

PLAN D' ACTIONS
POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE
ET LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

Philippe CLERY-MELIN, Vivianne KOVESS, Jean-Charles PASCAL

RAPPORT D'ETAPE
DE LA MISSION CLERY-MELIN
REMIS AU MINISTRE DE LA SANTE,
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES

15 – 09 – 2003

Le sommaire du plan d'actions

	<i>Page</i>
Après avoir rappelé dans notre préambule :	4
1. Le champ de la mission	5
2. L'état des lieux du système, ses forces, ses faiblesses	6
3. Les missions de la psychiatrie	7
4. La définition du besoin de soins en psychiatrie	9
<u>Notre plan d'actions se définit selon 7 axes prioritaires :</u>	
I – Réorganiser l'offre de soins de première ligne et sensibiliser le public à la prévention en santé mentale et au bon usage des soins	13
1. Réorganiser l'offre de soins de première ligne avec les médecins généralistes en lien avec le dispositif spécialisé, et l'intégration explicite des psychologues afin de faciliter l'accès aux psychothérapies	13
2. Proposer une information claire destinée au grand public	19
3. Sensibiliser le public à la santé mentale par des actions de prévention et de promotion	20
II – Réduire les inégalités de l'offre de soins en psychiatrie, donner un cadre propice à l'efficacité, la proximité et la souplesse des soins, aidé par des leviers d'actions innovants	21
1. Réduire les disparités géographiques en optimisant l'offre de soins par une meilleure coordination public/privé et sanitaire/médico-social au sein des territoires de santé.	21
1.1. <i>Conjuguer politique incitative et anticipation pour une répartition équilibrée en moyens humains sur le territoire national.</i>	21
1.2. <i>Harmoniser l'organisation au sein du territoire de santé, pour rendre la psychiatrie plus accessible.</i>	26
2. Concilier offre de proximité, qualité et moyens financiers pour une prise en charge psychiatrique plus efficiente	31
2.1. <i>Donner au « CMP-Ressource Territorial » le rôle pivot du territoire de santé</i>	31
2.2. <i>Soutenir l'effort de rapprochement des unités d'hospitalisation dans la cité, et faire respecter le niveau requis de qualité et de sécurité dans l'accueil psychiatrique.</i>	31

2.3.	<i>Garantir la permanence de l'offre de soins et une réponse systématique et adaptée à l'urgence psychiatrique.</i>	34
2.4.	<i>Garantir la continuité des soins et de l'accompagnement social par des alternatives à l'hospitalisation, la mise en place de systèmes coordonnés et la mobilisation utile à la réinsertion</i>	38
2.5.	<i>Multiplier les partenariats avec les acteurs directs et indirects, afin d'organiser une complémentarité indispensable dans le cas des personnes atteintes d'un handicap psychique.</i>	41
2.6.	<i>Allouer les moyens matériels indispensables.</i>	52
III – Mieux dépister et mieux traiter troubles psychiques des enfants et des adolescents, promouvoir leur santé mentale		55
1.	Promouvoir la prévention primaire.	55
2.	Renforcer la prévention secondaire permettant la prise en charge précoce des troubles.	59
3.	Mettre en œuvre une prise en charge adéquate des troubles psychiques présentés par les enfants et les adolescents.	61
IV - Doter la santé mentale d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées		67
V - Réformer l'espace médico-judiciaire, en réaffirmant les droits des malades, en réactualisant certaines dispositions de la loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sous contrainte et en optimisant la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice		73
VI – Développer la démarche qualité et les actions de formation dans tous les secteurs de la psychiatrie et de la santé mentale en initiant l'évaluation des pratiques		79
1.	Développer la qualité et soutenir l'élaboration des bonnes pratiques en lien avec l'ANAES et l'INSERM.	79
2.	Renforcer la formation initiale et continue des différents intervenants.	80
VII – Développer la recherche en psychiatrie		87
Conclusion		92
TABLE DES MATIERES DES PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		93
ANNEXES (Lettre de mission, liste des sigles, liste des personnes auditionnées)		99

PREAMBULE

La politique relative à la psychiatrie et à la santé mentale a fait l'objet en France, de nombreux rapports et plans successifs qui n'ont pas permis à ce jour d'apporter toutes les réponses aux attentes des professionnels, des patients et de leurs familles. Les raisons en sont complexes, et tiennent, d'une part, à l'augmentation du nombre et à la diversité des demandes faites au système de soins psychiatriques mais aussi aux difficultés d'articulation entre le système de soins de première ligne, et l'offre de soins spécialisée, qu'elle soit publique, c'est à dire de secteur, privée ou libérale, sanitaire ou médico-sociale et ce tant pour la psychiatrie adulte que pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Les Etats Généraux de la Psychiatrie qui se sont tenus à Montpellier au mois de juin 2003 ont permis d'exprimer les difficultés auxquelles est confrontée cette discipline et proposé des mesures d'urgence qui ont été relayées par les organismes professionnels.

De fait il semble que ces dernières années, une confusion se soit produite entre les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale, et qu'il faille aujourd'hui réaffirmer la mission première de la psychiatrie comme discipline médicale, dispensatrice de soins, sans pour autant perdre de vue l'importance de la promotion de la santé mentale et celle de la prévention.

Ce « plan pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » souhaite illustrer l'actualité du renforcement de la discipline psychiatrique tant dans ses moyens humains et matériels, que dans son organisation structurelle et dans une complémentarité renforcée avec le médico-social et le social. Il ne souhaite pas moins affirmer la pertinence de la promotion de la santé mentale et celle de la prévention qui doivent associer, à des degrés divers, médecins et soignants, usagers, professionnels du champ social et éducatif, et responsables administratifs.

Le champ de la mission

C'est dans ce contexte que le Professeur Jean-François MATTEI, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, a souhaité nous confier une mission¹ dont l'objectif est :

« [...] de proposer un **plan d'actions** ciblé sur la **réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale**, en abordant plus spécifiquement :

- la coordination public/privé, intégrant les interfaces entre psychiatres et psychologues libéraux, le rôle des généralistes et des intervenants non médecins
- la collaboration du secteur avec les autres structures de soins et le développement de l'intersectorialité ;
- l'articulation avec le médico-social.

et en prenant en compte le choix et la mise en oeuvre des objectifs de prévention déterminés dans le cadre de la loi d'orientation en santé publique[...] ».

Aussi nous sommes-nous attachés, avec l'aide des Directions du Ministère (DHOS, DGS, DGAS) ainsi que des nombreuses personnes² que nous avons auditionnées, individuellement et au sein de groupes de concertation, et que nous voulons ici remercier, à :

- Ø **Redéfinir les missions de la psychiatrie dans tous ses modes d'exercice**, préciser ses ressources, ses objectifs et ses complémentarités avec le système de soin de première ligne et le système de prise en charge social et les rôles respectifs des différents intervenants. Requalifier ces rôles dans le soin, la prévention et la réadaptation.
- Ø **Rendre plus accessible une réponse adaptée et efficace en terme de prise en charge des problèmes de psychiatrie et de santé mentale**, quels qu'ils soient, c'est-à-dire réorganiser l'offre de soins, afin d'apporter une réponse coordonnée en particulier par le développement de partenariats avec les décideurs et les intervenants sociaux et médico-sociaux, les usagers et les instances politiques.
- Ø **Améliorer la formation de tous les intervenants du champ de la psychiatrie et de la santé mentale** en favorisant les complémentarités, les évaluations des différentes pratiques et le développement de la recherche

Ce travail fait suite à notre rapport « Agir aux racines de la violence » (Mars 2003), sur le thème de la violence dans le cadre de la santé mentale, et dont de nombreux éléments, qui concernent en particulier la prévention des problèmes liés à l'intrication drogue - alcool - addictions et psychiatrie, doivent être intégrés dans le plan d'actions.

D'autres groupes travaillent plus spécifiquement sur ces thèmes ainsi que sur les problèmes de santé mentale liés à la précarité et à l'exclusion : leurs propositions viendront utilement enrichir et compléter les recommandations du présent rapport.

¹ Cf. lettre de mission en annexe

² Cf. liste en annexe

Enfin, la conception de ce plan d'actions s'est pliée au principe de réalité d'une ressource financière rare : au stade actuel de sa rédaction, il ne comporte pas encore de volet financier, ni d'éléments permettant l'estimation exacte du coût des mesures préconisées.

L'état des lieux : les forces et les faiblesses du système

La psychiatrie est une discipline médicale qui touche aux aspects les plus intimes de chaque individu et de son entourage ; elle s'adresse à la personne au sens noble du terme avec qui le soignant entretient des rapports uniques. Quels que soient les progrès techniques, il est essentiel de permettre à cette relation de se développer dans des conditions satisfaisantes telles que prônées par les sociétés savantes.

Le champ pour lequel la psychiatrie est sollicitée est immense. La plupart des études épidémiologiques ont évalué la prévalence sur un an des troubles mentaux à 15%, et ceci qu'il s'agisse d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. Aux pathologies qui relèvent spécifiquement de la psychiatrie, s'ajoute le domaine plus vaste de la souffrance psychique, ainsi que la prévention et la promotion de la santé mentale, qui sont restées insuffisamment développées. Cet ensemble qui constitue le vaste champ de la santé mentale recouvre des domaines d'intervention très variés qui se situent au delà de celui de la santé: éducation, famille, emploi, culture, ville, justice, police, logement, environnement.

On estime qu'un tiers des personnes qui consultent en médecine générale présente un trouble psychiatrique (anxiété, dépression, addictions), et qu'en conséquence la majorité des personnes souffrant de problèmes de psychiatrie sont vues par des médecins généralistes.

Cette offre de soins de première ligne est indispensable, mais ne dispose pas des moyens de faire face à la demande de façon adéquate, et son articulation avec le système spécialisé en psychiatrie est loin d'être satisfaisante. Toutes ces demandes doivent trouver des solutions adaptées qui, dans le contexte actuel des moyens et de l'organisation du dispositif de santé en général, et plus spécifiquement celui de la psychiatrie et de la santé mentale, ne sont ni lisibles ni facilement accessibles.

Les inégalités géographiques et sociales dans l'accès à des soins adaptés sont aggravées par une réduction parfois trop rapide des capacités d'hospitalisation, alors que persistent encore, en certains lieux, des retards ou des blocages dans la mise en place de la désinstitutionalisation, ou une attribution insuffisante de moyens pour les prises en charge alternatives et les innovations.

Le constat est donc que la discipline psychiatrique est à ce jour dans une passe relativement problématique : qu'il s'agisse de la délimitation de ses tâches, de l'organisation de l'offre de soins, des évolutions du recours au soin, des populations concernées, de la gestion des inégalités de répartition des moyens humains et matériels, de la communication de son image.

La nécessité de redéfinir les missions de la psychiatrie

Une réflexion sur le système de santé implique une réflexion sur la psychiatrie et la santé mentale. Aujourd'hui ces deux termes sont utilisés dans une sorte d'équivalence, d'ambivalence voulue, afin de lutter contre la stigmatisation liée aux problèmes psychiatriques. Cependant, si l'objectif nous paraît certes louable, la globalisation des problèmes - et la confusion qu'elle entraîne -, a pour effet la multiplication des demandes très diverses faites au système de soin psychiatrique et pose la question de leur adéquation.

En fait plusieurs sources de confusion sont repérables :

- Ä la confusion entre problèmes psychiatriques et souffrance psychique est d'autant plus fréquente que le public distingue mal les différents niveaux de gravité des problèmes, ne connaît pas les différents traitements, ni les intervenants capables de les prodiguer.
- Ä la confusion entre demande de soin et besoin de soin, ou plus précisément entre la demande d'aide de type sanitaire qui est normalement assumée par le système de couverture sociale, et la demande d'aide qui ne devrait pas être assumée de cette manière car le système de soin doit répondre exclusivement au besoin de soin.
- Ä la confusion entre le besoin de soin psychiatrique qui ne peut être traité adéquatement que dans le système de soin spécialisé, et le besoin de soin psychiatrique qui pourrait être satisfait hors de ce système en coordination avec le précédent. La nature de l'intervenant habilité à prodiguer ce type de soins fait partie de cette problématique.
- Ä la confusion entre la prise en charge médicale par des soins psychiatriques, et la prise en charge médico-sociale des handicaps secondaires à un trouble psychiatrique.

Au-delà de ces confusions, se pose un problème éthique et sociétal : combien la société est elle prête à investir dans les soins aux personnes qui souffrent de ces troubles ? Quelles limites le citoyen est-il prêt à accepter dans la prise en charge par le système de soin de son traitement, de son confort ? Enfin quelles sont les priorités que se fixe la société ? Mettre un maximum de moyens sur les troubles les plus sévères ? ou bien prendre en charge prioritairement les troubles les plus fréquents et les plus facilement accessibles aux traitements ?

Il faut aussi poser la question du système de financement des soins de ville et définir ce qui doit être pris en charge par l'Assurance-Maladie et à quel niveau, certaines mutuelles ou assurances complémentaires souhaitant, pour certaines, avoir leur politique propre (pour la prise en charge des psychothérapies notamment).

On pourrait ajouter le fait que nombre de détresses psychologiques qui amènent à des demandes de soin pourraient être évitées ou diminuées par une approche plus respectueuse des besoins psychiques des individus lors de situations traumatiques, ou encore par des modalités différentes dans la gestion des ressources humaines des entreprises publiques ou privées, ou dans le système d'éducation dès l'âge scolaire. Il en résulte que presque toutes les actions destinées à promouvoir la « bonne santé mentale » sont de fait en dehors du domaine sanitaire, qui cependant en assume les conséquences. Inversement les coûts indirects induits par des problèmes de santé mentale non reconnus et non traités adéquatement sont très élevés : accidents dus à l'alcool, poids pesant sur le système de santé hors psychiatrie et sur les assurances, accidents divers dont une partie est attribuable aux conséquences d'un mauvais état de santé mentale de la personne.

On conçoit la complexité de ces questions. Mais c'est à partir de leurs réponses que peut s'élaborer **une politique démocratique et réaliste en psychiatrie et en santé mentale, étant entendu que l'équité - c'est-à-dire un traitement de qualité identique - devra être assurée à toutes les personnes souffrant des mêmes troubles.**

Cette dernière affirmation implique bien entendu une évaluation de l'efficacité des traitements, la mise à disposition des traitements les plus efficaces pour un problème donné, et une évaluation continue de la qualité, sans parler des recherches nécessaires pour découvrir de nouveaux traitements.

Au total, cette confusion entre différents niveaux de problèmes, la liberté de choix du type de praticien et du lieu de consultation, dont dispose le patient, jointe à la liberté d'installation des praticiens, ont un prix qui met actuellement le système en défaut : **l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale est loin d'être équitable sur tout le territoire**, et ce, pour toutes les situations sociales, même si, en théorie, il existe un large accès aux soins de psychiatrie et un nombre de psychiatres par habitant plus élevé que bien d'autres pays développés.

A ceci s'ajoutent les interactions des troubles psychiatriques avec les problèmes sociaux. Car le fait d'avoir un problème de santé mentale, non pris en charge dès l'enfance, fait peser un risque important sur la réussite sociale et l'intégration du sujet lors de la vie adulte, et celui qui présente des troubles psychiatriques voit ses chances d'intégration et de gratification sociale diminuer.

A l'inverse, s'il n'est pas établi que les difficultés sociales produisent systématiquement des problèmes de santé mentale, il est largement démontré cependant que leur présence rend la guérison beaucoup plus improbable, une fois que ces problèmes sont constitués. Enfin la présence d'un trouble psychiatrique grave et durable peut entraver considérablement l'intégration sociale d'un individu, même si une prise en charge adéquate, médicale et sociale, permet parfois d'en éviter la marginalisation.

Cette double prise en charge, médicale et sociale, est indispensable et devra être présente aux divers stades de l'évolution de la maladie, posant la question des

limites de l'implication de la psychiatrie dans le champ de la réadaptation sociale des personnes qui souffrent de troubles psychiatriques.

La nécessité de définir le besoin de soin en psychiatrie

1. La présence d'un diagnostic psychiatrique : l'approche médicale

La psychiatrie est une discipline médicale qui reconnaît des diagnostics décrits dans des classifications comme la CIM 10 (chapitre V) et le DSM IV, auxquelles s'ajoute, pour la psychiatrie infanto-juvénile, la classification française (CFTMEA). A ces diagnostics correspondent des recommandations de bonne pratique qui, à partir d'un consensus professionnel, proposent des conduites thérapeutiques que le psychiatre adapte au cas particulier de chaque patient. En psychiatrie, il existe de nombreuses recommandations d'utilisation des traitements psychotropes, accompagnées pour certains troubles de recommandations de psychothérapies, dont la nature peut être précisée, ou encore de divers traitements institutionnels.

Bien évidemment la présence d'un diagnostic est loin d'être suffisante pour déterminer une attitude thérapeutique car elle ne décrit pas suffisamment l'état du patient particulièrement pour les indications de psychothérapie mais aussi pour nombre de décisions thérapeutiques : hospitalisation, réinsertion. De plus, si certains diagnostics comportent des descriptions de symptômes relativement aisés à objectiver, d'autres sont plus difficiles à mettre en évidence, comme par exemple les troubles de la personnalité, qui peuvent être associés aux précédents, et dont la présence rend plus complexes les indications thérapeutiques.

Enfin, et surtout, le diagnostic est une description objectivante qui n'apporte aucun élément pour une approche psychodynamique des patients, car, quelque soient les symptômes présentés, chaque personne les ressent dans son contexte et son histoire subjective personnelle. Or cette approche psychodynamique est l'essence même de la prise en charge thérapeutique dans cette discipline particulière.

2. Démoralisation, détresse psychologique et souffrance psychique : l'approche psychodynamique

Cette dimension se différencie de la précédente en ce qu'elle se situe sur un continuum qui va de la bonne santé mentale (c'est-à-dire l'absence de symptômes de détresse), voire de la santé mentale positive (c'est-à-dire le bien-être, la résilience), à la mauvaise santé mentale (c'est-à-dire la détresse psychologique), sans que cela n'implique un état pathologique, au sens médical du terme.

La détresse psychologique apparaît généralement dans un contexte d'évènements négatifs. Cependant l'exposition à un traumatisme psychique ou social n'entraîne, fort heureusement, pas systématiquement un état pathologique, et le seuil de résistance, ou la capacité de réagir (résilience) de chacun est différent, tout comme ses mécanismes de défense, qui sont plus ou moins adaptés. Il est reconnu qu'un certain niveau de souffrance est d'ailleurs nécessaire pour pouvoir passer à travers les événements négatifs, comme la tristesse lors d'un deuil qui, lorsqu'il n'est pas

pathologique, permet à la personne de faire « l'indispensable travail de deuil ». La vie n'étant à priori pas un long fleuve tranquille, la plupart des individus sont confrontés à des difficultés et sauf s'ils sont particulièrement fragilisés, ils font face à ces difficultés sans dommage pour leur santé, voire sont capables par eux mêmes et grâce à l'aide de leur entourage, de transformer une difficulté en une occasion de maturation et de changement positif. Certes au moment de cette difficulté, il n'est pas rare qu'ils présentent des signes de détresse psychologique, mais ces signes vont s'estomper d'eux mêmes avec le temps, et les études longitudinales conduites en population générale confirment cette tendance, et montrent que la plupart des problèmes disparaissent avec le temps, sans que la personne n'ait forcément cherché ou obtenu une aide thérapeutique.

On doit ajouter que les évènements ne sont pas tous indépendants de la personne, et qu'une part non négligeable d'entre eux, a pu être provoquée, consciemment ou inconsciemment, par les individus eux-mêmes. Dans un autre registre, les études de suivi des personnes confrontées à des évènements douloureux mettent en évidence des facteurs de protection et de vulnérabilité dont certains remontent à des évènements vécus dans l'enfance.

3. **Dysfonctionnement social, gêne fonctionnelle et retentissement : l'approche psychosociale**

En fonction des phases de leur vie, les personnes exercent différents rôles dans différents secteurs d'activité comme le travail, les apprentissages, la parentalité, une vie sociale et affective... Les troubles psychiatriques ou psychologiques ont généralement un retentissement important sur l'accomplissement d'un ou plusieurs de ces rôles, voire empêchent leur acquisition.

Les atteintes du fonctionnement social sont donc considérées comme un signe de gravité, et souvent utilisées dans l'établissement d'un diagnostic dont ils constituent un critère. **La question du retentissement est un concept charnière entre le symptôme et le besoin de soin** et il en est fait mention dans nombre d'études où l'on considère que le besoin de soin n'apparaît que lorsque le trouble a un retentissement fonctionnel sur l'individu. Ainsi, les troubles psychotiques engendrent un besoin de soins important, du fait de leur gravité et de leur interférence avec la vie du sujet. Le retentissement n'est pas, dans ce cas, seulement fonctionnel, mais psychique, dès lors qu'il s'agit de troubles significatifs (souffrance psychique).

Enfin, la **notion de durée des symptômes** semble une composante essentielle dans la définition du besoin de soins : dans une certaine mesure, le besoin concerne les troubles qui durent et ne peuvent se résoudre spontanément.

4. **Besoin de soin des populations et planification des ressources**

A partir de ces définitions, il est possible d'évaluer les niveaux de besoin pour des bassins de population; cette approche est d'ailleurs indispensable pour planifier les moyens dans ces zones. Nous citerons une équipe de chercheurs du Colorado qui, reconnaissant l'importance des trois dimensions citées précédemment, pour évaluer les besoins de soins d'une population générale, a mené une enquête

épidémiologique. Cette enquête montre que les champs du diagnostic psychiatrique, de la détresse psychologique, et de la gêne fonctionnelle, ne se recouvrent que très partiellement. Dans l'année précédant l'entrevue, 16,3 % de la population présentaient les critères d'un diagnostic psychiatrique (DSM IV), 11 % ceux d'une détresse psychologique et 11,1 % présentaient une gêne significative dans les activités quotidiennes ; les deux tiers de ces personnes présentaient deux de ces critères soit 9,7 % et seules 2,7 % cumulaient les trois types de critères.

Ces dimensions peuvent être combinées de diverses façons pour produire des indicateurs de besoin. Avec au moins un des trois critères, on peut définir que 26,1 % de la population auraient un besoin de soin alors qu'avec deux critères, il n'y en aurait que 8,8 %. Si on ne prend que ceux qui ont un diagnostic et un autre critère (dysfonctionnement/retentissement ou détresse), la prévalence tombe à 6,3 %, et à 2,2 % si on prend uniquement ceux qui ont un diagnostic sévère (schizophrénie, manie, dépression majeure, trouble cognitif), et à 1,1%, en prenant ceux qui ont un trouble sévère et un dysfonctionnement majeur. On constate, par ailleurs, que cette enquête montre des différences très importantes de quantité de besoins (de l'ordre de 2 pour 1) entre les territoires les plus nécessiteux et ceux qui sont les plus privilégiés.

5. Demande de soins et besoin de soins

Dans le domaine de la santé mentale, plus que dans les autres disciplines médicales, la « demande » peut être très différente du « besoin ». Dans le contexte de la pratique de soin en psychiatrie, toute demande nécessite une réponse et doit être évaluée afin de pouvoir proposer la réponse la plus adaptée. Dans un système de santé comme le nôtre, où les soins de psychiatrie sont directement accessibles, il peut se faire que la demande faite au dispositif spécialisé n'en relève pas ; par exemple, des enfants qui présenteraient des signes pouvant évoquer un trouble envahissant du développement, pourraient ne pas être mis en contact avec le système spécialisé, pourtant seul capable de les prendre en charge, et rester sans soin, ou être orientés dans un circuit inadapté.

Les études épidémiologiques conduites en population générale relèvent constamment un nombre élevé de personnes présentant des problèmes sévères et handicapants, et qui ne demandent pas de soin, ou les demandent dans un secteur de soin inadapté, eu égard au niveau de complexité du problème.

Qui plus est, la demande de soin en psychiatrie n'est généralement pas simple à poser, et le cheminement en est souvent complexe, témoignant que de multiples variables personnelles et sociologiques et souvent l'intervention d'autres soignants en amont, participent à la faire émerger.

Non seulement la conscience de ressentir une forme de souffrance de type "maladie" ou même d'avoir un "problème psychiatrique" est variable suivant les classes sociales, mais elle est aussi influencée par d'autres facteurs tels que l'opinion de l'entourage. Vient ensuite l'attitude par rapport au système de soins. Pour formuler une demande de soin, il ne suffit pas au sujet de concevoir qu'il a un

problème, il lui faut également admettre que ce problème peut se soigner. Or, nombreuses sont les personnes qui pensent que les troubles psychiatriques sont incurables, ou encore, à l'opposé, prétendent qu'ils s'atténueront d'eux-mêmes avec le temps.

A l'inverse, certains dénoncent une médicalisation exagérée de la souffrance psychique ; de fait si la personne considère que toute souffrance psychique face à une difficulté est une manifestation anormale ou insupportable, elle peut demander une aide médicale et/ou psychologique, et passer ainsi d'une situation de difficulté existentielle à une demande de soins.

6. Nous proposons comme définition du besoin de soin en psychiatrie :

"Un besoin de soins en psychiatrie existe dès lors qu'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique ou d'un problèmes de santé mentale présente une altération significative dans les sphères clinique ou sociale, et qu'une intervention clinique ou sociale peut traiter ou contenir le trouble".

Cette définition s'appuie sur quelques concepts clés : la nécessité d'avoir un problème clairement identifié et "significatif" c'est à dire d'une certaine intensité, et l'existence d'une intervention efficace telle que proposée dans des recommandations de bonne pratique.

Ceci implique, évidemment, de clarifier la prise en charge des troubles pour lesquels il n'existe pas d'intervention thérapeutique permettant une amélioration significative, mais pour lequel persiste un besoin de prise en charge. La part spécifiquement psychiatrique et médicale, de même que la part non-médicale de cette prise en charge doivent être précisées et leurs effets évalués. Cette définition implique par ailleurs un besoin prioritaire de recherche sur les problèmes pour lesquels les ressources thérapeutiques font défaut, ou sont insuffisantes.

Pour pouvoir être transformée en une politique et être déclinée en ressources aux niveaux national, régional et local, cette définition des besoins implique trois niveaux d'évaluation :

- 1) les problèmes et leurs conséquences sur l'état de santé;
- 2) les interventions nécessaires pour améliorer, contenir, maintenir cet état ou les conséquences des troubles;
- 3) la réponse organisationnelle aux besoins, c'est à dire les ressources nécessaires pour fournir ces interventions et leur organisation.

Enfin, nous rappellerons que la réponse donnée aux besoins est conditionnée par les moyens que la société accepte de mettre en œuvre pour faire face à un problème donné, et pour la psychiatrie, par la part spécifique qu'elle souhaite lui consacrer au regard des moyens dont disposent les autres disciplines médicale, chirurgicale et obstétricale, en soulignant qu'un rattrapage significatif est nécessaire pour la psychiatrie.

I. PREMIER AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

Réorganiser l'offre de soins de première ligne et sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et au bon usage des soins

1.1. Réorganiser l'offre de soins de première ligne avec les médecins généralistes, renforcer les liens avec le dispositif de soins spécialisés, et faciliter l'accès aux psychothérapies

Comme cela a été souligné dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique, les problèmes les plus fréquents sont de type anxio-dépressif (environ 15 % de la population en souffre dans l'année), ainsi que ceux découlant de l'usage des substances (alcool/drogues/médicaments), ou encore les troubles du comportement alimentaire isolés ou associés aux précédents. Même si elles peuvent s'adresser directement au système spécialisé, la majorité des personnes qui souffrent de ces troubles ont pour interlocuteur le système de soin de première ligne (médecins généralistes, pédiatres, psychologues libéraux, médecins du travail et médecins scolaires), ou ne consultent pas.

Dans le contexte actuel d'une confusion entre intervenants et entre les traitements, les personnes présentant ce type de troubles, sont, dans les faits, rarement évaluées par des professionnels capables de les orienter, qui vers le dispositif spécialisé, qui vers un intervenant du dispositif de première ligne spécialement formé pour ces prises en charge. De plus une part importante de ces troubles nécessite un traitement psychothérapique, dont l'indication n'est pas toujours correctement posée.

Donner une définition des psychothérapies

Proposition n° I-01

Ce qu'elles ne sont pas :

- Ä** tout d'abord il ne s'agit pas de l'acte relationnel que les intervenants du système de santé sont supposés réaliser adéquatement, de par leur formation médicale (générale ou spécialisée), de leur formation à la psychologie ou à la relation avec le patient (infirmiers, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, éducateurs, et autres);
- Ä** il ne s'agit pas non plus de techniques visant au développement personnel (amélioration des performances ou du bien-être) ou au règlement d'un problème particulier en dehors d'une pathologie mentale spécifique (coaching, conseil conjugal)

Ce qu'elles sont :

Ä les psychothérapies sont des actes de soin, qui utilisent des mécanismes psychologiques suivant des techniques standardisées, appuyées sur des bases scientifiques structurées dans le temps, et permettant d'obtenir des résultats.

Nous proposons donc de :

Créer une nomenclature d'actes de psychothérapie déclinés en ses divers types (psychanalytique, cognitivo-comportemental, systémique), et modalités (individuel ou en groupe)

Proposition n° I-02

Ä **Les critères de description de ces actes** seront appuyés sur l'expertise de l'INSERM dont les résultats seront disponibles à la fin de cette année. Elle comportera une description des techniques, de leurs indications respectives, et précisera les formations nécessaires pour la pratique de l'acte et du type de psychothérapie (formation initiale et continue à partir d'une liste d'écoles validées). La nomenclature devra comporter la description de la technique de référence et de son déroulement, la durée moyenne des séances, leur fréquence, la durée prévisionnelle du traitement. L'ANAES mettra alors en place une évaluation du suivi de ces recommandations.

Ä Cette proposition de nomenclature permettra aux acteurs institutionnels (Ministère de la santé, organismes de sécurité sociale et organismes complémentaires) et aux professionnels concernés, d'approfondir les conditions d'une **redéfinition des modalités de prise en charge de ces actes par l'assurance maladie**. Par ailleurs, des informations devront être largement disponibles, en particulier sur les sites professionnels sanitaires et publics.

Psychiatres et psychologues se sont unanimement prononcés contre la proposition de loi qui voulait instaurer la profession de psychothérapeute³, distincte de celles de psychiatres et de psychologues, en dénonçant l'ambiguïté d'un texte qui aurait consacré, dans la loi, l'éviction de la psychothérapie du champ médical et ouvert la voie à toutes les dérives, que l'instauration d'un « métier de psychothérapeute » prétendait, précisément, éviter.

Nous tenons à souligner la nécessité d'une formation aux techniques psychothérapeutiques, et l'impératif d'une formation préalable en psychopathologie, et proposons, à cet effet, de :

Etablir et rendre publique une liste des professionnels habilités à pratiquer les psychothérapies

Proposition n° I-03

Les professionnels, autres que les psychiatres, qui y seront inscrits devront, pour utiliser ces techniques, avoir validé une formation à la relation avec les personnes

³ Proposition de loi n°2288 de Jean-Michel MARCHAND (2001)

en souffrance, une formation clinique leur permettant de poser les indications en fonction des recommandations de bonne pratique, et avoir suivi les formations initiales et continues prévues par les écoles agréées. Cette liste pourra et devra évoluer avec le temps notamment au regard des nécessaires réformes de la formation initiale et continue des omnipraticiens, des praticiens de toutes les spécialités médicales, et des psychologues cliniciens.

On devra procéder en deux temps : une première étape correspondra à l'état actuel du système, la deuxième étape ne devenant effective que lorsque les modifications que nous proposons sur les formations deviendront opérationnelles.

Dans la période transitoire, les psychologues (titulaires d'un DESS de psychologie clinique et inscrits dans les DDASS) et les médecins, autres que les psychiatres, qui souhaitent être habilités à pratiquer des psychothérapies devront faire valider leur expérience clinique par des stages, et leur formation aux psychothérapies par des écoles agréées,

Pour les psychiatres, nous recommandons à la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), en s'appuyant sur l'expertise collective de l'INSERM, et les recommandations attendues de l'ANAES, de mettre en place les actions de formation continue pour la pratique des psychothérapies. La formation initiale des psychiatres, quant à elle fait l'objet de recommandations traitées dans notre sixième chapitre (cf. plus loin).

Instaurer un système permettant l'évaluation de l'état clinique et des indications thérapeutiques par un psychiatre coordinateur

Proposition n° I-04

En réponse aux dysfonctionnements évoqués plus haut, il est nécessaire de mettre en oeuvre un système qui garantisse à toute personne, présentant un problème de psychiatrie ou de santé mentale, une évaluation de son état et une offre de soin adaptée.

Le système d'évaluation que nous préconisons est destiné à venir en appui du système de première ligne, au sens large du terme, et doit permettre d'orienter les personnes en fonction de leur besoin de soin.

Nous proposons :

À **une mise en réseau sur un territoire de santé**⁴ de plusieurs secteurs et intersecteurs (dont le champ d'intervention, à définir suivant la densité de population, serait de 200 000 à 400 000 habitants), du dispositif associatif et des psychiatres libéraux exerçant en cabinet ou en clinique.

À Le territoire, par sa Commission Territoriale de Psychiatrie et de Santé Mentale, se dotera d'un **psychiatre coordinateur**, Pourront s'adresser à lui, tous les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale sur le territoire (généralistes,

⁴ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JO du 8 septembre 2003.

pédiatres, gérontologues, autres spécialistes, psychologues, intervenants sociaux, assistantes sociales, intervenants des différents secteurs d'activité [territoriales, justice]). Ce **psychiatre coordinateur** aura pour mission de conseiller l'intervenant et de veiller à la prise en compte des recommandations de bonne pratique. Il ne pourra en aucun cas prendre en charge lui-même un patient mais donnera un avis sur la conduite à tenir et/ou proposera un rendez vous si le cas ne peut être géré par téléphone. Le système doit pouvoir fonctionner pour tous les âges de la vie : aussi, le psychiatre coordinateur, s'il ne possède pas les éléments de connaissance adéquats, devra pouvoir bénéficier des complémentarités nouées avec les pédopsychiatres et les psychiatres compétents en gérontologie.

