

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.

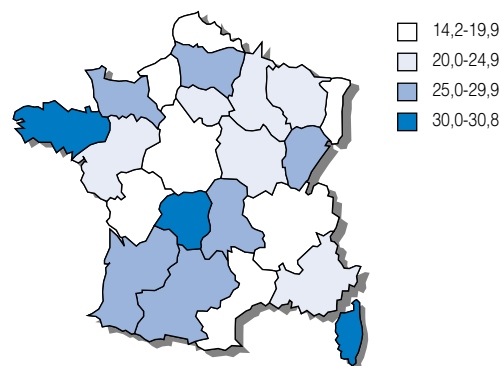
Pour les structures alternatives à l'hospitalisation, bien des secteurs restent sans places, et les écarts entre secteurs (rapportés à la population du secteur) varient de 1 à 6 jusqu'à 1 à 100. Le rapport hospitali-

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