Nigar RIBAULT, Nathalie CHAZALET, Alain GASTÉ

INTRODUCTION

Nous avons un modèle classique de l'équipe de psychiatrie que nous travaillons depuis de nombreuses années et dont nous vous avons déjà donné à partagers quelques aspects.

L'équipe trouve son premier niveau de structuration dans le **personnel** de l'établissement qui partage le même
projet d'établissement
(ou associatif) qui impose que soit correctement penser l'articulation entre soignants et non soignants.

Au sein de ce personnel, une **équipe potentielle** se constitue à l'échelle du **service** ou du **secteur**
. Elle est pluridisciplinaire. Elle partage une
culture commune
(« corpus psychiatrique et éclairages transversaux philosophiques et éthiques) et élabore en commun une
politique de soins
dans son
projet de service
. Elle se structure, en tenant compte des réalités locales et des besoins de la population (il faut souligner le manque de micro-épidémiologie), du terrain (ville-banlieue-campagne), en unités fonctionnelles (sectorielles ou intersectorielles) intra ou extra-hospitalières (ce qui implique de penser à leur articulation).

L'**équipe réelle** est celle qui intervient directement pour un patient à partir du **programme de soins** et
de prise en charge qu'elle définit. Elle déborde la notion de personnel puisque les
partenaires
du réseau peuvent intervenir. Les modalités de mise en œuvre des relations thérapeutiques actualisées par chacun des intervenants donnent à cette équipe son
style
fondé sur la diversité qui autorise tous les relais à partir des repères communs (bien au delà de la notion de consigne).

L'évolution actuelle nous semble remettre en cause cette notion d'équipe pluri-disciplinaire chargée de la continuité des soins et de la prévention pour une population (**circulaire de 1960**) et sa mission de service public d'accès aux soins pour tous. Quelles nouvelles idées sont à même de faire émerger de nouvelles représentations ?

Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin « Plan d'actions pour le développement et la promotion de la santé mentale » 15 septembre 2003

Le rapport Cléry-Melin sonne la fin de la sectorisation et la création du **territoire de santé** de 200 à 400 000 habitants où il s'agit d'organiser la **permanence territoriale des soins** . Il propose une **organisation fédérative** avec la gestion mutualisée des ressources de la psychiatrie publique et du dispositif libéral :

- Une **commission territoriale de psychiatrie et de santé mentale** sera chargée d'élaborer un **projet médical de territoire** cohérent associant l'ensemble des acteurs publics et privés et renforçant les coopérations. Elle se dotera d'un **psychiatre coordinateur** chargé de conseiller et d'orienter les différents intervenants et évaluer les besoins de soins.

- Un **CMP ressource territorial (CMP-RT)** sera le pivot du territoire de santé et aura pour mission de mettre en place un **réseau de santé** en lien avec les CMP, le dispositif libéral et privé, l'hôpital général, les associations, les services sociaux et les familles.

- Les alternatives à l'hospitalisation seront développées :

- réorganisation de l'urgence en lien avec le centre 15
- création d'**unités intersectorielles d'accueil (UHCD)**
- création d'**unités de soins de réadaptation intersectorielles (USRI)**
- création d'**unités de suite**
- développement des services d'accompagnement à la vie sociale (**SAVS**) et médico-sociaux (**SAMS**)

En conclusion, ce rapport qui préconise la fin du secteur élargit de fait la notion d'équipe pluridisciplinaire puisqu'il s'agira de travailler en réseau avec tous les acteurs privés et publics des champs sanitaires et sociaux du territoire de santé et ce dans le cadre d'une permanence des soins.

HÔPITAL 2007

Rentabilité, Décentralisation, Contractualisation sont les mots qui marquent le plan Hôpital 2007, qui se découpe en deux volets et dont voici les grandes lignes :

1. Allègements des contraintes extérieures aux établissements, avec :

- **Relance des investissements** dans les domaines de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information, favorisant le recours à des entreprises privées et mise en place d'un audit, la "Mission Nationale d'appui à l'investissement",

- **Généralisation de la tarification à l'activité (PMSI...)**, commune aux secteurs publics et privés, permettant de choisir les modalités de prise en charge les plus rentables,
- **Assouplissement des modalités d'achat** pour l'hôpital public avec un alignement de la réglementation nationale sur la réglementation européenne,

- **Réorganisation sanitaire** : Les notions d'indices de lits et d'équipement sont supprimés. Le SROS devient l'outil central de la régulation de l'offre de soins : c'est dans une annexe du SROS que figure la répartition quantitative des activités et des équipements par bassin de santé, répartition arrêtée par l'ARH, ARH qui aura seule compétence pour délivrer ou refuser les autorisations. Le Secteur psychiatrique est déterminé par l'annexe du SROS et non plus par la carte sanitaire.