Orienter le patient vers la prise en charge adéquate après évaluation de son besoin

Proposition n° I-05

Le système d'évaluation que nous proposons concerne schématiquement les quatre situations suivantes :

- À les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères de type trouble psychotique** (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive..), ou des troubles psychiatriques nécessitant une prise en charge spécialisée, et qui auraient consulté dans le système dit de première ligne, seront adressés par le médecin généraliste, soit directement vers le dispositif spécialisé, public ou libéral, soit vers le psychiatre coordinateur du Centre Médico-Psychologique Ressource Territorial, en cas de difficultés.
- À les personnes présentant un trouble psychiatrique qui nécessite une prise en charge médicamenteuse**, c'est à dire un trouble psychiatrique avéré, responsable d'un retentissement fonctionnel important, et pour lequel cette prise en charge est indiquée, par exemple, une dépression sévère ou associée à une comorbidité, ou encore des troubles anxieux sévères (attaque de panique, phobie invalidante, névrose grave...). Ces personnes nécessitent un traitement spécialisé à prescrire par un psychiatre (public ou privé) ou par un médecin en contact étroit avec le système spécialisé. Si une psychothérapie est indiquée, celle ci sera proposée dans le cadre de la liste des personnes habilitées.
- À les personnes présentant un besoin de soin psychiatrique et dont le traitement consiste en une psychothérapie**, et qui acceptent ce type de prise en charge par une des personnes habilitées de la liste ; de même les personnes qui peuvent être suivies par leur médecin généraliste avec un traitement médicamenteux adapté.
- À les personnes qui présentent une difficulté réactionnelle, un état passager et qui n'ont pas une demande de psychothérapie** mais nécessitent plutôt des conseils, quitte à ce que cette demande évolue vers une demande plus élaborée avec le temps. Pour ces patients, nous préconisons un soutien de type

« conseil psychologique⁵ » limité dans le temps qui pourrait être proposé sous forme d'actes codifiés par des généralistes, des psychologues, des assistantes sociales et des infirmiers pouvant justifier d'une formation spécifique.

Pour conduire sa mission, le **psychiatre coordinateur** disposera de la liste de l'ensemble des professionnels agréés, (psychiatres ou psychologues de secteurs et d'intersecteurs, psychiatres ou psychologues libéraux) auquel il adressera le patient, dès lors qu'il en aura posé l'indication, au terme de son évaluation. Le lieu où l'évaluateur exerce cette forme de régulation devra être facilement accessible, à des fins de communication et d'image.

Un bilan de ses activités sera régulièrement présenté aux intervenants du réseau, et l'ensemble des professionnels qui s'y adresse sera encouragé à participer à des actions de formation continue sur les problèmes de santé mentale au moins deux fois par an, principalement à partir d'étude de cas.

Définir les règles de prescription des psychothérapies

Proposition n° I-06

C'est une question délicate qui doit être abordée en tenant compte du contexte actuel d'un système en pleine évolution. La prescription des psychothérapies pose en effet deux problèmes essentiels :

- À l'intérêt du patient** : il convient de s'assurer que la personne à qui la psychothérapie est prescrite bénéficie d'un traitement adapté et de qualité, dispensé par une personne habilitée ;
- À la question de la prise en charge de la psychothérapie faites par des psychologues agréés par les régimes obligatoires ou complémentaires d'assurance maladie.**

L'acte de psychothérapie pose la question des limites entre le médical et le non médical, en particulier avec les psychologues cliniciens ayant eu une formation leur permettant de faire des psychothérapies et d'en poser les indications.

La formation clinique des psychologues a été perçue comme insuffisante, y compris par ces professionnels eux-mêmes. La nécessité de la renforcer par des stages cliniques validés, dont la nature et la durée leur permettent d'acquérir une expérience clinique les rendant aptes à poser des indications de psychothérapie, conformes aux recommandations de bonne pratique, est reconnue, et recommandée par tous. Nous reviendrons sur cette importante question dans notre sixième axe prioritaire consacré à la formation.

Dans le cas où la psychothérapie est demandée à un psychologue, nous préconisons une évaluation conjointe psychiatre/psychologue pour porter l'indication de psychothérapie.

Proposition n° I-07

⁵ Dans les pays anglo-saxons : « counseling »

Cette évaluation devra comporter non seulement une évaluation de l'indication, en fonction des recommandations de bonne pratique, mais une évaluation du retentissement psychologique et fonctionnel du problème de santé mentale, afin de mettre en lumière les éléments justifiant un remboursement par l'assurance maladie.

Donner une valorisation financière aux évaluations

Proposition n° I-08

L'évaluation d'une personne présentant un problème psychiatrique est un acte qui prend du temps, et qui doit en prendre pour éviter toute perte de chance du patient.

Nous préconisons donc de reconnaître spécifiquement ce temps d'évaluation dans la nomenclature générale des actes professionnels, tant pour ce qui concerne les médecins généralistes que pour les spécialistes médicaux, en particulier les pédiatres et les gériatologues (valorisation différenciée de l'acte).

Nous préconisons aussi de reconnaître le temps passé à la présentation téléphonique d'un cas au psychiatre coordinateur, que nous souhaitons voir se mettre en place, ainsi que, le cas échéant, la participation à un groupe « Balint »⁶ ou à un groupe de supervision de cas. Quand le psychiatre coordinateur est un psychiatre libéral, ces évaluations devront aussi pouvoir être valorisées spécifiquement.

Faire assurer la prise en charge des psychothérapies par les organismes sociaux

Proposition n° I-09

La prise en charge des psychothérapies par les organismes sociaux pose un problème d'une autre nature, dans la mesure où il touche d'une part à la césure sanitaire/non sanitaire, et d'autre part à la frontière du service médical rendu élevé / de confort (comme pour les médicaments). Il est illusoire d'imaginer que le système actuel soit en mesure de prendre en charge toutes les psychothérapies. La logique conduit à poser comme principe que seules les psychothérapies indiquées et conformes aux recommandations de bonne pratique, pour des troubles comportant un besoin de soin, soient prises en charge par le système d'assurance maladie. A noter que dans le cas de la psychiatrie infanto-juvénile, le besoin de soin devra être considéré d'une manière plus large dans la mesure où, s'agissant d'une personne en plein développement, il peut être question d'un retentissement ou d'un risque de retentissement.

La déconnexion de l'indication/besoin de soin et de la nature du psychothérapeute a trois conséquences qu'il convient d'explicitier clairement :

À la non prise en charge des actes de psychothérapie pour des patients dont le besoin de soin ne correspond pas à leur indication, quel qu'en soit le dispensateur.

⁶ Technique mise au point par Balint, qui consiste à réunir des médecins généralistes autour d'un psychiatre devant lequel ils exposent les difficultés rencontrées avec certains cas.

- Ä la prise en charge des actes de psychothérapie correspondant au besoin de soin par des psychologues libéraux formés à ces techniques ;
- Ä une évaluation des cas, dans toutes les institutions sanitaires et médico-sociales qui proposent des psychothérapies en fonction de ces critères, qu'elles soient effectuées par des psychiatres ou des psychologues.

Pour satisfaire au principe de réalité, dans le contexte actuel de maîtrise des dépenses de santé, une telle réforme devra faire l'objet d'une étude d'impact à court et moyen terme sur l'équilibre des comptes de l'assurance-maladie.

1.2. Proposer une information claire destinée au grand public

La mauvaise information du public sur les problèmes psychiatriques et sur les problèmes de santé mentale, sur leurs traitements et sur les personnes qui sont habilitées à les pratiquer est un élément qui contribue aux dysfonctionnements du système. Pourtant l'intérêt du public pour ces problèmes est très élevé, et les rubriques (émissions de radio et de télévision) qui leur sont consacrées sont nombreuses, sans compter les journaux qui leur sont dédiés. Nous préconisons deux actions dans ce domaine à conduire en partenariat avec l'INPES, dont c'est le mandat :

Bâtir des campagnes d'information grand public sur les troubles les plus fréquents, en impliquant autant que faire se peut les médecins généralistes.

Proposition n° I-10

Ces campagnes d'information reposeront :

- Ä sur un partenariat mis en place avec les radios et les télévisions, en particulier celles qui font des émissions médicales « grand public » en vue de présenter ces troubles comme des maladies, avec leurs causes biologiques et psychologiques, leurs diverses manifestations (dépression/tristesse normale/suicide) et leurs conséquences, et d'apporter les explications et les précautions relatives aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques qu'ils requièrent.
- Ä sur la diffusion très large de documents faciles à comprendre, à distribuer par les généralistes, pédiatres, médecins du travail et dentistes, les pharmaciens, les PMI et les services sociaux.

Elaborer avec les journalistes une charte de communication à propos des maladies mentales, afin d'éviter les effets désastreux d'une exploitation outrancière et erronée de quelques faits divers.

Proposition n° I-11

Ce travail sera conduit sous la forme de réunions multi professionnelles avec un comité de pilotage mixte d'intervenants en psychiatrie et de journalistes, organisant

une série de conférences publiques sur le thème « Information et troubles psychiatriques » relayées par une conférence de presse qui annoncerait la mise en place de la charte de bonne conduite de l'information en psychiatrie et santé mentale.

1.3. Sensibiliser le public à la santé mentale par des actions de prévention et de promotion

Mettre en place des actions prioritaires de promotion de la santé mentale dans le cadre des programmes de l'INPES

Proposition n° I-12

La promotion de la santé mentale fait l'objet de nombreux travaux et recommandations à l'OMS et au niveau de l'Union Européenne qui vient de publier une liste de programmes de promotion de la santé mentale évalués et destinés aux enfants, personnes adultes et personnes âgées.

Tous les âges de la vie et toutes les situations sont susceptibles de bénéficier de ces actions qui impliquent des domaines aussi différents que l'école, le monde du travail, la justice et la police, l'habitat et l'environnement, pour n'en nommer que quelques uns. Ces programmes sont bien définis et l'INPES est chargé de les mettre en œuvre.

Ces interventions se doivent d'être appuyées sur une approche interministérielle et nous recommandons pour ce faire de :

Mettre en place une « mission interministérielle de psychiatrie et santé mentale »

Proposition n° I-13

Son rôle serait de coordonner ces actions dont le développement est en fait hors du champ sanitaire à proprement parler, en articulation avec la réflexion entreprise autour du projet de loi d'orientation de santé publique

Poursuivre le travail entrepris sur la prévention du suicide

Proposition n° I-14

Une conférence de consensus (octobre 2000) a produit des recommandations sur ce thème, et des sessions de formations pluri-professionnelles ont été organisées dans toutes les régions avec la formation de deux spécialistes par région. Cette action est essentielle et doit être maintenue et développée ; les recommandations sur la prise en charge des suicidants doivent aussi être mis en pratique et intégrées dans les critères d'accréditation de l'ANAES que nous précisons plus loin, dans notre sixième axe de propositions.

II. DEUXIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

Réduire les inégalités de l'offre de soins en psychiatrie, donner un cadre propice à l'efficience, la proximité et la souplesse des soins, aidé par des leviers d'actions innovants

2.1. Réduire les disparités géographiques en optimisant l'offre de soins en psychiatrie par une meilleure coordination public/privé et sanitaire/médico-social au sein de chaque territoire de santé

2.1.1. *Conjuguer politique incitative et anticipation pour une répartition équilibrée en moyens humains sur le territoire national*

Maintenir le volume de l'offre médicale et recentrer la psychiatrie sur ses missions

Proposition n° II-01

Le nombre de DES en psychiatrie est maintenu depuis 1998 à 176, chiffre ne permettant pas de compenser les départs en retraite. Les psychiatres sont, parmi les médecins, ceux dont la moyenne d'âge est la plus élevée (48 ans, cf. rapport DGS). La spécialité sera dans les premières touchées par les effets du numerus clausus.

Dès 2012, une diminution de 12 % du nombre de psychiatres est quasi inéluctable compte tenu des choix déjà opérés et d'un délai minimum de 11 ans avant qu'ils ne se matérialisent. En conservant un nombre de 176 DES en psychiatrie, la diminution du nombre de psychiatres serait d'environ 40 % (- 5398) à l'horizon 2020 (où il ne resterait plus que 7856 psychiatres). Cette diminution importante du nombre de spécialistes compromet la réalisation des missions que nous préconisons pour la psychiatrie.

Il est donc souhaitable de procéder au plus vite à l'augmentation du nombre d'étudiants en DES de psychiatrie : **en complément de l'augmentation du nombre d'étudiants de P2, il convient de remonter progressivement le numerus clausus en psychiatrie à 350 jusqu'en 2010.** Cette question ne se résoudra pas sur le seul plan démographique : le recentrage de la psychiatrie sur ses missions spécifiques et les nécessaires ajustements dans l'organisation doivent contribuer aussi à l'augmentation du volume de l'offre de soins en psychiatrie.

Mieux répartir l'offre psychiatrique

Proposition n° II-02

Notre pays souffre d'un **problème de répartition de sa densité médicale.**

Bien que la deuxième au monde en terme de nombre de psychiatres en exercice, elle laisse des zones géographiques désertifiées : il est impératif que les **13 380 psychiatres dans notre pays soient mieux répartis sur le territoire national, et entre l'exercice libéral et public.**

« 11 pour 100.000 en Région Nord-Pas de Calais, 88 pour 100.000 à Paris » : ces deux chiffres suffisent à démontrer l'ampleur de l'échec d'une planification opérée il y a 30 ans, dans un cadre socio-économique très différent de celui d'aujourd'hui, sans discernement des réalités régionales, et en évaluant encore moins les effets. Nous savons que les critères épidémiologiques n'ont pas guidé ce choix et que le cadre de vie, l'intérêt particulier, ont très rapidement et largement pris le dessus sur un principe constitutionnel, pourtant parmi les plus nobles qu'ait érigé notre pays, qui est celui de l'égalité de traitement de tous les citoyens. Les mesures doivent donc être énergiques et courageuses.

Cette politique visant une meilleure répartition doit concerner tout autant l'exercice libéral que salarié, car les problèmes de répartition sont identiques, la pénurie accompagnant la pénurie.

Nous préconisons les suivantes :

Encourager l'implantation des psychiatres dans les zones défavorisées

Proposition n° II-03

L'ouverture de postes après l'internat est un fort élément de fidélisation des médecins pour la Région. **La création de postes supplémentaires d'assistants spécialistes dans les zones démographiquement défavorisées, en même temps que la limitation de la création de postes dans les zones favorisées, est donc nécessaire.** L'attrait pourra en être renforcé par des **valences universitaires.**

Dans les CHU sous-équipés, l'augmentation du nombre de postes de chefs de clinique ne pourra pas suivre les besoins compte tenu de la valence universitaire du statut. **Nous recommandons d'étendre à la psychiatrie le post-internat,** sous réserve que le dispositif fasse l'objet d'une guidance au niveau national afin d'ajuster, le plus exactement possible, ces postes aux besoins, en veillant particulièrement à ce que cela n'induisse pas un déséquilibre entre les CHU et les EPS ou les Hôpitaux Généraux.

Mettre en place, pour l'activité libérale, un numerus clausus à l'installation dans les régions en sureffectif

Proposition n° II-04

Un rééquilibrage géographique est nécessaire pour de nombreuses spécialités médicales en France. Un numerus clausus à l'installation doit être instauré, comme cela est le cas pour les pharmacies, car le déséquilibre risque de s'aggraver dramatiquement.

Nous proposons que ce numerus clausus à l'installation s'établisse à partir de l'effectif moyen de 22 ETP de psychiatres pour 100 000 habitants, en veillant à une répartition équilibrée entre le service public et l'activité libérale. Cette mesure relèverait du champ législatif.

Le conventionnement et la politique tarifaire sont les deux principaux leviers en matière d'activité libérale. Encore iconoclaste il y a quelques années, la situation inacceptable que connaissent les populations en manque de soins et l'inadaptation totale de cette répartition, sans aucune planification, est maintenant admise et doit être rapidement corrigée.

Nous proposons la sur-cotation des actes dans les zones défavorisées avec quotas adaptés à la demande de soins, et le non-conventionnement, dès que l'installation sera hors plafond d'un besoin de santé publique.

Prendre des mesures incitatives à l'initiative des collectivités territoriales

Proposition n° II-05

L'équipement médical conditionnant directement la qualité de vie des populations et participant à leur attractivité, beaucoup d'entreprises étrangères ont positionné, parmi les premiers critères de performance de leur entreprise, l'environnement de santé des zones d'implantation qu'elles recherchaient : comme pour l'emploi, de nombreux aménagements fiscaux pourraient être mis en oeuvre au travers de contrats-Etat ou d'initiatives locales (régionales ou communales), par une fiscalité allégée et/ou le financement d'installations pour attirer les praticiens. Certaines dispositions fiscales existent déjà pour les médecins installant leur cabinet dans des communes de moins de 1000 habitants. Nous préconisons d'impliquer les élus mais aussi les entrepreneurs locaux dans la réflexion sur ces questions d'aménagement du territoire, qui pourraient aider à l'installation des psychiatres libéraux dans les villes moyennes.

Pour garantir un effectif de psychiatres suffisant, rendre plus attractif le service public, par une politique de rémunération motivante

Proposition n° II-06

Maintenir une densité médicale moyenne de 6 ETP de psychiatres par secteur ou inter-secteur, correspond à un niveau d'effectifs suffisant, mais loin d'être excédentaire pour couvrir les missions actuelles dévolues à un secteur de psychiatrie. A quelques variables près, fonction d'un historique, ou de besoins plus spécifiques de certaines populations, un consensus s'établit sur ce point. Afin d'éviter une transformation lourde du statut de Praticien Hospitalier - autre enjeu national - il est proposé, à l'instar de ce qui a été fait pour d'autres professions de la fonction publique, **d'attribuer un complément de rémunération sous forme de NBI (Nouvelle Bonification Indiciaire), comptant pour les droits à la retraite. Il est suggéré que l'effectif budgétaire traduit en ETP d'un secteur de santé mentale soit limité à 10 au maximum et à 4 au minimum, dans un premier**

temps, pour progressivement rechercher une moyenne de 5 à 7 praticiens sur une période de 5 à 10 ans.

L'octroi d'une rémunération complémentaire⁷ répondra aux sujétions plus importantes et aux conditions de travail plus difficiles que génère un effectif de psychiatres moins important qu'un autre pour une même population, soit 70.000 habitants pour un secteur de psychiatrie adulte et 200.000 pour un secteur de psychiatrie infanto-juvénile. L'inspiration est de même nature que celle qui a guidé l'instauration des primes pour postes difficiles, mais se veut plus incitatrice, puisque définitive, dès lors que le praticien reste dans la zone démographiquement défavorisée au delà d'une période de 5 années au moins. **A cela, s'ajouterait une prime d'installation⁸** dans les mêmes conditions que celles prévues par l'arrêté du 29 avril 1999. Il convient enfin de prendre en compte la spécificité d'exercice en psychiatrie publique du fait de la multiplicité des lieux d'intervention. **La prime multi-établissements devra être adaptée à la psychiatrie pour devenir une prime multi-sites** concernant les médecins exerçant au moins 2 demi journées par semaine sur plusieurs sites différents.

Approfondir les raisons du manque d'attractivité de la profession d'infirmier (ère) en psychiatrie

Proposition n° II-07

Pour répondre à l'inquiétante pénurie d'infirmières, plusieurs solutions ont été envisagées au cours des dernières années. Ainsi le recrutement d'infirmières espagnoles ou l'incitation faite aux infirmières ayant cessé leurs activités à reprendre leur activité, n'ont eu qu'un succès limité.

La pénurie que connaît actuellement la profession dans les hôpitaux publics et privés (près de 15.000 postes vacants), tout comme dans la pratique libérale, peut être interprétée comme la conséquence de l'institution de quota limitant le nombre annuel d'entrées dans les instituts de formation : une mauvaise estimation des besoins aura conduit à cette situation de pénurie. Pourtant, les quotas d'entrée dans les Instituts de formation de soins infirmiers (IFSI), ont été révisés à la hausse et devraient permettre à quelques 30 000 étudiants d'être acceptés dans ces IFSI contre seulement 26000 cette année. Cette mesure devra obligatoirement s'accompagner naturellement des moyens nécessaires en formateurs et terrains de stage. Or, l'ouverture de ces places supplémentaires dans les instituts de formation ne suscite pas pour autant les candidatures en nombre suffisant. Suivant les régions, on constate un déficit d'étudiants reçus de 12% à 25%⁹. Même si d'autres sessions ont été organisées pour combler ce déficit, cela peut être le signe d'une profession qui n'aurait pas une image attractive ; les quotas ne seraient pas seuls en cause. Il faudra attendre de connaître l'évolution des inscriptions sur plusieurs années pour avoir un recul suffisant, permettant l'analyse de ce phénomène.

⁷ Elle pourrait être, à titre indicatif de 300 € net mensuel pour un secteur comptant 6 ETP, 600 € net mensuel pour un secteur de 5 ETP, 900 € net mensuel pour un secteur de 4 ETP.

⁸ Elle pourrait être, à titre indicatif, de 4 000 Euros

⁹ L'infirmière magazine, n°155

D'autres facteurs entrent probablement en ligne de compte, tels que le développement du temps partiel depuis plus de 15 ans ; il concerne désormais un infirmier en activité sur quatre, contre 11 % en 1983¹⁰. Il s'agit en général d'un libre choix, concernant presque exclusivement les femmes et intéressant le plus fréquemment des professionnels de plus de 40 ans. Depuis 1992, la profession bénéficie d'un enseignement de psychiatrie et d'un diplôme commun permettant aux infirmiers une mobilité et des choix d'exercice plus variés, qui ne s'orientent cependant pas assez vers la psychiatrie, sans doute moins attractive que les disciplines plus « techniques », ou encore victime de sa disqualification de par la directive européenne relative au diplôme d'infirmier psychiatrique.

Nous préconisons en complément des propositions faites pour la formation des infirmiers (ères), dans notre sixième axe prioritaire de propositions :

Reconnaître les acquis de l'expérience (VAE) aux professionnels de santé désireux de suivre une formation initiale infirmière

Proposition n° II-08

Augmenter les moyens alloués aux centres et renforcer les moyens d'encadrement pédagogique par des formateurs qualifiés en psychiatrie et dans les métiers de la santé mentale

Proposition n° II-09

Ainsi serait garantie une formation de qualité pour tous les étudiants des IFSI, tant au niveau de l'enseignement théorique que des stages, qui impliqueront un tutorat obligatoire.

Donner une place conséquente à la psychiatrie et à la santé mentale dans les programmes des IFSI

Proposition n° II-10

Il conviendra de veiller à ce que les contenus soient respectés, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

Prévoir des incitations pour encourager le maintien ou l'installation des infirmiers dans les régions démographiquement défavorisées, et un numerus clausus à l'installation des infirmiers libéraux dans les régions favorisées

Proposition n°II-11

Ces incitations seront prises selon des modalités analogues à celles que nous avons préconisées pour les médecins.

D'autres mesures relèveraient du champ législatif, en particulier :

¹⁰ DREES, 1999

Procéder à un constat de la situation nationale, afin d'identifier les régions déficitaires en moyens sanitaires, médico-sociaux et en moyens professionnels qualifiés

Proposition n° II-12

Ce constat pourrait être élaboré par les Observatoires Régionaux de la Santé, en liaison avec les professionnels concernés et avec les avis des Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire, des CDES et des COTOREP.

Un programme pour la psychiatrie et la santé mentale adapté à chaque situation régionale

Proposition n° II-13

Il convient que soit clairement abordée dans la loi la question de la continuité territoriale dans le domaine sanitaire.

2.1.2. Harmoniser l'organisation au sein du territoire de santé pour rendre la psychiatrie plus accessible

Encourager l'organisation fédérative à l'échelle du « territoire de santé » des secteurs correspondants de psychiatrie générale et infanto-juvénile, en liaison avec le dispositif libéral

Proposition n° II-14

Cette organisation fédérative devrait permettre une meilleure gestion des ressources humaines médicales et non médicales permettant de préserver les implantations multisites, de différencier davantage les modalités de prise en charge thérapeutique, d'améliorer l'articulation et la coopération avec les services non sectorisés privés, associatifs, hospitalo-universitaires et les professionnels libéraux. Cette fédération devrait s'inscrire dans un espace correspondant au territoire de santé, permettant au secteur d'affirmer son rôle dans l'animation et la desserte ambulatoires d'un bassin de population de taille adéquate et promouvoir la « bonne gestion » mutualisée des ressources hospitalières à plein temps, du temps médical pour les gardes et astreintes, à l'échelle, sans systématiser à l'excès, d'une « taille critique » minimale de 3 secteurs de psychiatrie générale et d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, l'ensemble correspondant à 200.000 habitants, taille pouvant aller jusqu'à doubler dans les territoires à forte densité. Nous rappellerons qu'à l'origine, la taille appropriée était 200.000 habitants et « le syndrome de 66.666 » (pour reprendre le propos célèbre d'un article de Lucien Bonnafé¹¹), correspondait à la vision de « sous-secteurs » de 65.000 habitants... pour le travail de proximité.

¹¹ Ce serait d'ailleurs un « retour aux sources » : pour les concepteurs historiques du secteur

Dans le même axe de propositions, l'article 6 de l'ordonnance de simplification pourra, dans la perspective d'élargissement et de meilleure coordination de l'offre de soins dans le territoire de santé, ouvrir la possibilité aux professionnels de santé libéraux d'être associés par voie conventionnelle à la lutte contre les maladies mentales, aux établissements privés de participer à des actions de sectorisation psychiatrique moyennant conventions avec des fédérations de secteurs (un ou plusieurs EPS), sur un secteur géographique cette fois-ci plus large d'au moins 200.000 habitants. Il reviendrait alors à l'ensemble de la ressource médicale (psychiatres publics, privés libéraux, omnipraticiens) de participer à l'organisation de la permanence territoriale des soins, à la mise en place de gardes communes, à l'instar de la chirurgie et de l'obstétrique, et de la permanence téléphonique territoriale en direction des usagers.

Comme l'a affirmé Jean-François Mattéi, Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, dans son discours programme du 20 novembre 2002 [« *Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation* »] : « **l'ouverture [de l'Hôpital] et des collaborations, sans distinction de statut, constituent une nécessité** ».

Créer une Commission Territoriale de Psychiatrie et de Santé Mentale, rattachée au Conseil Sanitaire de Secteur (secteur sanitaire) pour les projets médicaux de territoire

Proposition n° II-15

Outil de pilotage prenant en compte le contexte local dans les orientations des politiques de soin, de prévention et de réadaptation, la Commission Territoriale de Psychiatrie et Santé Mentale est une instance de concertation et de coordination qui réunit les acteurs localement impliqués en psychiatrie et santé mentale (Etat, conseil général, académie, justice, sécurité intérieure ...), et a notamment pour mission de préparer et de participer à la construction, avec le nouveau Conseil Sanitaire de Secteur¹², et sous l'autorité de l'ARH, d'un projet médical de territoire cohérent avec une politique coordonnée de prévention, soins et réinsertion en psychiatrie et santé mentale, qui contribue à la mise en œuvre de réels programmes de santé publique, au-delà des seuls aspects sanitaires. On voit bien alors l'intérêt qui s'attache à ce que ce territoire couvre une zone géographique suffisamment large, l'objectif étant d'identifier un territoire commun aux interventions sanitaires et sociales afin de favoriser notamment l'investissement des élus locaux sur la zone territoriale concernée.

Organiser le territoire de santé en y associant l'ensemble des acteurs publics et privés, et en renforçant les coopérations

Proposition n° II-16

¹² cf. Ordonnance de simplification administrative du 10 septembre 2003

Cette organisation fédérative de l'offre de soins en psychiatrie, dans le cadre du territoire de santé sera animée par la **Commission Territoriale de Psychiatrie et Santé Mentale**, que nous venons de mentionner et dont la composition et l'organisation restent à définir. Elle devra représenter l'ensemble des partenaires et disposer d'une capacité suffisante pour pouvoir peser sur les décisions. La Commission, après avoir établi un état des lieux, devra définir et transmettre à l'ARH, dans le cadre d'un véritable projet de territoire, ses objectifs et les moyens dont elle souhaite pouvoir disposer pour améliorer l'offre de soins :

- Ä Par la mise en place obligatoire de conventions tri-partites ARH-EPS-Etablissements privés
- Ä Par l'harmonisation de leurs modalités de fonctionnement (décret)
- Ä Par la promotion des coopérations public/privé (Groupements de Coopération Sanitaire), en y intégrant les praticiens libéraux
- Ä En donnant les moyens d'assurer une continuité de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes présentant une pathologie mentale de longue durée afin de prendre en compte l'évolutivité de leurs besoins.
- Ä Permettant d'élargir le périmètre de planification opérationnelle du système de soins psychiatrique et de le rapprocher des soins somatiques.

La dimension des territoires de santé étant variable (tout comme d'ailleurs le sont les secteurs de psychiatrie), il faut veiller au maintien et à la promotion de la proximité, de l'accessibilité des soins, de la disponibilité des intervenants, et surtout de la continuité des prises en charge au service des patients.

La **Commission Territoriale de Psychiatrie et Santé Mentale** établira un rapport de fonctionnement annuel et un bilan quinquennal de son activité qui seront transmis à l'ARH.

Concernant l'hospitalisation privée, les dispositions réglementaires prévues à l'article 6 de l'ordonnance de simplification sus-mentionnée, devront permettre de :

Moderniser le mode de fonctionnement des établissements privés pour l'adapter aux exigences du service public auxquelles ils pourront être progressivement associées

Proposition n° II-17

Il s'agit d'autoriser les établissements psychiatriques privés à développer au sein de l'hospitalisation à temps complet et à temps partiel, des activités répondant précisément aux besoins reconnus au niveau national et/ou régional (Troubles du comportement alimentaire, adolescents, conduites addictives, suicides, psychogériatrie, soins de suite et de réadaptation, etc.) dans un souci de répartition harmonieuse des tâches entre public et privé. Certaines régions dépourvues d'une offre privée pourront être rééquilibrées afin de maintenir la nécessaire pluralité,

permettant le libre choix du patient à l'intérieur d'un territoire. Sans augmentation de lits dans le secteur public, la dynamique de complémentarité et de coopération public/privé sur un territoire de santé pourrait permettre la prise en charge coordonnée de certains besoins d'hospitalisation jusque là supportés exclusivement par les établissements publics (par exemple, participation, par convention ou dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, à la prise en charge des hospitalisations sous contrainte).

Les perspectives ouvertes par l'ordonnance en termes de coopérations public/privé (Groupements de Coopération Sanitaires - GCS) devraient être utilement complétés par la tarification, dès 2004, de l'activité d'hospitalisation de jour et de nuit en psychiatrie au profit des établissements privés, contribuant ainsi à la diversification des modes de prise en charge en psychiatrie.

Permettre aux établissements privés de développer des alternatives à l'hospitalisation temps plein

Proposition n° II-18

D'autres alternatives pourraient être développées par les GCS constitués entre établissements publics et privés, sous réserve d'une **modification, dans ce sens, de l'Arrêté du 14 mars 1986.**

Mettre en chantier la refonte de l'annexe 23 du décret du 9 mars 1956 donnant agrément aux établissements psychiatriques privés

Proposition n° II-19

La refonte de l'annexe 23 du décret du 9 mars 1956 (« agrément des établissements de santé privés ») viendra compléter ces dispositions réglementaires en regroupant en un seul texte (par exemple l'annexe 23) les dispositions concernant l'ensemble des structures privées contribuant à une prise en charge des pathologies psychiatriques. La nouvelle annexe 23 serait donc constituée par des dispositions générales (s'appliquant à tous les établissements) et par des dispositions spécifiques (concernant les établissements d'hospitalisation à temps complet, les établissements de réadaptation et les structures alternatives) facilitant ainsi les regroupements, conversions et coopération entre les établissements et les structures alternatives, ceux-ci n'appartenant plus qu'à une seule et même annexe.

Cette refonte structurelle implique corrélativement la mise en œuvre d'un **système tarifaire cohérent**, de nature à restaurer les équilibres financiers et permettre des engagements à long terme.

Dans la logique de cette proposition, et pour favoriser l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social sur le territoire sur laquelle nous reviendrons plus loin, nous suggérons :

Permettre aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'être statutairement affectés dans des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés

Proposition n° II-20

(actuellement, cela n'est possible que dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [article 35 loi 2002-2 du 02.01.2002] d'où un « équilibre statutaire » par conventions de mises à disposition).

Prévoir que tous les établissements médico-sociaux aient l'obligation de passer convention avec un établissement de santé, pour l'organisation de leur couverture médicale.

Proposition n° II-21

Cette proposition est susceptible d'être intégrée dans le projet de décret relatif aux autorisations, créations, transformations, extensions d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui sera pris en application de la Loi du 2 janvier 2002 et qui est stratégique dans le domaine du handicap.

2.2. Concilier proximité, qualité et moyens financiers pour une prise en charge psychiatrique plus efficiente

2.2.1. Donner au « CMP-Ressource Territorial » (CMP-RT), le rôle pivot du territoire de santé en psychiatrie et santé mentale

Faire du « Centre Médico-psychologique Ressource Territorial » (CMP-RT), le pivot du dispositif de soins en psychiatrie et santé mentale en précisant les missions des Centres médico-psychologiques (CMP)

Proposition n° II-22

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) sont le pivot du dispositif de soins en psychiatrie (circulaire du 14 Mars 1990) autour duquel s'organisent toutes les actions extra hospitalières, en articulation avec l'hospitalisation temps plein. Ils sont définis comme des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'intervention à domicile (cf. Guide méthodologique de planification en santé mentale). Ils sont considérés comme le premier interlocuteur pour la population, devant être connu de tous et répondent ou orientent toute demande de soins en psychiatrie et santé mentale. Structure alternative la plus représentée (une au moins pour chacun des 800 secteurs) les CMP visent principalement à donner des avis psychiatriques en ambulatoire ainsi qu'à assurer le maintien dans le tissu social.

Le CMP situé au coeur du tissu social doit donc être considéré comme la structure articulant le dispositif de soins en psychiatrie : lieu où toute demande en ce domaine est reconnue et prise en charge par une équipe pluri-professionnelle dans le cadre d'une relation le plus souvent individuelle, son fonctionnement doit admettre comme élément fondamental la nécessité d'un partenariat avec tous les acteurs des champs sanitaire et social pouvant intervenir dans le déroulement de la prise en charge du patient.

