

## > A SAVOIR

### UN PLAN AMBITIEUX... QUI APPELLE DES AMENDEMENTS

► **La place donnée à la psychiatrie :** la volonté de mieux communiquer sur cette spécialité, afin de ne plus la stigmatiser, paraît intéressante, mais pourquoi la laisse-t-on en marge des réformes hospitalières en cours ? En soulignant ses spécificités le nouveau plan conduit à la singulariser davantage encore.

#### ► L'organisation des établissements

**et de l'activité :** on semble une fois de plus rester au milieu du gué entre psychiatrie de secteur (réaffirmée) et politique asilaire (moratoire sur la fermeture de lits, ouverture de lits de pédopsychiatrie). La volonté de mutualisation des centres médico-psychologiques peut laisser penser qu'un certain nombre pourraient être fermés.

► **Les droits des malades :** La volonté affichée de renforcer leurs droits par le biais des associations et l'extension des pouvoirs de la CDHP\* est louable. On aurait aimé que les décrets attendus puissent enfin sortir (règlement intérieur type...).

► **La sécurité et la prévention des violences :** il est étonnant que les problèmes liés à la sécurité et à l'augmentation de la violence dans les établissements, facteurs de démotivation et de difficultés de recrutement, ne soient pas plus mis en avant. De plus, il est paradoxal, alors que plusieurs préfets ont été alertés, qu'il ne soit pas fait état des problèmes de transfert. En effet, dans un grand nombre de départements, ce sont les établissements de santé qui assurent le transport des hospitalisés sous contrainte ou des détenus, dégageant de fait les unités de soins, et faisant prendre des risques importants aux personnels.

\* Commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

## La santé mentale déroule son plan

Les agressions perpétrées ces derniers mois dans des établissements psychiatriques ont remis à la une de l'actualité la question de la sécurisation des établissements de santé. Des faits choquants qui ont quelque peu masqué le contenu du projet de Plan de santé mentale, présenté par le gouvernement, le 4 février 2005. Un énorme chantier de refonte du système de soins en « santé mentale », un concept né avec l'organisation sectorisée du service public, dans les années soixante. Un domaine de santé publique à part entière, partie prenante du champ social.

### LE PROBLÈME POSÉ



L'organisation des soins en psychiatrie a pour objet de mettre fin à l'univers asilaire, ce qui réclame moyens, politique volontariste et répartition équitable entre les régions. Concernant par exemple ce dernier point, le développement de la sectorisation ne s'est pas effectué partout de la même façon... Conséquence : la persistance de grandes disparités départementales.

La santé mentale, domaine de la santé publique, prend en compte les phénomènes et les facteurs de risques de troubles mentaux liés aux conditions de vie, aux facteurs sociaux (pauvreté, maltraitance, violence, conduites addictives, etc.). Le dispositif de psychiatrie doit assurer ses missions propres de soins et se positionner dans un ensemble plus vaste, incluant un partenariat avec d'autres acteurs, où la population et les citoyens trouvent leur place. **Le développement de la sectorisation a induit de grandes disparités départementales** (les écarts de capacité en établissements psychiatriques pouvant aller de 1 à 9). Sans parler des nombreuses difficultés qui persistent, comme par exemple, la raréfaction du nombre de lits, la baisse des effectifs médicaux et non médicaux, le manque de présence médicale, des hospitalisations sous contrainte en augmentation et l'apparition de nouvelles missions. Manque de structures adéquates pour certains malades, développement inégal des alternatives à l'hospitalisation, partenariat faible avec la médecine de ville, à la collaboration entre soignants/services d'urgence et refontes budgétaires intra régionales déconnectées de la réalité, s'y ajoutent.

**Autre problème posé : les schémas d'organisation de la psychiatrie. D'une organisation nationale, avec la carte sanitaire comme outil d'organisation de la psychiatrie, la France est passée à un schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), désormais seul outil de planification.** Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004, la carte sanitaire a été supprimée et le secteur sanitaire remplacé par le territoire de santé qui, selon les activités et les équipements, constitue un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Le Sros, devenu unique outil de régulation, est basé sur la prise en compte des besoins de santé de la population, compte tenu de données épidémiologiques et démographiques et après analyse qualitative et quantitative de l'offre de soins existante. Dans la foulée, les agences régionales d'hospitalisation voient leur champ de compétences accru, leur rôle renforcé.