- **Groupement de Coopération Sanitaire**, polyvalent, favorisant la collaboration entre secteur privé et public, répondant à la pénurie dans certaines disciplines via partage de plateaux techniques, équipements, lits, gardes etc....

- Modernisation de la gestion interne des hôpitaux publics en :
- **Renforçant le Conseil d'Administration** notamment en matière d'organisation, contractualisation et nomination de certains responsables hospitaliers,
- fragmentant l'hôpital en **Pôles d'Activité**, permettant de répartir moyens techniques et humains entre les différents services du pôle,

- favorisant l'**intéressement des personnels**.

L'équipe pluridisciplinaire 2007 sera-t-elle celle du plateau technique ?

QUELQUES INTERROGATIONS

La démographie

Le numerus clausus a réduit le nombre des psychiatres en imposant la redistribution des effectifs avec le risque du sous-équipement compliquant l'organisation des services ou secteurs, situation qui est déjà largement dénoncée par les collègues implantés en hôpital général ou dans les régions défavorisées. Le pourrissement de cette situation peut être un moyen de la réduction du nombre des secteurs.

Il y avait au Ministère un groupe de travail sur les nouvelles compétences dont l'objet était de transférer les activités médicales vers d'autres catégories professionnelles. Cette réflexion, qui n'est pas limitée à la psychiatrie puisqu'elle concerne toutes les disciplines médicales, est aujourd'hui interrompue en raison d'autres priorités (hôpital 2007, budget de la sécurité sociale). Cette évolution se heurte à des problèmes de qualification de la compétence, de la formation, de la responsabilité (le médecin chef de service resterait responsable d'actes qu'il n'a pas prescrits, évolution des actes à responsabilité propre).

Le sous-effectif infirmier est lui aussi critique dans de nombreux établissements. Il peut venir désorganiser une équipe (la psychiatrie est souvent le parent pauvre des disciplines médicales) en imposant le respect des règles et normes de l'intra au détriment de l'extra. Cela peut être pire : déqualification des personnels (des non soignants se substituent aux soignants).

La formation

La formation des médecins se centre de plus en plus sur les disciplines médicales scientifiques (psychopharmacologie, épidémiologie). Le sujet souffrant, être malade, devient le porteur d'une maladie repérée par des signes cliniques classés par une catégorisation réductrice (DSM pour unifier les groupes de recherche ou CIM 10 à visée épidémiologique) à laquelle seront appliqués des protocoles techniques de soins (définis par des références médicales opposables agrées pour leur efficacité technique et leur moindre coût sous couvert de démarches qualité et d'accréditation). La prise en charge globale du patient peut être ainsi négligée au profit d'une vision biologique. La part prise par les laboratoires pharmaceutiques dans ces actions de formation est à questionner.

Ce centrage scientifique donne une place nouvelle aux thérapies cognitives et comportementales. Ces pratiques sont conçues comme des actes de soins, programmables, organisées en protocoles imposés au patient (qui aura un nombre restreint de propositions auxquelles il devra donner un consentement éclairé). On pourra ainsi voir apparaître à côté des soins biologiques, un programme BCP (Behavorial, Cognitivist, Psychothérapy) à l'américaine où la psychothérapie devient la dernière roue du char (qui ne se justifie que parce que des études de coût montrent un meilleur rendu médical des traitements lorsqu'elle leur est adjointe).

La formation infirmière fait disparaître le diplôme spécifique. Loin de renvoyer à une mauvaise formation en psychiatrie, ce nouveau diplôme devrait trouver un complément dans une spécialisation. Mais la spécialisation est devient un des temps nobles de la formation, dans un environnement médico-technique peut être moins soucieux du relationnel. Les postes de psychiatrie (comme ceux de gériatrie) sont dits de plus en plus mal choisis.

La notion de polyvalence infirmière est dégradée. Elle permettait à un même soignant une approche très diversifiée du patient. Elle se confond aujourd'hui avec une disponibilité par l'appartenance à un pool pour résoudre les problèmes d'effectif d'un établissement.

La spécialisation

Transposée à l'échelon du service, la spécialisation peut être la source d'un découpage par pathologie, mettant en pratique une sélection du patient. La notion de psychiatrie générale se trouve ainsi transformée. Cette question n'est pas nouvelle mais avait pu trouver ses solutions dans la notion pourtant complexe d'intersectorialité. Pourtant, il ne serait être question de revenir au vieil asile et à la promiscuité de formes différentes de pathologies (présentée comme un facteur de limitation de la chronicisation). Qualité de l'accueil et qualité des soins peuvent se confondre.