Encore trop peu connu de la population générale, le CMP garde encore aujourd'hui une image manquant de visibilité, qui nuit à sa fréquentation. Le partenariat avec le secteur social n'est pas assez développé, le lien entre le CMP et l'hôpital général trop peu affirmé, la collaboration avec le secteur privé, le secteur associatif et les médecins généralistes bien trop souvent embryonnaire voire inexistante. Concernant la structure elle-même, les objectifs du CMP ne sont pas toujours clairement exprimés. Le fonctionnement du CMP est souvent considéré comme trop institutionnel, voire défensif, entraînant un poids administratif préjudiciable à sa dynamique et une circulation de l'information pénalisée.

Notre proposition consiste à :

Définir, au sein de chaque territoire de santé, un CMP coordonnateur qui assurera le rôle de « Centre Médico-Psychologique Ressource Territorial » (CMP-RT)

Proposition n° II-23

Le « Centre Médico-Psychologique - Ressource Territorial » (CMP-RT), sera en lien avec l'ensemble des CMP adultes et infanto-juvéniles, et s'appuiera sur le partenariat des psychiatres libéraux locaux, des structures associatives et des établissements privés, grâce à une organisation fonctionnelle et communicante, avec un objectif permettant l'ouverture 6 jours sur 7, d'au moins une structure de consultation par territoire. Les heures de fermeture seraient suppléées au sein du réseau territorial, par la mise en place d'astreintes et de transferts d'appels téléphoniques.

Tout en assurant une meilleure couverture des besoins du territoire de santé et des exigences de qualité-proximité-disponibilité-continuité, ce dispositif permettra de développer une présence plus active auprès des acteurs sociaux et des usagers (et de leurs familles), en assurant une mission d'information en direction de la population (dans le bulletin municipal, dans les structures scolaires, dans la presse locale...). Il fera participer tous les partenaires médicaux, sociaux, usagers, familles, et le grand public (opérations portes ouvertes) aux différents projets de maintien ou de réinsertion sociale, et mettra en place des **articulations concrètes avec le secteur privé, le secteur associatif, l'hôpital général et les médecins généralistes dans le cadre d'un réseau de santé** (conventions, actions conjointes, suivi de patients dans le cadre de projets de soins communs).

2.2.2. Soutenir l'effort de rapprochement des unités d'hospitalisation dans la cité, et faire respecter le niveau requis de qualité et de sécurité dans l'accueil psychiatrique

Rapprocher les unités d'hospitalisation éloignées de la population qu'elles desservent

Proposition n° II-24

Sur le plan qualitatif, au-delà de la nécessaire diversification des prises en charge, **l'objectif d'accessibilité des soins implique le rapprochement des unités d'hospitalisation éloignées de la population qu'elles desservent**, tout en veillant à ne plus créer des unités d'hospitalisation isolées qui ne permettent pas d'organiser efficacement la permanence des soins. Le transfert de la psychiatrie à l'hôpital général, justifié par le besoin de rapprochement avec le somatique, a trouvé ses limites, à la fois par un sous-équipement en personnel et par une disposition architecturale souvent inadaptée aux besoins des patients. La réflexion sur l'architecture des lieux d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie est une réelle nécessité.

L'objectif de qualité des soins visera à **garantir la qualité des conditions d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie**. Ces deux priorités impliquent un soutien à l'investissement volontariste de la part des ARH, dans le cadre de l'élaboration des programmes pluriannuels régionaux d'investissement (PPRI), de la mise en œuvre des schémas régionaux et de la négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

Poursuivre l'adaptation quantitative et qualitative de l'hospitalisation complète en renforçant si nécessaire les secteurs les moins équipés en psychiatrie générale pour lever la pression actuelle sur les lits, et améliorer les conditions d'hospitalisation

Proposition n° II-25

Si l'augmentation des capacités d'hospitalisation est prioritaire en psychiatrie infanto-juvénile, l'appréhension de cette question en psychiatrie générale appelle avant tout une adaptation qualitative de l'offre. Il s'agit de renforcer prioritairement les secteurs les moins équipés en portant l'accent sur le développement des alternatives à l'hospitalisation, la psychiatrie de liaison et le travail en réseau. Cette priorité est d'ailleurs un axe fort de l'ensemble des schémas régionaux d'organisation de la psychiatrie, et depuis 2001, l'effort budgétaire des ARH a permis de créer 1477 places alternatives à l'hospitalisation et d'augmenter le nombre de CMP, de CATT et d'hôpitaux de jour. L'objectif à l'horizon 2007 est de continuer le développement des alternatives à l'hospitalisation, par la poursuite prioritaire du redéploiement des structures hospitalières excédentaires en nombre de lits temps plein.

Garantir la qualité des conditions d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie

Proposition n° II-26

Les résultats de l'enquête HID (Handicaps Incapacité Dépendance) effectuée par l'INSEE à la demande du Ministère de la Santé a concerné des personnes recevant des soins dans les établissements de soins psychiatriques (CHS, HPP, cliniques, foyers de post-cure). Ces établissements ont été comparés à quatre groupes d'établissements pour enfants handicapés, adultes handicapés, long séjour, établissements d'hébergement pour personnes âgées. L'étude a porté sur les conditions hôtelières au sens large, et a montré que ce sont les EPS qui présentaient la situation la plus préoccupante. Dans les EPS, une personne sur deux est encore installée dans une chambre à plusieurs lits, - 5 % sont encore logées en dortoirs - alors que, dans les établissements recevant des adultes, ce pourcentage ne concerne que 28 % des personnes hospitalisées. Seulement 19 % d'entre elles disposent, en EPS, d'une salle de bains ou d'une douche dans leur chambre, alors qu'elles sont 50 % en clinique à en bénéficier. Les mêmes proportions se retrouvent pour la présence de toilettes dans les chambres, la disposition de la télévision et du téléphone. Les résultats de cette enquête effectuée en 1998, - qui n'a pas étudié les unités de psychiatrie à l'hôpital général - sont représentatifs de la situation préoccupante de l'hébergement en psychiatrie et

de l'énorme effort qu'il reste à accomplir pour remettre à niveau les conditions d'hébergement de plus de ¾ des services de psychiatrie situés dans les EPS. L'accent doit impérativement être porté sur la qualité des conditions d'accueil et d'hébergement. Aussi, le **soutien à l'investissement impulsé dans le cadre du plan Hôpital 2007** doit contribuer à rattraper un retard parfois inacceptable en ce domaine et dénoncé systématiquement par les rapports successifs sur la psychiatrie et la santé mentale. La mission fait le souhait que les Agences Régionales de l'Hospitalisation, la mission MAINH et le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées aient su dans le cadre de la définition des ORPI¹³ accorder prioritairement à la psychiatrie les moyens que nécessitent l'indispensable « humanisation » de ses lieux d'hospitalisation, publics comme privés. Le développement des structures intersectorielles, à l'intérieur de l'hôpital public, non comme mode de prise en charge par pathologies, mais comme solution à une nécessaire diversification/spécialisation de l'offre et à une meilleure qualité des soins, nous paraît très opportune.

2.2.3. Garantir la permanence de l'offre de soins et une réponse systématique et adaptée à l'urgence psychiatrique

Renforcer le dispositif d'urgence de première ligne

Proposition n° II-27

Le dispositif d'urgence de première ligne, avec des médecins généralistes de garde, effectuant des visites à domicile et disposant de maisons médicales ouvertes de 20 h à 24 h, nous semble pouvoir répondre en première intention à la demande de beaucoup de ceux qui présentent des troubles psychiatriques, avant de les diriger, le cas échéant, vers le système spécialisé : urgence SAU, unité intersectorielle d'admission (UIA), CMP-Ressource Territorial (CMPRT), à travers son coordinateur pour conseil et/ou orientation vers une consultation spécialisée dans le service public ou en libéral. Cependant, le constat actuel est que les services hospitaliers des urgences sont débordés par l'augmentation toujours plus grande des vraies urgences, mais aussi par des pathologies non urgentes (au sens de détresse vitale) relevant de la médecine de ville, 30 % des consultants n'ayant pas de médecin de référence. Parmi ces patients, un tiers d'entre eux pourraient trouver réponse auprès de la médecine de première ligne, pour peu que celle-ci renforce son propre système de permanence des soins et son maillage avec l'offre de soins psychiatriques.

L'objectif est de faire venir vers la médecine de ville « pivot du système de soins », les patients qui s'adressent habituellement aux urgences de

¹³ Objectifs Régionaux des Projets d'Investissement

l'hôpital pour des troubles psychologiques ou psychiatriques dont la véritable urgence est, sinon absente, du moins « différable ».

Cela permettrait de désencombrer ainsi les services d'urgences hospitaliers, mais aussi de ne pas créer une structure d'accueil de plus, tout en offrant aux patients un service médical rendu plus efficace, et en luttant contre la logique du « tout, tout de suite, tout le temps ».

En ce qui concerne les permanences de psychiatres sur place, nous posons la question de l'opportunité d'une permanence sur place la nuit dans les établissements de petite taille, dans la mesure où elles consomment un temps médical important. Une permanence opérationnelle H24 moins lourde, avec permanence sur place le jour et astreinte à domicile la nuit, sous réserve de pouvoir intervenir dans un délai raisonnable (moins d'un quart d'heure), ne serait pas moins efficace.

Nous proposons de :

Réorganiser la permanence des soins de première ligne sur le territoire, en constituant une régulation médicale de ville auprès du Centre 15 départemental, en relation avec les CMP-Ressource Territoriaux, pour répondre aux demandes urgentes de soins psychiatriques

Proposition n° II-28

- Ä** Le Centre 15, seule structure légale permettant la suppression des numéros de téléphone des services de garde actuels, organise la régulation médicale après pré tri rapide par les PARM¹⁴ de tous les appels venant des patients du département, et la prise en charge des appels par le régulateur SAMU et/ou par le régulateur médecin de ville qui décide des moyens les plus adaptés pour réponse à l'appel. Pour cette mission de service public, les médecins de ville ont le statut d'attaché des hôpitaux.
- Ä** La création du SAMI¹⁵ (Service d'Accueil Médical Initial) viendrait compléter le dispositif : c'est un lieu d'accueil sécurisé pour une commune ou un groupe de communes, ouvert en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux et équipé comme un cabinet standard de médecin généraliste, le patient venant de sa propre initiative, ou sur les indications du régulateur du Centre 15¹⁶.
- Ä** Dans le cas où les troubles survenus à domicile rendent nécessaire un dispositif d'intervention plus lourd, il sera fait appel au SAMU, en appui du dispositif territorial, selon des modes d'intervention gradués.
- Ä** Le partenariat de tous les acteurs (Etat, Collectivités locales, CPAM, CRAM, Conseil Général, Conseil Départemental de l'Ordre) sera contractualisé ainsi que la participation des médecins au fonctionnement du SAMI.

¹⁴ Personnel d'Assistance à la Régulation Médicale

¹⁵ dont le fonctionnement est déjà testé dans plusieurs départements avec succès, notamment dans le Val de Marne

¹⁶ Nous attirons l'attention des services de la DHOS sur cette proposition dans le cadre des travaux qu'elle mène en ce moment sur l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

Ä Une convention devra obligatoirement être passée avec le dispositif du CMP-Ressource Territorial (CMPRT) pour les demandes de soins psychiatriques.

Favoriser l'inscription dans une démarche de soins par l'amélioration de la prise en charge des urgences et de l'aigu en psychiatrie.

Proposition n° II-29

Le premier contact avec les urgences hospitalières ou le dispositif spécialisé en psychiatrie, en situation de trouble aigu ou d'urgence, est déterminant pour l'inscription dans la démarche de soins, l'accessibilité et la continuité des soins. C'est pourquoi la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences a fixé notamment pour objectif d'assurer une prise en charge de qualité aux urgences, dans le domaine de la psychiatrie. Celle-ci repose, d'une part, sur une fonction d'accueil et d'orientation, et, d'autre part, de prise en charge de très courte durée dans des lits individualisés au sein ou à proximité des urgences, pour les pathologies qui ne nécessitent pas d'emblée une hospitalisation en service spécialisé. Quand une hospitalisation est nécessaire en psychiatrie et que le patient est réticent aux soins, l'application du **protocole « de 72 heures¹⁷ »** le conduira vers une **unité intersectorielle d'admission quand elle existe, ou vers son unité d'hospitalisation sectorielle.**

Le passage en service d'urgences ne devrait, en fait, constituer qu'un recours ultime au sein d'un dispositif global et gradué de prise en charge de l'urgence et de l'aigu, utilisant en amont et en aval des urgences hospitalières, toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de détection des troubles, dans le cadre d'un fonctionnement en réseau. Il convient, d'autre part, d'améliorer la réponse des équipes de secteur aux demandes de soins non programmées en ambulatoire dans des délais rapides (avec mise à disposition d'au moins un temps de consultation urgente par jour et par CMP), et, le cas échéant dans le cadre de l'intervention à domicile d'une équipe mobile.

Répondre aux besoins aigus par la création d'unités intersectorielles d'accueil (U.I.A.) et l'application du protocole de soins dit « des 72 heures »

Proposition n° II-30

Il est préconisé, en cas d'opposition aux soins d'une personne présentant des troubles psychiatriques bien identifiés, et nécessitant des soins constants et immédiats, d'instituer une **période d'observation, que la mission souhaite de 72 heures au maximum**, initiée par la demande d'un tiers, ou en son absence par l'avis d'un médecin et par un certificat médical circonstancié rédigé par un psychiatre. Cette période de 72 heures maximum, d'observation et de traitement, sera utilisée pour tenter d'obtenir le consentement aux soins du malade afin d'éviter de recourir à une mesure d'hospitalisation sans consentement. La situation juridique des patients bénéficiant du protocole dit des 72 heures devra être précisée, puisque

¹⁷ Cf. proposition suivante

l'on peut le considérer **comme une suspension de la mesure d'H.D.T. en attente du consentement.**

Le protocole dit des 72 heures ne nous paraît évidemment pas adapté pour répondre à une demande de soins secondaire à une souffrance psychique se situant hors du champ psychiatrique, et pour laquelle le dispositif de première ligne serait beaucoup plus adéquat.

L'unité où peut se réaliser le protocole de 72 heures ne peut être une nouvelle structure hospitalière. La tension démographique des professions médicales et infirmières ne permettra pas de faire fonctionner un nouveau dispositif venant s'ajouter au dispositif psychiatrique des S.A.U. et à celui de l'hospitalisation à temps complet. Par ailleurs cette unité doit être distincte du dispositif psychiatrique du S.A.U. afin d'éviter l'amplification d'un « urgentisme » déjà préoccupant en psychiatrie. L'hôpital d'accueil des patients par son dispositif associant compétence médicale et paramédicale et par sa disponibilité 24 heures sur 24, 365 jours par an, doit être le centre de référence chaque fois que sa situation géographique le permettra. C'est dans cet hôpital que devrait se situer l'Unité Intersectorielle d'Admission (U.I.A.), qui prendra en charge notamment les patients bénéficiant du protocole de 72 heures : ainsi sera évité un dispositif en millefeuille, consommateur de temps et d'énergie. Il paraît possible, quand le dispositif hospitalier ne dispose pas d'U.I.A., que le protocole des 72 heures puisse s'appliquer dans toute unité de psychiatrie générale, publique ou privée, permettant un accueil adapté sur le plan technique et hôtelier.

L'U.I.A. devrait disposer, en moyenne, de 18 lits pour 3 ou 4 secteurs, soit pour 200 à 300.000 habitants. Les patients y sont admis à la demande du S.A.U. ou d'une Unité de Proximité après qu'un bilan somatique ait été effectué, mais elle reçoit également l'ensemble des patients adressés par les différents correspondants des secteurs ou du territoire. L'U.I.A. observe, traite, puis oriente soit vers une unité de psychiatrie générale, soit vers une unité intersectorielle spécialisée, soit vers l'hospitalisation privée si le patient en fait la demande. Il ne s'agit pas bien sûr de découper le fait psychopathologique en de multiples sous catégories mais de donner aux patients, dans un contexte citoyen, des soins de qualité, spécialisés et adaptés. Certaines manifestations aiguës ou liées à une rupture thérapeutique pourront d'ailleurs être prises en charge en totalité par cette unité d'admission, pour une durée qui ne devrait pas, sauf exception, dépasser une semaine. La question de l'examen somatique ne se pose pas spécifiquement pour les patients sous protocole dit de 72 heures, puisqu'ils sont très majoritairement passés par les urgences. Quoiqu'il en soit, chaque structure devra, le cas échéant, passer une convention de relais avec une structure de soins somatique si l'hôpital ne dispose pas de ressources propres. L'admission directe des patients, sans passer par une UIA, reste opportune pour autant qu'elle réponde à un accord en amont de la décision d'hospitalisation.

2.2.4. Garantir la continuité des soins et de l'accompagnement social par des alternatives à l'hospitalisation, la mise en place de systèmes coordonnés et la mobilisation utile à la réinsertion

Le processus de désinstitutionnalisation est loin d'être terminé en France : dans l'enquête HID (Handicaps Incapacité Dépendance), déjà citée, 23% des personnes hospitalisées dans les EPS, (25% en PSPH) y étaient hospitalisées depuis plus de 5 ans, et 19% de 1 à 5 ans, un jour donné. Des enquêtes sur la population des personnes hospitalisées au moins une année montrent qu'un certain nombre de ces personnes sont considérées par les soignants comme ne relevant pas d'une hospitalisation mais de soins dans des structures alternatives, où il n'y a pas de places disponibles.

Le suivi de l'enquête HID (1998-2000) a par ailleurs montré que les flux entre le médicosocial et les établissements psychiatriques sont bidirectionnels à savoir que chaque année de nombreux patients quittent l'hôpital vers le médicosocial mais qu'inversement des personnes du médicosocial se retrouvent à l'hôpital, en particulier celles qui étaient antérieurement en établissement pour enfants handicapés. Un nombre non négligeable de personnes adultes, qui avaient été adressées dans le médicosocial, doivent être réhospitalisées, cet univers n'étant pas adapté à leurs besoins.

Enfin on remarque qu'un certain nombre de personnes de moins de 50 ans quittent l'hôpital pour des maisons de retraite, même si ce phénomène est moins important que par le passé

Tous ces éléments démontrent des dysfonctionnements importants et un manque évident d'alternatives à l'hospitalisation qui correspondent pourtant aux besoins de ces patients.

Enfin l'enquête démontre que, malgré tous les efforts des équipes, un certain pourcentage de patients, relativement jeunes, présente un état qui nécessite des hospitalisations prolongées, et constitue, en quelque sorte, une population de « nouveaux chroniques » pour lesquels il convient de mettre en place des conditions d'hospitalisation adaptées à cette durée.

La mission recommande donc de :

Procéder à une évaluation par région, annuelle et chiffrée du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie séjournant depuis plus d'un an et dont l'hospitalisation ne répond pas à un objectif thérapeutique

Proposition n° II-31

Ce chiffre devra être résorbé sur 5 ans par tranche de 20% grâce aux mesures que nous préconisons ci-dessous :

Poursuivre l'accompagnement de la diversification des modes de prise en charge au profit du développement des alternatives et des actions en amont et en aval de l'hospitalisation

Proposition n° II-32

Depuis 2001, l'accompagnement de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie figure parmi les priorités incluses dans la dotation de santé publique des circulaires budgétaires concernant les établissements de santé publics et participant au service public hospitalier. L'objectif est de favoriser une offre de soins diversifiée, graduée et coordonnée, en portant l'accent sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation et d'assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire et par là une meilleure adéquation aux besoins de la population.

Les structures d'alternatives à l'hospitalisation doivent être développées pour permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge adaptée et de qualité, et pour favoriser le décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, et entre le sanitaire et le social. Actuellement, les structures alternatives ne peuvent être créées qu'en substitution de l'hospitalisation traditionnelle, et selon des conditions de réduction de moyens pénalisantes.

Avec l'Ordonnance de simplification administrative¹⁸, l'A.R.H. pourra autoriser la création *ex nihilo* de places d'alternatives à l'hospitalisation, si le projet est conforme aux besoins de santé définis par le Territoire et validés par le S.R.O.S.

Créer des Maisons d'Accueil Spécialisées de petite taille

Proposition n° II-33

La transformation sur site du dispositif d'hospitalisation en psychiatrie par des MAS, en dehors de petites structures ne devant pas dépasser 25 lits, n'est pas conforme à un vrai projet de désinstitutionnalisation.

Cette norme devra être introduite par voie réglementaire.

Développer le travail en réseau

Proposition n° II-34

Un réseau « secondaire » se donne donc pour objectif de réunir les différents partenaires de la psychiatrie et de mieux les ouvrir à la demande de soins, telle qu'elle s'exprime au travers d'autres professionnels, notamment libéraux, mais également des partenaires du champ social, et des usagers.

C'est à partir d'une évaluation objective des demandes et des dysfonctionnements repérés dans l'offre de soins que doit être revue, sur une zone donnée, l'organisation des circuits de soins et d'accompagnement social. C'est avec l'ensemble des professionnels intervenant dans ces circuits de soins que doivent être élaborées des solutions aux problèmes réels posés à la psychiatrie et à la

¹⁸ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. JO du 8 septembre 2003.

santé mentale. C'est avec eux, en particulier, que doivent être mises en oeuvre de nouvelles organisations de soins, qui soient capables de répondre :

- Ä à la nécessité d'interventions plus précoces des spécialistes pour améliorer le suivi par le médecin généraliste,
- Ä aux demandes des partenaires du champ social, par une réponse mutualisée des secteurs de psychiatrie,
- Ä aux demandes d'avis spécialisés et à une mise en réseau dans le cadre du territoire, pour tout ce qui concerne le suivi des sujets âgés

De même pourra être mis en place le maillage des différents intervenants concernés par la prise en charge des jeunes en difficulté.

Au-delà du nécessaire développement d'un travail multidisciplinaire en réseau :

Favoriser, par l'investissement et/ou l'aide au fonctionnement à moyen et long terme, le regroupement de professionnels de santé sous les différentes formes juridiques déjà connues en France ou des formes juridiques nouvelles à créer (Groupement de coopération sanitaire, par exemple)

Proposition n° II-35

Prévoir l'articulation des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux (handicap, personnes âgées) avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire

Proposition n° II-36

Favoriser l'organisation des relations avec les autres disciplines médicales mais également l'articulation avec les services concernés de l'Education Nationale, les services de gestion des logements sociaux.

Proposition n° II-37

Nous rappelons que la présence de psychiatres et pédopsychiatres dans les différentes commissions départementales (justice, emploi, logement) n'a de sens véritable que dans le cadre d'un travail préalable aux séances des commissions. Pour être assuré que cette vision collégiale et pluridisciplinaire existe, il y a lieu de la traduire explicitement dans la composition de chaque instance, composition qui reflète les attentes et les représentations des pouvoirs publics quant à la manière dont les choses doivent être menées.

Favoriser un cadre partenarial équilibré pour la promotion d'actions en réseaux entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

Proposition n° II-38

- Ä **en assurant la présence départementale des associations d'usagers et de familles et leur soutien financier** par les pouvoirs publics : leur présence dans chacun des départements apparaît indispensable à l'avancement du travail partenarial avec les professionnels de la psychiatrie.

- Ä en visant l'interdépendance équilibrée des acteurs et la réciprocité des services rendus pour favoriser leur synergie.** Il ne paraît pas équilibré de demander aux secteurs de psychiatrie adulte et infanto juvénile de répondre aux sollicitations des établissements sociaux et médico-sociaux, comme dans la majorité des SROSS, sans prévoir réglementairement que lesdits établissements médico-sociaux aient obligation de passer convention avec un établissement de santé, pour l'organisation de leur couverture médicale (il convient de prévoir cette disposition dans le projet de décret relatif aux autorisations, créations, transformations, extensions d'établissements et services sociaux et médico-sociaux, en application de la Loi du 2.01.2002). En effet, et dans nombre de structures, la réalisation systématique d'un bilan pluridisciplinaire d'admission n'est pas garantie, de même qu'un bilan annuel, et encore moins une couverture médicale graduée et garantie dans la durée. La réciprocité des services qui passe par la qualité des modalités de suivi voire de (ré)hospitalisation (vu du côté médico-social), l'obtention de places en aval et un filtrage pertinent des demandes (vu du côté sanitaire), impose de facto une obligation d'organisation entre les partenaires des deux secteurs.
- Ä Favoriser l'intégration des psychiatres exerçant dans le secteur médico-social** en proportion significative dans les diverses commissions qui orientent les patients et les moyens, non seulement du secteur médico-social, mais aussi de la psychiatrie en général. Il serait souhaitable d'assurer leur présence dans les CDES, les COTOREP, les CROSS, les structures Handiscol, etc., en vue de protéger la qualité d'un secteur associatif où sont suivis beaucoup de malades et où sont *in fine* dirigés beaucoup d'autres venant des diverses modalités d'exercice de la psychiatrie.
- Ä Rendre obligatoire un contrat pluriannuel local de développement de la politique relative à la psychiatrie et à la santé mentale** passé entre préfet, directeur de l'ARH, président du conseil général, recteur d'académie et autres acteurs finançant des structures ou actions de santé mentale. Ce contrat vise à asseoir juridiquement les engagements financiers des différentes parties prenantes à la politique de psychiatrie et de santé mentale au plan local dans le but notamment de développer la prévention et de favoriser la continuité des prises en charge sanitaire et sociale. Les aspects de prévention, qui reposent également sur des acteurs du champ éducatif ou social, devraient constituer un volet majeur de ce contrat rendu obligatoire.

2.2.5. Multiplier les partenariats avec les acteurs directs et indirects, afin d'organiser une complémentarité indispensable dans le cas des personnes atteintes d'un handicap psychique

Les maladies psychiatriques les plus graves sont encore, malgré les progrès thérapeutiques réalisés depuis quelques années, invalidantes et handicapantes.

Les équipes de psychiatrie, dans le cadre du dispositif sectoriel, ont toujours été conscientes qu'à un certain degré de gravité de la maladie, les soins et l'assistance étaient liés. Ces équipes ont mis en place de nombreux dispositifs, ingénieux et performants, associant ces deux axes. Le problème a toujours été l'absence de relais social de ces dispositifs thérapeutiques. Par ailleurs, la fermeture de plus de cinquante mille lits en psychiatrie a conduit à une fragilisation du statut des malades les plus gravement atteints et ce, faute de création de structures adéquates.

La loi de 1975 ne comportait aucune définition du handicap ou de la personne handicapée. En revanche, son article premier (l'article originel comme celui résultant de la loi du 17 janvier 2002) fait référence à plusieurs catégories de personnes handicapées ainsi dénommées : « mineur et adulte handicapé physique, sensoriel ou mental ».

Les associations de personnes handicapées en raison de troubles psychiques et leurs familles demandent que la future loi désigne en outre les **personnes handicapées psychiques**, dont le handicap apparaît spécifique, et non compris dans le terme de « mental » que l'usage a réservé aux handicaps résultant de la déficience intellectuelle. Il importe en effet que ces formes de handicap, fréquentes et graves, soient désormais mieux reconnues, et à cet égard le fait de « nommer » dans la loi est important.

Cependant, il apparaît aussi que la logique d'une énumération visant à n'oublier personne, bien légitime, peut conduire, paradoxalement, à un résultat contraire : en effet, au delà de la dualité physique/mental, plus on précise la liste, plus on risque d'exclure des catégories de personnes handicapées. La loi renvoie aujourd'hui la question de la définition du « handicap » et du « handicapé » aux commissions chargées d'examiner la situation des personnes et de déterminer leurs droits aux prestations prévues pour les personnes handicapées, confondant ainsi personne handicapée et ayant-droit du système spécifique. En définitive, c'est le règlement instituant les méthodes et les outils d'accès au droit spécifique (actuellement le guide barème du handicap) qui définit l'objet de la loi. Si l'option de définir le handicap dans la loi était retenue (cela est encore en débat), il conviendrait de proposer une définition qui s'inscrive dans la ligne des concepts partagés au plan international. Le handicap psychique y serait défini, comme les autres types de handicap, selon ces concepts internationaux.

Nous proposons la définition suivante :

« Constitue un handicap au sens de la présente loi, le fait de se trouver durablement entravé dans l'accomplissement de certains actes de la vie quotidienne ou dans sa vie sociale, scolaire, ou professionnelle, en raison de l'altération de structures ou de fonctions physiques, sensorielles, cognitives ou psychiques, que l'origine en soit la maladie, un traumatisme, une anomalie congénitale ou un trouble du développement de l'enfance ».

La notion de handicap psychique, qui n'est pas significative d'un état fixé et déterminé, mais la conséquence d'un moment de la maladie où doit être prise en

compte, au-delà des processus pathologiques, la situation du patient (mais aussi du sujet), devrait amener un changement de perspective pour les structures d'accompagnement. Il y a un travail sur le lien à permettre et une coordination à provoquer. Cela se fera d'autant plus clairement que le langage sera partagé avec les autres partenaires, familles, patients, associations, chacun devant trouver sa place au service de la personne (dans la limite de son propre potentiel d'assistance).

Pour favoriser l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes handicapées en raison de troubles psychiques, nous recommandons les actions suivantes :

Améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'un handicap psychique : de l'attente d'un statut et d'une place à celle d'un accompagnement gradué et décloisonné, d'un « parcours de vie »

Proposition n° II-39

Une nouvelle perspective d'élaboration personnalisée de « parcours de vie » se dessine pour la personne handicapée, notamment dans le cadre des restructurations hospitalières, des Groupements de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS) prévus par la loi n°2-2002 du 2 janvier 2002, voire d'une nouvelle personne morale publique comme l'Etablissement Public Social et Médico-Social. Dépassant les représentations et les positions d'hier, cette perspective se traduit par la mise en place de « filières du handicap », s'appuyant sur la coopération pluridisciplinaire des acteurs, publics et privés, sanitaires et médico-sociaux, associatifs et institutionnels.

De telles filières ont vocation à répondre à l'inadéquation dans les prises en charge du handicap. Elles permettent la mise en œuvre concrète des principes d'accessibilité et de libre choix de la personne handicapée, tant par l'organisation d'un passage fluide entre établissements sanitaires, structures médico-sociales et domicile, que par la mise en place de permanences téléphoniques locales. Alliant dynamisme associatif et solidité institutionnelle, elles offrent en outre des perspectives de carrière, renouvelées et valorisées, à des professions soignantes et socio-éducatives particulièrement exposées au « burn-out » et dont la démographie est pour certaines en crise.

Organiser l'articulation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité de vie des malades présentant des pathologies psychiatriques sévères et invalidantes

Proposition n° II-40

La loi de 1975 sur le handicap, malgré les avancées qu'elle apportait en termes de désaliénation sociale, a été perçue par la majorité des psychiatres comme une nouvelle stigmatisation. Ce quiproquo originel a empêché une réflexion clinique sur la notion de handicap et la prise en compte de tous les effets invalidants et handicapants des pathologies psychiatriques les plus sévères, en termes de logement, de ressources financières, de socialisation, d'insertion professionnelle.

C'est notamment le cas pour les personnes atteintes d'un handicap psychique qui ne présentent pas de déficience intellectuelle mais subissent les variations imprévisibles de leurs troubles. S'appuyant sur le constat (réalisé depuis plus de trente ans par les associations de familles ou d'usagers, Unafam, Fnapsy, etc.) d'une absence de relais social pour les dispositifs thérapeutiques et d'un déficit d'accompagnement dans la vie quotidienne des personnes atteintes de ces pathologies, la signature du Livre Blanc de la Santé Mentale en juin 2001 a marqué en cela un changement culturel et stratégique profond dans l'histoire de la psychiatrie de notre pays, et le début d'un partenariat entre familles, patients, soignants et associations d'usagers. Ni alternative ni activité concurrente de la psychiatrie, la santé mentale est à celle-ci ce que la santé est à la discipline médicale, une préoccupation qui prend en compte autant la dimension de patient que celle de citoyen.

Dans le cadre de ce nouveau partenariat, l'articulation sanitaire et sociale doit permettre de mieux reconnaître le handicap, en prévoyant la compensation à apporter à la personne pour qu'elle puisse conquérir une autonomie et une place dans la cité.

Nos recommandations sont les suivantes :

Revoir les méthodes et outils d'évaluation du handicap

Proposition n° II-41

L'évaluation des handicaps des personnes qui s'adressent aux commissions (CDES et COTOREP) pour recevoir de l'aide, est référée actuellement au « guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées » qui comporte un chapitre sur les déficiences psychiques. L'introduction de ce guide-barème, ainsi que le chapitre consacré aux déficiences viscérales, vient d'être modifié pour une approche plus précise et plus complète de la situation réelle des personnes handicapées en raison d'une maladie somatique chronique. Il conviendra, dans le même esprit, de revoir les méthodes et les outils de l'évaluation des handicaps, et de concevoir des outils d'aide à la décision concernant l'accès aux prestations spécifiques (RQTH, allocations compensatrices, orientation vers des établissements ou services...) prenant en considération la situation particulière des personnes handicapées en raison de troubles psychiques.

Améliorer l'accueil et le fonctionnement des COTOREP (ou du futur dispositif d'évaluation et d'orientation)

Proposition n° II-42

Pour les personnes souffrant de troubles psychiques et leur entourage, reconnaître le handicap, même majeur, et demander de l'aide dans les dispositifs destinés aux personnes handicapées est une démarche difficile.

Il importe particulièrement pour ces personnes que la réforme du dispositif d'évaluation et d'orientation (COTOREP actuelles) apporte un développement de la fonction d'écoute, de conseil et d'aide à l'élaboration d'un plan d'aide qui fasse appel aux organismes de la cité, puis aux organismes spécifiques en tant que de besoin. Les acteurs de santé mentale seront des partenaires indispensables de ce dispositif rénové.

Promouvoir les actions communautaires dans les milieux de vie (école, entreprise, quartier)

Proposition n° II-43

L'objectif visé est d'accroître l'acceptabilité des personnes handicapées en raison de troubles mentaux en soutenant les initiatives des associations.