Au final, cette nouvelle organisation ne diminue pas les difficultés rencontrées par le secteur psychiatrique : outre la nécessité d'améliorer la cohérence d'organisation du secteur sanitaire, à l'échelon régional (entre les soins généraux de court séjour et la psychiatrie), il est tout autant nécessaire de mettre les centres médico-psychologiques (CMP) au cœur de la prise en charge sur le territoire de santé, afin de favoriser un lien avec le dispositif libéral et le secteur médico-social.

**Des difficultés en matière de formation professionnelle. Après les fortes promotions des années 1965-1978, les rigueurs administratives et financières avaient cassé le processus, fragilisant le dispositif de formation relative aux services de soins en psychiatrie.** Concrètement, le nombre de centres de formation était même passé de 147 en 1978 à 98 en 1988, puis à 78 en 1991. Conséquence : un recrutement de plus en plus difficile. Dans ce contexte, opter pour un seul diplôme infirmier, comme l'a fait la CFDT, était motivé par plusieurs raisons :

- garantir une prise en charge globale du patient,
- élever la qualité de la formation (passage de vingt-deux à trente-six mois de stages),
- mettre la psychiatrie à égalité avec les autres disciplines,
- reconnaître à tous les infirmiers les mêmes droits statutaires (salaires, bonification d'ancienneté, échelon exceptionnel, etc.),
- ouvrir des possibilités pour une mobilité professionnelle accrue.

**Au-delà de la formation initiale,** la formation continue et permanente doit permettre ensuite d'approfondir les connaissances et d'acquérir de nouvelles techniques et pratiques de soins. Ce qui incite la CFDT santé-sociaux à militer pour la complémentarité (synonyme de reconnaissance des métiers et des statuts) et pour l'augmentation des effectifs dans les instituts de formation.

## > À SAVOIR

### UN PLAN AMBITIEUX QUI NÉCESSITE DES AJUSTEMENTS

**La gestion des personnels médicaux :** Concernant la formation médicale, rien de neuf... à l'exception d'une volonté de favoriser l'implantation des psychiatres dans les zones les plus défavorisées... Rien non plus sur le transfert de compétences entre psychiatres et psychologues, alors que l'on était en droit d'attendre une officialisation du glissement de tâches qui s'opère déjà, faute de praticiens.

**La gestion des personnels non médicaux :** Il convient de souligner l'effort porté sur le personnel infirmier, en confirmant la nécessité d'une qualité d'enseignement corrélée au respect de la durée réglementaire lors de la formation initiale, ainsi que la création d'un tutorat, (30 % du temps de travail), afin d'améliorer la qualité de l'accueil des nouveaux professionnels. Une mesure qui, aussi intéressante soit-elle, risque de rencontrer des difficultés de mise en œuvre, faute de possibilité de recrutement. De plus, l'enveloppe consacrée à l'adaptation à l'emploi n'est que de 3 millions d'euros, alors que celle consacrée au tutorat est de 25 millions d'euros : il faudra être attentif au suivi des crédits, afin d'éviter qu'ils ne soient utilisés à d'autres fins (remplacement, recrutement, etc.).

**L'investissement :** À lire les intentions affichées, il convient d'être vigilant, afin que les ARH ne remplacent pas les crédits « Hôpital 2007 » déjà dévolus aux établissements de santé mentale par un financement spécifique, établissant alors une simple substitution et non plus un renforcement des projets : les annonces faites ne doivent pas être de crédits à la place, mais bien des crédits d'investissement en plus.

**Les dépenses d'exploitation :** Le ministère maintient une politique d'allocation des ressources fléchées (adolescents, précarité, délinquants sexuels, périnatalité, psychiatrie de liaison et d'urgence), ce qui va à nouveau obliger les chefs d'établissements à rechercher le projet qui permettra d'émerger, alors qu'une politique concrète du malade mental dans la cité ne sera pas nécessairement élaborée. De plus, les actions en faveur de la psycho-gériatrie, ne représentent que 0,13 % des moyens, ce qui paraît bien faible au regard du vieillissement de la population.

## CE QUI FAIT DÉBAT



**Il est indispensable de repenser une organisation du travail prenant en compte risques d'usure professionnelle et phénomènes de violence. Notamment en renforçant la diversification des modes de prise en charge, en reconnaissant les connaissances spécifiques des intervenants.**

L'augmentation des **capacités d'hospitalisation avec une diversité de lieux d'accueil et de soins devra s'accompagner d'une meilleure répartition des professionnels sur le territoire**. En effet, la recherche de moyens adaptés à la réalisation des nouvelles missions, et la prise en charge de ceux qui sont abandonnés par la société, passeront par le développement de structures médico-sociales, et l'ouverture à d'autres partenaires de travail afin de renforcer le travail en réseaux.