A la sélection s'ajoute le risque d'une circulation d'un patient entre les lieux de soins où il ne bénéficie plus que d'une approche partielle. La trajectoire du patient devient fondamentale à étudier (urgences, centre de crise, unité d'hospitalisation de courte durée, unité d'hospitalisation classique ou de psychothérapie institutionnelle, unité de réinsertion psycho-sociale, CMP, CATTP, autres structures d'aide et d'accompagnement). Il faut donc développer l'outil de mise en contact de globalisation que sont le référent médical (responsable de l'orientation et de la prescription) et le référent infirmier (garant de la continuité, de la cohérence et de la pertinence des soins). Il devient tout à fait logique de situer cette double référence sur l'extra-hospitalier : représentation d'un ailleurs portant ouverture sur la société (y compris pendant le séjour en hospitalisation temps plein).

Ce mode d'organisation permet de situer ces moments spéciaux que sont l'insertion et la réinsertion comme un temps du soin. On évitera ainsi de déléguer à des strucutres médico-sociales ou médico-éducatives la prise en charge d'un patient privé d'accompagnement thérapeutique.

La gestion

Le pôle, centre de responsabilité sera-t-il un service, un secteur, une autre entité ? Le souci

de la gestion (par contractualisation interne) va amener le chef de pôle soit à renoncer à des activités cliniques soit, tout au contraire, à abandonner à d'autres collaborateurs le souci de la gestion. D'où le risque de voir se développer un corps de prestataires de service désintéressés de l'organisation institutionnelle (Défendons les CME et les CE).

Le cadre infirmier pourrait devenir ainsi l'organisateur du service, (puisque attaché à l'équipe de direction, il pourra réduire ses activités thérapeutiques). Le risque de clivage entre service médical et service infirmier dans un même service ou secteur peut ainsi se voir doubler de problèmes de gestion, de responsabilité et d'organisation hiérarchique.

La tarification à l'activité va générer une inflation d'actes puisque l'ONDAM (Objectif national d'assurance maladie) fixé par le parlement et non extensible, définira des budgets indexé à un point ISA toujours à la baisse (importance des enveloppes MIGAC mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation). Le système produira une incessante augmentation de la charge de travail.

C'est un des éléments de la rentabilité avec le risque de ne voir prendre en charge que les activités les plus rentables (les plus lucratives, probablement celles définies en terme d'objectifs et de résultats auxquelles s'oppose la notion de chronicité).

La concurrence (que l'on nous présente souvent en terme de complémentarité) hôpital public / établissement privé (redéfinie dans la notion de groupement de coopérations sanitaires), accentuera le clivage actuel pathologies lourdes / hôpital public, pathologies avec conservation de l'insertion sociale / établissement privé. Une nécessaire évolution de ce partenariat est à prévoir car cette notion de concurrence permet à nos collègues du privé de réclamer des moyens supplémentaires qui ne leurs sont pas aujourd'hui autorisés (alternatives à l'hospitalisation des établissements privés) au risque de réduire les budgets du service public.

Au pire, la maîtrise des coûts peut amener à voir les activités de soins présentées comme une « pratique industrielle de bien-être » assurée par une « force de frappe sanitaire », consistant en une « production d'actes de soins » au service d'un « consommateur de santé » (Guy Vallancien, Le Monde, Mercredi 26 mai 2004).

L'hospitalo-centrisme

Hôpital 2007 et la nouvelle gouvernance sont centrés sur l'hôpital. Il n'est pas sûr que le pôle correspondra à un service ou à un secteur. Cela porte en germe une nouvelle organisation des rapports entre intra hospitalier et extra hospitalier. On peut craindre, comme c'est souvent le cas à l'hôpital général, qu'il y ait une sous-évaluation des besoins de l'extra-hospitalier.

D'autant que la notion de secteur est susceptible d'être transformée dans sa dimension démographique (300 000 habitants), et référée à un bassin de population ne respectant plus les circonscriptions sanitaires, les départements, voire les régions. Que devient alors la notion de proximité des soins ?

CONCLUSIONS

Il ne faut pas prendre à la lettre cette description pessimiste de l'évolution de l'équipe car ce ton est donné par l'intensité des questions. La vision catastrophique peut être modulée par la réflexion sur la vigilance à développer et sur les solutions à construire.

Cette réflexion serait à poursuivre en direction des nouvelles perspectives philosophiques qui sous tendent la pratique psychiatrique (par exemple la philosophie post-moderne) à la suite des Etats Généraux de la Psychiatrie de 2003.

Dr Nigar RIBAULT (Psychiatre des Hôpitaux)
Centre Hospitalier Spécialisé, Unité Saint Exupéry,
290, Route de Vienne, 69073 Lyon Cedex 08
nribault@ch-st-jean-de-dieu-lyon.fr

Mme Nathalie CHAZALET (Infirmière de Secteur Psychiatrique)
Centre Médico-Psychologique pour Adultes,
19, Rue Victor Hugo, 69200 Vénissieux

Dr Alain GASTÉ (Psychiatre des Hôpitaux)
Centre Médico-Psychologique pour Adultes,
19, Rue Victor Hugo, 69200 Vénissieux
agaste
@ch-st-jean-de-dieu-lyon
.fr