

Le management des établissements psychiatriques

Ya-t-il une spécificité de management des établissements psychiatriques ? *A priori*, les hôpitaux recevant des malades mentaux sont soumis à la même législation que les hôpitaux généraux, sont dirigés par les mêmes responsables et répondent aux mêmes règles administratives et comptables que les autres établissements. L'hospitalisation sous contrainte d'un nombre important de malades et la place des incapables majeurs dans la population prise en charge constituent bien des particularités propres à la psychiatrie mais ne modifient pas la nature même du management de ces établissements.

Par contre, l'application de la politique de secteur, qui associe prévention, soins ambulatoires, hospitalisation et post-cure, actions réalisées par des équipes médico-sociales intervenant à la fois dans l'hôpital et dans la communauté, fait du management des établissements publics de psychiatrie un mode de gestion original dans le paysage hospitalier français. Il convient dès lors de parler de gestion des services de santé, et non plus de gestion hospitalière.

La réforme de l'organisation et du financement de la psychiatrie publique intervenue en 1985 (loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985) a concrétisé, au niveau du management, les profondes modifications intervenues à partir de 1960 dans le fonctionnement des services de soins aux malades mentaux.

De l'hôpital aux services de santé

C'est notamment le cas de l'unification du financement qui permet à un établissement de répartir librement les moyens financiers et humains entre l'hôpital — il conviendrait de dire l'hospitalisation — et les activités communautaires. Concrètement, le gestionnaire de l'établissement et le psychiatre chef d'un secteur de psychiatrie ne sont plus soumis à des contraintes juridiques ou financières qui imposeraient une répartition ou un pourcentage déterminé

d'activité, et donc de moyens, à l'hospitalisation. Au contraire, l'administration et le corps médical ont la possibilité de privilégier une prise en charge communautaire, de créer des petites structures d'hospitalisation en dehors des grands hôpitaux psychiatriques traditionnels, de préférence dans les hôpitaux généraux, et de développer les activités communautaires, en réduisant corrélativement les activités, et donc les moyens financiers et humains, à l'intérieur de l'hôpital.

Cette politique de santé communautaire, privilégiant les actions précoces, la prévention, les soins primaires et la prise en charge ambulatoire, implique un recentrage de l'hospitalisation sur sa vocation thérapeutique, et une meilleure insertion sociale des malades mentaux. Ce recentrage est également nécessaire car la psychiatrie doit répondre, sans moyens financiers supplémentaires, à de nouveaux besoins (urgences, augmentation de la toxicomanie, psychiatrie de liaison, interface psychiatrie-pathologie sociale), au risque d'être cantonnée à la prise en charge des malades psychotiques, dans des hôpitaux psychiatriques dont la conception date de plus d'un siècle.

Il existe un décalage important entre la dimension communautaire de la psychiatrie publique, pleinement ouverte sur la cité, fonctionnant dans une logique de réseau de soins, et le management des établissements qui demeure

Une nouvelle architecture de l'établissement public de santé

Le projet d'établissement de l'hôpital de Maison Blanche, concrétisé par un contrat d'objectifs signé avec l'État et la sécurité sociale, prévoit le transfert progressif, sur cinq ans, de la plus grande partie des activités de soins concentrées aujourd'hui dans un hôpital psychiatrique traditionnel datant du début du siècle.

- Cinq services d'hospitalisation seront implantés au sein des secteurs desservis, dans des hôpitaux généraux ou directement dans la communauté (acquisition de cliniques).
- Prise en charge des urgences, par la collaboration avec les hôpitaux généraux dotés de services d'accueil des urgences (SAU).
- Mise en place de réseaux de soins avec les médecins libéraux et les partenaires du secteur médico-social.
- Développement d'actions vers des populations cibles (toxicomanie, sida, interface sanitaire-social).
- Déplacement du siège social et de l'administration, de l'hôpital vers les secteurs desservis.

Patrick Mordelet

largement centré sur l'hôpital, maître du jeu : les activités de secteur se sont développées à partir de l'hôpital et en référence à l'institution hospitalière qui a conservé dans la plupart des cas sa prééminence. L'hôpital psychiatrique demeure le pôle principal d'activité, mais également le centre névralgique de l'établissement de santé, et les activités communautaires apparaissent comme autant de satellites gravitant autour d'un axe principal constitué par l'hôpital.