Par ailleurs, les différences d'appréciation entre travail intra-hospitalier et extra-hospitalier mettent l'accent sur le lien étroit qui existe entre le contenu du travail et les conditions dans lesquelles il s'exerce — de fait, le contenu dépend en grande partie de l'organisation mise en place pour permettre sa réalisation. En réalité, on a tendance à oublier que les malades font des allers/retours fréquents entre les deux types de structures et que la continuité des soins, la prise en charge globale, exigent que l'on approfondisse la réflexion sur les moyens d'organiser la complémentarité entre les soins en « intra » (plutôt techniques : piqûres, médicaments, examens, nursing, etc.) et l'approche plus relationnelle propre à l'« extra ».

**Donner un sens à la prise en charge globale des malades, améliorer les conditions de travail des personnels soignants en psychiatrie, passera par la reconstruction d'un intra-hospitalier intéressant et valorisant, en complémentarité avec l'extra.** Ce qui suppose la motivation des personnels au sein d'une équipe pluridisciplinaire, avec le support d'un projet.

Enfin, dans cet univers bipolaire intra/extra hospitalier, la notion d'équipe est perçue différemment :

- en « intra », la chronicisation des malades, le manque d'approche collective sur les différents projets, le contenu du travail mal défini, une répartition des tâches peu satisfaisante, le poids des hiérarchies et de l'institution... tout cela entraîne une insatisfaction au travail et un sentiment de non reconnaissance ;
- en « extra », le contenu du travail semble mieux délimité, la hiérarchie moins présente, et une certaine autonomie dans le travail, concourent à donner une satisfaction plus grande, même si dans le même temps, cela participe à créer un sentiment de solitude, et l'impression d'une certaine insécurité.

Repérer les intervenants dans chaque type de structure, et leur donner les moyens de travailler ensemble passe, dans un premier temps, par l'élaboration d'un projet collectif. D'où le rôle crucial des cadres intermédiaires – garants de l'unité de l'équipe, dans le respect des objectifs du collectif – et l'importance de créer une dynamique autour du sens commun, tout en respectant les différences interpersonnelles.

## LA POSITION DE LA CFDT



**Le plan gouvernemental, s'il ne manque pas d'ambition et s'il a le mérite d'exister, révèle quelque insuffisance – la plus patente étant l'absence de ligne directrice, visionnaire, qui permettrait d'imaginer la psychiatrie des années 2015... Tout se jouera donc dans la « mise en musique » de ce programme.**

**Au stade actuel**, et en attendant l'entrée en vigueur du plan, la CFDT santé-sociaux suggère quelques axes de réflexion :

➔ **Pour une prise en charge décloisonnée.** Mieux informer et prévenir : l'information, pour être efficace, devrait s'appuyer sur la réalité ; déconnectée des possibilités locales réelles, elle risque, a contrario, de renforcer l'incompréhension : il faut communiquer sur des fondamentaux que l'usager a la garantie d'obtenir. La psychiatrie, selon les départements, a des fonctionnements très différents, des lacunes diverses... un contexte pas très évident à comprendre pour un citoyen. Aujourd'hui, on mêle facilement des troubles mentaux divers, différents comportements et handicaps sous le terme de santé mentale. Cela regroupe pas mal de missions qui étaient (ou restent) hors le champ de la psychiatrie traditionnelle. Enfin, l'information, pour être efficace, doit être précise : qu'est-ce qui est de la psychiatrie, qu'est-ce qui n'en

## > A SAVOIR

### UN MANQUE DE VISION

Dans ce plan gouvernemental, il n'est fait référence ni aux « addictologies » (alors que ces pathologies associées sont nombreuses dans les unités de soins psychiatriques), ni à la mise en place d'une politique de suivi somatique au sein des établissements de santé mentale. Ni enfin, sur la politique de rééquilibrage des moyens régionaux et les critères de répartition. C'est d'ailleurs ce qui manque dans ce plan : une ligne directrice, visionnaire. Comment voit-on la psychiatrie dans les dix ans à venir ? Quelles démarches de prévention privilégier dans une société dont les repères se délitent ? Comment assurer les liens avec le système éducatif, le milieu pénitentiaire, la prise en charge des exclusions ? Qui doit prendre en charge les sociopathes ? Cette réflexion devrait être menée en amont.

est pas ? C'est une indication politique : le terme de santé mentale est assez fourre-tout... au point que les professionnels de santé, eux-mêmes, ne savent plus ce que recouvre exactement leur champ d'action.

