradué, de l'urgence (amont) aux soins de réadaptation (aval).

Le découpage géographique a ses limites (superposition de découpages administratifs et sanitaires et complexité), c'est pourquoi il est nécessaire de raisonner en termes d'organisation autour des secteurs en santé mentale, en adéquation avec les territoires de santé, sur une logique de besoins identifiés des patients.

Il revient à l'ensemble des acteurs institutionnels et professionnels de contribuer à l'établissement d'un réseau de filières de soins graduées, de l'urgence à la prise en charge au long cours, et de participer à des actions de Santé Publique définies par programme, en s'appuyant sur une assise de connaissances mutuelles, de concertation et d'élaboration, qui incluent l'ensemble des acteurs concourant à la santé mentale.

Dans ce contexte d'élaboration collective, tant les secteurs que les autres structures concernées peuvent et doivent être sollicités en vue d'organiser le croisement d'une offre de soins structurée, à partir du concept central de Santé publique, autour de territoires à desservir (secteurs, intersecteurs, etc.) et de prises en charge focalisées – qui expriment également la réalité et la nécessité d'une offre diversifiée et pour partie thématique –.

Pour développer et optimiser le réseau hôpital/ville/ambulatoire nécessaire à la modernisation, à l'amélioration et à l'efficience de la psychiatrie en France, le corollaire indispensable concerne donc la question de la territorialisation. Quand ferons-nous enfin correspondre, secteur psychiatrique et territoire de santé MCO ?

La loi de santé publique du 9 août 2004 a permis d'accélérer la prise de conscience de la pertinence d'une appréhension territoriale des besoins de santé et des réponses collectives à y apporter. Ainsi, la régionalisation s'est imposée pour organiser les moyens de réponse aux grands enjeux de santé. Le champ de la psychiatrie a été longtemps le seul à émerger de cette relative indifférence des acteurs de santé à la question territoriale. La définition de la sectorisation psychiatrique, associant une doctrine à la préoccupation géographique, fournit à **la circulaire de 1960** une dimension géopolitique, démarche qui a largement dépassé le seul aspect cadastral pour traduire une inscription territoriale de l'action en faveur des malades mentaux.

Peu à peu, la jonction du contenu du périmètre géographique et de l'approche démographique s'est distendue au profit d'une idéalisation de la notion de secteur ou au contraire d'une pratique de féodalisation jalouse d'une portion de surface et des pouvoirs y affairant.

Alors que l'avance prise par la sectorisation psychiatrique en termes de territorialité s'est érodée, **l'ordonnance du 4 septembre 2003** représente une opportunité pour tenter de résoudre les problèmes d'adaptation qui se sont accumulés et qui participent en grande partie au malaise actuel. La sectorisation n'a pas su prendre en compte l'évolution des besoins de la population. La psychiatrie doit bénéficier d'une territorialisation adaptée aux évolutions actuelles.

Par ailleurs, la réforme territoriale concernant le dispositif MCO tente d'adapter ce dernier aux comportements de la population. Les territoires de santé ont pour objectif de retenir selon la nature des activités de soins les niveaux adéquats de découpage affranchis des limites administratives des départements ou des régions (Annexe V). Le territoire de santé est devenu le seul territoire d'organisation de la psychiatrie en adéquation avec tout le système de santé.

Comme le montre **la circulaire du 25 octobre 2004** relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III, le secteur est essentiellement un concept opérateur en fonction des 3 niveaux suivants, la proximité qui correspond au secteur actuel, le territoire qui comprend la mutualisation des moyens, l'intersectorialité et les liens avec les soins somatiques et finalement le département ou la région qui permet certaines réponses spécialisées.

Sur un autre plan, on perçoit que la région correspond à la planification stratégique, le territoire à la planification tactique, le département et l'agglomération aux relations avec les partenaires sociaux et médico-sociaux ; d'où, l'importance de coordonner les échelons et les structures correspondantes afin d'optimiser la prise en charge.

La sectorisation a éclairé le chemin qui mène de la médecine à la santé publique et de l'organisme malade à la prise en compte globale de la personne. Ainsi, la territorialisation MCO / PSY permet de clore la boucle de la prise en charge globale, cohérente et évolutive du patient au sein d'un système de santé efficient.

Conclusion

Actuellement un tiers des secteurs de la psychiatrie adulte est rattaché aux Hôpitaux Généraux et les conventions s'étendent avec les établissements publics de santé mentale pour la psychiatrie de liaison et les urgences.

L'implantation de services psychiatriques de secteur a été rendue possible grâce à la ténacité de certains psychiatres, mais aussi grâce aux progrès de la biologie. L'image de la psychiatrie, des patients psychiatriques et des psychiatres a changé. Le champ ouvert par les théories psychosomatiques a suscité intérêt et curiosité chez les somaticiens et leurs équipes, à la fois confrontés et désarmés face à la souffrance psychique de certains patients, au moment où les progrès et le développement de la médecine se dirigent vers plus de technicité.

Facilité par le travail de réflexion qui s'en est suivi, la pratique et la psychiatrie de liaison, ont pris une place grandissante à l'hôpital général. Il ne s'agit pas de psychologiser la médecine, pas plus de somatiser la psychiatrie, mais de travailler sous le regard des autres, d'articuler notre savoir à celui des autres²⁷.

Il n'y a, à ce jour, pas encore de politique claire sur le sujet de l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général et de la possible fermeture des hôpitaux psychiatriques, nous restons face à un système ambivalent qui empêche toute planification et toute fondation claire et solide du système.

La fermeture réussie d'un établissement public de santé mentale nécessite un laps de temps suffisant pour organiser la prise en charge en nouant des liens étroits avec les autres institutions, notamment médico-sociales et sociales.

Gilles VIDON cite en 2005 « Il y a 15 ans, nous appelions à la fermeture des hôpitaux psychiatriques en 2000 », ce qui laissait 10 ans pour s'organiser et relever le défi. Aujourd'hui, en 2007, nous ne pouvons que renouveler l'objectif et se donner les moyens d'une impulsion claire et déterminée pour y parvenir.

²⁷ Extrait du livre blanc, fédération française de psychiatrie, 20 mars 2002.

La problématique de ce mémoire se situait bien au niveau de la valeur ajoutée apportée par l'hôpital général aux défis sanitaires et économiques ; le but recherché étant l'optimisation des ressources humaines, matérielles et financières pour permettre une amélioration continue et exponentielle de la prestation en psychiatrie, sans la dépourvoir de sa spécificité.

Ce mémoire a ainsi tenté de mettre en avant les réponses apportées par l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, aux défis de la fonction publique hospitalière.

Le système de santé mentale fait partie intégrante d'une réorganisation profonde du système de santé en France. Dans un contexte économique alarmant et dans un souci d'amélioration continu de la qualité, les décisions politiques incitent clairement au rapprochement des modes de gestion de la médecine, de la chirurgie, de l'obstétrique et de la psychiatrie.

La valorisation de l'activité (codification des actes), la prise en charge globale (reconnaissance des pathologies associées) et le développement des réseaux montrent naturellement le chemin vers lequel nous nous destinons.

C'est donc tout naturellement que l'hôpital général intégrera à terme la psychiatrie comme toute autre discipline, avec les aménagements nécessaires à la spécificité de la psychiatrie.

Bibliographie

Articles

AP-HM.- « La psychiatrie ambulatoire au cœur de la cité ».- *Mistral Soignant*, n°9.- décembre 2006, p17.