Améliorer la prise en charge des malades atteints de psychoses invalidantes

Proposition n° II-44

Ces malades souffrent, dans notre pays, du faible développement des thérapeutiques de réhabilitation psychosociale, et de l'étanchéité des systèmes sanitaire et social pour la mise en œuvre des suppléances nécessaires dans la vie quotidienne.

Améliorer la transition entre la prise en charge en milieu psychiatrique et l'insertion en milieu de vie ordinaire en favorisant les projets innovants sur le versant social

Proposition n° II-45

Elaborer un guide de planification et de programmation du médicosocial dans le champ de la santé mentale

Proposition n° II-46

Le développement d'une offre de services et de structures pour l'accompagnement, l'accueil, le logement, le travail adapté, destinée à des personnes handicapées en raison de troubles psychiques (de tous âges) n'est pas seulement une question de moyens financiers. C'est aussi une question de méthode, de savoir-faire, d'émulation et de rencontres entre les décideurs, les professionnels et les associations d'usagers et parfois des bénévoles. Plusieurs départements se sont engagés dans cette construction, mais la majorité reste encore en retrait, et au plan national, l'insuffisance de réponse aux besoins est préoccupante. Il convient de mobiliser les DRASS, ARH, DDASS, aussi bien que les conseils généraux pour une action conjuguée, en utilisant tous les leviers de la planification et de la programmation dans le champ sanitaire et médico-social (notamment les schémas sanitaires et sociaux, les programmes nationaux et départementaux en faveur des personnes handicapées, la restructuration des établissements hospitaliers) et toute la palette du médico-social.

A cet effet, il est proposé **l'élaboration d'un guide, à l'usage des collectivités territoriales et des organismes concernés** (aussi bien les services de l'Etat que

les conseils généraux, notamment). Ce guide pourrait s'inspirer de deux précédents, le guide méthodologique de planification en santé mentale (1987) et le guide de création de structures médico-sociales par des établissements psychiatriques (2001), en focalisant sur la construction d'une offre sociale et médico-sociale articulée avec le système de soins. La prise en compte des données générées par les DIMRE¹⁹, relatives au suivi des personnes hospitalisées plus d'un an, devra être confiée aux travaux de ces commissions.

Elargir le champ de la mission nationale d'appui en santé mentale à l'articulation avec le dispositif médico-social

Proposition n° II-47

Le développement de l'offre médico-sociale pour les personnes handicapées psychiques et la mise en oeuvre du guide visés ci dessus ne se feront d'une manière harmonieuse sur l'ensemble du territoire que si des moyens d'animation et de conseil des acteurs locaux sont mis à disposition des services de l'Etat et des conseils généraux. Il serait utile que DGS, DHOS et DGAS fassent appel au concours et à l'expérience de la mission d'appui en santé mentale, en la chargeant de l'expertise et du conseil pour l'articulation du système de santé mentale avec le dispositif médico-social, et le cas échéant, la création par les établissements hospitaliers de services et structures médico-sociales (en favorisant les modes les plus adaptés à cette population). Par ailleurs, les collectivités territoriales pourraient aussi utilement recourir à son conseil.

Développer une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie de manière inadéquate

Proposition n° II-48

On estime que ces personnes occupent, un jour donné, 26% des lits d'hospitalisation complète en psychiatrie. Une telle action permettrait d'une part, de mieux répondre aux besoins de ces patients, et d'autre part, de diminuer la pression actuelle sur les lits en psychiatrie. Dans le même temps, l'appui de la psychiatrie aux structures sociales et médico-sociales ainsi créées doit être garanti tant pour ce qui concerne le soutien des patients pris en charge que celui des professionnels.

De nombreux établissements de santé ont d'ores et déjà été promoteurs de ce type de projets, mais ceux-ci ont souvent donné lieu au transfert intégral des moyens du champ sanitaire (et donc à des suppressions de lits) vers le médico-social. La transformation de lits en places de maison d'accueil spécialisée (M.A.S.) est particulièrement inopportune et recouvre en fait plus une démedicalisation des soins donnés aux pathologies les plus lourdes qu'un choix de réadaptation.

La mission opte donc pour des choix d'objectifs dans le lien entre le soin et le médico-social et non pour des aménagements fonctionnels. Des actions restent donc à mettre en oeuvre pour garantir à la psychiatrie, dans ces opérations, le

¹⁹ Cf. notre proposition concernant le DIMRE (Département d'Information Médicale, de Recherche et d'Evaluation) au chapitre VII

maintien des moyens indispensables à sa propre évolution ainsi que des moyens suffisants pour assurer le développement nécessaire au champ médico-social.

Plusieurs types d'actions peuvent être envisagés :

Définir des principes généraux d'articulation entre les différents schémas (SROS, schémas du handicap...) et programmes (PRS...)

Proposition n° II-49

Il conviendra de préciser les modalités d'aide au calibrage de co-financements par les enveloppes sanitaires, sociales et médico-sociales pour la réalisation de projets définis conjointement.

Lever les obstacles financiers liés à la « double prise en charge »

Proposition n° II-50

L'article 124 du décret budgétaire et comptable pris en application de la loi n° 2002-2 de rénovation des institutions sociales et médico-sociales met fin à ces difficultés : il importera cependant de fournir aux organismes d'assurance maladie les instructions nécessaires à une mise en oeuvre égale sur l'ensemble du territoire et de veiller à leur bonne application.

Développer des soins de réadaptation en psychiatrie

Proposition n° II-51

Pour de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques conséquents, les soins psychiatriques, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, constituent une réponse insuffisante à l'objectif de soins et d'insertion. Le passage d'une étape à l'autre, nécessite absolument une démarche graduée et progressive, faute de quoi la frontière devient un obstacle infranchissable.

Nous proposons la création d'Unités de Soins de Réadaptation Intersectorielles (U.S.R.I), différenciées des lieux de soins curatifs, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires et devant bénéficier de lieux spécifiques, bien que dans un premier temps rien ne s'oppose à ce qu'elles se créent dans les structures hospitalières en complément des unités de préparation à la sortie. L'U.S.R.I. doit bénéficier d'une équipe autonome, pluridisciplinaire (médecin, infirmier, psychologue, éducateur technique, moniteur, etc...) capable de mettre le sujet « en situation » de parcours de réadaptation. Elle met en place des activités diversifiées proches des réalités sociales, économiques, culturelles du milieu d'implantation de la structure. Elles travaillent nécessairement en réseau avec les acteurs sociaux, ceux de la société civile et du monde de l'entreprise. Ces U.S.R.I. devraient trouver leur place, nettement identifiée, dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale. Leur vocation est de travailler avec tous les intervenants du soin psychiatrique : secteur public, secteur associatif, secteur libéral.

Créer des unités de soins de suite en psychiatrie**Proposition n° II-52**

La clarification des concepts de planification en psychiatrie, en concertation avec les représentants des professionnels et des établissements publics et privés, devrait faire émerger dans notre discipline le concept de soins de suite et de réadaptation, dans le cadre du « segment » dit moyen séjour. La question de la création ou de l'ouverture de lits en soins de suite (ou moyen séjour) pour des patients relevant de la psychiatrie est tout à fait pertinente dans le contexte actuel de suroccupation de beaucoup de services actifs de psychiatrie.

Nous proposons la création d'Unités de Soins de Suite en psychiatrie, dans un double objectif :

- Ä faciliter la sortie d'hospitalisation classique de patients pour leur permettre un temps de reconstruction psychologique, de stabilisation des pathologies, après un épisode perturbant et traumatisant,
- Ä servir de relais pour des patients hospitalisés au long cours, pour lesquels l'hospitalisation a pris l'aspect d'un hébergement par manque de structure adéquate.

De telles unités peuvent constituer une opportunité pour certains hôpitaux de proximité en recherche de potentiel de reconversion pour autant que la prise en charge psychiatrique puisse se poursuivre de façon optimale. Le lien avec le dispositif sectoriel sera maintenu pendant l'hospitalisation en moyen séjour en vue de préparer la sortie du patient qui sera ensuite suivi par l'équipe pluridisciplinaire de son secteur d'origine. Ce lien entre les deux partenaires doit être interactif, l'orientation en soins de suite ne devant en aucun cas se réduire à l'idée de déchargement, auquel cas ces unités seraient rapidement saturées et mises en échec.

Soutenir les associations d'usagers et de familles**Proposition n° II-53**

Aider les associations de familles et de patients constitue une mesure indispensable : en effet, outre le fait qu'elles offrent aux personnes et aux familles un soutien très important, elles se doivent d'assurer la représentation des usagers dans les institutions sanitaires et sociales les concernant, et sont aussi sollicitées pour la création de services et structures d'accueil et d'accompagnement. Or, à l'inverse de grandes associations gestionnaires d'établissements, les associations du champ de la santé mentale sont fragiles, ont très peu de moyens, et ne reposent souvent que sur l'énergie de personnes qui sont parfois en grande souffrance.

Il convient de :

- Ä **Permettre aux associations d'usagers d'obtenir un statut, ainsi que des formations, et des subventions leur permettant d'assumer le rôle primordial qui est le leur dans une perspective de démocratie sanitaire.**

- Ä Mettre à leur disposition par département ou par groupe de territoires, des personnes ressources leur permettant particulièrement de mettre en forme et de promouvoir leurs projets.

Développer des programmes d'aide et d'accompagnement destinés aux personnes handicapées psychiques

Proposition n° II-54

Le développement de programmes d'aide et d'accompagnement destinés aux personnes handicapées psychiques est indispensable pour combler le hiatus actuel entre les besoins de ces personnes et l'offre de services ou de structures d'accueil adaptés. Il concerne plusieurs domaines d'action, à différents échelons territoriaux et implique que chacun lui affecte des crédits, dans le cadre des programmes qui sont de sa responsabilité. Il convient de mettre l'accent sur la nécessaire création de **services d'accompagnement** :

- services d'accompagnement à la vie sociale ou SAVS (financement conseil général),
- services d'accompagnement médico-sociaux – ou SAMS - pour handicapés psychiques adultes (financement conseil général et assurance maladie) et clubs (financements divers, à titre expérimental).

Une étude menée par l'association nationale des CREAI, sur les services d'accompagnement existants est en cours : la diffusion de ce travail pourrait être utile. De même, à des fins de conseil et d'émulation, il pourrait être demandé à l'UNAFAM sa contribution à un document sur la fonction et l'organisation des clubs.

Clarifier le rôle de certains services ou structures médico-sociaux

Proposition n° II-55

La clarification de la place et du rôle des institutions médico-sociales dans le champ de la santé mentale, et leur articulation avec les partenaires du champ de la psychiatrie, est nécessaire, notamment :

- Ä pour les enfants et adolescents : les CMPP et les instituts de rééducation (pour ces derniers, le travail a été entrepris)
- Ä pour les adultes. sortant d'hospitalisation en psychiatrie et/ou en difficulté d'insertion sociale : la fonction des CHRS.

D'autres propositions peuvent être suggérées :

Garantir un minimum de ressources aux personnes handicapées psychiques

Proposition n° II-56

Une grande partie des personnes handicapées du fait de troubles psychiques est dans l'incapacité d'assurer un emploi rémunéré, ou d'avoir une vie professionnelle régulière, et pour elles, le maintien d'un minimum d'autonomie et d'insertion sociale dépend largement des revenus d'assistance qui leurs sont garantis. Dans le cadre des travaux actuels sur la future loi relative aux personnes handicapées, la spécificité de ce type de handicap doit être pris en compte, quant au minimum de

ressources, et quant au régime de ressources pendant les périodes d'hospitalisation.

Adapter les modalités d'attribution et de gestion de l'Allocation Adulte Handicapé et de la garantie de ressources en C.A.T.

Proposition n° II-57

Ceci, afin d'éviter les ruptures de ressources en cas d'hospitalisation ou d'entrée en institution. Il s'agit d'un enjeu majeur de la rénovation de la Loi de 1975 qui pourrait également permettre le cumul entre l'AAH et des revenus d'activité (atelier thérapeutique, centre d'aide par le travail, atelier protégé, milieu ordinaire) sans pénalité du montant de l'AAH ou de la garantie de ressources versée.

Instaurer un forfait journalier à tarif réduit pour les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie

Proposition n° II-58

L'augmentation prochaine du forfait journalier est difficilement supportable pour les patients hospitalisés en psychiatrie sur de longues périodes. Les durées de séjour dans les établissements psychiatriques publics ou privés sont souvent supérieures à 1 mois et se prolongent souvent sur plusieurs mois. Beaucoup de patients souffrant de troubles mentaux sont en même temps, du fait de leur maladie, dans une situation économique précaire et doivent en outre assumer les charges de leur logement et souvent faire face à des graves difficultés familiales. Avec une somme restant à leur charge supérieure à 65% du SMIC net, ces patients ne pourront plus avoir recours aux soins, ou bien rencontreront de graves difficultés matérielles (perte de leur logement) qui nuiront à leur réinsertion. Certaines mutuelles prendront en charge une part de ce forfait, ce qui n'ira d'ailleurs pas sans une diminution de la durée de prise en charge, une augmentation importante des cotisations, ou encore, comme c'est déjà le cas pour beaucoup de mutuelles par une exclusion pure et simple de la psychiatrie dans leurs formules de prise en charge. Or pour la grande majorité des patients des établissements psychiatriques, avoir une mutuelle est déjà un luxe inaccessible. Une telle mesure risquerait de pénaliser une population souffrante et en état de précarité.

Améliorer les modalités de gestion de l'accès aux soins pour les patients « exclus » de la Couverture Médicale Universelle (CMU)

Proposition n° II-59

Ceci afin d'éviter les hétérogénéités constatées entre les différents niveaux sociaux pour l'accès à la CMU complémentaire.

Mieux articuler le dispositif des soins de ville et le dispositif spécialisé dans le suivi sanitaire et médico-social

Proposition n° II-60

Introduire, dans le cadre de conventions entre professionnels libéraux (médecins, psychologues, infirmiers, orthophonistes) installés en ville et le dispositif territorial de psychiatrie générale et infanto juvénile, la possibilité d'associer à la tarification traditionnelle à l'acte, un financement *per capita* pour pérenniser les modalités de suivi en ville d'une part, et permettre d'autre part un travail coordonné (synthèses, formation, etc....) ;

Clarifier les missions des Centres d'Aide par le Travail (CAT) et améliorer le statut des personnes qui y sont accueillies

Proposition n° II-61

Pour cela, il conviendra de rapprocher leur statut de celui de salarié et en harmonisant leurs revenus.

Renverser la perspective du dispositif de l'obligation d'emploi pour intéresser financièrement les entreprises, afin de faciliter le recrutement de personnes handicapées psychique,

Proposition n° II-62

Cette incitation prendrait la forme d'un avantage fiscal et social et viserait le secteur public comme le secteur privé, plutôt que de s'inscrire dans un schéma négatif de pénalisation financière inefficace qui aboutit à une thésaurisation par l'organisme collecteur sans permettre de rendre effective l'exigence d'intégration ;

Elargir le périmètre des bénéficiaires d'interventions de l'AGEFIHP à toute personne handicapée psychique orientée par les COTOREP

Proposition n° II-63

En effet, il existe actuellement un blocage pour les adultes handicapés en provenance d'établissements publics.

Favoriser l'insertion professionnelle des personnes affectées d'un handicap psychique

Proposition n° II-64

Il est nécessaire de pérenniser les actions d'évaluation, bilan et conseil au bénéfice de personnes handicapées par des troubles psychiques, mises en oeuvre à titre expérimental sur des financements arrivés à terme (AGEFIHP). Par ailleurs, l'accueil des personnes handicapées psychiques en milieu de travail protégé est insuffisant en nombre et en qualité : l'expérimentation de formules innovantes en ateliers protégés, centres d'aide par le travail, entreprises d'insertion, voire structures expérimentales (coopératives) devrait trouver sa place dans les programmes nationaux d'équipement. Dans les entreprises, le travail à temps partiel « incité » pourrait être favorisé.

Harmoniser les règles d'application fiscales et sociales des « minima sanitaires et sociaux » (AAH, RMI, CMU)

Proposition n° II-65

Cette mesure permettrait de prévenir les « effets d'éviction » et les « trappes à ouverture de droits aux soins ».

Accroître les possibilités de logement et d'aide à la vie quotidienne

Proposition n° II-66

Cette mesure permettrait de favoriser le maintien à domicile des personnes atteintes d'affections psychiatriques de longue durée (ex : pensions de famille adaptées, placement familial, clubs...). Il s'agirait de :

- Ä Favoriser la mise en place de programmes logement** : les formules peuvent et doivent être très diversifiées : création de pensions de famille, développement des foyers (financement conseil général), des foyers d'accueil médicalisés (financement conseil général et assurance maladie).
- Ä Envisager sous la forme de « contrats de plan Etat-Régions-Départements-Communes », des modalités de programmation foncière et immobilière** garantissant l'intégration des besoins d'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques, dans les schémas d'aménagement urbain.
- Ä Envisager un mécanisme de valorisation fiscale des bailleurs privés acceptant de louer des appartements** à des occupants et associations intermédiaires, contribuant ainsi à l'intérêt général.

2.2.6. Allouer les moyens financiers indispensables

Allouer une enveloppe budgétaire significative, dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Proposition n° II-67

Afin de financer les investissements nécessaires pour adapter l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale auprès des populations desservies, mais aussi **moderniser et humaniser les structures de soins des hôpitaux**, dont les conditions d'accueil demeurent souvent déplorables, au regard du respect de l'intimité et de la dignité des malades. Ce point est « traité » dans son principe par le « plan Hôpital 2007 » et ses déclinaisons. Il reste à s'assurer que la psychiatrie, encore une fois, ne sera pas oubliée, et que les Objectifs Régionaux Pluriannuels d'Investissement la retiennent comme prioritaires.

Garantir à la psychiatrie un niveau de ressources suffisant pour son développement

Proposition n° II-68

Il s'avère que la revendication présentée aux Etats Généraux de la Psychiatrie, en juin dernier, d'un budget spécifique pour la psychiatrie, n'est pas forcément l'outil le plus adapté. Comme il nous l'a été confirmé, un budget spécifique ne garantit en effet, ni un budget à hauteur des besoins, ni une augmentation des moyens adaptée aux évolutions. Par ailleurs toute attitude de refus systématique de l'évaluation conduirait inévitablement à court terme à une stagnation puis à une réduction des moyens de la psychiatrie. A cet égard, la généralisation d'un système d'information médico-économique adapté [Cf. dans le septième axe prioritaire notre proposition concernant le **DIMRE**²⁰ (Département d'Information Médicale, de Recherche et d'Evaluation)] permettrait à la psychiatrie de faire valoir les arguments qui objectiveraient l'importance de son activité et viendraient étayer ses demandes d'évolution budgétaire. Une telle démarche bénéficiera des enseignements tirés de la mise en œuvre de la tarification « à l'activité » dans les établissements MCO, en attendant la mise en place d'un mode de financement (sans doute pluriel) plus ajusté aux particularités et aux évolutions de l'activité de psychiatrie.

Faire de la santé mentale une priorité nationale au plan budgétaire

Proposition n° II-69

Plus que l'identification d'un budget spécifique, il conviendra donc plutôt d'identifier une priorité nationale budgétaire de santé publique sur la psychiatrie. Deux mesures pourraient être immédiatement retenues :

- Ä Soutenir l'investissement pour l'amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement en psychiatrie infanto-juvénile et adulte.** Cette priorité nationale pourrait être confortée par un « fléchage » des crédits relatifs à la psychiatrie au sein de la dotation incompressible de santé publique, dont l'expérience a démontré le réel effet de levier sur la politique d'allocation de ressources menée en ce domaine par les ARH.
- Ä Augmenter les moyens de la pédopsychiatrie quand ses moyens ne sont pas à un niveau opérationnel**

Garantir l'effectivité de cet effort budgétaire et la lisibilité des moyens attribués dans une logique de contractualisation

Proposition n° II-70

Les actions en ce domaine viseraient deux niveaux :

- Ä Au plan national, il s'agirait de s'assurer de l'effectivité de la priorité budgétaire nationale accordée à la psychiatrie dans la politique d'allocation de ressources des ARH, par un contrat d'objectifs et de moyens entre l'Etat et l'ARH, prenant en compte la psychiatrie,** thématique obligatoire du SROS, dans une logique d'objectifs, de moyens et de résultats. Afin de marquer la volonté politique de favoriser l'évolution de la psychiatrie, cet axe pourrait devenir

²⁰ Cf. notre proposition concernant le DIMRE (Département d'Information Médicale, de Recherche et d'Evaluation) au chapitre VII

obligatoire, au même titre que le cancer. Le montant des dépenses de psychiatrie dans la région constituera un indicateur de suivi, obligatoirement renseigné par les ARH.

Ä Au niveau local, malgré l'effort avéré des ARH en faveur de la psychiatrie au cours des dernières années, un effet de fuite des moyens attribués a pu être constaté, soit au profit d'autres disciplines ou au profit d'autres projets que ceux visés initialement par l'allocation de moyens de l'ARH. D'où l'importance que nous accordons en particulier :

- **aux objectifs de transparence budgétaire et de lisibilité sur les crédits alloués à la psychiatrie** (dans le cadre notamment du chantier DHOS de réforme budgétaire et comptable des établissements de santé publics) ;
- à une action volontariste dans l'application des contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements ;
- et en interne aux établissements, à la mise en œuvre de la contractualisation interne et de la nouvelle gouvernance à l'hôpital.

Ä L'accompagnement pluriannuel de la mise en oeuvre des schémas régionaux de psychiatrie instauré à partir de 2001 a d'ores et déjà permis aux ARH de soutenir des actions importantes qui seront poursuivies **sous réserve de la poursuite d'un effort budgétaire adapté**. D'autres actions à développer, notamment dans le cadre de l'ordonnance de simplification et du plan Hôpital 2007 devraient contribuer à cette dynamique. Il s'agit de conjuguer une adaptation à la fois quantitative et qualitative de l'offre de soins.

Mettre en place des co-financements, pour le secteur médico-social, dans une logique contractuelle et réciproque

Proposition n° II-71

La recommandation, faite dans l'un des groupes de travail que nous avons réunis, d'instaurer un co-financement croisé selon une clé de répartition de 80% - 20% entre l'assurance-maladie et le Conseil Général pour financer leurs prises en charge réciproques, risque, en subordonnant une décision à une autre, de placer chaque financeur dans une attente réciproque. Une contre-proposition consisterait à poser le principe d'un co-financement réciproque : dans une logique contractuelle Etat - Région (pour le sanitaire) - Département (action sociale et médico-sociale), il pourrait être ainsi imaginé qu'à l'unicité du décideur et du financeur direct (par exemple le Conseil Général pour les services d'accompagnement à la vie sociale, ou l'Etat pour la PMI), soit associé un co-financement indirect et globalisé, par remboursement systématique d'un pourcentage, défini au préalable entre les partenaires, des dépenses engagées dans un cadre contractuel et pluriannuel négocié en amont. Cette méthodologie pourrait stimuler les co-financements, sans les inconvénients d'une cogestion au « cas par cas ».

III. TROISIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

Mieux dépister et mieux traiter troubles psychiques des enfants et des adolescents, mieux promouvoir leur santé mentale

Comme pour les adultes, il existe chez les enfants et les adolescents des situations cliniques très diverses qui vont du trouble mental caractérisé et sévère aux troubles caractérisés plus fréquents mais beaucoup moins invalidants, à des états de souffrance mentale, parfois réactionnels à des situations difficiles qui peuvent évoluer ou non vers un trouble constitué. La psychopathologie de l'enfant est très évolutive et les troubles peuvent être fluctuants rendant leur appréciation difficile, car elle doit tenir compte du milieu et d'éventuels facteurs déclenchant. Comme pour les adultes, la santé mentale recouvre aussi des aspects positifs : les sentiments de bonheur, de bien-être, les ressources de la personnalité, la résilience face aux difficultés grâce à la mise en place des mécanismes d'adaptation.

Pour les troubles avérés, il s'agit de faciliter le diagnostic précoce afin de mettre en place une prise en charge rapide et de prévenir les handicaps secondaires dans le cadre du système de soin spécialisé : c'est le domaine de la prévention secondaire et tertiaire dans lesquelles intervient le système de soin spécialisé en collaboration avec le système de première ligne qu'il doit former à ce repérage et épauler quand un cas lui est adressé par une prise en charge adapté en collaboration avec le secteur médico-social .

Pour les groupes à risque (situations familiales à risque ou enfants présentant des signes de fragilité), il s'agit de développer des interventions ciblées en évitant toute stigmatisation. La collaboration de tous les intervenants de proximité et la durée de l'intervention, pour qu'une relation de confiance puisse s'établir y compris avec les parents, sont deux éléments essentiels : c'est le domaine de la prévention dite primaire qui échoit aux différents intervenants du monde de l'enfance en collaboration avec le système de soin spécialisé.

Enfin, la promotion de la santé aussi appelée prévention généralisée s'adresse à tous les enfants. Cette prévention sollicite les intervenants de l'enfance au sens large et l'utilisation de méthodes socio-éducatives de développement des capacités chez les enfants. Il s'agit alors d'une action de santé publique visant à créer un réseau de collaboration entre tous les intervenants de l'enfance et à proposer des programmes d'éducation pour la santé validés et opérationnels animés par des intervenants formés spécifiquement pour ce faire. Ce domaine n'est pas et ne doit pas être celui du système de soin spécialisé.

3.1. Promouvoir la prévention primaire

L'INSERM vient de publier les résultats et les recommandations d'une expertise opérationnelle sur la promotion et la prévention des problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents, que nous recommandons de promouvoir et qui propose les actions suivantes :

Former la communauté éducative à la promotion de la santé mentale et au repérage des problèmes

Proposition n° III-01

L'Organisation Mondiale de la Santé avait mis en exergue le concept d'écoles promotrices de santé signalant l'intérêt d'un tel investissement pour l'Education, la Santé et la Démocratie (OMS, 1997). Ces préconisations se retrouvent très largement dans les instructions ministérielles de 1998 relatives aux orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège (Ministère de l'Education Nationale « MEN » 1998) où l'on peut lire:

« A l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables... Elle permet ainsi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité. Ni simple discours sur la santé, ni seulement apport d'information, elle a pour objectif le développement de compétences qui reposent à la fois sur l'appropriation de connaissances, la maîtrise de méthodes de pensée et d'action et le développement d'attitudes, telles que notamment l'estime de soi.. »

Les outils proposés pour développer et généraliser l'éducation à la santé en milieu scolaire reposent sur la mise en œuvre d'une cohérence éducative forte entre action d'éducation à la santé et projet d'établissement, cohérence favorisée par la mise en place de formation des personnels permettant de prendre en compte dans leur activité professionnelle les méthodes et objectifs de l'éducation à la santé. Les efforts doivent porter sur des actions favorisant le repérage des interlocuteurs adéquats, la juste appréhension de leur champ de compétence et de leurs limites d'action afin de favoriser l'orientation précoce vers le dispositif de soins, le cas échéant. Pour ce faire, un rapprochement de l'Education nationale, au niveau académique des services déconcentrés du Ministère de la Santé (DRASS) en charge de l'élaboration des schémas régionaux d'éducation pour la santé, est indispensable.

Le rapport de l'INSERM souligne l'intérêt de mettre en œuvre des actions de formation pour les personnels de l'éducation nationale qui s'inscrivent dans le cadre des schémas régionaux et qui organisent le renforcement ou la mise en place d'un pôle régional de compétences en éducation pour la santé au service de tous les acteurs de la région.

Nous proposons de :

Confier à l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) le renforcement des ressources documentaires, méthodologiques et pédagogiques

Proposition n° III-02

- Ä En renforçant au plan national la pédagogthèque sur la thématique de la psychiatrie et de la santé mentale : analyse d'outils, rédaction de fiches mises en ligne sur le site de l'INPES et mise à jour du classeur pédagogthèque disponible au sein des CRES²¹, CODES²² et autres structures.
- Ä En apportant un soutien aux acteurs relevant des secteurs sociaux, éducatifs et sanitaires, ceci afin de concevoir et réaliser en 2004 un guide sur la promotion de la santé mentale pour des actions auprès des jeunes.

Mettre en application des programmes de promotion de la santé mentale

Proposition n° III-03

Les programmes de promotion de la santé mentale portent essentiellement sur le développement ou le renforcement de facteurs de protection vis à vis des situations à risque et sont connus en France sous la dénomination « développement des compétences sociales ». Ces actions sont mises en place par des organismes tels que l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et ont été menées dans différentes régions dans le cadre des programmes régionaux de santé. La plupart des programmes de développement des habiletés sociales sont basés sur ces concepts et mettent en place des mécanismes supposés améliorer « les compétences » ; certains ont été évalués. Cette utilisation du concept des habiletés sociales pose deux problèmes dans son adaptation dans notre pays. D'un part si elle s'intègre facilement avec une conception comportementale de la santé mentale, elle est plus difficile à concevoir dans un vision psychodynamique où les obstacles au développement de l'enfant et de ses capacités à se relier au monde en général et à celui de l'école en particulier sont des conflit intra psychiques dans lesquels les relations parentales sont essentielles.

Cette remarque implique de revenir sur les objectifs de ces programmes qui ne sont en rien des objectifs cliniques. Ce sont des programmes de type éducatif, conçus pour des enfants à priori en bonne santé et qui doivent leur permettre une meilleure intégration sociale. Ces programmes ne sont pas destinés à gérer des conflits névrotiques s'exprimant par des troubles intériorisés ou extériorisés.

D'autre part, la mise en place de tels programmes peut, *de facto*, faire apparaître une souffrance psychique chez certains enfants, d'autant plus que s'y trouve favorisée l'expression de leurs sentiments. Il faut donc être très clair sur la prise en charge ultérieure de cette éventuelle souffrance qui ne revient pas aux enseignants mais aux professionnels de santé mentale. Les psychologues et médecins scolaires doivent être associés à ces projets en étroite collaboration avec les intersecteurs de pédopsychiatrie et c'est pour cette raison que nous soutenons le rapprochement, au

²¹ Comité Régional d'Education Sanitaire

²² [Définition du sigle](#)

plan local , prôné par l'Education Nationale, des acteurs du soin et de l'éducation dans un indispensable travail partenarial susceptible, de la prévention jusqu'aux logiques de réinsertion en passant par le soin, de maintenir ou réhabiliter l'état de santé psychique des enfants et des adolescents. Aussi les actions de formation à impulser doivent-elles désormais s'inscrire dans ce cadre multi-partenarial afin que chacun prenne conscience de la place, des compétences respectives et des limites des différents intervenants en santé mentale.

Le rapport de l'INSERM propose des interventions qui lui paraissent correspondre aux objectifs et être applicables directement en France telle que:le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » en France.

Lutter contre la violence

Proposition n° III-04

Dans le cadre de notre rapport sur la violence (« Agir aux racines de la violence » mars 2003) nous avons préconisé de nombreuses mesures qui sont en fait des mesures de prévention de troubles mentaux.

Citons pour mémoire :

Conduire des actions pour la petite enfance

Proposition n° III-05

- 1. Mettre en place des unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement, obligatoires dans chaque maternité.**
- 2. Promouvoir un travail en réseau :** de l'enveloppe protectrice ainsi tissée à la maternité, à l'enveloppe constituée par **le réseau d'aide à la parentalité**, pourrait se construire une continuité de prise en charge des familles en situation de vulnérabilité, rapprochant l'ensemble des acteurs au sein du territoire de santé.
- 3. Développer des lieux d'écoute et d'aide à la socialisation :**
 - Ä Renforcer les moyens des PMI** (accueil mère enfant pluriprofessionnel, halte jeu mère /enfant, possibilités de visites à domicile renforcées, aide à la parentalité,...): les **haltes-jeu mère-enfant**, où les enfants viennent accompagnés, peuvent être des lieux de guidance familiale, de mise en confiance et de soutien psycho-social.
 - Ä Soutenir et développer systématiquement pour les territoires les plus défavorisés, l'approche par les « Maison Verte ».**
- 4. Augmenter le nombre des places en crèche et développer l'intervention pluriprofessionnelle (travailleurs sociaux, psychologues, et éventuellement intersectoriel de pédo-psychiatrie si des signes d'alerte sont repérés) ; renforcer la formation des assistances maternelles et leur supervision.**
- 5. Disposer des lieux de répit pour les adolescents avant l'apparition d'une crise, de type « maison d'adolescents », non sanitaires et non porteurs d'image stigmatisante.**

3.2. Renforcer la prévention secondaire permettant la prise en charge précoce des troubles

Mettre en place des actions de détection permettant la prise en charge plus précoce des troubles de l'enfant et de l'adolescent

Proposition n° III-06

Ceci implique une formation et une information des intervenants du monde de l'enfance, non seulement sur les problèmes sévères (autisme, psychoses précoces) mais aussi sur les problèmes plus fréquents que sont les troubles du comportement, l'anxiété, les phobies graves, dont le retentissement peut mettre en jeu gravement les apprentissages et l'insertion future de ces enfants.

Cette formation des personnes qui font partie du milieu de l'enfance, repose à la fois sur des modifications des formations initiales des intervenants de l'enfance au sens large du terme, qui seront proposées dans notre chapitre sur les formations, mais aussi des actions de sensibilisation lors des contacts avec ces différents intervenants, et de la mise en place d'un travail en réseau. Il s'agit des gynécologues obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, généralistes, médecins et personnels sanitaires scolaires, et bien entendu des personnels de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports et de la justice.

Ce travail doit être confié aux intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dispositif qui nous apparaît comme particulièrement bien adapté et performant. C'est pourquoi nous considérons que le renforcement de ce dispositif menacé par le manque de moyens qui lui sont affectés, face aux besoins auxquels il doit faire face, constitue un objectif essentiel.

L'action formatrice des intersecteurs a joué un rôle démultiplicateur puisque la formation à la détection a permis d'éviter que des enfants soient adressés pour des troubles qui ne relèvent pas de la pédopsychiatrie, tandis que d'autres ne lui seraient pas adressés alors qu'ils en relèvent. Outre la nécessaire formation des intervenants et le resserrement des liens avec les intersecteurs, nous souhaitons souligner l'importance des collaborations entre les différents ministères, en particulier le Ministère de l'Education Nationale et celui de la Jeunesse et des Sports.

