

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 psychanalyse* 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.

La formation se caractérise par une très grande diversité où il n'est pas facile de se repérer, car après l'obtention du diplôme universitaire, la majorité des psychiatres privés opte pour une orientation particulière (enfants, adolescents, personnes âgées, adultes exclusivement, mais aussi, toxicomanies, éthylisme, névroses, psychoses etc.), associée ou non à une formation psychothérapique spécifique (psychanalyse et thérapies dérivées, relaxation, thérapies comportementales et cognitives etc.). L'absence d'un document permettant au patient de s'orienter dans toute cette diversité ne constitue pas un handicap important, car il existe une base commune : la consultation psychiatrique.

Ce « colloque singulier » qu'il soit initial ou

support d'un travail psychique, est toujours une relation interindividuelle à laquelle le malade, encore libre de son choix, peut aujourd'hui accéder aisément. Dans cette relation le psychiatre privé ne peut ni diluer la prise en charge, ni partager sa responsabilité. Son indépendance totale, garantie de confidentialité, permet au patient d'exprimer les éléments qu'il connaît de sa maladie, mais aussi, et c'est là un élément essentiel, d'exposer en confiance les troubles même de sa personnalité. Quand il choisit cette écoute particulière le psychiatre entend la personne et non exclusivement la maladie. Il est alors en mesure de réaliser un travail qui va au-delà des manifestations symptomatiques.

La réponse à la demande du patient associe

Formation et exercice de la médecine au quotidien

La question de savoir si la pensée médicale appartient au domaine de l'art ou à celui des sciences est un vieux débat qui certes reste ouvert sur le plan intellectuel et qui peut encore alimenter de brillantes déclarations académiques, mais ce débat paraît totalement dépassé lorsqu'on redescend au niveau des réalités quotidiennes. Qu'attendent en effet du médecin qu'ils consultent la plupart des patients ? sur le plan scientifique des connaissances et de la compétence, cela va de soi, mais ils viennent aussi et peut-être avant tout pour être écoutés, entendus, compris. Le quotidien, pour beaucoup de médecins, ne requiert pas un niveau scientifique élevé car il est fait de petits maux, de mal-être, c'est-à-dire d'une pathologie (mais le mot est déjà trop fort) qui réclame avant tout de la patience, un grand bon sens et une bonne connaissance du secteur social.

La question est alors de savoir si au terme de sa longue formation universitaire, le jeune médecin est capable de répondre à l'attente de ses patients et la réponse, malheureusement, ne peut être que nuancée.

Oui, le jeune spécialiste appartenant à une discipline hautement scientifique domine parfaitement les techniques auxquelles il a été formé et il peut sans délai s'intégrer dans une équipe et par-

ticiper utilement à la meilleure connaissance des pathologies les plus difficiles ou à la recherche dans tel ou tel secteur d'actualité. Cet étudiant là a été bien formé.

Mais qu'en est-il des autres ? c'est-à-dire de la majorité d'entre eux, spécialistes ou généralistes confrontés aux pathologies courantes, où dominent les troubles fonctionnels et qui réclament avant tout un bon bagage d'humanisme. Ces étudiants-là sont-ils vraiment bien préparés pour affronter le quotidien ? la réponse est malheureusement négative. C'est alors que l'on assiste dans les spécialités qui s'y prêtent et qui sont très prisées, à une dérive pseudo-scientifique vers la multiplication des examens complémentaires prescrits avant d'avoir vraiment écouté les doléances du patient. La médecine de l'image a alors précédé la médecine clinique et la technique a remplacé le dialogue singulier. Réalisé de cette façon et dans cet ordre, l'acte médical se résume à une succession d'actes techniques que le malade subit sans réellement participer et dont parfois il pâtit.

Pour infléchir la pente sur laquelle dérive dangereusement la médecine actuelle, il faut donner aux étudiants en médecine la culture de base nécessaire pour exercer une médecine clini-

que et humaine dans laquelle le malade est écouté, considéré comme un partenaire dont la participation est indispensable et non comme un anonyme incapable de comprendre et qui doit simplement subir et obéir.

Pour réussir cette mutation, il faut avant tout accepter de considérer que la situation actuelle est insupportable et ensuite avoir la volonté d'y remédier. La solution ne passe pas par l'obole de quelques heures de " sciences humaines " administrées à un moment donné du cycle universitaire, mais en un enseignement progressif délivré tout au long des études et destiné à inculquer à tous les étudiants des notions sur la connaissance de l'individu et du monde social dans lequel il évolue.