BRUNELLE Francis.- « Le plan de santé mentale ».- *Regards sur l'actualité*, n°314.- octobre 2006, p 67-79.

COLDEFY Magali, BOUSQUET Frédéric.- « Typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999 ».- DREES, *Etudes et Résultats*, n°163.- mars 2002.

COLDEFY Magali, SALINES Emmanuelle.- « Les secteurs de psychiatrie général en 2000 : évolutions et disparités ».- DREES, *Etudes et Résultats*, n° 342.- octobre 2004, p 1-11.

Lettre du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 .- Lettre N°2.- Février 2007

GOOCH C, LEFF J.- « Factors of affecting the success of community placement ».- The TAPS Project 26.- *Psychological Medecine* 26: 511-520, 1996

F. DEGOY, E. LE BOHEC, M. QUENTIN, D. RAMBAUD.-« Soigner ensemble : de la guerre à la paix ».- 25 juin 2007

GRAINDORGE Eric.- « Quelle place pour le secteur psychiatrie dans la nouvelle planification psychiatrique ? ».- *Pluriels*, n°42-43.- mars-avril 2004.

HEMERY Yves.- « Psychiatrie et psychiatre à l'hôpital général ».- 2004, Vol 80, fascicule 3, p194-196.

JUHAN P.- « La démographie médicale en psychiatrie : les voies du possible ».- *Pluriels*, n°59.- juin 2006.

LEFF J., TRIEMAN N.- « Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: social and clinical outcomes after five years in the community ».- The TAPS Project 46, *British Journal of Psychiatry* 176: 217-223, 2000

MASSE Gérard, « L'intervention de crise, a quoi servent les urgences psychiatriques ? ».- *Pluriels*, n°56.- mars 2006.

MASSE Gérard.- « Des structures aux services ».- *Pluriels*, n°52/53.- mai/juin 2005.

MASSE Gérard.- « De la psychiatrie à la santé mentale : des éléments pour les changements ».- *Pluriels*, n°42/43.- mars/avril 2004.

MASSE Gérard.- « Hôpital/ambulatoire : le nouvel équilibre ».- *Pluriels*, numéro spécial, n°28.- mars/avril 2004.

Mistral Soignant.- « La psychiatrie ambulatoire au cœur de la cité ».- n°9, décembre 2006, p17.

MNASM.- « Le mouvement de réhabilitation psychosociale aujourd'hui ».- *Infopsy* 2006 82 : 291-6.

ODIER B.- « La drôle de guerre des systèmes d'information en psychiatrie ».- *L'information psychiatrique*, n°4.- 2001, p 340-351.

ROELANDT J.L .- « Psychiatrie citoyenne et promotion de la santé mentale ».- *Revue française des Affaires Sociales*, n°1.- janvier/mars 2004.

VIDON G.- « La fermeture des hôpitaux psychiatriques : et si on en reparlait... ? ».- *La lettre du Rehab*, n°6.- janvier/mars 2007, Actualités.

VILLENEUVE Philippe, VILLENEUVE Hélène, VILLON J.M .-« Aperçu historique de la psychiatrie française ».- *Gestion hospitalière*, n°337.- juin-juillet 1994, p 482-485.

VIGNERON Emmanuel, MASSE Gérard.- « Territorialité et santé mentale ».- *Pluriels*, n°60.- juillet 2006.

WAGENAAR Gaëtan, CHOMETTE Eric, FESTA Carole, JUHAN Pierre, KANNAS Serge, LEPOUTRE Raymond, WEBER Anne, MASSE Gérard.- « Pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information médico-économique ».- *Pluriels*, n°63.- décembre 2006.

WAGENAAR Gaëtan, CHOMETTE Eric, FESTA Carole, JUHAN Pierre, KANNAS Serge, LEPOUTRE Raymond, WEBER Anne, MASSE Gérard.- « Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et perspectives ».- *Pluriels*, n°67.- juin 2007.

Congrès

VIGNERON Emmanuel, « La T2A est elle soluble dans la psychiatrie ou l'inverse ? ».- *Graph Psy*, Lyon.- 29 mars 2007.

Encyclopédie

Thesaurus santé psy : thesaurus en psychiatrie et en santé mentale

Ouvrages

ALBERNHE Thierry, TYRODE Yves.- *Législation en santé mentale*.- Pratique médico-hospitalière Tome II, Duphar Unjohn, Lyon.- 1993, 408 p.

BARBATO Angelo et Al.- *A study of Long-Stay Patients Resettled in the Community After Closure of a Psychiatric Hospital in Italy*.- *Psychiatric Services*, January 2004, Vol 55.- No.1.

CARTIER Annie.- *Le service social en psychiatrie*.- Editions ENSP, Politiques et interventions sociales.- 2005, 166 p.

CAUSSE David, KOVESS-MASFETY Viviane, PASCAL Jean-Charles, SEVERO Donato.- *Architecture et psychiatrie*.- Janvier 2004, 200 p

GEORGE Marie-Claude, TOURNE Yvette.- *Le secteur psychiatrique*.- Que-sais-je, Presse Universitaire de France, Paris.- 1996, 127 p.

LE BONNEC A., VARNIER F., GOMEZ V., GUITARD E., RABAUD E., MASCLAUX J.L, AUVERGNON T, BRINI L, FIESCHI M.D.- *L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements ?*.- Module Interprofessionnel, ENSP.- 2006.

MASSE Gérard.- « Le paysage de la psychiatrie en France ».- 2005.- MNASM

MORDELET Patrick.- *La santé mentale : organisation et gestion*.- Berger-Levrault, Paris.- 1997, 514 p.

SENON J.L, LAFAY N, PAPET N, MANCANERA C.- *Grands courants de la pensée psychiatrique*.- Q 48.

Rapports

BOYER, Laurent.- « Perception et utilisation d'un dossier patient informatisé par les professionnels d'un établissement public de psychiatrie ».- 2007.

CLERY-MELIN Philippe, KOUESS Viviane, PASCAL Jean-Charles.- « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, rapport d'étape de la mission clery-melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées ».- 15 septembre 2003.

DOUSTE-BLAZY.- « Plan Santé Mentale 2005-2008 »

MNASM.- « Compte-rendu d'activité de la mission nationale d'appui en santé mentale ».- , avril 2005.

STROHL Hélène, CLEMENTE Martine (Inspection générale des affaires sociales).- « Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 ».- mission SA/AC/GT/950013.- septembre 1997, 149 p.

Références législatives et réglementaires

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ;

Circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie ;

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ;

Décret n°86/602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique ;

Arrêté du 14 Mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales ;

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de Santé Mentale.

Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation ;

Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins ;

Ordonnance du 4 mars 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ;

Loi de Santé Publique du 9 août 2004 ;

Circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III ;

Loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 ;

Arrêté du 29 juin 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Circulaire N°DHOS/F1/2007/104 du 15 mars 2007 relative à l'avancement de la VAP.