Le dépistage systématique des troubles psychiatriques de l'enfant doit faire partie de tous les examens systématiques il dont bénéficie ; il existe des instruments très simples et faciles à mettre en œuvre permettant de réaliser cet objectif dans le cadre d'une coopération interministérielle. La mission recommande donc que ces dépistages soient inclus dans tous les bilans faits en milieu scolaire et que ces troubles soient pris en compte dans toutes les enquêtes de santé faites dans ces milieux.

De ce point de vue, la détection des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent a fait l'objet d'une expertise collective de l'INSERM éditée en 2002²³. Les méthodes et instruments de détection de la plupart des problèmes de l'enfance et de l'adolescence y sont proposés.

Rappelons cependant que toutes ces actions de dépistage repose sur plusieurs principes :

- 1. le dépistage ne permet pas de poser un diagnostic mais un risque de diagnostic** que seule une équipe spécialisée est à même de porter même si secondairement le traitement peut être mise en œuvre par le système de première ligne et nous rappelons ici que le système que nous proposons d'évaluation des troubles de santé mentale et de psychiatrie concerne aussi les enfants et les adolescents.
- 2. le dépistage ne peut se concevoir que dans le cadre d'intervenants de première ligne formés à ce dépistage et à la signification de ses résultats** et sachant quel est l'intervenant vers le quel adresser l'enfant ou l'adolescent. Là encore nous ne pouvons que répéter que l'intersecteur est l'interlocuteur qui permet sinon de tout prendre en charge du moins d'évaluer et de proposer un traitement et que le soutien de ce système est le pivot de toute la prévention secondaire essentielle dans le traitement précoce et efficace des troubles.
- 3. La prise en charge précoce et adéquate des troubles** permet seule d'éviter à l'enfant de constituer des handicaps secondaires dont les troubles de l'apprentissage et les troubles du comportement

Deux situations méritent d'être particulièrement soulignées :

Améliorer la prise en charge des enfants vivant dans des environnements à haut risque

Proposition n° III-07

Ceux-ci sont trop souvent traités de manière exclusivement éducative, sociale ou judiciaire, sans respect suffisant pour les capacités évolutives des protagonistes, capacités souvent réelles à condition qu'un abord clinique et psychopathologique des distorsions relationnelles parents enfant soit intégré à l'évaluation et à la prise en charge.

Ces actions renvoient à l'indispensable participation des intersecteurs dans l'évaluation et la prise en charge des ces enfants.

Renforcer les liens entre la pédopsychiatrie et les services de médecine et de chirurgie dans le cas des enfants présentant des maladies somatiques chroniques

Proposition n° III-08

²³ Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent " Éditions Inserm, ISBN 2-85598-810-1, Décembre 2002, 880 pages

Nous recommandons un renforcement des liens entre la pédopsychiatrie et les services de médecine et de chirurgie dans le cadre de la psychiatrie de liaison en pédiatrie, ainsi qu'une formation initiale et continue des intervenants de ces disciplines aux conséquences psychiques des maladies et de l'hospitalisation, surtout quand elle est prolongée. Signalons l'existence de programmes éprouvés qui visent à réassurer les enfants lors des hospitalisations ou des interventions chirurgicales et qui devraient être mis en place systématiquement dans les services pédiatriques auxquels ils s'adressent.

3.3. Mettre en œuvre une prise en charge adéquate des troubles psychiques présentés par les enfants et les adolescents

La psychiatrie infanto juvénile se distingue par la spécificité de son offre de soins essentiellement ambulatoire, même si un déficit en structure d'accueil temps plein est évident, mais aussi par la diversité de son champ de compétence (néo-natalité, petite enfance, adolescence...). Ses indices d'activité ont cru de façon considérable ces quinze dernières années, jusqu'à conduire à une certaine saturation du dispositif intersectoriel resté globalement sous équipé par rapport aux besoins, mais devant aussi faire face parfois à des demandes qui ne sont pas spécifiquement du ressort de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

En dehors des actes de diagnostic, d'évaluation ou de psychothérapie, la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile se fait dans le cadre d'un plateau technique de secteur auquel il faut adjoindre les structures associatives avec lesquelles il serait d'ailleurs nécessaire de préciser les modalités de coopération (CMPP tout particulièrement). La psychiatrie libérale est peu présente dans la psychiatrie infanto-juvénile à la suite de la spécificité de ses modalités d'exercice (facteur temps en particulier), mais aussi de l'inadéquation de sa valorisation dans la NGAP²⁴ notamment. De l'équilibre et de la coordination entre la psychiatrie infanto-juvénile et le champ médico-social à appui départemental, dépend en grande partie la qualité de l'offre pour les pathologies les plus lourdes.

Si on peut noter un développement considérable de la psychiatrie périnatale, qui impose une coordination avec les maternités, la P.M.I., la pédiatrie mais aussi les services de psychiatrie adulte, on note en revanche certaines difficultés dans la prise en charge des six/douze ans. En effet, ce champ est envahi par les problèmes d'hyper activité et par tous les dysfonctionnements qui amènent une demande de réponses purement symptomatiques ou rééducatives au détriment de la dimension psycho-affective.

La problématique de l'adolescence, enfin, avec ses spécificités, amène à prendre en charge, avec les secteurs de psychiatrie générale, une tranche d'âge dite des quinze/vingt-cinq ans, tranche d'âge où se révèle une grande partie des pathologies psychiatriques majeures à potentiel invalidant.

²⁴ Nomenclature générale des actes professionnels

Renforcer le dispositif et les moyens dévolus à la psychiatrie infanto juvénile afin de permettre le développement de ses capacités de soins et la poursuite de ses objectifs fondamentaux de prévention

Proposition n° III-09

Ce dossier mérite un accompagnement financier conséquent, et sa réalisation est une ardente obligation afin de permettre aux équipes de pédo-psychiatrie de mieux remplir leurs missions au regard des besoins actuels. La psychiatrie infanto-juvénile est en effet très fortement sollicitée à des âges de la vie où les questions du dépistage et de la prévention sont essentielles.

Nous soulignerons quelques priorités :

1. Développer des pôles de consultation pour les très jeunes enfants

Des centres de consultation pour parents avec bébé ou en attente d'un enfant se sont ouverts dans les secteurs de pédopsychiatrie et doivent se généraliser.

Le renforcement du partenariat entre les intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile, la P.M.I. ou l'A.S.E. (pédiatre, psychologue, infirmière puéricultrice) les pédiatres de ville, les médecins généralistes, les maternités et les services de pédiatrie, apparaît comme un apport fondamental particulièrement pour les familles les plus vulnérables.

Par ailleurs, la mise en réseau de ces différents centres ouvre la voie à des recherches mieux systématisées.

2. Mieux intégrer les centres de ressources dans le dispositif de soins

L'intérêt de ces centres de ressources est certain ; ils offrent un recours à un approfondissement de la compréhension des signes pathologiques à la demande des familles mais aussi des praticiens, qui cherchent des compléments d'examens et d'explorations qu'ils n'ont pas toujours à leur disposition. Quand ils fonctionnent en bonne intelligence avec le dispositif de soins, ils permettent de poursuivre des thérapies ou des rééducations mieux coordonnées et de rassurer les parents sur la nature des traitements et leur qualité. Parfois, et c'est sans doute là où ces centres fonctionnent le mieux, ils sont bien repérés par les associations de parents et sont en réseau avec le système sectoriel de pédopsychiatrie, même si ce réseau n'est pas formalisé sous forme de convention formalisée.

3. Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles envahissants du développement (TDE) de l'enfant et de l'autisme

Les troubles envahissants du développement de l'enfant, selon les chiffres annoncés par la récente expertise collective de l'INSERM sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux de l'enfant, toucheraient 0,27% de la population de 0 à 20 ans. La gravité de ces troubles, et notamment de l'autisme, et de leurs répercussions sur la vie de l'ensemble de la famille nous incite à considérer ce problème de santé publique avec attention.

Des programmes spécifiques ont été mis en œuvre dans le champ médico-social depuis 1996, et le bilan de la situation actuelle, ainsi que les propositions pour un nouveau plan d'action, font l'objet de la mission parlementaire qui a été confiée à Mr. Jean François Chossy, qui devrait rendre prochainement son rapport.

Quoiqu'en pensent certains, c'est bien dans le champ de la santé publique que sont les principaux leviers d'action, tels que :

Ä Une conférence de consensus sur le diagnostic précoce des troubles envahissants du développement chez l'enfant, mise en œuvre par l'ANAES, est prévue en 2004, et devrait non seulement définir les moyens du repérage et du diagnostic précoce des troubles envahissants du développement,, mais aussi proposer des protocoles de prise en charge, des recommandations pour l'annonce du diagnostic et des pronostics, le conseil et le soutien des parents.

Ä Un effort considérable sur la recherche étiologique, clinique et épidémiologique est nécessaire et pourrait s'appuyer sur les réseaux des centres de ressources sur l'autisme, en relation avec l'INSERM.

Ä Pour la mise en œuvre de ces actions, le développement des centres de ressources sur l'autisme, dispositifs charnières entre le sanitaire et le médico-social nous paraît être un enjeu important

4. Dépister précocement et accompagner les pathologies des adolescents et des jeunes adultes

Ces pathologies qui se manifestent de manière patente entre 15 et 30 ans sont diagnostiquées et prises en charge de façon adéquate (traitements psychiatriques, mais aussi psychologiques, médico-sociaux, pédagogiques), de manière trop tardive surtout pour ce qui concerne les troubles les plus difficiles à diagnostiquer (états dépressifs, troubles bipolaires), ou pour lesquels les patients ont une forte résistance aux soins (schizophrénie, troubles du comportement alimentaire). Ce retard aux soins est lourd de conséquences et un effort spécifique doit être fait, en terme humain et matériel, pour que le délai entre l'apparition des premiers signes pathologiques et la réponse thérapeutique soit le plus court possible.

5. Promouvoir une possibilité égale de prise en charge des enfants et adolescents en ambulatoire et en hospitalisation de jour quelle que soit leur situation géographique.

Diverses contraintes limitent le développement du dispositif ambulatoire et alternatif à l'hospitalisation à temps complet, que ce soit l'insuffisance d'articulation, des professionnels entre eux et entre les filières de prise en charge (ex : coordination CMP / CMPP) mais aussi les problèmes de tarification liés à la « double prise en charge » sanitaire (ex : prise en charge en hôpital de jour) et médico-sociale (ex : prise en charge en IME).

Par ailleurs, une grande disparité d'équipement des départements, voire des secteurs à l'intérieur des départements, est constatée. En outre, dans les secteurs

ruraux, l'équipement est souvent trop insuffisant pour permettre des organisations différenciées par tranches d'âge et les équipes sont contraintes à une trop grande polyvalence. Ces disparités entre les régions, les départements, voire les secteurs d'un même établissement, conduisent à demander que soit définies les références d'équipement minimum par secteur, en termes de professionnels et de structures, quel que soit leur statut.

6. Développer les structures d'accueil ambulatoires pour les adolescents

Sous des termes différents (unité intensive du soir, maison des adolescents, etc..) nous retrouvons les mêmes principes d'ouverture large, d'accueil sans rendez-vous et de multiplicités des modalités de prise en charge, sans contrat strict, tenant compte, de la spécificité des expressions pathologiques à cet âge, de la structure des adolescents, de leur exigence d'immédiateté. Ces centres ont une dimension thérapeutique et ne se situent pas dans une perspective éducative. Les parents peuvent y venir pour poser des questions, accompagner leur adolescent ou venir à la place de celle ou de celui qui refuse encore tout contact. Il serait opportun d'organiser la coordination de ces centres avec un relais somatique.

7. Adapter les prises en charge à temps complet et à temps partiel

Plusieurs enquêtes ont déjà mis en évidence l'insuffisance des possibilités d'accueil et/ou de suivi en hôpital de jour, en établissement médico-éducatif, ou en structure hospitalière. Le nombre insuffisant d'hôpitaux de jour a conduit trop souvent à la mise en place par défaut de prises en charge trop partielles pour être thérapeutiques.

La mission recommande de développer l'hospitalisation de jour, notamment pour les moins de 12 ans.

8. Déployer dans chacune des régions ou inter-région, selon les profils démographiques, un dispositif articulant enseignement et soins, à l'instar des structures de la Fondation Santé des Etudiants de France

Améliorer le fonctionnement des structures confrontées à une augmentation des demandes

Proposition n° III-10

- À Aménager les modalités de gestion de la file active et restructurer le dispositif des consultations afin de permettre une meilleure réponse à l'urgence.**
- À Poursuivre l'amélioration du dispositif public de sectorisation pour lui permettre de faire face dans de bonnes conditions à ses missions de prévention et de soins.**
- À Réaffirmer la pertinence de la politique de secteur au regard du besoin de continuité et d'un environnement thérapeutique cohérent et fiable pour l'enfant**

- Ä Assurer, au sein du territoire, la complémentarité entre dispositifs public, associatif et privé, aussi bien dans le domaine sanitaire que médico-social** (hôpitaux de jour de statut privé, CMPP, établissements médico-éducatifs, Instituts de rééducation...).
- Ä Développer la culture de l'intersectorialité déjà théorisée et mise en pratique en psychiatrie infanto juvénile.** Cette conception de l'intersectorialité n'est en rien contradictoire avec la politique de secteur, celle-ci consistant fondamentalement à orienter la réponse face à une demande qu'on ne peut satisfaire directement ou immédiatement. La mission de service public s'en trouve même renforcée puisque, dans le cadre des réseaux intersectoriels, il devrait être toujours possible de proposer l'orientation optimale.
- Ä Développer les aspects récents de la discipline qui nécessitent un travail en partenariat, voire en réseau :** la psychiatrie du nourrisson, particulièrement importante pour le dépistage précoce des troubles les plus sévères, la psychiatrie périnatale qui nécessite un partenariat avec les services de maternité, la néonatalogie et la psychiatrie d'adulte.
- Ä Créer systématiquement des antennes des secteurs de pédopsychiatrie à proximité des services de pédiatrie hospitaliers,** antennes qui seraient chargées de la pédopsychiatrie de liaison.
- Ä Assurer une meilleure coordination du dispositif par la mise en place d'instances de concertation articulées avec les trois niveaux opérationnels que sont la région, le territoire de santé et l'intersecteur de pédopsychiatrie.**
- Ä Améliorer l'articulation des prises en charge sanitaire et médico-sociale pour les pathologies infanto-juvéniles,** en incluant les principes d'articulation dans les projets d'établissements et en inscrivant les liens institutionnels dans un processus conventionnel

IV. QUATRIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

La santé mentale doit se doter d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées

Avec le vieillissement de la population, toutes les prévisions s'accordent sur l'augmentation prévisible de la prévalence des états démentiels (Alzheimer et autres démences) dans la population : l'incidence annuelle de la seule maladie d'Alzheimer est estimée, en projection, à partir de l'enquête Paquid effectuée par l'INSERM à Bordeaux entre 1998 et 2003, à 135.000 nouveaux cas, dont les deux tiers concernent des personnes de plus de 85 ans. 17.8 % des personnes de plus de 75 ans sont atteintes par la maladie d'Alzheimer ou des maladies apparentées, soit 765.000 personnes²⁵. Plus de 75 % des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile, y compris à un stade évolué de la maladie. Alors que les estimations actuelles évaluent à environ 400.000 les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, les projections dont on dispose prévoient un doublement du nombre de malades entre 1990 et 2020²⁶.

Les démences cependant, ne résument pas toutes les pathologies mentales des personnes âgées, celles des malades mentaux âgés, ni celle des troubles mentaux et de la souffrance psychique liée au vieillissement, à la co-morbidité handicapante mentale, à l'association poly-pathologique due à l'âge, le tout survenant dans un contexte de désavantage physique, sensoriel, fonctionnel, et souvent financier, familial et social.

Notre analyse et nos propositions sont les suivantes :

Mieux définir les trajectoires de soins des personnes âgées souffrant de problèmes psychiatriques,

Proposition n° IV-01

Sur le plan psychiatrique, cette tranche d'âge souffre, généralement, d'un manque de soins spécifiques, et notamment en ce qui concerne les états dépressifs non ou tardivement diagnostiqués, car trop souvent mis sur le compte du seul vieillissement, du mal-être, de la solitude ou des pathologies connexes. Il est à noter qu'en France, le taux de suicide est particulièrement élevé chez les personnes âgées,

Les trajectoires de soins des personnes âgées souffrant de problèmes psychiatriques doivent s'inscrire dans une filière de soins géronto-psychiatrique, pluri-disciplinaire, médico-psycho-familio-sociale, offrant un panel de ressources adaptées aux besoins de ces personnes, à domicile comme en institution. Nous soulignerons l'importance du rôle du secteur psychiatrique, des

²⁵ source : Le Monde du 21/22-09-2003

²⁶ La maladie d'Alzheimer, page 12, Rapport de J.-F. Girard, septembre 2000

hôpitaux de jour, de la formation et de la coordination des intervenants à domicile, de l'intérêt de la psychiatrie de liaison.

Prévoir dans chaque projet d'établissement et/ou contrat d'objectifs et de moyens, un volet obligatoirement consacré aux troubles psychiatriques des personnes âgées

Proposition n° IV-02

Ce volet détaillera les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre dans toutes les composantes de leur prise en charge (médicale, soignante, sociale).

Diagnostiquer et traiter précocement les troubles psychiatriques en différenciant les déficits cognitifs de la pathologie psychiatrique, sans ignorer leurs interactions

Proposition n° IV-03

Les troubles cognitifs (qui sont souvent encore au-delà des ressources thérapeutiques) constituent le principal obstacle au maintien à domicile.

Nous soulignerons en particulier :

- Ä L'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce des troubles cognitifs et/ou psychiatriques de la personne âgée**, bien avant l'entrée en institution : il convient d'améliorer le dépistage (diagnostic précoce de la dépression notamment) et le traitement des facteurs de risques par le médecin généraliste (en particulier le repérage de la sur médicalisation d'anxiolytiques associée souvent à la sous-médicalisation d'anti-dépresseurs), en mettant à leur disposition des centres ressources pluridisciplinaires, **en lien – ou au sein – du CMP-Ressource Territorial**, lieux d'évaluation de l'état de santé des personnes et de leur situation sociale, d'échanges entre les professionnels médicaux et sociaux, le patient et l'entourage, consultations avancées (consultations mémoire, consultations psychiatriques...);
- Ä Le rôle pivot du généraliste, des intervenants du dispositif de première ligne et des coordinations locales** pour assurer la prise en charge et anticiper les situations de crise
- Ä L'intérêt du soutien (pédagogique, psychologique, en moyens) des aidants, familiaux ou professionnels et de l'entourage, souvent lui-même âgé**

Spécialiser l'offre des établissements qui accueillent les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques

Proposition n° IV-04

Force est de constater que l'offre de soins a pris du retard par rapport aux troubles induits par l'avancée en âge de la population. En particulier, bien que présents, selon les institutions et le degré de prise en compte, chez 30 à 60% des patients hébergés, les troubles cognitifs sont très généralement laissés pour compte : ni les services de psychiatrie, ni les autres établissements ne sont, dans leur majorité, véritablement capables de les assumer.

Ä Renforcer la compétence géro-psycho-geriatrique immédiatement disponible, dans les services d'urgence

Ceux-ci se plaignent d'être souvent la réponse de première intention et sont affectés, de par leur affluence, de délais d'attente difficilement supportables pour des personnes fragilisées.

Ä Prévoir, pour les personnes âgées qui nécessitent un dispositif d'assistance spécifique des structures alternatives spécialisées, en particulier des unités d'appartements associatifs, spécialisées

Ä Prévoir, dans les services aigus ou de suite des locaux adaptés aux troubles du comportement, déficitaires ou autres (déambulation, agitation, risque nosocomial, climatique, dangerosité), ce qui peut induire des hospitalisations psychiatriques inadéquates.

Prévoir des dispositifs adaptés à la prise en charge des patients associant pathologie (physique et/ou mentale) et dépendance (physique et/ou mentale)

Proposition n° IV-05

La dichotomie pathologie / dépendance, dont découle la dichotomie soin / hébergement, n'est pas adaptée à la prise en charge globale du sujet âgé, dont la pathologie mentale relève souvent de l'intrication de causes physiques, psychiques et sociales.

Ä Prévoir des unités de soins de suite géro-psycho-geriatriques adaptées à ces pathologies (en moyens humains et architecturaux), ainsi que des structures d'hébergement capables d'accueillir les handicapés psychiques âgés (Rappelons à cet égard qu'une grande partie de la désinstitutionnalisation s'est faite par le transfert de ces patients de l'hôpital psychiatrique vers les maisons de retraite, faute de mieux).

Ä Renforcer les moyens en personnel en nombre, en qualification et en spécialisation.

Le besoin en temps de psychiatre, psychologue, psychomotricien, assistante sociale est très souvent pointé, de même que le besoin de soutien spécifique des équipes gériatriques (personnel souvent isolé, en particulier la nuit)

Ä Adapter les locaux au plan architectural.

Des chambres seules, des espaces protégés, clos et surveillés par sécurité, réservés aux patients présentant des états démentiels, sont indispensables dans les établissements de soin et d'hébergement.

Ä Clarifier le statut de la personne âgée présentant des troubles psychiatriques dans son lieu d'hébergement ou d'hospitalisation

Il convient de préciser le cadre juridico-administratif de ce qui est souvent une privation de liberté, de même que les recommandations de bonnes pratiques pour le patient âgé dit « perturbateur ».

Ä Privilégier la prise en charge de proximité

Pour que les personnes âgées ne perdent pas leurs repères relationnels, les structures d'hébergement temporaire, d'hospitalisation de jour et l'hôpital de proximité doivent rester les structures de première intention.

D'autres propositions peuvent être suggérées :

ü En matière de prévention :

Améliorer l'accès à l'information des professionnels, des personnes et de leurs familles dans le domaine de l'éducation sanitaire, de l'habitat, de l'alimentation

Proposition n° IV-06

Divers canaux pourront être utilisés : centres communaux d'action sociale, caisses de retraites, collectivités territoriales, médias, INPES.... Le **rôle central des CLIC** (centres locaux d'information et de coordination) dans ce domaine, est rappelé, en particulier pour l'identification des ressources qualifiées existantes et l'information auprès des personnes et des médecins généralistes (annuaires).

Assurer le soutien de la personne âgée malade à domicile ou dans son lieu de vie habituel, en entretenant un réseau autour de la personne

Proposition n° IV-07

Il convient de rappeler l'importance du rôle de la famille et de l'ensemble des acteurs sociaux et des associations dans l'environnement, la vie quotidienne, la vie sociale, l'habitat de la personne âgée. Ces liens doivent être mobilisés afin d'éviter le repli sur soi et « l'enfermement à domicile », en anticipant les réponses institutionnelles en fonction du moment de la vie de la personne, du respect de son choix, de l'évolution de sa (ou ses) pathologie(s) et de son autonomie psychique et physique, en informant sur les différentes offres de soins des institutions et en préparant la personne à y avoir recours (consultations d'évaluation gériatrique, consultations psychiatriques spécialisées, accueil séquentiel en hôpital de jour psychiatrique ou gériatrique, accueil de jour gériatrique).

Recourir à une évaluation médico-psycho-sociale systématique, réalisée dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie

Proposition n° IV-08

Cette évaluation permettra d'adapter les réponses aux besoins des personnes et de créer du lien entre les institutions et les services d'aide à domicile.

ü En matière de prise en charge

Répondre aux besoins liés à la co-morbidité par des consultations conjointes, gériatriques, psychiatriques et neurologiques

Proposition n° IV-09

Ce triptyque pratiquement inexistant aujourd'hui doit être développé dans le cadre du CMP-Ressource Territorial, et incité tant à l'intérieur d'un même établissement, dans le cadre d'un travail de liaison organisée entre les services, qu'entre les institutions pour personnes âgées, les services de gériatrie, le secteur et les établissements psychiatriques publics et privés (développer les consultations gériatriques dans les services de psychiatrie et inversement).

Répondre au besoin de répit des familles, par des mesures d'aide aux familles aidantes à domicile, des places d'hébergement temporaire en EHPAD ou dans des services gériatriques (accueils ou hôpitaux de jour)

Proposition n° IV-10

La **réponse aux besoins des professionnels** a été soulignée en particulier des personnels des petites institutions (réunions d'équipe, groupes de parole, échanges, débriefing)

Rendre obligatoires les conventions entre structures sanitaires et établissements pour personnes âgées afin d'assurer une meilleure continuité des soins

Proposition n° IV-11

On veillera à établir des complémentarités avec les hôpitaux, cliniques psychiatriques, post-cures psychiatriques. Les volets SROS Personnes âgées actuellement en cours d'élaboration dans de nombreuses régions devraient **mieux prendre en compte le caractère complémentaire du triptyque médico-social/psychiatrie/soins de suite.**

Etendre les dispositifs de maintien à domicile, d'HAD et de relais post-HAD

Proposition n° IV-12

Le développement de l'HAD doit désormais être intégré aux politiques régionales et se traduire par la création de places et de structures supplémentaires [...], que les procédures doivent garantir la transparence du choix et l'expertise des projets, et doivent permettre aux différents acteurs, établissements publics ou privés et organismes associatifs de s'inscrire dans la réalisation de cette politique au vu de critères connus de tous. C'est pourquoi il est inacceptable qu'à la partie 4 concernant la psychiatrie, il soit dit d'emblée que "seuls les établissements publics de santé et privés PSPH peuvent mettre en oeuvre ce type de prise en charge dans le cadre de leur participation à la sectorisation psychiatrique". L'ordonnance de simplification et l'ouverture souhaitée du secteur privé aux dites alternatives doivent entraîner des modifications la réglementation à bref délai. Nous estimons que la circulaire projetée doit tenir compte de cette évolution imminente souhaitée autant par le ministère que par les professionnels. Comme l'a rappelé Jean-François Mattéi, "cette ordonnance vise à simplifier les outils de planification, les régimes d'autorisation des activités de soins et les formes de coopération". Concernant les modalités de prise en charge, il nous semble que l'équipe HAD devrait être plus impliquée dans la structure d'hospitalisation de rattachement et que

la continuité entre les uns et les autres soit plus formelle. Le texte donne en effet l'impression que l'équipe HAD peut fonctionner de façon très indépendante. Cette solution de rattachement nous paraîtrait plus simple à organiser, ne serait-ce que pour s'assurer de la continuité des soins qui est préconisée.

On s'appuiera sur le dispositif des CMP-Ressources Territoriaux, ainsi que sur les SSIAD, les IDE libérales, les aides à domicile, ou les services de soins de longue durée et les maisons de retraite. Il convient aussi de prendre en compte le besoin d'accueil de jour dans les EHPAD, qui nécessite davantage que les 1.700 places créées par une circulaire d'Avril 2002.

Renforcer le rôle des EHPAD dans la prise en charge des personnes âgées connaissant des troubles psychiatriques

Proposition n° IV-13

Il convient d'augmenter le temps de présence du médecin coordonnateur dans l'établissement, en lien avec le développement d'équipes mobiles de psychiatres dans les EHPAD, formalisées par convention avec le secteur, en vue d'améliorer les complémentarités en aval, et en ayant recours à des psychologues dans les maisons de retraite, et à des paramédicaux (psychomotriciens, orthophonistes), financés par l'A.P.A. ²⁷

²⁷ Allocation Personnalisée d'Autonomie

V. CINQUIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

Réformer l'espace médico-judiciaire, en réactualisant certaines dispositions de la Loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sous contrainte, en insérant une obligation de soin ambulatoire sous conditions, et en optimisant la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice

Améliorer le fonctionnement et élargir le champ de compétence des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (C.D.H.P.)**Proposition n° V-01**

La création des C.D.H.P. par la loi du 27 juin 1990 a été une excellente initiative. La loi du 4 mars 2002, a élevé de quatre à six, le nombre des membres de chaque commission en ajoutant un médecin généraliste et un représentant des associations d'usagers. C'est une amélioration certaine, mais incomplète, car elle ne tient pas compte des disparités départementales. Par ailleurs, l'autonomie fonctionnelle de ces commissions est mal assurée, surtout sur le plan économique, puisque l'allocation budgétaire qui leur est destinée n'est pas distincte des budgets des affaires sanitaires et sociales départementales. Un budget spécifique, déterminé par la tutelle, doit être dégagé dans chaque département, budget qui doit être proportionnel à la charge de travail des C.D.H.P. Dans certains départements, les C.D.H.P. devront être sub-divisées en plusieurs sous-commissions afin de les rendre plus disponibles et plus efficaces. L'importance de la C.D.H.P. dans l'application de la loi du 27 juin 1990 est souvent mal connue des patients, des familles mais aussi des soignants. Un élargissement de ses prérogatives pour tout ce qui concerne l'éthique et les libertés, au-delà du champ propre de l'application de la loi du 27 juin 1990, est souhaitable (évaluation de la situation de l'ouvert et du fermé et de son adéquation aux situations différentes des patients quand aux libertés, adéquation de l'architecture et des conditions d'accueil et d'hébergement des patients, par exemple). Une fois par an, une réunion sera appelée par le directeur de l'établissement, réunion à laquelle participeront, le Président du Conseil d'Administration, le Président de la C.D.H.P., le Directeur, le Président de la C.M.E., le Directeur des soins paramédicaux, un représentant du C.T.E. Au terme de cette réunion, dont le secrétariat sera assuré par l'administration de l'établissement, il sera établi un compte rendu transmis à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette réunion pourrait également servir de base, en y associant des représentants des usagers et de la société civile, à l'Espace Ethique Hospitalier qui selon la proposition de l'Association Nationale des C.D.H.P., serait en relation avec l'Espace Ethique Régional.

Rappelons également que L'A.N.A.E.S. a publié des recommandations médicales pour le recours aux moyens de contention et l'utilisation des chambres d'isolement.

Il paraît opportun que la C.D.H.P. soit invitée à s'assurer du respect de ces protocoles et à faire sur ce point toute remarque qui lui paraîtrait opportune.

Les remarques faites par la C.D.H.P. au cours de ses visites ou après qu'elle ait été actionnée par une demande provenant du pôle soigné ou du pôle soignant, devraient être diffusées à l'ensemble du personnel soignant de l'établissement et inscrites automatiquement à l'ordre du jour de la C.M.E. par son Président. La C.M.E. devra contrôler les mesures prises pour traiter un éventuel dysfonctionnement concernant soit les libertés, soit les conditions d'accueil des personnes hospitalisées, et ce tant au niveau humain, technique, que matériel.

La C.D.H.P. doit enfin pouvoir intervenir comme instance de recours dans toutes les situations où la communication du dossier du patient nécessiterait une médiation.

Réviser la Loi 90-527 du 27 juin 1990

Proposition n° V-02

Différents aménagements sont préconisés par la mission :

- 1. Simplifier l'accès aux soins et harmoniser la périodicité des certificats légaux :** Les C.D.H.P. et les évaluations régionales dénoncent le formalisme juridique du deuxième certificat lors de l'admission en H.D.T. et demandent l'harmonisation de la périodicité des certificats médicaux pour les deux formes d'hospitalisation sans consentement.
- 2. Mieux informer les professionnels, ainsi que les malades et leurs familles :** Une meilleure information concernant le dispositif légal d'hospitalisation sous contrainte, les droits des patients et les modalités de recours, de l'ensemble des acteurs concernés est fortement souhaitée, qu'il s'agisse des malades (notamment les modalités pratiques des notifications des décisions sont à préciser) et de leur famille ou des professionnels (médecins généralistes, services hospitaliers, police)
- 3. Pourvoir à la défaillance de tiers :** Le recours à l'assistant(e) social(e), ou à toute personne n'étant pas un proche du malade, pour faire la demande d'H.D.T., a été dénoncé. Cependant, l'absence de tiers ne devrait pas conduire à une abstention thérapeutique ni à une utilisation abusive de la procédure de H.O., le plus souvent inadéquate dans de telles situations. Une procédure d'hospitalisation sous contrainte initiée par un seul certificat rédigé par un psychiatre ne dépendant pas de l'établissement où sera hospitalisé le patient pourrait, en cas d'urgence seulement, résoudre cette impasse. Les dossiers des patients ayant bénéficié de cette mesure, seront systématiquement présentés à la C.D.H.P. Cette disposition deviendrait la nouvelle Hospitalisation Urgente (H.U.).
- 4. Clarifier « l'ouvert et le fermé » :** La distinction entre l'ouvert et le fermé est pour la Mission une nécessité absolue et il nous paraît inadmissible que pour des raisons d'inadéquation architecturale, un patient en hospitalisation libre se retrouve derrière une porte fermée, même s'il est convenu que cette porte puisse être ouverte à sa demande. La possibilité d'aller et de venir sans contrainte dans le cadre du protocole thérapeutique librement consenti, est un élément fondamental de la

déstigmatisation de l'hospitalisation psychiatrique. Nous souhaitons que sur ce point des recommandations précises soient établies par l'A.N.A.E.S. et que des critères ad hoc soient intégrés dans la seconde version du manuel de l'accréditation en cours de préparation. La C.D.H.P. devrait être compétente pour veiller à l'application de ces critères.

- 5. Clarifier l'usage des sorties d'essai de longue durée, souvent utilisées comme des obligations de soins et créer une nouvelle disposition légale permettant l'obligation de soins en ambulatoire.**

Nous préconisons la création d'une obligation de soins sous contrainte différente de la sortie d'essai. Le patient ne serait plus alors inscrit dans le registre de l'H.D.T., puisque ne nécessitant plus de soins immédiats et constants, mais il serait tenu à respecter un protocole de soins qui, non observé, entraînerait sa réhospitalisation. Il nous paraît en fait nécessaire que le patient puisse être considéré comme sorti afin qu'il puisse éventuellement reprendre une activité professionnelle ou une formation, sans ambiguïté médico-légale. Il serait aussitôt réhospitalisé dès lors qu'il n'observerait pas l'obligation qui lui aura été faite, sans qu'il soit nécessaire de réactiver une mesure d'H.D.T. avec demande de tiers.