**Mieux accueillir et mieux soigner :** l'objectif de la formation permanente au service de l'amélioration de la démarche qualité en psychiatrie – par le biais de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de la formation médicale continue – nous paraît une très bonne chose. Mais il faut différencier le manque de médecins et le fait qu'ils soient qualifiés : on peut très bien compenser le manque de psychiatres par d'autres médecins (étrangers ou venus d'autres spécialités) sans pour autant répondre aux exigences de compétence. Au-delà, mieux accueillir et mieux soigner passe par quelques priorités :

- renforcer les alternatives à l'hospitalisation complète et adapter cette hospitalisation,
- renforcer les moyens humains,
- faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux,
- améliorer la coordination entre les professionnels spécialisés et le travail en réseau,
- mieux accompagner.

► **Pour une prise en compte des patients, des familles et des professionnels. Renforcer les droits des malades et de leurs proches :** le nombre croissant de problématiques à résoudre amène inévitablement à faire des choix, et force est de constater que les moyens alloués pour certaines pathologies semblent répondre à des phénomènes de mode – tel que l'intérêt pour l'autisme chez les enfants ou l'anorexie chez les adultes. Dans un tel contexte, la pathologie psychiatrique plus traditionnelle – comme la schizophrénie – devient de plus en plus difficile à prendre en charge. Dans tous les cas, les conditions de travail des soignants et les conditions de vie des malades restent intimement liées : face à un turn-over des malades très élevé et insupportable, les associations de parents gardent toute leur utilité pour garantir les droits des personnes prises en charge.

**Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale :** à force de réductions de budget, de personnel, de pression des tâches administratives, de diminution de la qualification et de la formation, il y a perte de sens et d'intérêt pour le travail, voire découragement. Il s'agit alors de s'interroger sur l'existence d'une réelle formation professionnelle et professionnalisante, la place faite à la psychiatrie dans cette formation, la présence des cadres enseignants ayant une réelle expérience en psychiatrie, ainsi que sur la réelle gestion des emplois et des compétences dans les établissements.

► **Pour une alternative à toujours plus de « protocolisation ».** Déjà complètement submergés par les tâches administratives, les soignants sont stressés par de multiples responsabilités. Or, il est vital de conserver la possibilité de garder un lien de qualité avec le malade, ce qui ne passe pas forcément par une succession d'actes calibrés. La perte de réflexion, l'isolement des agents, font problème, autant que l'augmentation des tâches fragmentées et « protocolisées ». La réponse à la violence devient vite déficiente : quand il n'y a plus de chambres d'isolement, c'est toute l'équipe qui doit être « contenante »...

► **Pour la mise en œuvre des programmes spécifiques. Dépression et suicide :** face à cette problématique, l'état des lieux fait apparaître plusieurs dysfonctionnements (présence de pathologies inadéquates en psychiatrie, gestion des lits difficiles en MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), accueil des tentatives de suicide en majorité par les services de chirurgie), lorsque reste posée la question de l'appartenance de la pathologie dépressive à l'univers psychiatrique. Toutefois, sans « psychiatriser » l'ensemble des prises en charge, la volonté de développer des actions de prévention reste fondamentale.

**Actions santé justice :** il y a trente ans, 17 % des procès d'assises débouchaient sur un non-lieu, et les personnes étaient immédiatement placées en psychiatrie ; aujourd'hui, ce chiffre a chuté à 3 %, et le nombre de personnes psychiquement fragiles ou malades n'a pas varié dans la population. Ces délinquants particuliers sont en prison, et les soignants vivent une partie de leur travail comme un « sale boulot » — maintenir, avec une camisole chimique, des personnes malades dans un lieu qui n'est pas à l'origine dédié aux soins... En attendant la création de centres régionaux pour détenus malades (décidés, non financés), on assiste de plus en plus à des va-et-vient de patients, entre CHS et prison, dans de très mauvaises conditions sur le plan des soins comme de leur gestion administrative.