Sites Internet

www.ap-hm.fr: Projet d'établissement

www.ap-hp.fr: Projet d'établissement

<http://www.carnetpsy.com>

http://www.ch-charcot56.fr/dossiers/pmsi/actualites_pmsi.htm: Guide méthodo. RIM-P

www.courrierpsy.com

www.fhf.fr

www.has-sante.fr/anaes/publications.nsf

www.liberte-psychiatrie.fr

www.legifrance.gouv.fr

www.nervure-psy.com

<http://psydoc-fr.broca.inserm.fr>

www.sante.gouv.fr/htm/dossier/sante_mentale/sommaire.htm: Rapport technique

www.santé.gouv.fr/drees/etude-resultat

www.serpsy.org

<http://www.uncpsy.fr>

<http://www.unafam.org>

Liste des annexes

Annexe I: Méthodologie adoptée

Annexe II: Définitions des notions clés

Annexe III: SROS III PACA – Psychiatrie Générale

Annexe IV: Plan de santé mentale 2005-2008

Annexe V: Les territoires de santé

Annexe VI : Emplacement et configuration des pôles psychiatriques AP-HM

Annexe VII: Philosophie des pôles psychiatriques de l'AP-HM

Annexe VIII: Données sur les urgences psychiatriques à l'AP-HM

Annexe IX: Pré-programme du GRAPHPSY 2008



En tant que directeur d'hôpital, l'intérêt de cette étude est de visualiser les futurs enjeux de notre métier dans le domaine de la psychiatrie.

Comprendre les problématiques actuelles auxquelles doivent faire face l'hôpital et la discipline psychiatrique et apporter des éléments de réponse face à une attente sociétale forte de modernisation du système de santé, tels sont les objectifs de ce mémoire.

L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général est un moyen de réformer la psychiatrie française dans sa globalité (destigmatisation, dépistage, soins, recherche, développement des alternatives,...), telle est la conclusion de ce travail.

Afin de répondre au mieux à la problématique posée, le travail s'est organisé autour de trois axes:

1. la recherche documentaire
2. l'observation
3. l'entretien

Ces axes de travail ont finalement influencé le plan retenu, le contenu de l'étude ainsi que les conclusions proposées.

1. La recherche documentaire

La démarche était d'appréhender le sujet de manière globale, de ratisser large afin de formuler la problématique sur la question qui, à mon sens, me paraissait centrale. Il a été nécessaire de lister les concepts et mots clés, de reconstituer l'historique du sujet, d'établir un état des lieux actualisé en fonction des écrits publiés jusqu'à lors et d'élargir les lectures au niveau international. La recherche et la lecture des publications se sont étalées tout au long de l'année, ont nourri au fil de l'eau l'argumentaire de l'étude et ont dessiné pas à pas les conclusions proposées par ce mémoire.

2. L'observation

Lors de mon stage à l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille, j'ai tout d'abord observé la situation interne avant de l'analyser. Plusieurs biais se sont prêtés à l'observation.

- La visite successive des sites de psychiatrie de l'AP-HM et des établissements en collaboration avec l'AP-HM, c'est-à-dire le pôle Centre, le pôle sud, Edouard Toulouse et Valvert, était la première étape pour appréhender le sujet ;
- La mise en place des pôles de psychiatrie m'a permis de cerner les nouveaux modes organisationnels et l'interaction entre l'hôpital général et la psychiatrie ;
- Mon intégration au groupe de travail sur le colloque GRAPH PSY 2008 était le lieu privilégié pour rencontrer des professionnels de santé et administratifs en lien avec la psychiatrie et le thème de l'étude ;
- La rédaction du projet médical en psychiatrie pour 2008-2011 (dans le cadre du projet d'établissement) était l'opportunité de faire un état de lieux des avancements des dernières années et de travailler sur les nouvelles orientations.

3. Les entretiens

Les interviews se sont organisées autour d'un principe de vision pluridisciplinaire. Ainsi de nombreux praticiens, soignants, administratifs sans oublier les tutelles et associations (30 entretiens) ont été sollicités pour comparer les arguments en fonctions des métiers, des personnalités et des établissements et institutions.

La trame de l'entretien s'est adaptée en fonction des personnalités et du périmètre de compétence de chacun mais un fil conducteur fut respecté pour conserver la cohérence des résultats de l'étude.

- Définition du parcours professionnel de la personne interviewée
- Sa structure de rattachement
- Avis sur le sujet de l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général :

Questions ouvertes sur :

- le secteur
- la prise en charge du patient
- la formation des professionnels
- le réseau
- le pôle
- la valorisation de l'activité

Questions orientées en fonction des thèmes d'études :

1. Amélioration de la prise en charge des patients:

- prévention
- traitement
- sociabilisation

2. Orientations de la psychiatrie française

- vision
- stratégie

3. Optimisation des coûts en santé mentale pour faire face aux contraintes budgétaires:

- évitement des doublons d'activités
- diminution des coûts de structures

4. Optimisation des moyens humains dans le domaine de la santé mentale pour faire face:

- à la pénurie de médecins
- à la pénurie et à la formation des infirmiers

5. Redéfinition de la place de l'hôpital dans le système de santé mentale

- utilité de l'hôpital psychiatrique
 - rôle de l'hôpital général
 - relais de l'hôpital par les autres institutions
-
- Proposition de résumé sur les avantages, inconvénients, craintes et espoirs de l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général

Ce mémoire tente avant tout de soulever les questions qui « fâchent » pour pointer du doigt les sources d'incompréhension, les zones de rupture et de suggérer des leviers d'amélioration.



1. La sectorisation

L'application de la sectorisation à partir de 1972 a imposé de déterminer pour chaque département des circonscriptions en "secteurs" pour la psychiatrie adulte et pour la psychiatrie infanto-juvénile ; à l'intérieur de chacun, une équipe paramédicale et sociale intervient et assure la prévention, le diagnostic précoce, le traitement à l'hôpital, le suivi ultérieur des patients et la réinsertion, ceci en coordination avec l'ensemble des acteurs de santé, en particulier médecins généralistes et psychiatres privés.

2. Le secteur

Les départements français ont fait l'objet d'un découpage géographique par zone. Ces zones appelées secteurs peuvent, suivant la densité de population domiciliée, être de la taille d'un arrondissement parisien ou être une subdivision. Ce découpage permet de mettre en rapport une densité de population (en moyenne 70 000 habitants) avec une équipe pluridisciplinaire de soins qui a en charge cette population. C'est donc en fonction du quartier d'habitation du patient que la notion de secteur prend son sens. Une équipe de soins a en charge la population du quartier ou de l'arrondissement où elle est implantée. C'est la politique de sectorisation définie par les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985.

3. Les interventions en unité d'hospitalisation somatique

Il s'agit d'interventions de psychiatres en dehors des services de psychiatrie, par exemple dans un service d'urgences ou dans un autre service de l'hôpital, il s'agit de la psychiatrie de liaison.

4. Les prises en charge à temps partiel

- L'hospitalisation de nuit pour des patients ayant une certaine autonomie durant la journée mais qui ont besoin d'une prise en charge la nuit et le week-end.
- L'hospitalisation de jour
- Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- Les Ateliers thérapeutiques

5. Les prises en charge à temps complet

- Hospitalisation à temps plein
- Centres de postcure
- Appartements thérapeutiques
- Accueil familial thérapeutique
- Hospitalisation à domicile

6. Les structures extrahospitalières

Ce sont des alternatives à l'hospitalisation complète :

▪ **Le centre médico-psychologique**

Le CMP assure la prévention, le diagnostic et les soins dans une structure ouverte sur la ville. Il coordonne également les interventions au domicile des patients.

▪ **Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel**

Le CATTP vise à maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien ou de thérapie de groupe. Il peut constituer le prolongement de l'activité d'un CMP ou d'une unité d'hospitalisation à temps complet.