Il nous semble qu'en complétant les dispositions actuelles de loi du 27 juin 1990, par un article qui définirait qu'un patient ayant été hospitalisé dans le cadre d'une H.D.T. ou d'une H.O., suffisamment amélioré pour avoir bénéficié d'une sortie d'essai d'au moins un mois, ne présentant plus de trouble nécessitant des soins constants et immédiats, mais dont l'état nécessiterait impérativement la poursuite des soins, pourrait être considéré comme pouvant bénéficier d'une sortie avec obligation de soins. Cette mesure serait alors assortie d'une obligation de soins et, en cas de rupture thérapeutique et/ou de reprise des troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation, le patient pourrait alors être réadmis dans une procédure d'urgence, différente de l'H.U., sur la base d'un seul certificat médical rédigé alors par un psychiatre, pouvant appartenir à l'établissement d'accueil du patient.

- 6. Alléger certaines dispositions relatives aux autorisations de sortie**

Si l'accompagnement systématique des « autorisation de sortie » d'une durée de moins de 12 heures pour les hospitalisations à la demande d'un tiers est conforme aux dispositions de la loi du 27 juin 1990, elle n'en paraît pas moins difficile à réaliser compte tenu des moyens en effectifs : elle se traduit de fait par des « privations de sortie » pour des patients qui devraient pouvoir en bénéficier.

A l'inverse, cette disposition se justifie pour les hospitalisations d'office. Il faudrait définir le statut des sorties dites de proximité (promenades dans le parc, par exemple) qui ne sauraient être toutes accompagnées compte tenu des effectifs, et dont la limitation très contraignante est contraire à l'économie générale des soins. Par ailleurs, ces sorties de proximité s'inscriront dans la nécessaire souplesse des contrats thérapeutiques sans lesquels il n'y a pas de soins psychiatriques possibles.

7. Etendre l'application de la loi du 27 Juin 1990 aux établissements hospitaliers privés

Nous considérons qu'il est opportun que les établissements de santé privés soient invités à s'engager pleinement dans la prise en charge des les patients en H.D.T., en H.U. et en H.O., patients qui, bien évidemment, bénéficieraient alors des mêmes garanties légales que dans le service public.

La C.D.H.P. verrait sa compétence élargie à l'hospitalisation psychiatrique privée sur l'ensemble du champ proposé plus haut. La mise en œuvre de cette préconisation impliquerait qu'une étude économique préalable soit effectuée rapidement afin de définir les conditions de son financement

Aménager les dispositions relatives au contenu et à la communication du dossier médical en psychiatrie (loi du 4 mars 2002)

Proposition n° V-03

Si les certificats médicaux, les courriers, les résultats d'examens complémentaires, les résumés d'observations, les comptes rendus de sortie doivent légitimement être communiqués aux patients, l'observation médicale ainsi que le dossier de soins infirmiers ne peuvent être le plus souvent communiqués en l'état, car ils se situent dans un travail psychopathologique et diagnostique non stabilisé et non encore définitivement formalisé.

D'autre part, les données biographiques des patients, les séquences éventuellement traumatiques de leur histoire font partie intégrante du dossier en psychiatrie et sont d'autant moins communicables au patient que le dossier peut contenir des éléments (concernant la filiation par exemple) connus par le psychiatre, mais non par le sujet. Faire la part de ce qui est communicable et de ce qui ne l'est pas doit être du ressort du psychiatre qui doit établir une observation formalisée communicable.

Enfin, les modalités de la rétroactivité doivent faire l'objet d'une réflexion coordonnée sous l'autorité du ministère de la Santé, associant les professionnels et les patients ou leurs représentants. La position d'instance de médiation et de recours de la C.D.H.P. a été évoquée plus haut.

Améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes sous main de justice

Proposition n° V-04

- 1. Optimiser la prise en charge ambulatoire** (consultation, prise en charge psychothérapique, et accueil thérapeutique de jour) **des personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques, en améliorant la dotation des SMPR**
- 2. Améliorer la prise en charge des détenus présentant des troubles mentaux requérant des soins hospitaliers**

L'article 48 de la loi du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice propose une réforme complète des modalités d'hospitalisation pour motifs psychiatriques des personnes détenues. Ces dispositions qui modifient le Code de la santé publique prévoient que désormais les hospitalisations des personnes détenues se feront en milieu hospitalier exclusivement dans des « unités hospitalières spécialement aménagées ». En effet, il est prévu qu'une garde par les forces de l'ordre ou les personnels de l'administration pénitentiaire contrôle les entrées dans l'unité et assure les contraintes liées à la qualité de personne détenue. Ces unités doivent être bien évidemment différenciées des Unités pour Malades Difficiles (U.M.D.) et être situées près des pôles somatiques et suffisamment proches des familles des détenus.

- 3. Etendre l'application des mesures de suivi socio-judiciaire avec contrainte de soins à l'ensemble des catégories de délinquants ayant une composante psychopathologique définie comme étant préoccupante dans l'expertise psychiatrique**
- 4. Résoudre les contradictions de l'article D.398 du code de procédure pénale et de la loi de programmation pour la justice du 2 septembre 2002**

La loi d'orientation et de programmation pour la justice du 2 septembre 2002 institue un article L.3214-3 du Code de la santé publique qui précise désormais que : « Lorsqu'une personne détenue nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier, en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même ou pour autrui, le Préfet de police à Paris ou le représentant de l'Etat du département dans lequel se trouve l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu, prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, son hospitalisation dans une unité spécialement aménagée d'un établissement de santé visée à l'article L 3214-1. Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ». Or, depuis le rattachement des S.M.P.R. à des établissements publics de santé, les psychiatres des S.M.P.R. exercent, au sens administratif du terme, dans l'établissement qui doit accueillir le malade. Nous proposons en conséquence que l'avis du psychiatre du S.M.P.R. soit joint à celui d'un autre psychiatre n'appartenant ni au S.M.P.R., ni à l'hôpital susceptible de recevoir le patient. C'est ce double avis qui serait transmis à l'autorité judiciaire puis au Préfet.

- 5. Réévaluer les articles L.3213.8 et L.3213.7 de la loi du 27 juin 1990**

L'article L.3213.8 indique qu'il ne peut être mis fin aux hospitalisations d'office intervenues en application de l'article L.3213.7 que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le Préfet sur la liste établie par le Procureur de la République. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants, doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux, ni pour lui-même, ni pour autrui. Une telle décision peut amener une sortie immédiate par abrogation de l'H.O. même si celle-ci a été prononcée après un acte médico-légal ayant conduit à l'application de l'article 122.1 du Code de

Procédure Pénale. Il semble que dans ce cas, les conclusions des experts ne devraient être considérées que comme un avis donné aux autorités administratives.

6. Définir les modalités de la sortie d'essai dans le cadre d'un H.O. faisant suite à l'application de l'article 122.1 – alinéa 1 du Code de Procédure Pénale

Rien n'étant précisé dans la Loi, ni dans les fiches d'informations ministérielles du 13 mai 1991, il semble que certains Préfets, pour ces sorties d'essai sous H.O., calquant leur attitude sur la procédure de sortie, requièrent l'avis de deux experts après examens et conclusions séparées, alors que d'autres traitent ces demandes de sortie d'essai comme dans le cas général sur la simple demande du psychiatre traitant hospitalier. Il s'agit d'un point important qui demande à être réglementé et débattu autrement que dans l'urgence, comme cela pourrait être le cas lors de la survenue d'un nouvel acte médico-légal commis par un patient en sortie d'essai dans le cadre d'une H.O. après une application de l'article 122.1, sans que l'avis de deux experts ait été demandé.

Clarifier les missions des expertises médico-judiciaires

Proposition n° V-05

Concernant les expertises médico-judiciaires auxquelles la justice a de plus en plus recours et qui se diversifient, il convient de hiérarchiser et de clarifier les missions de l'expert psychiatre en particulier lors des réquisitions (de plus en plus fréquentes dans un fantasme de « psychiatrie de l'immédiateté »).

D'autre part, **il est souhaitable de restaurer, en matière criminelle, une dualité d'experts** ce qui donnerait à l'expertise une plus grande fiabilité et réintroduirait un débat contradictoire entre les deux spécialistes, débat indispensable compte tenu de l'importance déterminante de leurs conclusions pour la procédure.

La création d'un D.E.S.C. de psychiatrie légale a été évoquée. Nous recommandons de faire une place plus importante à cet aspect particulier de la psychiatrie dans la formation des psychiatres, et sur le plan pratique, de constituer progressivement un corps de psychiatres susceptibles de remplir les missions précitées dans les centres de ressources pour agresseurs sexuels ou pour pouvoir satisfaire les obligations de soins faites à certains délinquants.

Faire aboutir la réforme, toujours en discussion de la loi du 03 janvier 1968 sur les incapables majeurs

Proposition n° V-06

VI. SIXIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES

Développer la démarche qualité et les actions de formation dans tous les secteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, en initiant l'évaluation des pratiques

6.1. Développer la qualité et soutenir l'élaboration de bonnes pratiques en lien avec l'ANAES et l'INSERM

Faire des choix pertinents en matière de recommandations de bonne pratique et d'expertise collective

Proposition n° VI-01

En ce qui concerne la psychiatrie et la santé mentale, un certain nombre de conférence de consensus ont été mises en place sur divers sujets et ont abouti à des recommandations de bonne pratique. Pour autant, la mission souhaiterait une clarification non seulement des méthodes de choix des thèmes, mais aussi de celle qui conduit à proposer pour un thème donné soit une conférence de consensus soit un groupe d'experts.

Il nous semble nécessaire de réserver la conférence de consensus, qui est une méthode longue et coûteuse, aux thèmes les plus pertinents pour la santé publique. En ce qui concerne la psychiatrie et santé mentale, un groupe mixte ANAES/FFP/DGS devrait être constitué pour le choix des thèmes. Les tâches respectives de l'ANAES et de l'INSERM mériteraient peut être aussi d'être explicitées car il peut exister parfois un certain chevauchement.

Accélérer la mise en œuvre et développer l'accréditation

Proposition n° VI-02

Après une première vague d'accréditation, la question d'une évolution du manuel a été posée et un groupe représentatif des usagers et des professionnels s'est réuni et a proposé une mise à jour possible (dans le cadre des travaux sur la version II du manuel), permettant à partir de la grille ANAES, de proposer des critères plus précis et mieux adaptés à la psychiatrie. Par ailleurs, des fiches techniques ont été élaborées pour permettre aux visiteurs une meilleure connaissance du contexte particulier de ces structures ou unités. Quelques éléments pourraient être y être ajoutés, notamment :

À des critères qui évalueraient les modalités de sélection des formations permanentes afin de s'assurer que l'ensemble des structures du champ effectue les efforts nécessaires pour offrir une certaine diversité des soins en fonction de besoins établis à partir de recommandations de bonne pratique ;

- Ä des critères pour s'assurer de la qualité des formations continues tant dans le choix des formations et des professionnels qui en bénéficient, que de la qualité des formations elles-mêmes. Ces critères de qualité doivent aussi être évalués pour le personnel médical ;
- Ä l'articulation avec le médicosocial doit aussi faire l'objet d'un critère et d'une évaluation car elle est essentielle pour la qualité des activités et de la prise en charge globale du patient;
- Ä la qualité pédagogique et l'encadrement des stages doivent être évaluée en fonction d'une grille de critères proposée par les facultés de médecine et de psychologie.

Etendre l'accréditation à d'autres domaines**Proposition n° VI-03**

Le processus de l'accréditation doit être étendu aux psychiatres et aux psychologues libéraux au moyen de visites confraternelles et de formations permanentes obligatoires, faites par des instances validées, y compris pour la pratique des psychothérapies qui demandent une supervision.

Un processus d'évaluation identique doit être adapté et étendu au secteur médicosocial. Les éléments de psychiatrie et de santé mentale doivent pouvoir y être spécifiquement pris en compte, ce qui impliquerait une présence significative de professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale et en particulier de psychiatres, dans les groupes qui élaboreraient la méthode d'évaluation. L'articulation du dispositif médico-social avec la psychiatrie doit faire partie des éléments à évaluer.

6.2. Renforcer la formation initiale et continue des différents intervenants**Promouvoir les formations initiales conjointes****Proposition n° VI-04**

D'une façon générale, le souhait serait de mettre en place des formations conjointes pour la plupart des intervenants du champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Il importe donc, non pas de transformer tous les intervenants en thérapeutes, ce qu'ils ne sont pas, mais en personnes compétentes, capables de juger si le trouble présenté par la personne nécessite des soins spécialisés, de quels types et avec quel degré d'urgence. Ils doivent aussi être capables d'exercer leurs fonctions avec des personnes présentant des problèmes de santé mentale avec le niveau relationnel nécessaire à la prise en charge des personnes fragilisées

Des formations croisées sont à mettre en place avec les directions des instituts de formation dans le cadre de leur conseil technique. Elles paraissent essentielles pour que chaque profession connaisse le cadre dans lequel travaillent les autres, sache à

quel moment passer la main et quelles sont les interventions que les autres acteurs sont à même de faire.

Faire évoluer le métier d'infirmier en psychiatrie, en rendant d'abord plus opérationnelles les compétences acquises lors de la formation initiale, tout en préparant une réforme de la formation d'ensemble des infirmiers

Proposition n° VI-05

La fusion des formations conduisant aux diplômes d'infirmier en soins généraux et d'infirmier en psychiatrie intervenue en 1992 a conduit à la mise en œuvre par les instituts de formation en soins infirmiers d'une formation d'infirmier généraliste intégrant les notions et concepts abordés en santé mentale et en psychiatrie. L'objectif consistait en une approche globale de la personne associant les dimensions somatique et psychique, par l'ensemble des infirmiers, que leur projet professionnel vise les soins généraux ou la psychiatrie. Chacun s'accorde désormais à reconnaître les avancées que constitue cette formation généraliste, notamment en terme de décloisonnement des champs d'exercice professionnel, de mobilité et de choix d'exercice plus variés, même si elle contribue indirectement à aggraver la pénurie en psychiatrie, déjà disqualifiée par la non intégration des infirmiers de secteur psychiatrique dans le corps des infirmiers diplômés d'état, à la suite de la Directive Européenne de 1978.

Nous ne reviendrons pas ici sur tous les avatars qu'a connus ce dossier, qui a constitué un énorme ratage de la réorganisation professionnelle du corps infirmier dans notre pays, témoignage du manque de reconnaissance des professionnels - et de tous les professionnels - exerçant en santé mentale. Bafoués, les infirmiers de secteur psychiatrique ont ainsi une reconnaissance nationale pour effectuer toutes les tâches d'un infirmier diplômé d'état dans un établissement hospitalier, mais sans attribution du titre, en raison de la directive Européenne, alors que nul ne peut contester que leur expérience et leur formation les situent à un niveau équivalent.

Cette ségrégation statutaire demeure une réelle épine dans toute réflexion concernant le soin infirmier en santé mentale : s'il est vrai que les infirmiers diplômés d'état "nouveau régime", et dont le niveau de formation en santé mentale a été accru, ne montrent aucune réticence à travailler dans les services de santé mentale, il s'avère que les spécificités de la discipline nécessitent "sur le tas" une formation que nous estimons de 6 mois au minimum. C'est généralement auprès de leurs collègues, dont le niveau de compétence est pourtant limité par la directive Européenne, qu'ils acquièrent ces connaissances aujourd'hui.

Un groupe de travail a été réuni par le ministère depuis juin 2002 et a reçu pour mission de formuler des propositions permettant d'améliorer les compétences des infirmiers appelés à exercer dans le domaine de la psychiatrie : Il a pu poser clairement divergences et points communs pour ce qui concerne la formation en psychiatrie dans ce nouveau contexte : la ligne de fracture se situe entre tenants d'une formation initiale spécifique à l'exercice en psychiatrie, d'une formation complémentaire pour les infirmiers souhaitant exercer en psychiatrie, et enfin d'une

spécialisation des infirmiers en psychiatrie, tous étant par ailleurs d'accord sur la formation universitaire préconisée au niveau européen (LMD²⁸).

Sans développer ici les aspects techniques, sur lesquels on ne pourra faire longtemps l'impasse, tel le statut des infirmiers qui découlerait de telle ou telle option, il nous apparaît nécessaire de **subordonner le chantier d'une réforme de la formation initiale des professions infirmières, aux réformes annoncées de la première année de formation commune aux professions de santé**, qui devraient avoir un réel impact sur la compétence à terme des professionnels (apport plus conséquent des sciences humaines, meilleure appréhension des problématiques de santé publique et de l'environnement médico-social dans lequel les professionnels interviennent).

Dès à présent, et compte tenu des délais de mise en œuvre d'une telle réforme, pourrait être mise en place une formation complémentaire de six mois, applicable sur l'ensemble du territoire, offerte aux infirmiers lors d'une première affectation en service de psychiatrie. Cette formation complémentaire devra tenir compte de la spécificité de la psychiatrie (qu'il s'agisse de son organisation ou des soins aux patients), et du fait que le cœur des « équipes actuelles » est encore constitué par les infirmiers de secteur psychiatrique.

En effet, aucune réforme d'ensemble concernant l'évolution du dispositif ne peut être mise en œuvre harmonieusement sans le soutien de ce nombre important d'acteurs. Notons que cette formation ne permettra pas d'envisager de réels transferts de compétence au profit des infirmiers, transferts auxquels les organisations syndicales restent pour la plupart hostiles : le besoin des patients réside plus dans l'amélioration de la complémentarité des interventions médicales et paramédicales, que dans la substitution des unes aux autres.

Adapter la formation des psychologues

Proposition n° VI-06

Ces formations sont très diverses suivant les universités, certaines étant spécialisées dans la psychanalyse, ce qui aboutit à des formations mono référencées. Il en va de même des stages qui sont souvent difficiles à trouver et ne permettent pas toujours d'assister aux entretiens avec les patients. Enfin, dans un contexte de plus en plus sélectif, les examens théoriques et formels prennent le pas sur l'accomplissement d'un stage et l'obtention d'une formation clinique.

Les psychologues souhaitent eux-mêmes faire progresser cette situation. Ils se sont dotés d'un code de déontologie²⁹ qui pose des principes clairs notamment au regard de leur formation. Les psychologues ont un titre défini par la loi n°85-772 du

²⁸ Licence-Maîtrise-Doctorat

²⁹ Le 25 Mars 1996, le Code de Déontologie des Psychologues a été adopté par l'AEPU (Association des Enseignants de Psychologie des Universités), l'ANOP (Association Nationale des Organisations Professionnelles) et la SFP (Société Française de Psychologie).

26/7/1985 qui définit les qualifications requises. Ils doivent pour exercer leurs fonctions être enregistrés auprès des DDASS.

La mission forme le voeu que le code de déontologie dont s'est doté cette profession soit opérationnalisé par divers moyens qu'elle recommande :

- Ä la redéfinition du curriculum en particulier : nécessité d'une formation concernant à la fois les différents aspects psychopathologiques et les différentes théorisations et techniques de soin en particulier les différents types de psychothérapie ;
- Ä cette formation doit impliquer des stages dans des lieux validés cliniquement et dans lesquels les stagiaires doivent avoir des responsabilités thérapeutiques correspondants à leurs compétences ;
- Ä ce stage doit correspondre à l'équivalent d'un internat de psychologie, dont la durée ne devrait pas être inférieure à deux semestres et dont le contenu devrait faire l'objet d'une validation finale.

Pour les psychologues scolaires, la mission recommande que leur cursus se rapproche, autant que faire se peut, de celui des psychologues cliniciens et comporte des stages dans des milieux cliniques de la pédopsychiatrie afin de leur permettre d'exercer un rôle plus efficace dans le dépistage et ce, en liens avec l'intersecteur.

En ce qui concerne la psychologie expérimentale, la mission recommande la mise en place d'une filière « évaluation des soins » dans les facultés, permettant aux psychologues cliniciens d'acquérir les éléments nécessaires à la mise en place d'évaluations des différentes techniques de soins. Parallèlement, des possibilités de stages cliniques devraient être offertes à ceux qui veulent s'orienter vers la recherche clinique évaluative.

Renforcer la formation initiale des médecins

Proposition n° VI-07

Etant donné l'importance de la co-morbidité des maladies physiques et mentales, les médecins généralistes et les autres spécialités médicales devraient accomplir au cours de leurs études un semestre en psychiatrie. Pour les pédiatres, il s'agirait d'un stage de pédopsychiatrie.

Outre l'enseignement de la psychiatrie, de la pédopsychiatrie et de la gérontopsychiatrie, un enseignement de psychologie médicale permettant une gestion relationnelle adéquate de l'ensemble des patients est indispensable : information sur les traitements, annonce d'un pronostic grave au patient et à sa famille, accompagnement des personnes en fin de vie.

Améliorer la formation des psychiatres

Proposition n° VI-08

La formation des psychiatres se révèle, en certains domaines, insuffisante.

La mission propose de l'améliorer dans les domaines suivants :

- Ä **L'enseignement des psychothérapies** : Il existe une grande hétérogénéité entre les régions, sur les propositions d'information théorique portant sur les principaux courants de psychothérapie et sur les séminaires de supervision, effectués en dehors des stages hospitaliers. Nous proposons que chaque faculté puisse fournir une initiation de base aux grands courants psychothérapeutiques et que le perfectionnement ultérieur, dans un de ces domaines, relève d'un choix personnel du futur psychiatre. De plus, à l'instar de nombreuses facultés étrangères, nous proposons la supervision par un enseignant de prises en charge prolongées sur plusieurs semestres ;
- Ä **L'enseignement de la psychiatrie infanto-juvénile** est organisé de façon inégale. En effet, certaines régions ne disposent que d'un nombre insuffisant d'enseignants et pour certaines en sont dépourvues. Il convient donc d'augmenter le nombre de PU/PH en vue d'équilibrer la qualité de l'enseignement sur l'ensemble du territoire.
- Ä **L'enseignement de la géronto-psychiatrie** : Les psychiatres sont peu formés à la gériatrie. La mission recommande la création d'un DESC national de géronto-psychiatrie sur un an, ouvert à tous les spécialistes psychiatres, avec stages prévus dans les unités spécialisées. Il convient également de dynamiser la formation de géronto-psychiatrie (environ 12 à 16 heures) prévue dans le cursus du DES de psychiatrie.
- Ä **Enfin les enseignements généraux**, dans leur multiples dimensions (méthodologie de l'évaluation des pratiques de soins, recherche clinique et épidémiologique en psychiatrie, organisation, gestion...) sont insuffisants et méritent d'être renforcés en liaison avec l'enseignement de santé publique
- Ä **Il convient également de sélectionner les lieux de stage des internes en fonction de leurs qualités formatrices, de définir des critères d'évaluation pour les différentes acquisitions nécessaires à leur formation et de préciser les responsabilités des formateurs.** Il est à noter que d'une façon générale les conditions d'évaluation des enseignements et de la formation pratique sont en France très limitées alors que cette évaluation est indispensable.
- Ä **L'initiation à la recherche doit être encouragée** : alors qu'une majorité des internes souhaite compléter leur formation par un travail de recherche clinique ou fondamentale, seule une faible proportion d'entre eux prépare et obtient un Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) et seuls 3 à 8 % obtiennent une thèse d'Université. Cet état de fait est préoccupant pour l'avenir de la recherche en psychiatrie, qui est en France dans une situation de pauvreté notable par rapport à la plupart des pays occidentaux. Mais, plus largement, même pour ceux des psychiatres qui ne choisiront pas le métier de chercheur, l'initiation à la recherche reste un des meilleurs moyens d'acquérir une méthodologie de

développer l'esprit critique et une dynamique de remise en cause des connaissances qui seront indispensables à leur pratique et à leur formation continue. Nous préconisons un élargissement des possibilités de DEA en particulier dans les milieux de la recherche évaluative et épidémiologique en santé publique en France et à l'étranger, afin d'augmenter le nombre de thèses en santé publique sur des thèmes de psychiatrie et de santé mentale, par la mise en place d'une option de santé mentale dans les DEA de santé publique.

Ä Il conviendrait aussi de faciliter la mobilité des internes en DES de psychiatrie, seuls 4% ayant effectué un stage dans une autre région ou à l'étranger

Ä Enfin, l'Union Européenne des Médecins spécialistes a élaboré en 1995 une Charte pour la formation initiale en Psychiatrie qui précise les aspects généraux de la formation et les conditions requises pour les centres de formation. La durée de formation est de cinq ans minimum, et tous les éléments que nous avons mentionnés y sont traités, en particulier les modalités d'évaluation, qui reposent sur la tenue d'un cahier de stage personnel «rapportant » toutes les activités du stagiaire, de même que figurent les conditions requises pour la reconnaissance des centres de formation et la qualification des enseignants. Aussi recommandons-nous de faire correspondre la formation des psychiatres à cette Charte en portant sa durée à cinq ans, comme pour les internes en DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Former les para-médicaux, les assistants sociaux et les éducateurs

Proposition n° VI-09

Nous préconisons une formation qui comprendra des éléments de psychopathologie, de psychiatrie et de pédopsychiatrie dans des formations conjointes avec les autres professionnels concernés du champ. Enfin se pose la question d'une formation à la relation d'aide permettant des activités de type « conseil psychologique », qui permettrait d'apporter des éléments de soutien à des personnes en difficulté qui ne souhaitent pas entreprendre une psychothérapie mais pourraient tirer profit d'interventions de ce type supervisées et limitées dans le temps.

Former les aidants et développer l'éducation thérapeutique des patients

Proposition n° VI-10

Nous proposons de développer la formation des différents intervenants et de développer l'éducation thérapeutique des patients, de leurs proches et particulièrement des aidants. Des formations interdisciplinaires et multiprofessionnelles, associant des professionnels des différentes institutions et du secteur libéral, sont préconisées afin d'apporter une aide au développement du travail en réseau et aux projets de services ou de travail interinstitutionnel.

Développer la formation permanente des professionnels médicaux et non médicaux**Proposition n° VI-11**

- Ä Pour les médecins ayant des responsabilités institutionnelles** (chefs de service/directeur médical), nous préconisons une formation d'une centaine d'heures sur le management d'équipe, le médico-économique et la santé publique (épidémiologie, recherche évaluative). Cette formation devrait être exigée lors des nominations ou des renouvellements de chefferie.
- Ä Pour les médecins travaillant en institution**, la formation continue doit faire l'objet d'une mise en forme, tant dans les objectifs que dans les méthodes à utiliser. Les organismes professionnels (FFP par exemple) en établiront le cahier des charges avec les organismes de tutelle.
- Ä Pour les psychiatres d'exercice libéral**, la formation continue revêt une importance particulière, car ces professionnels sont parfois isolés. Comme pour leurs confrères du public, elle doit être faite indépendamment de l'industrie pharmaceutique et suivant des critères eux aussi établis par l'ANAES, parallèlement à ceux qui seront validés en institution.
- Ä En ce qui concerne la formation continue des professionnels non médicaux dans les établissements**, il convient de poursuivre le développement des formations dans le cadre de l'accréditation (démarche qualité, évaluation des pratiques, audit interne...). En effet, la gestion de la formation permanente est un des éléments clef de la gestion des ressources humaines.

VII. SEPTIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES**Développer la recherche en psychiatrie**

Nous préconisons un soutien réel et concret dans le développement des différents types de recherche pertinents pour la psychiatrie et la santé mentale :

Amplifier la recherche épidémiologique et médico-économique.**Proposition n° VII-01**

Nous constatons qu'il n'existe pas actuellement de lieu où la communauté scientifique puisse synthétiser les données disponibles et validées sur la psychiatrie et la santé mentale et proposer des analyses cohérentes de tendance, qui seraient pourtant très utiles aux politiques publiques, et qui sont réclamées et largement utilisées au niveau européen. Bien que les données disponibles en France soient nombreuses, elles sont dispersées et parfois difficilement accessibles : citons les données d'enquêtes épidémiologiques en population générale comme celles conduites par l'INPES et des chercheurs isolés, les données des coupes transversales des soins de psychiatrie, les rapports de secteur de la DREES, les données de la CNAMTS et de certains organismes complémentaires sur l'exercice libéral, ainsi que les données sur les enquêtes décennales de santé ou les enquêtes du CREDES sur la consommation de soin. A ces données s'ajoutent les données du PMSI expérimental (à disposition de la DHOS et traitées par l'ATIH,) celles des statistiques de décès, des ventes de psychotropes, des études auprès des médecins sentinelles pour ne citer que les données les plus pertinentes pour suivre les problèmes de psychiatrie et de santé mentale et optimiser leur prise en charge.

Enfin rappelons qu'un bilan effectué pour le compte de la DGS sur l'état de l'épidémiologie en France constatait plusieurs carences dont notamment :

- Ä** l'absence complète de données épidémiologiques sur la population infantile en particulier les 6-12 ans
- Ä** l'absence d'étude de cohorte, tant dans la population adulte que dans la population infantile. Cette technique d'étude étant la seule qui permette d'évaluer les facteurs de risque et les effets de la prise en charge, ou de la non prise en charge, des troubles les plus fréquents.

A ces lacunes peut s'ajouter l'absence de la recherche épidémiologique sur l'autisme et les autres troubles envahissants du développement (TED) chez l'enfant, qui devra s'appuyer, comme nous le proposons plus haut, sur le développement d'un réseau de centres de ressources sur l'autisme (lui même en relation avec l'INSERM) et peut être sur la mise en place de registres sur les TED.

Un rapport plus récent sur la planification en santé mentale soulignait les mêmes carences et y ajoutait la nécessité de conduire des recherches épidémiologiques visant à valider des indicateurs sociaux nécessaires à la planification des ressources dans les régions et les sous régions.

Nous proposons donc de :

Mettre en place une étude de cohorte d'enfants et d'adultes

Proposition n° VII-02

Celle-ci permettra de suivre leurs problèmes psychopathologiques et de comportement et de soutenir les enquêtes régionales destinées à valider les indicateurs sociaux pour la planification

Mettre en place une recherche clinique évaluative

Proposition n° VII-03

Hormis le domaine médicamenteux, la recherche clinique est insuffisamment développée. Elle devrait s'attacher à :

- À** éclairer le meilleur usage possible des psychotropes en conjonction avec les différentes techniques psychothérapeutiques, les interventions médico-sociales, les campagnes de prévention.
- À** fonder les meilleures stratégies (médicamenteuses et/ou psychothérapiques), et asseoir scientifiquement les campagnes de prévention ou autres interventions, en développant l'articulation entre :
 - la recherche clinique (liée à la pratique quotidienne du clinicien et de son équipe, et qui suppose une solide connaissance méthodologique),
 - les neurosciences fondamentales (neurobiologie, biologie moléculaire, génétique..) et cliniques (neuropsychologiques, neurophysiologiques, psychologiques),
 - les sciences humaines (sociologie, ethnologie, anthropologie)
 - et la santé publique, en particulier l'évaluation des interventions de prévention des problèmes de santé mentale.

Créer une structure de type groupement d'intérêt scientifique « GIS » pour l'épidémiologie psychiatrique

Proposition n° VII-04

Si des scientifiques isolés conduisent quelques études épidémiologiques, aucune structure spécifiquement dévolue à cet axe de recherche n'existe en France. Ce support juridique présente le mérite de fédérer les personnes et les institutions travaillant dans le champ de l'épidémiologie psychiatrique tout en respectant leurs particularités. L'originalité de ce GIS tiendrait dans sa composition et son champ de compétence.

Une pluralité d'acteurs pourrait y adhérer par voie de convention comme :

- Ä des structures ayant pour mission la recherche (INSERM et CNRS) et les universités ou la surveillance épidémiologique (INVS, DREES, ORS,...) et des chercheurs isolés ;
- Ä des Directions du Ministère de la Santé (DGS, DHOS, DGAS, ATIH) voire des administrations hospitalière ;
- Ä des mutuelles ou des assurances privés (exemple : MGEN par sa Fondation pour la Santé Publique) ;
- Ä la CNAMTS et en particulier son service médical ;
- Ä le CREDES et l'INPES , la fédération des ORS.

L'intérêt de cette structure serait de rompre l'isolement des professionnels concernés par la Santé Publique appliquée à la Santé Mentale en favorisant les collaborations opérationnelles entre cliniciens pour les investigations, chercheurs psychiatres pour les spécificités de la discipline, chercheurs en sciences humaines pour les implications sociologiques ou psychologiques, méthodologistes et biostatisticiens spécialisés dans la mesure subjective, réseaux institutionnels habilités à produire des statistiques hospitalières ou à assumer la surveillance sanitaire, collaborations multicentriques nationales par le réseau des ORS, etc..

Le statut juridique du GIS lui permettrait d'avoir la reconnaissance et la masse critique pour répondre plus efficacement à des appels d'offre qui échappent actuellement aux organismes publiques faute d'un niveau d'organisation suffisant. Il pourrait ainsi être sollicité par les pouvoirs publics pour répondre à des questions déterminantes pour l'organisation de l'offre de soins ou la politique de prévention. La mise en place de ce GIS ne peut se concevoir que dans le cadre d'une action concertée visant à développer la recherche épidémiologique et évaluative, dans le cadre d'un plan impliquant les organismes de recherche et tout spécialement l'INSERM par son inter-commission santé mentale au sein de laquelle nous préconisons la présence de chercheurs en sciences humaines et d'épidémiologistes du champ de la santé mentale. La collaboration avec le ministère de la recherche est essentielle et implique en tout premier lieu une action interministérielle.

Augmenter significativement le nombre de chercheurs dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale

Proposition n° VII-05

Nous proposons de renforcer de façon significative :

- Ä le nombre de chercheurs en psychiatrie et de bourses données à des étudiants pour se former à l'étranger (cinq par an pendant 10 ans) en épidémiologie et en recherche évaluative avec des postes d'accueil à leur retour ;
- Ä le nombre des enseignants (et notamment de ceux qui sont particulièrement orientés vers la recherche) ;
- Ä la présence de la psychiatrie dans les délégations régionales à la recherche clinique

Développer un tissu de cliniciens sensibilisés à la recherche par le moyen des DIMRE**Proposition n° VII-06**

Toutes les structures hospitalières ont en principe mis en place des DIM (Département d'information médicale) destinés à recueillir des données statistiques sur la clientèle et les activités du secteur et à appuyer les démarches d'accréditation. Cependant des données récentes semblent montrer que tous les établissements ,n'en disposent où que ce DIM n'est pas vraiment fonctionnel, par manque de moyens matériels et humains et ce, malgré les décrets qui en font une obligation. Aussi préconisons nous une évaluation par les ARH des DIM en psychiatrie et une directive explicite sur les moyens humains et matériels à mettre à leur disposition, car nous considérons que les DIM sont le socle sur lequel reposent les possibilités de développement des recherches en psychiatrie.