Les administrations et responsables des établissements psychiatriques doivent prendre conscience de la spécificité du management de la psychiatrie de secteur, et faire vivre cette dimension communautaire en privilégiant les « services de santé », et non pas l'hôpital.

Patrick Mordelet

L'offre libérale

Autrefois *dernier recours* imposé, la psychiatrie est très souvent devenue aujourd'hui le *premier secours* car celui qui souffre de troubles psychiques sait qu'il trouvera auprès du psychiatre « installé en privé » près de chez lui, une compétence disponible, une écoute attentive et une totale discrétion.

L'offre en psychiatrie libérale a toujours existé à côté de la psychiatrie asilaire, puis hospitalière avant d'être marginalisée par la sectorisation administrative des soins. Peu développée au début elle permettait aux « neurologues » de l'époque, d'offrir aux riches des traitements plus personnalisés, mais de même nature que ceux proposés en psychiatrie publique. Son élargissement résulte de la conjonction de plusieurs facteurs : la *chimiothérapie* qui autorise des soins ambulatoires impensables il y a trente ans, le développement de la *psychoanalyse* qui a permis une meilleure compréhension des troubles mentaux et offert de nouvelles possibilités de traitements psychothérapeutiques mieux adaptés, le *progrès social* enfin qui a rendu les soins accessibles au plus grand nombre, alors que dans le même temps l'évolution des mentalités autorisait un regard moins rejetant sur les malades mentaux.

Le mode d'exercice des 5 600 psychiatres libéraux s'est adapté à la demande d'offre de

Intersectorialité

Un complément nécessaire

Parallèlement au déploiement de la politique sectorielle, une meilleure connaissance des facteurs en cause et des stratégies thérapeutiques a conduit à l'essor des prises en charge adaptées et spécifiques. La demande s'est également modifiée : le niveau de l'intensité des troubles déclenchant le recours aux soins s'est abaissé. L'extra-hospitalier a éloigné le spectre de la folie et permis l'expression d'une demande jusque-là anxieusement contenue. En intra-hospitalier, une partie de la population refuse l'obligation de promiscuité liée à la diminution du nombre des lits.

Ainsi, les demandes d'aide s'accroissent, tandis que chaque équipe n'a plus les moyens suffisants d'offrir les réponses thérapeutiques les plus adéquates.

L'intersectorialité, fondée sur la spécialisation et la mise en commun de moyens, est une réponse logique à une question de choix d'opportunités. Elle représente une évolution organisationnelle permettant le développement de techniques spécifiques de soins aux objectifs ciblés, déployés par un secteur ou par un ensemble de secteurs et mis à la disposition de l'ensemble des patients. Chaque équipe peut trouver dans l'intersectorialité la possibilité de proposer des actions alternatives complémentaires en favorisant une réponse thérapeutique adaptée. Il en va ainsi de l'accueil en urgence, de l'accueil mère-enfant, des malades difficiles, des soins aux patients alcooliques et toxicomanes, des pathologies névrotiques anxieuses et dépressives, des pathologies de l'adolescence, des soins aux patients autistes, des actions de réadaptation etc. À la condition d'éviter l'extrasectorialité par la création d'entités totalement indépendantes de l'activité sectorielle et une hiérarchisation des soins tournant le dos à l'optique égalitaire du secteur, l'intersectorialité devraient permettre l'adaptation souple, évolutive et coordonnée de techniques de soins spécialisées et complémentaires aux activités généralistes du secteur.

Jean-Claude Pénochet

soins de proximité (on en trouve fréquemment dans des villes de 10 000 habitants) ; souvent installé seul, parfois en groupe quelquefois pluridisciplinaire, le psychiatre fait très peu de visites. Ses consultations sont généralement de longue durée, ce qui ajouté au caractère éprouvant de son travail, explique le faible revenu moyen de cette spécialité. Il choisit préférentiellement le secteur 1, en raison des ressources modiques de la majorité de ses patients et moins souvent le secteur 2 qui permet une plus grande souplesse de fonctionnement en psychothérapie. Certains ont opté pour un exercice mixte, trouvant dans le temps partiel en institution, clinique ou hôpital, un complément de revenu et dans le travail d'équipe un remède à la solitude du cabinet.