▪ **Le centre d'accueil et de crise**

Ouverte 24h/24, il s'agit d'une structure implantée dans la cité, à l'instar des CMP, permettant d'accueillir, de soigner, d'orienter, voire d'héberger pour une durée brève des patients ne nécessitant pas une hospitalisation immédiate ou longue, mais se présentant en urgence ou manifestant un état de crise.

▪ **Le foyer de postcure**

Cette structure assure, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins et les activités de soutien nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome.

▪ **L'hôpital de jour**

Implanté soit auprès des services d'hospitalisation soit auprès des centres médico-psychologiques, il concerne des patients nécessitant des soins réguliers, mais pas, ou plus, d'hospitalisation à temps complet.

▪ **Le service d'accueil et d'urgence**

Implanté dans l'hôpital général, il permet un rapprochement au plus près du domicile pour la prise en charge des urgences psychiatriques. Le cas échéant, le patient est orienté vers une structure hospitalière ou extrahospitalière en fonction de son état.

1. Les orientations régionales

3 axes

1. Conforter le travail de la psychiatrie dans le cadre de prises en charge de proximité où l'hospitalisation complète peut constituer un temps nécessaire limité de la prise en charge et où le développement des alternatives à l'hospitalisation constitue la priorité de l'offre de soins.
2. Amorcer une politique de santé mentale par l'implication des élus et des acteurs situés dans le champ social et médico-social avec la prise en compte des facteurs sociaux et de précarité.
3. Se doter d'outils de pilotage et d'analyse dans le champ de l'épidémiologie en psychiatrie et en santé mentale.

Le contexte sanitaire et social

PACA

2005 à 2011 : Diminution de 2,8 % des personnes âgées < 18 ans

Augmentation de 5,9 % des personnes âgées > 18 ans (dont + 11,7 % pour les > 75 ans)

Indices de précarité > moyenne nationale

¼ des patients en médecine générale présentent des troubles mentaux

Prescription de psychotropes en PACA

- 2003 : 400 000 bénéficiaires d'au moins 1 délivrance d'anti-dépresseurs
117 400 -----d'anti-psychotiques
460 500 -----d'antihypnotiques

Indice comparatif de mortalité / suicide > moyenne nationale

Démographie des professions de santé

- Psychiatres : 24 / 100 000 habitants (France : 23/100 000)
- IDE : 300 postes vacants non pourvus dans les services de psychiatrie de la région

Equipements en structures psychiatriques de la région PACA > moyenne nationale

2005 : 64 secteurs de psy générale

- 17 à 103 lits d'HC selon les secteurs
- 4 à 45 places d'HdJ selon les secteurs

Hospitalisation privée : 39 % de l'hospitalisation complète

Détenus : 20 à 50 % des personnes incarcérées souffrent de troubles mentaux

Insuffisance du dispositif d'information : Les données hospitalières, publiques ou privées, ne comportent pas de données épidémiologiques : la difficulté de mise en place du PMSI psychiatrique puis celle de la valorisation des activités en psychiatrie en sont l'illustration.

La géographie des territoires de santé

- Maintien du secteur et de la sectorisation psychiatrique comme OUTIL de la politique de proximité.
- Nécessité de la convergence de la sectorisation psychiatrique avec les 9 TS afin que la psy trouve sa place dans le projet médical de territoire.
- Convergence des secteurs souhaitable avec le découpage des niveaux 1 de territoire de proximité (25 TS)

Organisation des soins et territoires de santé

- Prise en charge ambulatoire

CMP : outil-pivot d'une politique de proximité, s'interroger sur le maillage du territoire et leur organisation

- Offre libérale : PACA : 16,7 psy libéraux / 100 000 habitants
- Offre inégalement répartie
- Evolution démographique à moyen terme : 38 % > 55 ans

- Alternatives à l'hospitalisation

Hôpitaux de Jour majoritairement

Autres modes peu utilisés : H de N, PFT, HAD, Appartements thérapeutiques

Une analyse du fonctionnement et de l'accessibilité pour la population des H de J existants devra être proposée dans le projet médical de territoire (PMT)

- Centres de Post-Cure

Privés : 667 places

Publics (CH de Laragne) : 14 places

- Urgences

La gestion des urgences passe par une meilleure organisation de l'amont et de l'aval.

Une organisation au niveau des 9 TS devra être proposée dans le cadre du PMT intégrant :

- Coordination au niveau des secteurs en association possible avec les libéraux afin de répondre aux demandes de RDV non planifiés.
- Dispositif sur la régulation par le centre 15 des appels concernant les pathologies psychiatriques.
- Meilleure structuration des transports de patients.
- Organisation de sites d'urgence psy en proximité des urgences somatiques dans des conditions d'accueil (personnel) et d'environnement spécifiques.
- L'extension du nombre de CAP 48/72 – centres de crise n'est pas privilégié
- La présence dans les services d'urgence de PNM membres d'une équipe psy formé à l'accueil psychiatrique est privilégié

- L'hospitalisation complète

Elle ne doit être qu'un temps limité de la prise en charge, l'essentiel se passant en extrahospitalier avant et après dans l'environnement personnel, familial et social.

Il n'y a pas insuffisance de lits mais occupation induite de lits par des personnes ne relevant pas de soins aigus et restant hospitalisées du fait de l'insuffisance de lits d'aval notamment médico-social.

Une organisation spécifique pour les personnes âgées souffrant de troubles psy devra être proposée dans le cadre du PMT des 9 TS : individualisation d'un service de géronto-psy articulé avec un service de gériatrie permettant un travail en équipe pluridisciplinaire.

Prise en charge psychiatrique des personnes détenues

Il convient de définir une politique régionale de santé mentale en milieu pénitentiaire et de poursuivre le travail de coordination régionale engagée.

- PACA : 12 établissements pénitentiaires – 7000 détenus / 5862 places – 14 000 entrants / an – 2 secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire – SMPR Nord et Marseille

Accroissement et aggravation de la morbidité psychiatrique de la population pénale
 40 % d'états dépressifs – 14 % de psychoses – 30 % de troubles additifs – 1 mortalité / suicide 7 fois > population générale

- Propositions : renforcer la visibilité des soins aux personnes détenue et améliorer l'hospitalisation dans les établissements de santé avec la mise en place des UHSA (Marseille et Nice). L'UCSA demeure le lieu de la prise en charge ambulatoire. Réaffirmer le rôle de coordination des SMPR.
- Problématiques spécifiques : mineurs – les femmes n'ont pas accès à une hospitalisation en SMPR
- Alternatives possibles : CATTP ou H d J à vocation régionale/ Prévention des suicides/ Suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel/ Prise en charge des addictions

La formation

- Médicale : évolution démographique difficile/formation initiale pour externes et internes à repenser
- Para-médicale : politique active de pourvoi des postes vacants d'IDE/ tutorat de proximité pour les IDE prenant un poste dans un service de psychiatrie et financement pour le remplacement des temps de travail des personnels en formation.

Les stratégies d'accompagnement

- Tableau de bord de suivi de l'offre de soins en psychiatrie à l'échelle des 9 TS
- ARH + DIM
- Mise en place de la CRCSM (commission régionale de concertation en santé mentale).

Objet : fédérer les professionnels issus du social, sanitaire et médico-social

Groupe d'études épidémiologiques en psychiatrie

Propositions :

- constitution d'1 GIP afin d'initier, promouvoir, fédérer les activités de recherche en santé mentale
- associer les secteurs de psychiatrie générale, de pédopsychiatrie, PSPH, cliniques privées, INSERM, CNRS, CHU.