Aussi nous proposons nous de rebaptiser ces DIM : DIMRE en leur ajoutant les lettres R = Recherche et E = Evaluation. Les éléments contenus dans ce recueil d'information (fiches patient) sont de nature médico-administrative et concernent tous les types d'activités temps plein, temps partiel et ambulatoires, ainsi que les activités dites communautaires qui recouvrent toutes les activités de prévention et de réinsertion du secteur en même temps que ceux concernant les patients (diagnostics et données sociales). Leurs exploitation statistiques permettent non seulement de décrire les activités des secteurs et des établissements, et leur clientèle, mais aussi d'effectuer des comparaisons de prise en charge et l'amorce de recherches sur des modalités thérapeutiques différentes et de ce fait les médecins des DIMRE peuvent aider voire initier des recherches cliniques.

Au niveau national, ces données doivent servir de base à des recherches de type médico-économique, permettant de décrire les trajectoires des patients. Etant donné l'importance potentielle de ces travaux, nous recommandons que des moyens scientifiques significatifs soient consacrés à ces études, par le moyen de contrats avec des statisticiens, en relation avec les milieux professionnels.

Nous recommandons également de soutenir les regroupements régionaux des DIM permettant une exploitation régionale des données comme c'est le cas dans certaines régions. En effet, le niveau régional permet d'obtenir une masse critique de cas permettant de démarrer des recherches sur pratiquement toutes les pathologies, tout en étant suffisamment proche du terrain pour le contrôle de qualité et l'animation d'un groupe de recherche. Ce regroupement régional permet aussi de s'appuyer sur les départements de santé publique des universités et les services universitaires de psychiatrie ainsi que sur les unités INSERM ou CNRS pour démarrer des pôles locaux de recherche sur des thèmes particuliers. Ce soutien des ARH devrait permettre un appui statistique et technique pour la réalisation de ces banques régionales de données, qui peuvent de plus être très utiles pour les décideurs.

Nous recommandons une formation des médecins directeurs de DIMRE à la recherche évaluative et épidémiologique, ainsi qu'à la recherche médico-économique, dans le cadre d'une collaboration avec les enseignements de santé publique et les DU. Il est également essentiel d'équiper les DIMRE et les services des moyens techniques informatiques nécessaires à la collecte des données et à leur analyse.

Favoriser le dialogue entre les cliniciens et les chercheurs

Proposition n° VII-07

De nombreux cliniciens se disent intéressés par la recherche et estiment que leur pratique est un champ de recherche permanent. Cependant si la clinique est certainement le lieu d'où se doivent d'émerger les questions de recherche, cette créativité ne constitue pas une recherche dans le sens où l'entendent les instituts de recherche. Cette distance se doit d'être comblée en mettant en relation les cliniciens avec des méthodologistes capables de transposer une question d'intérêt clinique en une question de recherche et en un protocole permettant d'y répondre suivant les principes de l'évaluation : groupe contrôle, hypothèse alternative pour ne nommer que quelques uns. Cette transposition est d'ailleurs toujours réductrice et difficile à accepter pour les cliniciens.

Il convient de rappeler que la formation d'un chercheur est très longue et dans la mesure où en France les lieux de formation à la recherche clinique évaluative non médicamenteuse et dans une moindre mesure épidémiologique, sont peu nombreux, voire absent, des missions de formation à l'étranger sont actuellement nécessaires.

C'est dans ce contexte que nous recommandons de :

Permettre l'implication des cliniciens dans la recherche par la délivrance de « valences universitaires de recherche »

Proposition n° VII-08

Celles-ci seront conditionnées par le dépôt d'un projet de recherche, évalué par une commission spécialement constituée, et mis en forme par un méthodologiste et devant aboutir à des publications dans des revues avec comité de lecture. Ces dispositions devraient trouver des équivalents pour les psychiatres libéraux.

Développer la recherche temporaire et les activités mixtes suivant les mêmes critères que ci-dessus, par une possible mobilité de la clinique à la recherche

Proposition n° VII-09

Cette activité de recherche temporaire consistera en quelques années de recherche ou en détachement pour la recherche dans une carrière de praticien) ; la création statutaire de postes de cliniciens chercheurs, évoquée depuis plusieurs années et qui devient indispensable après une évaluation rigoureuse de leurs compétences par un comité émanant des organismes de recherche, est une nécessité indiscutable.

CONCLUSION

Donner à la psychiatrie, plus qu'à aucune autre discipline médicale, un projet. Tel a été le sens de notre mission, où nous avons tenté de tracer les pistes d'une refonte de notre système de soins psychiatriques français,

Pour cela, nous avons d'abord fait appel à notre expérience de praticiens, au savoir-faire des professionnels rencontrés, psychiatres, psychologues, infirmiers, intervenants sociaux, représentants institués des familles et des patients, responsables d'établissements, à la connaissance qu'ils ont des malades, à leur déontologie, à leur soif d'humain, à leur respect de celui qui souffre. Ils nous ont fait partager cette vertu collective, qu'illustre une Histoire dont nous sommes fiers, scandée par les vagues successives de réforme qu'a connues la psychiatrie.

Ils nous ont exposé leurs difficultés, celles d'un quotidien tenté par le désenchantement...

Car la psychiatrie – et avec elle la santé mentale - est aujourd'hui exposée, « menacée », mise en cause dans ses objectifs, ses moyens, mais aussi dans ses méthodes, ses résultats.

Elle est appelée à s'ouvrir, à anticiper son futur, exhortée à répondre des maux d'aujourd'hui et de demain. A l'écoute d'une société qui perd ses repères et exprime chaque jour davantage sa souffrance.

Consciente de ses limites, elle doit faire l'effort d'imaginer ce qu'elle peut apporter à la santé publique, aux maux de la société, aux progrès de la science, qui ne vont pas sans ceux d'une culture de responsabilité, dans le respect de la liberté.

Elle doit plus encore sortir de ses hôpitaux, de ses cliniques, parler d'elle et du sujet, de l'environnement, des problèmes qui agitent notre société, prendre parti.

La psychiatrie doit s'ouvrir : Mais à quelles conditions le pourra-t-elle ?

Il lui faudra, d'abord, des moyens, rien ne pouvant se faire sans eux.

Il lui faudra aussi une volonté commune, une implication de tous les acteurs, non seulement ceux qui concourent à la prise en charge des patients, des patients eux-mêmes, mais aussi de l'ensemble de la société civile, des élus, des citoyens, des décideurs, des acteurs du champ social, des usagers, des familles, des agents économiques, qui devront rentrer dans la partie.

Il lui faudra une volonté pour conduire les changements nécessaires à l'accomplissement de ses missions, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de l'accompagnement des patients et de leurs proches, l'expérimentation de nouvelles méthodes de gestion, de modes d'organisation, l'évaluation de leurs résultats, la détermination de consensus...

Il lui faudra du temps et une volonté politique forte, claire, visible, patiente, persévérante, courageuse !

TABLE DES MATIERES DES PROPOSITIONS		
DU PLAN D' ACTIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHIATRIE ET LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE		
Après avoir rappelé dans notre préambule :		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Le champ de la mission 2. L'état des lieux du système, ses forces, ses faiblesses 3. Les missions de la psychiatrie 4. La définition du besoin de soins en psychiatrie 		
<u>Notre plan d'actions se définit selon 7 axes prioritaires :</u>		
I. PREMIER AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		
Réorganiser l'offre de soins de première ligne et sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et au bon usage des soins		
Réorganiser l'offre de soins de première ligne avec les médecins généralistes, renforcer les liens avec le dispositif de soins spécialisés, et faciliter l'accès aux psychothérapies		13
<i>Donner une définition des psychothérapies</i>	<i>Proposition n° I-01</i>	13
<i>Créer une nomenclature d'actes de psychothérapie déclinés en ses divers types (psychanalytique, cognitivo-comportemental, systémique), et modalités (individuel ou en groupe)</i>	<i>Proposition n° I-02</i>	14
<i>Etablir et rendre publique une liste des professionnels habilités à pratiquer les psychothérapies.</i>	<i>Proposition n° I-03</i>	14
<i>Instaurer un système permettant l'évaluation de l'état clinique et des indications thérapeutiques par un psychiatre coordinateur</i>	<i>Proposition n° I-04</i>	15
<i>Orienter le patient vers la prise en charge adéquate après évaluation de son besoin</i>	<i>Proposition n° I-05</i>	16
<i>Définir les règles de prescription des psychothérapies</i>	<i>Proposition n° I-06</i>	17
<i>Dans le cas où la psychothérapie est demandée à un psychologue, nous préconisons une évaluation conjointe psychiatre/psychologue pour porter l'indication de psychothérapie.</i>	<i>Proposition n° I-07</i>	17
<i>Donner une valorisation financière aux évaluations</i>	<i>Proposition n° I-08</i>	18
<i>Faire assurer la prise en charge des psychothérapies par les organismes sociaux</i>	<i>Proposition n° I-09</i>	18
Proposer une information claire destinée au grand public		19
<i>Bâtir des campagnes d'information grand public sur les troubles les plus fréquents, en impliquant autant que faire se peut les médecins généralistes.</i>	<i>Proposition n° I-10</i>	19
<i>Elaborer avec les journalistes une charte de communication à propos des maladies mentales, afin d'éviter les effets désastreux d'une exploitation outrancière et erronée de quelques faits divers.</i>	<i>Proposition n° I-11</i>	19
Sensibiliser le public à la santé mentale par des actions de prévention et de promotion		20
<i>Mettre en place des actions prioritaires de promotion de la santé mentale dans le cadre des programmes de l'INPES</i>	<i>Proposition n° I-12</i>	20
<i>Mettre en place une « mission interministérielle de psychiatrie et santé mentale »</i>	<i>Proposition n° I-13</i>	20
<i>Poursuivre le travail entrepris sur la prévention du suicide</i>	<i>Proposition n° I-14</i>	20
II. DEUXIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		
Réduire les inégalités de l'offre de soins en psychiatrie, donner un cadre propice à l'efficacité, la proximité et la souplesse des soins, aidé par des leviers d'actions innovants		
Réduire les disparités géographiques en optimisant l'offre de soins en psychiatrie par une meilleure coordination public/privé et sanitaire/médico-social dans chaque territoire de santé		21
Conjuguer politique incitative et anticipation pour une répartition équilibrée en moyens humains sur le territoire national		21

Maintenir le volume de l'offre médicale et recentrer la psychiatrie sur ses missions	Proposition n° II-01	21
Mieux répartir l'offre psychiatrique	Proposition n° II-02	21
Encourager l'implantation des psychiatres dans les zones défavorisées	Proposition n° II-03	22
Mettre en place, pour l'activité libérale, un numerus clausus à l'installation dans les régions en sureffectif	Proposition n° II-04	22
Prendre des mesures incitatives à l'initiative des collectivités territoriales	Proposition n° II-05	23
Pour garantir un effectif de psychiatres suffisant, rendre plus attractif le service public, par une politique de rémunération motivante	Proposition n° II-06	23
Approfondir les raisons du manque d'attractivité de la profession d'infirmier (ère) en psychiatrie	Proposition n° II-07	24
Reconnaître les acquis de l'expérience (VAE) aux professionnels de santé désireux de suivre une formation initiale infirmière	Proposition n° II-08	25
Augmenter les moyens alloués aux centres et renforcer les moyens d'encadrement pédagogique par des formateurs qualifiés en psychiatrie et dans les métiers de la santé mentale	Proposition n° II-09	25
Donner une place conséquente à la psychiatrie et à la santé mentale dans les programmes des IFSI	Proposition n° II-10	25
Prévoir des incitations pour encourager le maintien ou l'installation des infirmiers dans les régions démographiquement défavorisées, et un numerus clausus à l'installation des infirmiers libéraux dans les régions favorisées	Proposition n° II-11	25
Procéder à un constat de la situation nationale, afin d'identifier les régions déficitaires en moyens sanitaires, médico-sociaux et en moyens professionnels qualifiés.	Proposition n° II-12	26
Un programme pour la psychiatrie et la santé mentale adapté à chaque situation régionale	Proposition n° II-13	26
Harmoniser l'organisation au sein du territoire de santé pour rendre la psychiatrie plus accessible		26
Encourager l'organisation fédérative à l'échelle du « territoire de santé » des secteurs correspondants de psychiatrie générale et infanto-juvénile, en liaison avec le dispositif libéral	Proposition n° II-14	26
Créer une Commission Territoriale de Psychiatrie et de Santé Mentale, rattachée au Conseil Sanitaire de Secteur (secteur sanitaire) pour les projets médicaux de territoire	Proposition n° II-15	27
Organiser le territoire de santé en y associant l'ensemble des acteurs publics et privés, et en renforçant les coopérations	Proposition n° II-16	27
Moderniser le mode de fonctionnement des établissements privés pour l'adapter aux exigences du service public auxquelles ils pourront être progressivement associées	Proposition n° II-17	28
Permettre aux établissements privés de développer des alternatives à l'hospitalisation temps plein	Proposition n° II-18	39
Mettre en chantier la refonte de l'annexe 23 du décret du 9 mars 1956 donnant agrément aux établissements psychiatriques privés	Proposition n° II-19	29
Permettre aux praticiens hospitaliers qui le souhaitent d'être statutairement affectés dans des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés	Proposition n° II-20	30
Prévoir que tous les établissements médico-sociaux aient l'obligation de passer convention avec un établissement de santé, pour l'organisation de leur couverture médicale.	Proposition n° II-21	30
Concilier proximité, qualité et moyens financiers pour une prise en charge psychiatrique plus efficiente		31
Donner au « CMP-Ressource Territorial » le rôle pivot du territoire de santé en psychiatrie et santé mentale		31
Faire du « Centre Ressource Médico-psychologique Territorial », le pivot du dispositif de soins en psychiatrie et santé mentale en précisant les missions des Centres médico-psychologiques (CMP)	Proposition n° II-22	31
Définir, au sein de chaque territoire de santé, un CMP coordonnateur qui assurera le rôle de « Centre Ressources Médico-Psychologique Territorial »,	Proposition n° II-23	32
Soutenir l'effort de rapprochement des unités d'hospitalisation dans la cité, et faire respecter le niveau requis de qualité et de sécurité dans l'accueil psychiatrique		32
Rapprocher les unités d'hospitalisation éloignées de la population qu'elles desservent	Proposition n° II-24	32

<i>Poursuivre l'adaptation quantitative et qualitative de l'hospitalisation complète en renforçant les secteurs les moins équipés en psychiatrie générale pour lever la pression actuelle sur les lits, et améliorer les conditions d'hospitalisation</i>	<i>Proposition n° II-25</i>	33
<i>Garantir la qualité et la sécurité des conditions d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie</i>	<i>Proposition n° II-26</i>	33
Garantir la permanence de l'offre de soins et une réponse systématique et adaptée à l'urgence psychiatrique		34
<i>Renforcer le dispositif d'urgence de première ligne</i>	<i>Proposition n° II-27</i>	34
<i>Réorganiser la permanence des soins de première ligne sur le territoire, en constituant une régulation médicale de ville auprès du Centre 15 départemental, en relation avec les CMP-Ressource Territoriaux, pour répondre aux demandes urgentes de soins psychiatriques</i>	<i>Proposition n° II-28</i>	35
<i>Favoriser l'inscription dans une démarche de soins par l'amélioration de la prise en charge des urgences et de l'aigu en psychiatrie.</i>	<i>Proposition n° II-29</i>	36
<i>Répondre aux besoins aigus par la création d'unités intersectorielles d'accueil (U.I.A.) et l'application du protocole de soins dit « des 72 heures »</i>	<i>Proposition n° II-30</i>	36
Garantir la continuité des soins et de l'accompagnement social par des alternatives à l'hospitalisation, la mise en place de systèmes coordonnés et la mobilisation utile à la réinsertion		38
<i>Procéder à une évaluation par région, annuelle et chiffrée du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie séjournant depuis plus d'un an et dont l'hospitalisation ne répond pas à un objectif thérapeutique</i>	<i>Proposition n° II-31</i>	38
<i>Poursuivre l'accompagnement de la diversification des modes de prise en charge au profit du développement des alternatives et des actions en amont et en aval de l'hospitalisation</i>	<i>Proposition n° II-32</i>	39
<i>Créer des Maisons d'Accueil Spécialisées de petite taille</i>	<i>Proposition n° II-33</i>	39
<i>Développer le travail en réseau</i>	<i>Proposition n° II-34</i>	39
<i>Favoriser, par l'investissement et/ou l'aide au fonctionnement à moyen et long terme, le regroupement de professionnels de santé sous les différentes formes juridiques déjà connues en France ou des formes juridiques nouvelles à créer (Groupement de coopération sanitaire, par exemple)</i>	<i>Proposition n° II-35</i>	40
<i>Prévoir l'articulation des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux (handicap, personnes âgées) avec les schémas régionaux d'organisation sanitaire</i>	<i>Proposition n° II-36</i>	40
<i>Favoriser l'organisation des relations avec les autres disciplines médicales mais également l'articulation avec les services concernés de l'Education Nationale, les services de gestion des logements sociaux.</i>	<i>Proposition n° II-37</i>	40
<i>Favoriser un cadre partenarial équilibré pour la promotion d'actions en réseaux entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social</i>	<i>Proposition n° II-38</i>	40
Multiplier les partenariats avec les acteurs directs et indirects, afin d'organiser une complémentarité indispensable dans le cas des personnes atteintes d'un handicap psychique		41
<i>Améliorer la prise en charge des personnes souffrant d'un handicap psychique : de l'attente d'un statut et d'une place à celle d'un accompagnement gradué et décloisonné, d'un « parcours de vie »</i>	<i>Proposition n° II-39</i>	43
<i>Organiser l'articulation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité de vie des malades présentant des pathologies psychiatriques sévères et invalidantes</i>	<i>Proposition n° II-40</i>	43
<i>Revoir les méthodes et outils d'évaluation du handicap</i>	<i>Proposition n° II-41</i>	44
<i>Améliorer l'accueil et le fonctionnement des COTOREP (ou du futur dispositif d'évaluation et d'orientation)</i>	<i>Proposition n° II-42</i>	44
<i>Promouvoir les actions communautaires dans les milieux de vie (école, entreprise, quartier)</i>	<i>Proposition n° II-43</i>	45
<i>Améliorer la prise en charge des malades atteints de psychoses invalidantes</i>	<i>Proposition n° II-44</i>	45
<i>Améliorer la transition entre la prise en charge en milieu psychiatrique et l'insertion en milieu de vie ordinaire en favorisant les projets innovants sur le versant social</i>	<i>Proposition n° II-45</i>	45
<i>Elaborer un guide de planification et de programmation du médicosocial dans le champ de la santé mentale</i>	<i>Proposition n° II-46</i>	45
<i>Elargir le champ de la mission nationale d'appui en santé mentale à l'articulation avec le dispositif médico-social</i>	<i>Proposition n° II-47</i>	46

<i>Développer une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie de manière inadéquate</i>	<i>Proposition n° II-48</i>	46
<i>Définir des principes généraux d'articulation entre les différents schémas (SROS, schémas du handicap...) et programmes (PRS...)</i>	<i>Proposition n° II-49</i>	47
<i>Lever les obstacles financiers liés à la « double prise en charge »</i>	<i>Proposition n° II-50</i>	47
<i>Développer des soins de réadaptation en psychiatrie</i>	<i>Proposition n° II-51</i>	47
<i>Créer des unités de soins de suite en psychiatrie</i>	<i>Proposition n° II-52</i>	48
<i>Soutenir les associations d'usagers et de familles</i>	<i>Proposition n° II-53</i>	48
<i>Développer des programmes d'aide et d'accompagnement aux personnes handicapées psychiques</i>	<i>Proposition n° II-54</i>	49
<i>Clarifier le rôle de certains services ou structures médico-sociaux</i>	<i>Proposition n° II-55</i>	49
<i>Garantir un minimum de ressources aux personnes handicapées psychiques</i>	<i>Proposition n° II-56</i>	49
<i>Adapter les modalités d'attribution et de gestion de l'Allocation Adulte Handicapé et de la garantie de ressources en C.A.T.</i>	<i>Proposition n° II-57</i>	50
<i>Instaurer un forfait journalier à tarif réduit pour les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie</i>	<i>Proposition n° II-58</i>	50
<i>Améliorer les modalités de gestion de l'accès aux soins pour les patients « exclus » de la Couverture Médicale Universelle (CMU)</i>	<i>Proposition n° II-59</i>	50
<i>Mieux articuler le dispositif des soins de ville et le dispositif spécialisé dans le suivi sanitaire et médico-social</i>	<i>Proposition n° II-60</i>	50
<i>Clarifier les missions des Centres d'Aide par le Travail (CAT) et améliorer le statut des personnes qui y sont accueillies</i>	<i>Proposition n° II-61</i>	51
<i>Renverser la perspective du dispositif de l'obligation d'emploi pour intéresser financièrement les entreprises, afin de faciliter le recrutement des personnes handicapées psychiques</i>	<i>Proposition n° II-62</i>	51
<i>Elargir le périmètre des bénéficiaires d'interventions de l'AGEFIHP à toute personne handicapée psychique orientée par les COTOREP</i>	<i>Proposition n° II-63</i>	51
<i>Favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques</i>	<i>Proposition n° II-64</i>	51
<i>Harmoniser les règles d'application fiscales et sociales des « minima sanitaires et sociaux » (AAH, RMI, CMU)</i>	<i>Proposition n° II-65</i>	52
<i>Accroître les possibilités de logement et d'aide à la vie quotidienne des personnes handicapées psychiques</i>	<i>Proposition n° II-66</i>	52
Allouer les moyens financiers indispensables		52
<i>Allouer une enveloppe budgétaire significative, dans le cadre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés</i>	<i>Proposition n° II-67</i>	52
<i>Garantir à la psychiatrie un niveau de ressources suffisant pour son développement</i>	<i>Proposition n° II-68</i>	52
<i>Faire de la santé mentale une priorité nationale au plan budgétaire</i>	<i>Proposition n° II-69</i>	53
<i>Garantir l'effectivité de cet effort budgétaire et la lisibilité des moyens attribués dans une logique de contractualisation</i>	<i>Proposition n° II-70</i>	53
<i>Mettre en place des co-financements, pour le secteur médico-social, dans une logique contractuelle et réciproque</i>	<i>Proposition n° II-71</i>	54
III. TROISIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		
Mieux dépister et mieux traiter troubles psychiques des enfants et des adolescents, mieux promouvoir leur santé mentale		
Promouvoir la prévention primaire		55
<i>Former la communauté éducative à la promotion de la santé mentale et au repérage des problèmes</i>	<i>Proposition n° III-01</i>	56
<i>Confier à l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) le renforcement des ressources documentaires, méthodologiques et pédagogiques</i>	<i>Proposition n° III-02</i>	57
<i>Mettre en application des programmes de promotion de la santé mentale</i>	<i>Proposition n° III-03</i>	57
<i>Lutter contre la violence</i>	<i>Proposition n° III-04</i>	58
<i>Conduire des actions pour la petite enfance</i>	<i>Proposition n° III-05</i>	58
Renforcer la prévention secondaire permettant la prise en charge précoce des troubles		59
<i>Mettre en place des actions de détection permettant la prise en charge plus précoce des troubles de l'enfant et de l'adolescent</i>	<i>Proposition n° III-06</i>	59
<i>Améliorer la prise en charge des enfants vivant dans des environnements à haut risque</i>	<i>Proposition n° III-07</i>	60

<i>Renforcer les liens entre la pédopsychiatrie et les services de médecine et de chirurgie dans le cas des enfants présentant des maladies chroniques</i>	<i>Proposition n° III-08</i>	60
Mettre en œuvre une prise en charge adéquate des troubles psychiques présentés par les enfants et les adolescents		61
<i>Renforcer le dispositif et les moyens dévolus à la psychiatrie infanto juvénile afin de permettre le développement de ses capacités de soins et la poursuite de ses objectifs fondamentaux de prévention</i>	<i>Proposition n° III-09</i>	62
<i>Améliorer le fonctionnement des structures confrontées à une augmentation des demandes</i>	<i>Proposition n° III-10</i>	64
IV. QUATRIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		
La santé mentale doit se doter d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées		
<i>Mieux définir les trajectoires de soins des personnes âgées souffrant de problèmes psychiatriques,</i>	<i>Proposition n° IV-01</i>	67
<i>Prévoir dans chaque projet d'établissement et/ou contrat d'objectifs et de moyens, un volet obligatoirement consacré aux troubles psychiatriques des personnes âgées</i>	<i>Proposition n° IV-02</i>	68
<i>Diagnostiquer et traiter précocement les troubles psychiatriques en différenciant déficits cognitifs et pathologie psychiatrique, sans ignorer leurs interactions</i>	<i>Proposition n° IV-03</i>	68
<i>Spécialiser l'offre des établissements qui accueillent les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques</i>	<i>Proposition n° IV-04</i>	68
<i>Prévoir des dispositifs adaptés à la prise en charge des patients associant pathologie (physique et/ou mentale) et dépendance (physique et/ou mentale)</i>	<i>Proposition n° IV-05</i>	69
<i>Améliorer l'accès à l'information des professionnels, des personnes et de leurs familles dans le domaine de l'éducation sanitaire, de l'habitat, de l'alimentation</i>	<i>Proposition n° IV-06</i>	70
<i>Assurer le soutien de la personne âgée malade à domicile ou dans son lieu de vie habituel, en entretenant un réseau autour de la personne</i>	<i>Proposition n° IV-07</i>	70
<i>Recourir à une évaluation médico-psycho-sociale systématique, réalisée dans le cadre de l'aide personnalisée à l'autonomie</i>	<i>Proposition n° IV-08</i>	70
<i>Répondre aux besoins liés à la co-morbidité par des consultations conjointes, gériatriques, psychiatriques et neurologiques</i>	<i>Proposition n° IV-09</i>	70
<i>Répondre au besoin de répit des familles, par des mesures d'aide aux familles aidantes à domicile, des places d'hébergement temporaire en EHPAD ou dans des services gériatriques (accueils ou hôpitaux de jour)</i>	<i>Proposition n° IV-10</i>	71
<i>Rendre obligatoires les conventions entre structures sanitaires et établissements pour personnes âgées afin d'assurer une meilleure continuité des soins</i>	<i>Proposition n° IV-11</i>	71
<i>Améliorer les dispositifs de maintien à domicile, d'HAD et de relais post-HAD</i>	<i>Proposition n° IV-12</i>	71
<i>Renforcer le rôle des EHPAD dans la prise en charge des personnes âgées connaissant des troubles psychiatriques</i>	<i>Proposition n° IV-13</i>	72
V. CINQUIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		
Réformer l'espace médico-judiciaire, en réactualisant certaines dispositions de la Loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation sous contrainte, en insérant une obligation de soin ambulatoire sous conditions, et en optimisant la prise en charge psychiatrique des personnes sous main de justice		
<i>Améliorer le fonctionnement et élargir le champ de compétence des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (C.D.H.P.)</i>	<i>Proposition n° V-01</i>	73
<i>Réviser la Loi du 27 juin 1990</i>	<i>Proposition n° V-02</i>	74
<i>Aménager les dispositions relatives au contenu et à la communication du dossier médical en psychiatrie (loi du 4 mars 2002)</i>	<i>Proposition n° V-03</i>	76
<i>Améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes sous main de justice</i>	<i>Proposition n° V-04</i>	76
<i>Clarifier les missions des expertises médico-judiciaires</i>	<i>Proposition n° V-05</i>	78

<i>Faire aboutir la réforme, toujours en discussion de la loi du 03 janvier 1968 sur les incapables majeurs</i>	<i>Proposition n° V-06</i>	78
VI. SIXIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		
Développer la démarche qualité et les actions de formation dans tous les secteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, en initiant l'évaluation des pratiques		
Soutenir l'élaboration de bonnes pratiques en lien avec l'ANAES et l'INSERM		79
<i>Faire des choix pertinents en matière de recommandations de bonne pratique et d'expertise collective</i>	<i>Proposition n° VI-01</i>	79
<i>Accélérer la mise en œuvre et développer l'accréditation</i>	<i>Proposition n° VI-02</i>	79
<i>Etendre l'accréditation à d'autres domaines</i>	<i>Proposition n° VI-03</i>	80
Renforcer la formation initiale et continue des différents intervenants		80
<i>Promouvoir les formations initiales conjointes</i>	<i>Proposition n° VI-04</i>	80
<i>Faire évoluer le métier d'infirmier en psychiatrie, en rendant d'abord plus opérationnelles les compétences acquises lors de la formation initiale, tout en préparant une réforme de la formation d'ensemble des infirmiers</i>	<i>Proposition n° VI-05</i>	81
<i>Adapter la formation des psychologues</i>	<i>Proposition n° VI-06</i>	82
<i>Renforcer la formation initiale des médecins</i>	<i>Proposition n° VI-07</i>	83
<i>Améliorer la formation des psychiatres</i>	<i>Proposition n° VI-08</i>	83
<i>Former les para-médicaux, les assistants sociaux et les éducateurs</i>	<i>Proposition n° VI-09</i>	85
<i>Former les aidants et développer l'éducation thérapeutique des patients</i>	<i>Proposition n° VI-10</i>	85
<i>Développer la formation permanente des professionnels médicaux et non médicaux</i>	<i>Proposition n° VI-11</i>	86
VII. SEPTIEME AXE DE PROPOSITIONS D' ACTIONS PRIORITAIRES		
Développer la recherche en psychiatrie		87
<i>Amplifier la recherche épidémiologique et médico-économique.</i>	<i>Proposition n° VII-01</i>	87
<i>Mettre en place une étude de cohorte d'enfants et d'adultes</i>	<i>Proposition n° VII-02</i>	88
<i>Mettre en place une recherche clinique évaluative</i>	<i>Proposition n° VII-03</i>	88
<i>Créer une structure de type groupement d'intérêt scientifique « GIS » pour l'épidémiologie psychiatrique</i>	<i>Proposition n° VII-04</i>	88
<i>Augmenter significativement le nombre de chercheurs dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale</i>	<i>Proposition n° VII-05</i>	89
<i>Développer un tissu de cliniciens sensibilisés à la recherche par le moyen des DIMRE</i>	<i>Proposition n° VII-06</i>	90
<i>Favoriser le dialogue entre les cliniciens et les chercheurs</i>	<i>Proposition n° VII-07</i>	91
<i>Permettre l'implication des cliniciens dans la recherche par la délivrance de « valences universitaires de recherche »</i>	<i>Proposition n° VII-08</i>	91
<i>Développer la recherche temporaire et les activités mixtes suivant les mêmes critères que ci-dessus, par une possible mobilité de la clinique à la recherche</i>	<i>Proposition n° VII-09</i>	91
CONCLUSION		

ANNEXES

Ä Lettre de Mission

Ä Liste des sigles et abréviations

Ä Liste des personnes auditionnées

Le Ministre de la Santé, de la Famille
et des Personnes Handicapées

République Française

Paris, le 10 Février 2003

CAB/AG/VG/Scop D 02017558

Monsieur,

Le plan national mis en place en novembre 2001 en matière de politique de santé mentale a permis d'importantes évolutions mais laisse subsister des marges d'amélioration significatives par rapport aux difficultés que rencontrent les professionnels, en particulier dans les domaines suivants :

- adaptation de l'offre de soins par la mise en oeuvre d'une réponse graduée, diversifiée et coordonnée de la prise en charge. Cette adaptation nécessite la coordination de professionnels différents (psychiatres, médecins généralistes, pédiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux et éducatifs..) et un engagement de la discipline dans l'évaluation des pratiques, en liaison avec l'ANAES,
- rapprochement progressif de la discipline psychiatrique avec les autres disciplines médicales, notamment en faisant de la psychiatrie un volet des SROS, en encourageant le travail en réseau, en adaptant l'hospitalisation complète et le dispositif ambulatoire au plus près des lieux de vie des patients, en développant les interventions et l'hospitalisation à domicile et en articulant l'intervention des équipes psychiatriques dans les services somatiques,
- organisation de la prise en charge des situations de crise et diminution du recours à l'hospitalisation sous contrainte, grâce à l'évaluation de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne,
- mise en oeuvre d'un dispositif de prévention globale élargi à d'autres acteurs que les seuls professionnels de santé (bénévoles, travailleurs sociaux, personnel scolaire...), et positionnant le travail de l'équipe psychiatrique par rapport au réseau de proximité.

La mise en oeuvre de ce plan nécessitera des modifications profondes du dispositif actuel dans des délais qui ne sont pas compatibles avec les attentes des professionnels et des associations de malades atteints de pathologies mentales.

Pour avancer de façon concrète et concertée, je souhaite vous confier une mission dont l'objectif sera de proposer un plan d'actions ciblé sur la **réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale**, en abordant plus spécifiquement :

- la coordination public/privé, intégrant les interfaces entre psychiatres et psychologues libéraux, le rôle des généralistes et des intervenants non médecins
- la collaboration du secteur avec les autres structures de soins et le développement de l'intersectorialité ;
- l'articulation avec le médico-social.

Vos propositions devront prendre en compte le choix et la mise en oeuvre des objectifs de prévention déterminés dans le cadre de la loi d'orientation en santé publique en cours de définition.

Pour conduire votre mission, vous coordonnerez une équipe restreinte composée du Dr Jean-Charles PASCAL, praticien hospitalier, vice-président de la Fédération Française de Psychiatrie et du Pr Viviane KOVASS-MAFETY, psychiatre et épidémiologiste.

Les propositions d'actions devront être soumises à une concertation élargie associant l'ensemble des modes d'exercice de la psychiatrie publique et privée et les représentants de malades et de leur famille.

Vos propositions devront m'être transmises au plus tard à la fin du mois de mai prochain afin d'être présentés aux Etats Généraux de la Santé Mentale qui auront lieu à Montpellier en juin prochain.