Un récent article paru dans la presse médicale (6 avril 1996) focalise la réflexion sur le mode de sélection des étudiants en médecine et fournit une analyse pertinente sur ce point. L'idée est intéressante, mais la démarche à entreprendre doit dépasser largement cette période initiale, car le but à atteindre est d'obtenir que tous les médecins aient une véritable culture médico-sociale. Ainsi sera peut-être réalisée l'harmonieuse symbiose entre l'art et la science.

Guy Nicolas

souvent médicament et psychothérapie et est graduée : brève lorsque quelques entretiens suffisent à la résolution d'une souffrance et qu'une aide ponctuelle peut éviter un enkystement des troubles ou l'installation d'une pathologie difficile à traiter plus tard, comme dans les deuils, les dépressions réactionnelles ou les traumatismes. Parfois plus longue (plusieurs mois à quelques années) pour des personnalités fragiles et/ou des pathologies plus graves, comme dans certaines dépressions. Très longue enfin pour les malades chroniques non autonomes qui trouvent dans cet accompagnement la possibilité de vivre sans décompenser gravement et maintiennent ainsi un certain équilibre familial, social et professionnel. Autrefois certains ont pu reprocher au psychiatre libéral de ne traiter que des gens riches et non malades, mais la réalité d'aujourd'hui fait de lui un élément important du dispositif de soin qui intervient à tous les stades de la maladie et possède une activité préventive spécifique non négligeable.

Les relations du psychiatre avec les autres acteurs de la santé (médecin généraliste et psychiatre public) sont relativement aisées pour ce qui concerne le traitement de la maladie, mais elles deviennent difficiles lorsqu'un traitement de la personnalité interfère.

Il en est souvent de même avec l'entourage familial et s'il est clair que la confidentialité de l'entretien doit être respectée, l'intérêt du patient impose parfois que le psychiatre aide la famille, qui souffre de la charge que représente pour elle un malade mental.

Les cliniques

Les cliniques ont répondu lors de leur création à un besoin de classe certes, mais aussi au besoin d'aborder « autrement » l'hospitalisation en psychiatrie : les soins y sont plus personnalisés, le psychiatre plus directement accessible, les structures plus légères, plus souples et plus confortables, que les structures hospitalières publiques. Les malades y acceptent habituellement mieux l'hospitalisation.

Ces services proposent des soins diversifiés : chimiothérapie, psychothérapie individuelle et psychothérapie institutionnelle. Ils reçoivent toutes les catégories de malades, sauf (à quelques exceptions près) les malades traités contre leur gré. Certaines structures se sont spécialisées dans les troubles dépressifs et les

décompensations réputées mineures, mais d'autres accueillent des psychotiques pour des traitements d'assez longue durée, certaines ne reçoivent que des enfants ou des jeunes adultes, d'autres des personnes âgées... La plupart des cliniques sont conventionnées et pratiquent le tiers-payant, les frais de séjour étant alors payés directement par l'assurance maladie.

Colette Barreteau et René Vezzoli

Évolution des métiers de la santé mentale

Les demandes de soins en santé mentale apparaissent de plus en plus diversifiées et cette discipline doit apprendre à travailler avec de multiples secteurs de la cité (ex : Éducation nationale, médecine libérale, police, prison etc.).

Cette ouverture implique une évolution des métiers, une présence dans de multiples lieux, sans dispersion, ni perte de professionnalisme.

Traditionnellement, quantitativement, l'équipe soignante s'organise autour des infirmiers. Des clivages forts existent entre les différents métiers. Les identités d'infirmiers, de psychiatres, de psychologues sont fortes alors que les conditions d'exercice des métiers dépendront des frontières des champs d'intervention non hermétiques, ni homogènes.

Une des forces du secteur est de clairement poser en préalable la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire. Cette notion est déclinée de plus en plus comme une formation diversifiée à l'intérieur de métiers identiques, une pluriprofessionnalité, et des apports complémentaires en termes de techniques de soins.

Concrètement, les relations inter-individus comment les clivages entre les métiers. L'apprentissage progressif du travail en commun s'effectue de plus en plus par le biais de l'élaboration et de l'application des projets de soins infirmiers et médicaux.

L'évolution de la santé mentale va se traduire au niveau des principaux corps de métiers :

- les directeurs, dont les compétences dominantes de gestionnaire perdureront, auront à stimuler le mouvement, à savoir faire face à la complexité des compétences, à fédérer les

projets, à améliorer la qualité des services rendus tout en maîtrisant leurs budgets,

- les médecins devront mieux connaître les différences de compétences au sein de leurs propres équipes, deviendront des chefs de projets, responsables de leur équipe, et veilleront à remédialiser, si nécessaire, l'organisation des soins,

- les infirmiers en psychiatrie seront appelés de plus en plus à être les référents des pro-

jets individuels de soins. Dans le cadre de la pluridisciplinarité, ils bénéficient de formations très spécialisées. L'ouverture vers l'extra-hospitalier sera banalisée.