Outils financiers

Enveloppe financière d'impulsion contractualisée pour la mise en place dans les établissements d'une équipe de professionnels chargée d'accompagner et de favoriser le passage d'une hospitalisation complète vers une hospitalisation à temps partiel.

Appels d'offres ciblés sur le handicap psychiatrique

Outils de suivi du volet psychiatrique du SROS 3

voir p.389

2. Les territoires de santé mentale

TS Mentale n°6 des BDRS = TS BDR Sud + Les Pennes Mirabeau

Particularités de ce territoire :

- Dimension géographique et densité de population (25% de PACA)
- Importance de l'offre privée : 52% de la totalité des lits concentrés sur Marseille
- 16 secteurs de psy générale rattachés à 4 établissements publics : APHM, CH ET, CH Valvert, CH Martigues
- 7 inter secteurs de pédopsychiatrie/ 6 établissements de santé mentale/ 6 établissements de post-cure/ 2 associations gérant des structures de pédopsychiatrie
- Hétérogénéité des 3 territoires de proximité : Aubagne-La Ciotat/ Marseille/ Martigues

Les équipements :

- CMP : 23 dont 1 CMP de gérontopsychiatrie et 1 CMP dédié à l'addictologie
- Alternatives à l'hospitalisation : 43% de l'équipement du TSM
- Dans le secteur privé, c'est la modalité de prise en charge principale
- % important d'H d J intra-muros pour lesquels une externalisation est à rechercher
- 2 H d J pour personnes âgées à Marseille et Aubagne : insuffisant
- Post-Cure : 6 établissements privés (449 lits)

Urgences psychiatriques :

- 3 sites d'urgences générales assurant des urgences psychiatriques/ Hôpital Nord (UHTCD de 4 lits gérée par le CH Ed Toulouse)/ Hôpital Conception (CAP)/ Hôpital Sainte Marguerite (recours à un psychiatre d'astreinte)
- 4 UPATOU
- CH de Martigues : accueil spécifique des urgences psy 24h/24
- CH d'Aubagne présence psychiatrique assurée par le CH Valvert
- CH de la Ciotat
- UPATOU privée avec convention avec la Clinique des 3 Lucs

2 préconisations :

- Interaction des urgences psy avec les sites d'urgences générales sous forme de CAP 72 associés aux 2 SAU Nord et Centre ou de permanence infirmière sur les autres sites.
- Structuration de l'amont et de l'aval des urgences : participation des psychiatres libéraux à des maisons médicales, réservation de lits par les cliniques privées pour des patients adressés par les services d'urgences.

Hospitalisation complète :

- TSM : 1680 lits
 - 54 % en hospitalisation privée
 - 92 % des lits publics installés à Marseille
- Opportunité d'1 implantation de lits délocalisés à l'Est du département à étudier
- Privilégier sur Marseille un développement d'alternatives à l'hospitalisation complète (taux important) à partir d'un redéploiement des lits y compris dans le secteur privé (voir projet clinique de l'Emeraude) Besoin : 50 places d'alternatives / 60 places en structures d'aval médico-sociales (MAS)

3. Objectifs quantifiés

Activité

- Hospitalisation complète
- Fourchette basse : 2003 journées

Fourchette haute : 2011 baisse de 10 % du nombre de journées (extrapolation de la baisse observée entre 1991 et 1977)

- H d Jour

Fourchette basse : activité recalculée en intégrant les autorisations

Fourchette haute : 0,56 places / 1000 adultes

- H d Nuit

Fourchette basse : reconduction de l'existant

Fourchette haute : 0,034 place / 100 adultes appliquée aux TSM ayant un taux inférieur ou taux actuel reconduit pour les autres

Sites d'implantations BDR Sud

- HC : 12 sites dont 10 à Marseille

OQ 489 800 / 519 700 journées

- H d J : 19 sites dont 12 à Marseille

OQ 523 / 574 places

- H d N : 4 sites situés à Marseille

OQ 60 / 63 places

- PFT 3 autorisations

- Appartements thérapeutiques : 2 autorisations + 3 supplémentaires

- Centres de crise : 2 sites situés à Marseille

- CPC psy : 6 sites dont 2 à Marseille

La modernisation de la psychiatrie est une donnée constante qui aujourd'hui se matérialise dans l'application du plan de santé mentale.

Pour appréhender celui-ci et ses enjeux, nous pouvons nous référer au discours de présentation fait par le Ministre des solidarités, de la santé et de la famille le 4 février 2005, Monsieur Philippe Douste-Blazy.

1- contexte :

Il est à noter que le discours prend pour cible tant les malades que les professionnels.

Concernant les malades Monsieur le ministre veut justifier ses propos « parce que le propre de la santé mentale est qu'elle doit faire face à la souffrance née du plus intime. Face à cette souffrance secrète, indicible, le premier devoir d'une société fondée sur les solidarités et les libertés est de reconnaître qu'il ne saurait y avoir un seul type de réponse. La souffrance psychique n'est ni évaluable, ni mesurable. La maladie psychique retentit sur la personne comme individu, mais aussi comme être social, parce qu'elle altère le rapport à l'autre, base du lien social ». Quant aux professionnels du secteur psychiatrique, médicaux et non médicaux, « exemplaires, motivés, compétents, dévoués, travaillant souvent dans des conditions difficiles, épuisés à force de tenter de maintenir à flots un navire à qui on n'a pas donné tous les moyens ».

Face à la maladie mentale, la société se tait à la mesure du silence qui entoure un système encore porteur de tabou. C'est le délicat problème de l'enfermement de celui qui est différent, déjà soulevé avec justesse par Michel Foucault. La volonté présente dans le discours est bien d'apporter aujourd'hui, une réponse construite avec l'ensemble des acteurs, non seulement pour la santé publique, mais aussi pour la société. Pour mieux répondre aux besoins des patients souffrant de maladie mentale, il est nécessaire de les écouter, de leur parler et d'établir l'indispensable communication entre eux et le monde extérieur. Ce sont ces gestes invisibles qui permettent de redonner aux patients toute leur dignité et leur place, non seulement comme malade à part entière, mais aussi comme citoyen.

Aujourd'hui, la psychiatrie se trouve confrontée à une situation paradoxale et complexe. Les comparaisons européennes de santé mentale montrent que la place de la France n'est pas à la hauteur de son ambition. La France a le taux de suicide le plus élevé pour les personnes âgées, le deuxième pour les adolescents, alors que la consommation des psychotropes est parmi les plus importantes.

Le recours à la psychothérapie y est parmi le plus faible d'Europe. Plus de 80 % des patients souffrant de troubles mentaux sont pris en charge par des médecins généralistes, le recours à une consultation spécialisée auprès d'un psychiatre demeure difficile. Paradoxalement, la France possède le plus grand nombre de psychiatres par habitant après la Suisse. C'est la spécialité qui compte le plus de praticiens, puisque 13 000 psychiatres sont actuellement en exercice. Les capacités d'hospitalisation en psychiatrie, mesurées en nombre de lits par habitant, placent la France en troisième position en Europe.

Mais aujourd'hui nous avons un double constat est à faire : La réponse publique n'est pas adaptée. L'offre des soins psychiatriques est inégale sur l'ensemble du territoire et souffre de cloisonnement. Dès lors le plan de santé mentale a pour objectifs d'aboutir à un programme d'actions novateur et correcteur, pour améliorer la prise en charge psychiatrique, en lui donnant les moyens de ses ambitions. Dans cette mesure et par l'application du dit plan, un nouveau mouvement d'évolution pourrait se greffer sur l'organisation générale des textes.

2- les quatre priorités du plan de santé mentale

Premier axe : réinvestir dans les murs de l'hôpital psychiatrique.

Il y a quelques années, il a été défendu l'idée qu'il y avait trop d'hôpitaux, qu'il fallait fermer de nombreux lits (50% en 10 ans !).

L'environnement des patients et les conditions de travail se sont alors dégradées. Le plan prône dès lors d'arrêter cela et au contraire, de renforcer l'hospitalisation complète et confirmer le moratoire sur la fermeture de lits en psychiatrie.

Aujourd'hui, le besoin en investissements des services de psychiatrie, qu'ils soient en hôpitaux spécialisés, en centres hospitaliers, ou en centres hospitaliers universitaires, est estimé, à 2 milliards d'euros. Mais pour rendre efficiente cette ambition, il faut rompre le cercle vicieux du désinvestissement chronique.

Il est donc prévu de lancer un programme massif d'investissements pour la psychiatrie, un programme sur 6 ans, de 2005 à 2010. Les aides du plan "hôpital 2007" qui y sont consacrées seront triplées: 750 millions d'euros d'aides seront dégagées afin de générer plus de 1,5 milliards d'euros d'investissements supplémentaires.

Cette ambition apparaît comme une nécessité pour la reconstruction, la rénovation, l'humanisation (Il existe, dans notre pays, des cellules d'isolement indignes...) et surtout, la sécurisation (liaisons directes entre les services d'urgence et le commissariat ou la gendarmerie, dispositifs individuels de téléalarmes, sécurité des bâtiments, personnels de sécurité...).

Le secteur de la psychiatrie doit disposer d'un bien meilleur niveau d'accueil, de confort et de sécurité. C'est un signe fort qui ne pourra que redonner confiance à la population, aux patients et aux professionnels, et suscitera de nouvelles vocations. Cet investissement doit bénéficier non seulement à la modernisation des locaux, mais aussi à l'organisation des soins. Il faut donner un nouvel élan au « secteur psychiatrique », et le conforter comme base de l'organisation des soins. Mais, il faut aussi rapprocher l'offre hospitalière de la population qu'elle dessert, en la rapprochant des centres villes. Les différents acteurs de la santé mentale doivent mieux travailler ensemble : le secteur, les psychiatres libéraux, les établissements privés, les médecins généralistes. Tout en réaffirmant la vocation et la légitimité du « secteur », les réseaux de santé doivent se développer.

Deuxième axe : Les murs ne sont rien sans les Hommes, il faut donc augmenter les moyens humains.

En renforçant l'hospitalisation complète, (moratoire sur les fermetures de lits et de places) et désire aussi de conforter l'offre psychiatrique des services d'urgences en centres hospitaliers et CHU. Pour les praticiens hospitaliers, les négociations statutaires en cours doivent permettre de rendre les postes de psychiatres plus attractifs, et d'entamer un rééquilibrage géographique, en rémunérant mieux, par exemple, les praticiens hospitaliers dans les zones déficitaires en psychiatres. Par ailleurs, une augmentation du nombre d'internes en psychiatrie de 245 à 300 par an devra être effective.

En développant les alternatives à l'hospitalisation, les soins ambulatoires, comme l'hôpital de jour, de semaine ou de nuit, et les centres médico-psychologiques D'ici 2008 près de 140 M€ seront débloqué afin de créer 2 500 postes médicaux et non médicaux.

C'est un changement total de politique, puisque les moyens attribués à la psychiatrie n'ont cessé de décroître depuis 10 ans. La réorganisation de la psychiatrie vers plus de modernité doit se poursuivre, en s'appuyant sur plus de moyens.

Troisième axe : la nécessaire amélioration de la formation des infirmiers et des infirmières à la psychiatrie

En application d'une directive européenne, en 1994, la formation spécifique des infirmières/infirmiers en psychiatrie a disparue. Et le départ à la retraite de professionnels confirmés brise la transmission d'un savoir, fait de vécus, précieux dans le domaine de la psychiatrie.

Pour tous ceux qui prennent un nouveau poste en psychiatrie, il est envisagé un double dispositif d'accompagnement durant la première année d'exercice. Ce dispositif comporterait :

- une formation d'adaptation à l'emploi, en accord avec les syndicats, dès 2005, qui serait une mise en situation professionnelle, à l'extérieur de leur propre service. Cette formation serait composée de 5 périodes de 3 jours pendant lesquelles seront analysées les situations rencontrées par les infirmiers.
- Une généralisation d'un dispositif innovant de compagnonnage/ tutorat. Le tuteur serait une infirmière ou infirmier en psychiatrie qui aurait choisi d'être formateur. Il n'aurait pas de relation hiérarchique. Ce serait un infirmier expérimenté qui prendrait le tiers de son temps pour accompagner 4 nouveaux collègues, en les suivant chacun en moyenne 3 heures par semaine, toute l'année.

Ces mesures sont certes très coûteuses, mais elles sont nécessaires. Le ministre étant prêt à y consacrer près de 25 millions d'euros par an.

Quatrième priorité : développer l'offre sociale et médico-sociale, avec volontarisme.

C'est un début de réponse aux 10 000 patients hospitalisés qui pourraient être mieux pris en charge médicalement en soins externes, s'il leur était possible de bénéficier d'un accompagnement ou d'un hébergement adapté. C'est aussi une réponse à tous ceux qui, sans être hospitalisés, ne trouvent pas de prise en charge adaptée.

Il est donc envisagé de :

- créer 1 900 places dans les services d'accompagnement à domicile
- flécher, pour la santé mentale, 1 000 places d'hébergement en établissements médico-sociaux -créer 300 lieux d'entre aide, appelés par les associations "clubs". Certains existent déjà à titre expérimental. Il s'agit de groupes d'entraide mutuelle, permettant en accueil de jour, de tisser ou de maintenir un lien social par l'intermédiaire de rencontres et d'activités culturelles, de loisirs ou sportives.

Ce renforcement global de l'offre sociale et médico-sociale en santé mentale, représente un effort considérable de 86 millions d'euros sur 3 ans ; soit 38 M€ pour l'hébergement, 20 M€ pour les lieux d'entre aide, financés dès 2005 par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, enfin 28 M€ pour les services d'accompagnement.

3- Deux programmes spécifiques

L'un concerne les détenus : La réforme de 1994 de la médecine pénitentiaire, qui a été mise en place par Simone Veil, a commencé à porter ses fruits pour les maladies somatiques. Des unités spécialisées les UHSI (Unités hospitalières sécurisées interrégionales) sont en train de s'ouvrir dans les hôpitaux pour accueillir les détenus dans des conditions optimales, à la fois sur le plan de la sécurité et des soins, dans chaque région pénitentiaire. Mais le nombre de personnes incarcérées atteintes de troubles psychotiques a quintuplé ces dix dernières années. Il est passé de 5 % à 25 % aujourd'hui. Des unités spécialisées pour les détenus atteints de troubles psychiques nécessitant une hospitalisation sont à construire.

A terme, 19 unités appelées UHSA (Unités hospitalières spécialement aménagées) répondront à ces besoins. Un engagement avec le ministère de la Justice, l'élaboration du cahier des charges et un programme des cinq unités les plus importantes, qui devront être opérationnelles en 2008, et couvrir 60 % de la population carcérale.