Les autres métiers (psychologues, aides-soignants, directeurs de services de soins infirmiers, infirmiers...) connaîtront une évolution sensible adaptée au nouveau cadre général en cours de gestation de la psychiatrie.

Christian Bonal

Disparités géographiques

des moyens, des structures et des pratiques

S'il convient de relever les principales disparités de l'offre de soins en santé mentale :

- une première disparité concerne les modes d'approche thérapeutique. Autrefois organisée autour d'une approche univoque, elle veut être aujourd'hui principalement bio-psycho-sociale, mais également systémique, comportementaliste, ethnologique...

- une deuxième disparité vient du rôle pivot des établissements hospitaliers qui peuvent être aussi bien publics que privés (à but lucratif). Ces derniers représentent 10 000 lits, des taux d'occupation très élevés (98 %) des durées moyennes de séjour autour de 40 jours, plus faible que le public (50 jours). Ces établissements sont installés dans le sud du pays et accueillent des patients issus d'une aire géographique régionale voire nationale.

- une troisième disparité, peut-être la plus remarquable, concerne le secteur public et privé participant. S'il représente 50 000 lits et 30 000 places, ces dernières augmentent à la place de ceux-là, mais de manière non homogène sur le territoire.

Il existe des disparités régionales et départementales quant à l'équipement et l'activité de psychiatrie dans l'ensemble des établissements de santé publics et privés. Ainsi, le personnel affecté à la psychiatrie, non compris les médecins, est pour la France de 21,6 équivalents temps-plein pour 10 000 habitants. Ce chiffre varie de 14,2 en Haute-Normandie à environ 30 en Bre-

tagne, Limousin et Corse (voir carte). Il existe également des disparités en matière de sectorisation psychiatrique. L'offre de soins dans ce cas se veut être un service de proximité. La base du découpage des secteurs est la population, mais les écarts recouvrent les différences de 15 000 à 310 000 habitants pour la psychiatrie générale. Des surfaces territoriales immenses quelquefois en zones rurales, deviennent très réduites en zones urbaines.

Certains secteurs n'ont encore aucun lit d'hospitalisation. D'autres, dans une même région, et pour des populations comparables, ont 237 fois plus de lits que le secteur le moins équipé.

Ces écarts minima et maxima en lits vont de 1 à 8 jusqu'à 1 à 67 pour une même région et pour les départements d'une même région de 1 à 2 jusqu'à 1 à 9, 5.

Dans un même département ces écarts varient de 1 à 1,01 jusqu'à 1 à 21.

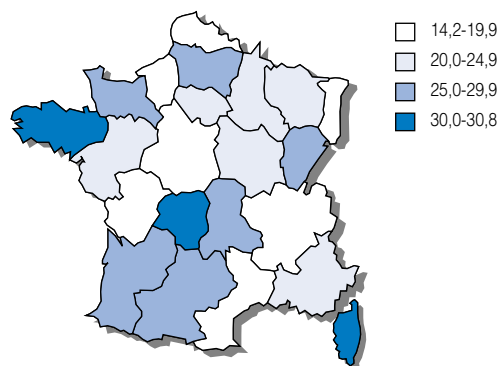
Pour les structures alternatives à l'hospitalisation, bien des secteurs restent sans places, et les écarts entre secteurs (rapportés à la population du secteur) varient de 1 à 6 jusqu'à 1 à 100. Le rapport hospitali-

sation à temps partiel et hospitalisation à temps complet varie également considérablement d'un établissement, d'un secteur, d'un département et d'une région à l'autre.

Bâtir l'offre de soins en santé mentale est une œuvre née d'initiatives très diverses. L'accroissement des moyens, la valeur des termes, les conjonctions locales ont créé ces disparités.

Devant de tels écarts, succinctement retracés, même s'il n'est pas souhaitable de chercher à égaliser à tout prix les équipements et les moyens, on peut raisonnablement s'interroger sur le fonctionnement de ce dispositif de soins. **Christian Bonal, Delphine Antoine**

Personnel non médical en équivalents temps-plein au 1^{er} janvier 1994 en psychiatrie



Champ Services et établissements de psychiatrie public et privé
Sources H80 EHP 93