Le deuxième programme concerne **l'amélioration de la prise en charge de la dépression et la lutte contre le suicide.**

Nombre de personnes prenant un traitement antidépresseur n'en ont probablement pas besoin. A contrario, moins de la moitié des personnes souffrant de troubles dépressifs graves sont pris en charge. En effet, on confond souvent la souffrance liée à un évènement difficile de la vie, comme la perte d'emploi ou le dépit amoureux, la déprime et la dépression, la « vraie ». Les professionnels ont aussi des difficultés à adapter leur traitement face à la demande du patient. Deux actions sont à mener simultanément :

- réaliser une campagne média grand public, par l'INPES (Institut de prévention et d'éducation à la santé), pour expliquer aux Français la différence qui existe entre « la déprime » et la dépression et en soulignant que les antidépresseurs ne sont pas forcément une bonne réponse à la tristesse.
- aider les professionnels de santé en leur diffusant des guides au repérage des troubles dépressifs et des recommandations de conduite à tenir. La Haute Autorité en Santé élaborera ces recommandations, et je veillerai à ce que l'ensemble des sensibilités de la psychiatrie française, dont la psychanalyse, soient associés à leur élaboration.

Pour lutter contre le suicide, à la fois fléau individuel et enjeu de santé public, les réponses ne sont pas simples. Une stratégie nationale d'actions face au suicide a été mise en œuvre sur 2000-2005. Son évaluation est en cours de réalisation, et il sera alors envisagé les poursuites ou les inflexions nécessaires.

Néanmoins, des efforts à destination des jeunes sont à mener. Il s'agit essentiellement de repérer la dépression dans les établissements scolaires. Cette action sera conduite, en lien avec l'Education Nationale, dans le cadre du Partenariat en Santé Publique développé entre les deux Ministères. Les enseignants seront sensibilisés au repérage des modifications comportementales des enfants dans le cadre scolaire. La santé scolaire jouera donc un rôle clé dans ce dispositif. Les infirmières en particulier, seront formées à l'écoute des jeunes, pour lesquels elles constituent déjà des référents naturels - notamment pour l'accès à la pilule du lendemain pour les filles.

Concernant la prise en charge des enfants et des adolescents, le retard constaté en pédo-psychiatrie devra être rattrapé, en créant des lits dans les départements qui en sont dépourvus. Dix départements ne disposent pas aujourd'hui d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile. 11 millions d'euros y seront consacrés et feront l'objet d'une évaluation précise de leur utilisation. Une réflexion est également à mener sur la formation de nouveaux pédopsychiatres, trop peu nombreux aujourd'hui. Enfin, la poursuite de la mise en place des Maisons des Adolescents comme la Maison de Solenne à Cochin, dans le cadre d'un partenariat entre mon ministère et la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France selon le principe proposé par Madame Bernadette Chirac est à promouvoir.

4- Des mesures transversales et une démarche résolue de promotion de la santé mentale pour le grand public.

Pour les patients, il s'agit de renforcer les droits des malades et de leurs proches.

- en veillant à leur pleine participation dans l'élaboration des schémas d'organisation sanitaire
- en portant le niveau global des subventions aux associations d'usagers et de familles à 600 000€ ;
- en ne limitant plus les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques aux seules hospitalisations sans consentement, mais également à certaines pratiques réalisées en hospitalisation libre, comme la mise en chambre d'isolement, la contention ou l'hospitalisation en services fermés.

Enfin, l'image de la santé mentale doit être aussi améliorée par la diffusion d'informations régulières sur la psychiatrie et la santé mentale, en dehors de toute crise ou drame. Toutes les actions de promotion de la santé mentale doivent être encouragées et soutenues

Au total, ce plan pourrait ainsi bénéficier :

- en investissements, de 750 millions d'euros d'aides entre 2006 et 2010 ;
- en fonctionnement de 280 millions d'euros de 2005 à 2008.

C'est donc plus d'un milliard d'euros qui seront consacré à ce plan, un effort considérable de la collectivité à la hauteur des enjeux de la santé mentale.

Il s'agit donc d'une véritable construction d'une nouvelle politique de santé mentale globale.



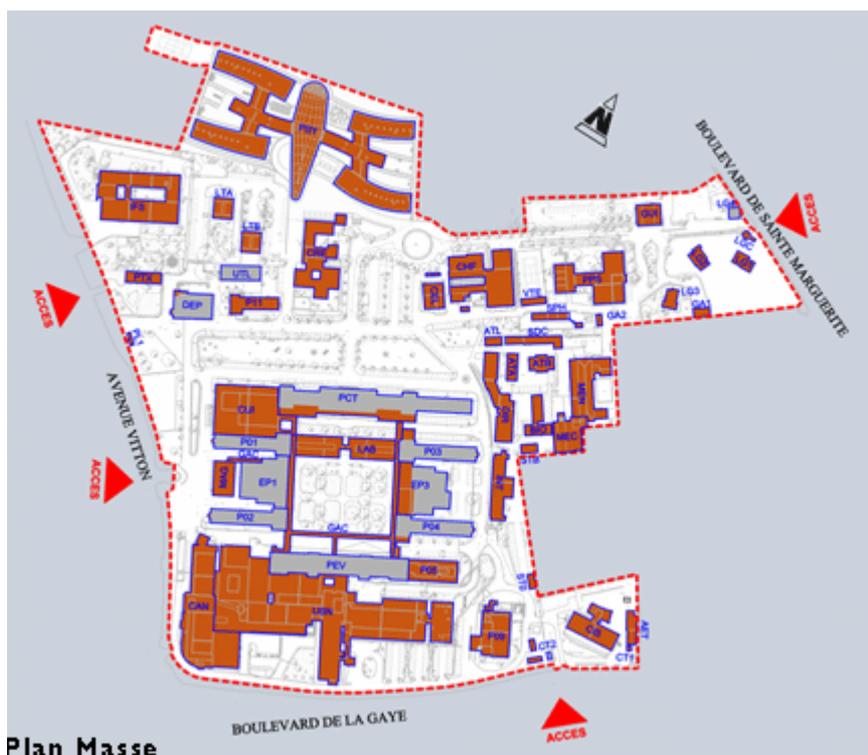
ANNEXE V: LES TERRITOIRES DE SANTE

Territoire	Soins somatiques	Santé mentale
Soins de proximité	Médecine ambulatoire Hôpitaux locaux	Dispositifs extra hospitalier
Niveau intermédiaire pays	Hôpital de proximité 1 ^{er} niveau de plateau technique	Hospitalisation complète Structures à vocation d'hébergement Réhabilitation psychosociale
Niveau de recours villes importantes Territoires de santé	Urgences 2eme niveau de plateau technique H24	Urgences Unités d'hospitalisation complète intersectorielles
Niveau régional CHU	3 ^{ème} niveau de plateau technique Disciplines émergentes Recherche et formation	SMPR Certains thèmes cliniques
Niveau interrégional	Certaines spécialités	UMD Recherche

**ANNEXE VI : EMBLACEMENT ET CONFIGURATION DES PÔLES PSYCHIATRIQUES
A L'AP-HM**

Plan de masse des Hôpitaux Sud.

Le pôle psychiatrique en forme de libellule se situe au nord du site.



Plan de masse de l'Hôpital La Conception.

Le pôle psychiatrique, avec accès direct sur le boulevard Baille se situe au nord ouest du site



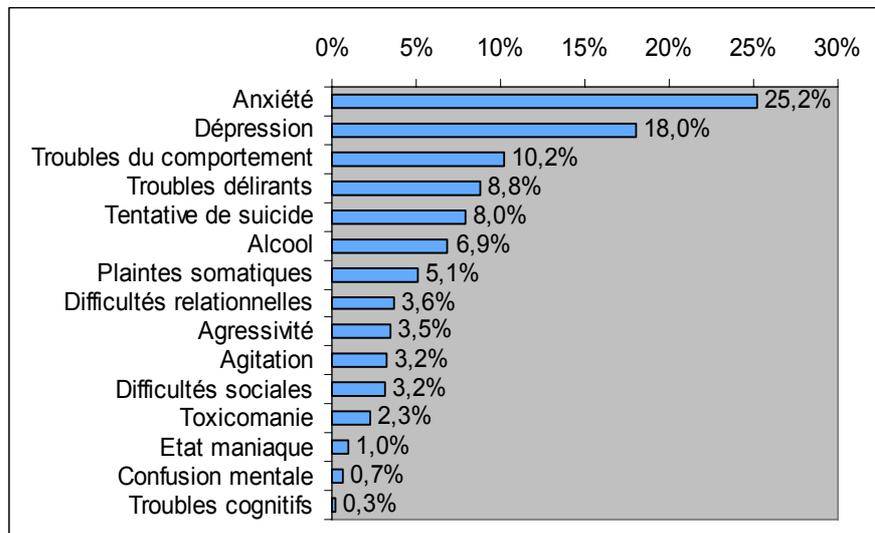
ANNEXE VII : PHILOSOPHIE DES PÔLES PSYCHIATRIQUES DE L'AP-HM

Pôle Centre	Pôle Sud
<p>Dominante : Sectorisation</p> <p>Objectif : soins</p> <p>Philosophie : Psychiatrie sociale</p> <p>Psychiatrie au coeur de la ville</p> <p>Psychiatrie basée sur l'intensité symptomatique</p> <p>Dr Samuelian : dimension soin/ psychiatrie ouverte sur la cité/ secteur/ phases de la maladie</p>	<p>Dominante : Pathologie</p> <p>Objectif : soins/enseignement/recherche</p> <p>Philosophie : Psychiatrie sociale</p> <p>Psychiatrie pavillonnaire</p> <p>Psychiatrie basée sur les groupes homogènes de pathologies</p> <p>Pr Azorin : dimension enseignement et recherche/pathologie</p> <p>Dr Naudin : orientation sociale/ vision contemporaine</p> <p>Développement des partenariats avec médecin du monde/emaüs/ travailleurs de rue/ équipe mobile</p> <p>Vincent Girard : chef de clinique/orientation sociale = SDF</p> <p>Christophe Lançon : = Addictions, accueil thérapeutique (maison d'accueil gérée par des travailleurs sociaux/ domiciliation sédentarisation); . Prise en charge par</p> <p>PROTOX : aide sociale aux toxicomanes/ boutique/ accueil permanent, CARUD : articulation avec le médico-social, METADONE : distribution de substituts</p>
<p>But recherché : aller vers... aider à franchir les barrières de l'hôpital</p>	

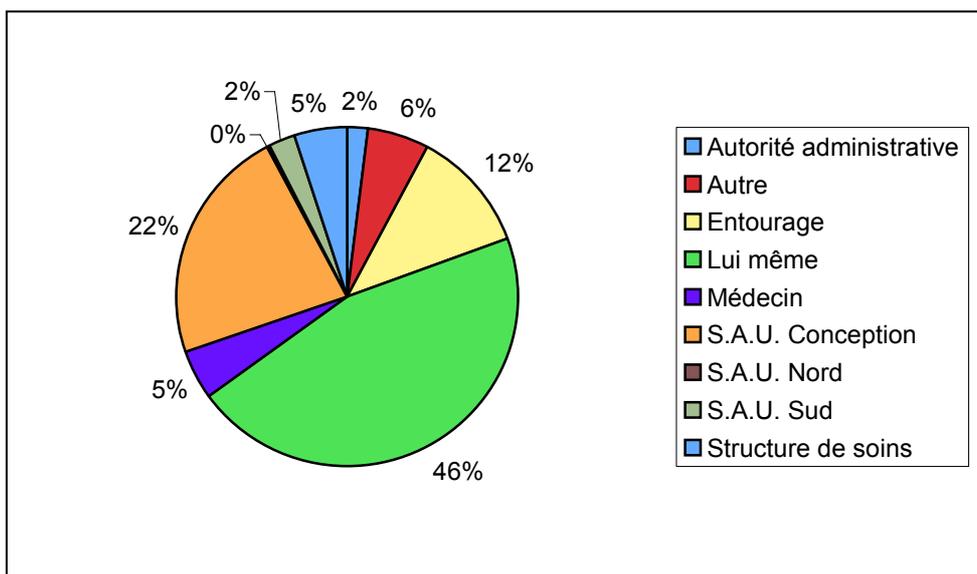


ANNEXE VIII : DONNEES SUR LES URGENCES PSYCHIATRIQUES A L'AP-HM

Pathologies rencontrées



Orientation ou origine de l'hospitalisation



GRAPH PSYCHIATRIE MARSEILLE 21 FEVRIER 2008

De plusieurs séances de travail est né le pré-programme suivant :

- ◆ **9 heures** : Accueil
- ◆ **9 heures 30** : Introduction de la journée par Monsieur VALLET, Directeur Général de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille et Denis FRICHOU au nom du GRAPH.

✓ Chronologie des interventions :

- La psychiatrie a t-elle besoin de l'Hôpital ? (G. VIDON)
- Peut-on modéliser la réhabilitation ?
 - Le modèle français (D.LEGUAY)
 - Le modèle italien (A. BARBATO)
 - Le modèle britannique (Dr THORNICROFT)
- Quel rôle pour les généralistes ? (R. TEMPIER)
- Quel rôle pour les pairs ? (Dr DAVIDSON)

◆ **12 heures 30 / 13 heures 15** : Débat

◆ **13 heures 30 / 14 heures 30** : Déjeuner

◆ **14 heures 30 – 16 heures** : Après midi consacrée à 5 ateliers

- **1/** Les alternatives à de l'hospitalisation (Jean Luc ROELANDT)
- **2/** Les équipes mobiles (Serge KANNAS – référence au programme « ERIC »)
- **3/** Les hospitalisations sous contrainte (Alain LOPEZ et le Dr PIELE)
- **4/** L'hospitalisation « ciblée » (J NAUDIN, JM AZORIN)
- **5/** Les groupes d'entraide mutuelle (C FINKELSTEIN, V GIRARD)

◆ **16 heures** : Restitution des Ateliers et synthèse des travaux

◆ **17 heures 30** : Conclusion et fin de la journée.

Colloque du 21 février 2008 aux Hôpitaux Sud

La psychiatrie a-t-elle besoin de l'hôpital ?

Organisateur : Président du CNU Psychiatrie

Lieu de déroulement de la journée: Sainte Marguerite, nouveau bâtiment de psychiatrie

Groupe de travail :

Jean-Michel AZORIN, Jean NAUDIN, Jean-Claude SAMUELIAN, Didier STINGRE, Jean-Michel REVEST et Jean Michel BUDET

Y sont associés Yann LE BRAS, Lise GUIBERT et Aurore LE BONNEC ainsi que de nombreux invités médecins et administratifs pour participer à la réflexion et à la préparation de cette journée