Pour cette mission, vous bénéficierez du soutien des services de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

En vous remerciant d'avoir bien voulu accepter cette mission, je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Jean-François MATTEI

PJ : 3 CV

Docteur Philippe CLÉRY-MELIN
11 bis, rue de la Porte Jaune
2, Grande Rue
92380 GARCHES

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

AGEFIPH:	Association nationale de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des handicapés
ANAES:	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANDEM:	Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale
ARH:	Agence Régionale de l'hospitalisation
ASE:	Aide Sociale à l'enfance
CA:	Conseil d'Administration
CAT:	Centre d'Aide par le Travail
CATTP:	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDES:	Commission Départementale de l'Éducation Spéciale
CDHP:	Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques
CDSM:	Commission départementale en santé mentale
CEDEP:	Comité européen Droit, Éthique et Psychiatrie
CFES:	Comité français d'Éducation pour la Santé (cf. INPES)
CFTMEA:	Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CHG:	Centre Hospitalier Général
CHRS:	Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHS:	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU:	Centre Hospitalier Universitaire
CIM:	Classification Internationale des Maladies
CLAHP:	Comité de Liaison et d'action de l'Hospitalisation Privée
CLIS:	Classe d'intégration Spéciale
CMC:	Catégories Majeures Cliniques
CME:	Commission Médicale d'Établissement
CMP:	Centre médico-pédagogique
CMPP:	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNAM:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS:	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL:	Commission Nationale de l'informatique et des Libertés
COTOREP:	Commission Technique d'orientation et de Reclassement Professionnel
CPC:	Centre de Post-Cure
CRAM:	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREAI:	Centre de Réadaptation pour Enfants et Adolescents Inadaptés
CREDES:	Centre de Recherche, d'Études, de Documentation en Économie de la Santé
CROSS:	Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale
CSMF:	Confédération des Syndicats Médicaux Français
CSP:	Code de la Santé Publique
CSSI:	Contrôle et Sécurité des Systèmes d'Information
CSST:	Commission de Santé et de Sécurité au Travail
CTE:	Comité Technique d'Établissement
DARH:	Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation
DDASS:	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DEPRES :	Depression Research in European Society
DGS :	Direction Générale de la Santé
DHOS:	Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins
DIM:	Département d'informations Médicales
DMOS:	Diverses Mesures d'Ordre Social
DMS:	Durée Moyenne de Séjour
DRASS:	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

DSM-IV:	Diagnostic Statistical Manual-episode IV
DSSI:	Direction du Service de Soins Infirmiers
ECT:	Électroconvulsivothérapie
EGF:	Échelle de Fonctionnement Global
EHP:	Établissement Hospitalier Public
ENSP:	École Nationale de Santé Publique
ESM:	Échelle Santé Maladie
ETP:	Équivalent Temps Plein
FA:	File Active
FEHAP:	Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés
FFP:	Fédération française de Psychiatrie
FHF:	Fédération Hospitalière de France
FNAP-PSY:	Fédération Nationale des Patients et ex-patients Psychiatriques
FNARS:	Fédération Nationale des Assoc. d'accueil et de Réadaptation Sociale
FNPEIS:	Fonds National de Prévention et d'Éducation en Information Sanitaire
FPP:	Fiche Par Patient
FSQ:	Évaluation de la qualité de vie
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GFEP:	Groupe Français d'Épidémiologie Psychiatrique
GHJ:	Groupe Homogène de Journées
GHM:	Groupe Homogène de Malades
GIE:	Groupement d'intérêt Économique
GIP:	Groupement d'intérêt Public
GIS:	Groupement d'intérêt Sanitaire
HCSP:	Haut Comité de la Santé Publique
HDT:	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HG:	Hôpital Général
HO:	Hospitalisation d'Office
HPP:	Hôpital Psychiatrique Privé
HSC:	Hospitalisation Sans Consentement
ICMHC:	International Classification of mental Health Care
ICP:	Indicateur de Complexité des Pathologies
ICS:	Indicateur de Complexité des Soins
IGAS:	Inspection Générale des Affaires Sociales
IME:	Institut Médico-Éducatif
INED:	Institut National d'Études Démographiques
INPES :	Institut National de Prévention et d'Éducation en Santé
INS:	Inventaire de niveau de soins
INSEE:	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM:	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPSOS:	Institut de sondage
IR:	Institut de Rééducation
ISO:	International Organization for Standardization
LEDS:	Life Events and Difficulties Schedule
MA:	Méta-Analyse
MADRS:	Montgomery-Amberg Depression Rate Scale
MAS:	Maison d'Accueil Spécialisé
MCI:	Mise en Chambre d'isolement
MGEN:	Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale
MINI:	Version abrégée du CIDI
MIRE:	Mission Interministérielle de Recherche et d'Expérimentation
NFCAS-C:	Needs For Care Assessment Schedule- Community version
NGAP:	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ORS:	Observatoire Régional de la Santé
PAQ:	Programme d'Amélioration de la Qualité

PDI:	Programme Départemental d'Insertion
PEC:	Profil d'Évaluation Clinique
PF:	Placement Familial
PIB:	Produit Intérieur Brut
PJJ:	Protection Judiciaire de la Jeunesse
PMSI:	Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PNB:	Produit National Brut
PO:	Placement d'Office
PRAPS:	Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PROS:	Plan régional d'organisation des services
PRS:	Projet Régional de Santé
PRS:	Prévention Réinsertion Soins
PRS:	Programmes régionaux de santé
PSAS:	Programmation Stratégique des Actions de Santé
PSE :	Present-State Examination
PSPH:	Participant au Service Public Hospitalier
PT:	Plein Temps (hospitalisation)
RAS:	Réseau d'Aide Spécialisée
RESHUS:	Réseau des usagers de l'hôpital
RHS:	Résumé Hebdomadaire Standardisé
RMI:	Revenu Minimum d'Insertion
RMO:	Référence Médicale Opposable
RNSP:	Réseau National de santé Publique
RSA:	Résumé de Sortie Anonyme
RSIO:	Responsable du Système Informatique et Organisation
RSS:	Résumé de Sortie Standardisé
RUG:	Resource Utilisation Groups
SAE:	Statistique Annuelle des Établissements
SAU:	Service d'Accueil d'Urgence
SAVD:	Service À Votre Domicile
SCAN:	Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SDF:	Sans Domicile Fixe
SDO:	Schéma Départemental d'Organisation
SESI:	Service des Statistiques et des Études d'information
SML:	Syndicat des Médecins Libéraux
SMPR:	Service Médico-Psychologique Régional
SNIP:	Syndicat National de l'industrie Pharmaceutique
SPH:	Syndicat des Praticiens Hospitaliers
SROS:	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSR:	Soins de Suite ou de Réadaptation
UMAP:	Unité pour Malades Agités et Perturbateurs
UMD:	Unité pour Malades Difficiles
UNAFAM:	Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux
UNCPsy-FHP:	Union Nationale des Établissements Psychiatriques d'hospitalisation privée
UPID:	Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale
URSP:	Unité Régionale de Soins Pénitenciers
VAD:	Visite À Domicile

Nous remercions pour leur participation active à nos groupes de concertation, les contributions qu'ils nous ont fait parvenir, les échanges que nous avons pu avoir ensemble :

Docteur	ACCOYER	Bernard	Monsieur	DESCHAMPS	Jean-Louis
Monsieur	AFFERGAN	Marcel	Docteur	DEWAVRIN	Patrick
Docteur	ALECIAN	Patrick	Monsieur	DOVA	Jean-Paul
Professeur	ALLILAIRE	Jean-François	Docteur	DUBRET	Gérard
Monsieur	ANDRE	Jacques	Madame	DURAND	Josyane
Docteur	ANTIER	Edwige	Docteur	ECHE	Patrick
Docteur	ARWIDSON	Pierre	Madame	EHRENBERG	Corinne
Madame	AUBARD	Isabelle	Docteur	ELIACHEFF	Caroline
Professeur	AZORIN	Jean-Michel	Docteur	EMMANUELLI	Xavier
Docteur	BAILLON	Guy	Docteur	EPELBAUM	Corinne
Madame	BARICHASSE	Danielle	Docteur	ETIEMBLE	Jeanne
Madame	BARRES	Martine	Docteur	FACY	Françoise
Docteur	BAZIN	Nadine	Docteur	FALISSARD	Bruno
Madame	BENSADON	Anne-Carole	Docteur	FERRAND	Isabelle
Professeur	BERLAND	Olivier	Madame	FINKELSTEIN	Claude
Docteur	BESSE	Antoine	Madame	FOURCADE	Alexandra
Docteur	BOKOBZA	Hervé	Docteur	GARRET-GLOAREC	Nicole
Madame	BONNAFOUS	Evelyne	Docteur	GAYRAL	Jacques
Monsieur	BORELLA	Laurent	Monsieur	GENTIL	Michel
Docteur	BOTBOL	Michel	Docteur	GERMAIN	Sylvie
Docteur	BOURCY	Jacques	Professeur	GOLSE	Bernard
Monsieur	BOURDEUX	Christian	Monsieur	GROSBOIS	Philippe
Docteur	BRACONNIER	Alain	Docteur	GROUCHKA	Cedric
Docteur	BROCHIER	Anne-Marie	Professeur	GUEDENEY	Antoine
Docteur	BUISSON	Bernadette	Docteur	GUEDJ	Marie-Jeanne
Monsieur	BURLOUX	Gilles	Docteur	GUYOT	Sylvia
Madame	BUSSIERE	Carole	Docteur	HABRIAS	Michel
Docteur	CACOT	Pascal	Professeur	HARDY-BAYLE	Marie-Christine
Docteur	CAILLAULT	Pierre	Docteur	HEMERY	Gilles
Monsieur	CANCEIL	Olivier	Madame	HEYRAUD	Emilie
Monsieur	CANNEVA	Jean	Docteur	HIRIGOYEN	Marie-France
Monsieur	CARBUCCIA-BERLAND	Jean-Pierre	Docteur	HORASSIUS	Michel
Docteur	CASANOVA	Ariane	Docteur	HOUZEL	Didier
Monsieur	CAUSSE	David	Docteur	HOVASSE	Elisabeth
Docteur	CAZENAVE	Bernard	Monsieur	JEAGER	Marcel
Docteur	CHARTIER	Jean-Pierre	Professeur	JEAMMET	Philippe
Madame	CHAVALLARD	Nicole	Docteur	JOFFE	Joëlle
Docteur	CHOQUET	Marie	Madame	JOLIVET	Elizabeth
Docteur	CLEMENT	Jean-pierre	Monsieur	JOLY	Pierre
Docteur	CONSTANT	Jacques	Docteur	JONAS	Carol
Docteur	CORDIER	Bernard	Docteur	LACHAUX	Bernard
Docteur	COUTANCEAU	Roland	Madame	LAFARGUE	Marie
Docteur	COZIC	Jean-Yves	Monsieur	LAGRANGE	Hugues
Docteur	CREMIEUX	Anne-Marie	Madame	LASSALE	Sophie
Docteur	CYRULNIK	Boris	Monsieur	LAVAL	Christian
Docteur	DALIGAND	Liliane	Monsieur	LECOURT	Jean
Docteur	DANON	Gisèle	Professeur	LEGRAIN	Sylvie
Professeur	DARCOURT	Guy	Docteur	LEGUAY	Denis
Docteur	DE BEAUREPAIRE	Christiane	Professeur	LEJOYEUX	Michel
Madame	DEBAUX	Fabienne	Docteur	LENESTOUR	Annick
Docteur	DEJOURS	Christophe	Docteur	LERY-POULIQUEN	Claire

Monsieur	LETOURNEAU	Dominique
Monsieur	LETUVE	Alain
Madame	LEYRELOUP	Anne-Marie
Monsieur	LIVET	Marc
Madame	LOUBET	
Madame	LUJAN	Martine
Docteur	MAISONDIEU	Jean
Professeur	MANCIAUX	Michel
Docteur	MARESCAUX	Claude
Monsieur	MARESCAUX	Jacques
Monsieur	MARTINEZ	Joël
Docteur	MASSE	Gérard
Madame	MATTE	Anne-Sophie
Madame	MAXIMY (de)	Martine
Monsieur	MEILLIER	François
Docteur	METAIS	Patrick
Monsieur	MOITIE	Jean-Jacques
Docteur	MOLENAT	Françoise
Monsieur	MOSNIER	Gérard
Madame	ODDIE	Michèle
Docteur	PANCRAZI	Marie-Pierre
Docteur	PARIZOT	Suzanne
Docteur	PASCAL	Jean-Charles
Docteur	PATRIS-GISSELMANN	Marie-France
Professeur	PELLERIN	Jérôme
Madame	PERRIN-NIQUET	Annick
Docteur	PIDOLLE	Alain
Docteur	QUETIN	Anne-Marie
Monsieur	RAYNAL	Bernard
Madame	REVEL	Myriam
Madame	REZNIK	Florence
Docteur	ROELANDT	Jean-Luc
Madame	ROGEZ	Elisabeth
Docteur	ROSSINNELLI	gérard
Docteur	ROUEUR-SAPORTA	Sylvie
Professeur	ROUILLON	Frédéric
Docteur	ROURE	Louis
Madame	ROUSSEAU	Elisabeth
monsieur	SAILLON	Alfred
Docteur	SAILLON	Anne
Professeur	SAINT-JEAN	Olivier
Professeur	SECHTER	Daniel
Docteur	SEGALA	Béatrice
Madame	STROHL	Hélène
Docteur	TACHON	Jean-Paul
Docteur	THEVENOT	Jean-Pierre
Madame	TOLLU	Elisabeth
Monsieur	TRANCHANT	Bruno
Docteur	TYRODE	Yves
Docteur	VASSEUR	Christian
Madame	VERGES	Marie-Dominique
Docteur	VIDON	Gilles
Professeur	WIDLOCHER	Daniel
Docteur	ZAGURY	Daniel

AGIR

AUX RACINES DE LA VIOLENCE

à Monsieur Jean-François MATTEI

Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées

**Contribution à l'exercice de préparation
de la Loi d'Orientation en Santé Publique**

Mars 2003

Philippe CLERY-MELIN , Vivianne KOVESS, Jean-Charles PASCAL

TABLE DES MATIERES

DEFINITION D'OBJECTIFS	3
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	4
PREAMBULE	5
1 - RECOMMANDATIONS GENERALES	7
1.1. Instaurer une série de mesures qui permettent un décloisonnement des professionnels, condition essentielle du travail en équipe	7
1.2. Informier et former les professionnels	8
1.3. Instaurer les «démarches de qualité» et l'accréditation des structures y compris des structures médico sociales et sociales	10
1.4. Explorer des pistes pour la recherche, pour l'action et la recherche-action	11
2 - MESURES SPECIFIQUES	12
2.1. DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PETITE ENFANCE	12
2.2. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE	15
2.3. DES ACTIONS CONTRE LA MALTRAITANCE	19
2.4. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ADOLESCENCE	24
2.5. UNE ACTION CONTINUE SUR LES PROBLEMES D'ALCOOL ET DE DROGUES	26
2.6. VIOLENCE ET SOCIETE	28
2.6.1. VIOLENCE ROUTIERE	28
2.6.2. VIOLENCE ET TRAVAIL	29
2.6.3. VIOLENCES FAMILIALES ET CONJUGALES	31
2.6.4. VIOLENCES A L'HOPITAL	33
2.6.5. MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES	34
2.7. VIOLENCE ET MEDIAS	36
2.8. VIOLENCE ET MALADIE MENTALE	38
2.9. VIOLENCE ET SOINS SOUS CONTRAINTE	39

Participation à l'élaboration de la loi d'orientation de santé publique

Définition d'objectifs

Demandée par le Ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, cette contribution analyse l'un des objectifs prévus dans le cadre de la loi d'orientation de santé publique, afin d'identifier les mesures de nature législative qu'il conviendrait de prendre dans le cadre de l'exercice de préparation de la loi dont l'échéance est prévue fin Mars, date de dépôt du texte au Conseil d'Etat.

Cet objectif est de recenser à partir des connaissances disponibles, les problèmes de santé mis en jeu par les **phénomènes de violence**, de maltraitance, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique.

Il propose, pour chacun de ces problèmes, des objectifs susceptibles d'être atteints dans les 5 prochaines années, qu'il conviendra naturellement de quantifier.

Les problèmes de santé traités ont été identifiés à partir de deux sources principales :

- D'une part, les auditions d'experts, conduites ces trois dernières semaines, et les consultations impliquant les principaux acteurs concernés,
- D'autre part, la consultation d'ouvrages spécialisés et de rapports spécifiques, dont le récent rapport de l'OMS sur le thème « violence et santé ».

Chaque type de violence sélectionné fait l'objet d'un chapitre particulier. Celui-ci précise les recommandations retenues par le comité de pilotage à partir des travaux des groupes et des auditions d'experts.

Cette contribution de notre mission opérationnelle, bien qu'incomplète du fait du délai très court, est proposée pour consultation dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique.

Liste des personnalités entendues

Nous tenons tout particulièrement à remercier les Directions du Ministère (DGS, DHOS, DGAS) qui ont participé aux réunions de cadrage et nous ont communiqué leurs travaux et apporté l'argumentation de certaines de nos recommandations.

Nos remerciements chaleureux vont aux personnes dont les noms suivent, qui ont bien voulu consacrer du temps et enrichir notre réflexion, au cours des auditions et des deux séminaires qu'il nous ont permis d'organiser, malgré le très court délai :

Docteur	ALECIAN	Patrick	Psychiatre
Docteur	ANTIER	Edwige	Pédiatre
Docteur	ARVISSON	Pierre	INPES
Docteur	BAILLON	Guy	Psychiatre
Madame	BARRES	Martine	DGAS
Docteur	BOTBOL	Michel	Pédo-psychiatre
Madame	BONNAFOUS	Evelyne	DHOS
Docteur	BRANGEARD	Dominique	Pédo-psychiatre
Docteur	BROCHIER	Anne-Marie	Médecin conseil rectorat
Docteur	BUISSON	Bernadette	Médecin de PMI
Monsieur	CARBUCCIA-BERLAND	Jean-Pierre	Directeur PJJ
Docteur	CONSTANT	Jacques	Pédo-psychiatre
Docteur	CORDIER	Bernard	Psychiatre
Docteur	DANON	Gisèle	Pédo-psychiatre
Madame	DEBAUX	Fabienne	DGS
Monsieur	DOVA	Jean-Paul	Vice-président Conseil Général 92
Docteur	ECHÉ	Patrick	Pédo-Psychiatre
Docteur	ELIACHEFF	Caroline	Pédo-psychiatre
Docteur	FACY	Françoise	INSERM Toxico
Docteur	FERRAND	Isabelle	Psychiatre
Docteur	GUEDENEY	Antoine	Pédo-psychiatre
Docteur	GUEDJ	Marie-Jeanne	Psychiatre CPOA Paris PU-PH
Docteur	HIRIGOYEN	Marie-France	Psychiatre
Docteur	JOFFE	Joëlle	Pédo-psychiatre
Monsieur	LAVAL	Christian	Sociologue
Madame	LAFARGUE	Marie	DHOS
Docteur	LANTZ	Brigitte	Chargée de Mission Sécurité Routière
Docteur	LERY-POULIQUEN	Claire	Médecin du Travail
Professeur	MANCIAUX	Michel	Pédiatre
Docteur	MOLENAT	Françoise	Pédo-psychiatre
Docteur	PANCRAZI	Marie-Pierre	Géronto-psychiatre
Madame	REVEL	Myriam	DHOS
Professeur	ROUILLON	Frédéric	Psychiatre (DGS)
Docteur	ROURE	Louis	Psychiatre
Madame	VERGES	Marie-Dominique	Président TPE Créteil
Docteur	VIDON	Gilles	Psychiatre

PREAMBULE

Notre société perçoit une montée de la violence sous toutes ses formes (écoles, lieux publics, routes) et de plus en plus précocement bien qu'il soit difficile d'appuyer ce sentiment sur des données factuelles car on dispose en fait de très peu d'études avant/après relevant des indicateurs définis précisément avec une exhaustivité comparable.

Le suicide diminue en France comme dans de nombreux pays d'Europe, la consommation d'alcool diminue, il est très difficile de se faire une idée sur la violence scolaire puisque le logiciel « Signa » n'est en place que depuis 2001 et montre des chiffres stables et de plus très faibles si on les rapporte au nombre de journées-élèves par an, mais probablement concentrés sur quelques lieux critiques.

Les données issues des services de police et de justice sont aussi relativement récentes en sachant qu'une élévation des délits et condamnation peut tout autant signifier une meilleure efficacité des services qu'une élévation de la violence ; de plus il importe de séparer la violence de type grand banditisme, dont les relations avec la santé mentale et la présente réflexion sont plus lointaines de la violence, et des délits plus proches de la vie quotidienne qui renforcent l'impression d'insécurité et sont plus proches des domaines d'intervention pluri professionnels que nous préconisons.

Enfin la libéralisation de la parole sur les violences sexuelles et différentes sortes de maltraitances permet difficilement de comparer un avant /après puisque ces paroles n'étaient pas possibles et encore moins répertoriées.

Le rôle des médias est essentiel en ce qu'ils relaient tout acte de violence, trop rarement mis en perspective ; or le sentiment de dangerosité augmente les risques de violence surtout lorsque ces violences sont commises par des populations stigmatisées : malades mentaux, immigrants .

On aboutit à une sorte d'amalgame entre insolence, incivilités et violence ; de plus le seuil de tolérance sociale diminuant , il exacerbe l'impression de violence d'autant que la création de nouveaux délits augmente de ce fait même le nombre de délits recensés ceci même si la théorie de la tolérance zéro a quelque efficacité.

La violence cependant n'en reste pas moins un phénomène qui risque de prendre des proportions importantes dans notre société, aussi longtemps que ne seront pas prises en considération les conditions psychologiques à partir desquelles elle se développe. C'est dans un climat d'insécurité affective que l'agressivité, au coeur de l'esprit humain, trouve à s'exprimer.

Si la violence est présente dans les rapports humains, dans la société, c'est souvent pour exprimer des conflits d'ordre politique, économique, territorial, tribal, ou, sur le plan individuel, des conflits conjugaux ou relationnels. Il en va tout autrement avec une certaine violence juvénile par laquelle des jeunes prouvent qu'ils ignorent la réalité, le sens de l'autre, les règles morales et les lois à partir desquelles on régule son comportement. L'agressivité primordiale anime la vie psychique de l'enfant et s'exprime, entre autres, à travers des conduites violentes. L'environnement, à commencer par son père et sa mère, va s'y opposer verbalement et physiquement en communiquant des modes d'expression qui encouragent un contrôle de soi et des réalités.

Mais l'état de la société peut favoriser l'expression de la violence dès lors que la précarité familiale et la confusion des codes provoquent la déliaison sociale. La violence

juvénile est donc d'abord générée par la psychologie même de l'individu et non par la société. Cette violence se déploie d'autant plus rapidement que les jeunes ne sont pas socialisés, ou alors fictivement, à travers, par exemple, un type de musique ou de sport qui les enferme dans leur narcissisme. Examinons donc comment se présente l'agressivité psychique.

Dès la naissance, la violence est une force vitale. Il suffit de voir avec quelle rage, avec quelle force, l'enfant nouveau-né réclame de la nourriture pour alimenter sa vie ! Il l'exprime comme s'il était aux prises avec un danger majeur, une détresse intense, un appel à l'autre intransigeant. La satisfaction du besoin est alors intimement liée à la rencontre avec l'adulte qui mettra des mots sur ses moments d'angoisse panique due au manque. Les carences majeures s'organisent autour des vécus d'abandon, de rejet, d'absence et d'incompréhension.

Dès lors l'éducatif en santé n'est pas une perte de temps, c'est le socle nécessaire pour bâtir une société riche de sa pluralité. Comment construire la cohésion narcissique nécessaire, un sentiment de soi qui ne s'effondre pas malgré les aléas d'une histoire ?

Comment mettre en place en aval de l'histoire d'un sujet un accueil adapté et respectueux de chacun dans les cités, les lieux à risques et tous les lieux de la petite enfance ? Et comment lui permettre une fois le traumatisme constitué de l'intégrer dans son histoire pour que la vie redevienne possible ?

La société, comme le monde pénitentiaire, interroge donc aujourd'hui la psychiatrie sur la violence et les troubles du comportements. Si toute la violence et tous les troubles du comportement ne relèvent pas de la santé mentale et de la psychiatrie, nombre de sujets croisent ce champ, pour une certaine part : la maltraitance des femmes, enfants et personnes âgées ; les adolescents difficiles ; les auteurs d'agressions sexuelles ; la santé mentale en prison...

Nous proposons une approche de santé publique mettant en avant la prévention ; la violence étant présente dans des contextes très variés : petite enfance, école, ville et lieux de circulation, milieu de travail, lieux de soins, maisons de retraite, famille,...elle ne peut se combattre que par une approche coordonnée de toutes les personnes à même d'intervenir dans tous ces contextes, et, au plus haut niveau, implique une politique interministérielle.

RECOMMANDATIONS

La violence concernant de multiples aspects de la vie quotidienne à toutes les phases de la vie, ces recommandations couvrent des thèmes très variés.

Nous les déclinons en recommandations générales qui concernent toutes les actions qui peuvent être proposées pour lutter contre la violence et en actions plus spécifiques présentées par tranche de vie ou populations spécifiques.

1. RECOMMANDATIONS GENERALES

1.1. Instaurer une série de mesures qui permettent un décloisonnement des professionnels condition essentielle du travail en équipe :

Les rencontres que nous avons eues avec les professionnels quels qu'ils soient , nous ont convaincu que dans tous les champs d'action il existait des professionnels profondément motivés et le plus souvent très compétents mais que les communications entre professionnels et souvent leurs administrations de rattachement étaient gravement défailantes, mettant en péril l'action des uns et des autres.

Avant même de proposer une quelconque action nous voulons souligner l'importance de tout mettre en place pour favoriser un décloisonnement des professionnels.

Outre des rattachements à des administrations différentes, les cultures des professionnels sont très différentes et tiennent peu compte du savoir et des champs conceptuels des uns et des autres ; ceci fait obstacle à de véritables pratiques collectives ce qui ne veut pas pour autant dire une confusion des rôles.

Nous préconisons la mise en place de lieux de partage des savoirs et des expériences : par la mise en place de formations conjointes, d'une formation initiale et continue de tous les types de professionnels concernés par la violence : médecins généralistes, psychiatres, psychologues, médecins du travail et médecins scolaires, intervenants de l'école (IUFM et autres), intervenants de l'enfance (PMI, pédiatres, sage-femmes, obstétriciens et gynécologues), urgentistes, travailleurs sociaux dans tous les contextes et services de justice et de police, familles d'accueil, milieu associatif comprenant des éléments communs à la fois sur les facteurs de risque et la santé mentale mais aussi sur le fonctionnement des autres professionnels et sur des pratiques de collaboration.

Puisqu'il s'agit de travailler ensemble une attention particulière sera portée aux incitations de formations croisées tant au niveau des intervenants directement en contact avec le milieu (infirmières, éducateurs, travailleurs sociaux, enseignants) que de ceux qui assurent la direction des structures ; de ce point de vue le rôle de DRASS peut s'avérer précieux comme cela l'a été lors de la mise en place des PRAPS ou encore celui de l'ENSP qui forme de nombreux corps professionnels dont les directeurs d'établissement de divers types.

Des réunions autour de présentations de cas, conduites avec différents professionnels, devraient être valorisées, car elles sont des outils précieux dans le partage d'expériences et une incitation au travail en commun ; ces réunions devraient être facilitées par des personnes qui ont une formation adéquate comme cela a pu être proposé dans le contexte de l'accompagnement à la naissances.

Dans ce contexte, une étude spécifique de la formation et de l'encadrement des psychologues en particulier de la définition des stages cliniques et de la formation continue sous forme de supervision ainsi que du développement des aptitudes à conduire des supervisions de groupes car ceci permettrait un déblocage important de moyens d'actions pour toutes ces interventions pluriprofessionnelles.

1.2. Informer et former les professionnels :

A partir de ce qui vient d'être dit, on comprend qu'il est indispensable de :

1.2.1. Donner l'information nécessaire

Toutes ces personnes disposent d'un accès à des informations validées scientifiquement sur la santé mentale, les facteurs de risque, les modalités de pratiques des professionnels de soin et leur champ de compétence pour savoir où et à qui s'adresser en cas de dépistage ; l'accès facile à un système d'information par Internet devrait permettre une mutualisation des savoirs et des ressources pour les prises en charge : on recommande la mise en place d'un groupe interdisciplinaire pour veiller à la mise en réseau de toutes les informations pertinentes entre ces différents secteurs d'activité voir à des sites soigneusement encadrés permettant de recueillir des avis et des ressources pour des orientations.

1.2.2. Constituer un « socle commun » des connaissances nécessaires à tout adulte ayant une responsabilité éducative auprès d'enfants.

La compétence professionnelle est une condition éthique indispensable pour s'occuper des enfants tout en les respectant.

1.2.2.1. Former et développer les compétences

Les compétences nécessaires à la prévention et à l'éradication des maltraitances institutionnelles sont forgées à l'occasion des formations initiales, mais elles sont aussi remaniées et enrichies en cours d'emploi. On insistera sur :

- la maîtrise et l'utilisation à bon escient d'un certain nombre de gestes et de savoir-faire techniques,
- le développement, la mise en valeur, l'entretien et la transmission des capacités relationnelles, des connaissances dans les domaines de l'accueil et du soin, mais aussi du droit, de l'anthropologie, de la sociologie des organisations, etc..
- la reconnaissance objective de la douleur et de l'angoisse de l'enfant

1.2.2.2. Repérer au quotidien les violences évitables

La formation initiale et en début d'emploi des jeunes professionnels doit s'attacher à les sensibiliser au repérage des violences évitables liées à des gestes ou des propos inutiles.

Ainsi est-il important, par exemple, d'apprendre aux jeunes médecins pourquoi et comment prescrire moins d'examens paracliniques aux enfants ; aux auxiliaires de puériculture, les méthodes leur permettant d'obtenir la participation plutôt que la soumission des enfants aux soins et activités proposés; aux travailleurs sociaux, la nécessité de se montrer rigoureux, précis et explicites dans les propos et les écrits qu'ils sont amenés à produire en direction de leurs multiples interlocuteurs, et dont il serait d'ailleurs légitime que parents et enfants puissent avoir connaissance.

1.2.2.3. Sensibiliser à l'approche transculturelle

Déjà malmenés par leurs conditions de vie et de transculturation, – et souvent en grande précarité sociale - les enfants et leurs parents migrants gagneraient à ce que les professionnels des institutions d'accueil et de soins soient systématiquement formés à mieux les comprendre pour mieux collaborer avec eux.

Cet effort permettrait d'identifier les sources culturelles de certaines difficultés relationnelles et organisationnelles qui, lorsqu'elles ne sont pas perçues dans cette optique, peuvent occasionner une escalade d'incompréhensions, de quiproquos et parfois de violences institutionnelles dont les enfants sont souvent les témoins exposés, voire les victimes impuissantes. Les formations nécessaires peuvent ici être assurées par des anthropologues ou des sociologues, mais aussi par des professionnels issus eux-mêmes de l'immigration et aptes à élaborer leurs observations et à faire part de leurs réflexions dans une perspective à la fois pédagogique et transculturelle.

1.2.2.4. Former les éducateurs

- La formation actuelle des éducateurs en matière de psychologie infantile est insuffisante, mettre en place un travail éducatif rigoureux tenant compte de la représentation de la sexualité infantile, condition nécessaire pour travailler ce qu'on appelle la régulation de la distance avec l'enfant.
- Le socle commun de la formation qui intégrerait ce thème devrait être élaboré avec d'autres responsables de la formation, dans la santé, l'éducation nationale, la justice, pour constituer une référence qui échappe au risque du « quant à soi » propre à chaque institution.
- Il convient de former les éducateurs à de nouvelles formes de travail : comme la formation aux outils cognitifs et à la re-médiation cognitive

1.3 **Instaurer les « démarches de qualité » et l'accréditation des structures y compris des structures médico sociales et sociales**

Aucune recommandation ne saurait avoir de sens si une mesure d'évaluation ne lui était pas associée d'emblée.

Il convient de distinguer l'évaluation des pratiques de type évaluation de la qualité, de l'évaluation de résultats, plus difficile à mettre en place et qui appartient au domaine de la recherche clinique, même s'il importe d'inclure des indicateurs de résultats dans l'évaluation de la qualité.

Ainsi quelles que soient les mesures préconisées il est indispensable de voir se développer les « démarches de qualité » peu à peu mises en place en France en milieu hospitalier, du fait de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et de l'ordonnance du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Cette démarche, qui associe étroitement les professionnels et l'expertise dont ils sont porteurs, vise en effet à une meilleure gestion de la qualité et des risques au niveau des structures et des procédures de soins, en s'appuyant sur les attentes, la sécurité, la qualité de vie et la satisfaction des patients, mais aussi sur le respect de leurs droits.

Aussi conviendrait-il de solliciter l'ANAES pour la mise en place d'instruments d'identification et de réduction des sources concrètes de mauvais traitements liés aux soins ou à leur contexte, par la diffusion de référentiels de « bonnes pratiques », comportant des éléments de ce type qui seraient utilisés lors de l'accréditation des structures. Une attention particulière serait portée en milieu hospitalier à tout ce qui peut éviter, sinon soulager, les agressions et les violences physiques inutilement douloureuses, mais aussi les angoisses et les traumatismes psychologiques et affectifs.

Plus généralement, la démarche de qualité doit veiller à terme à ce que les organisations institutionnelles, administratives et techniques soient conçues en fonction des besoins de confort physique et de sécurité psycho-affective des patients plus particulièrement quant il s'agit d'enfants. Il convient en particulier de dégager le temps et les méthodes nécessaires pour

rechercher une coopération active et éclairée aux soins prodigués de la part des patients, et, quand il s'agit d'enfants, de leur acceptation des contraintes liées à la maladie et aux soins ainsi qu'à la vie et au fonctionnement de l'institution qui les héberge, temporairement ou dans la durée, ainsi que la participation des parents.

Il est essentiel que cette démarche de recherche de qualité et d'accréditation soit largement étendue aux institutions sociales, médico-sociales et socio-éducatives car il est indispensable d'avoir un regard extérieur, porté par des professionnels - eux mêmes impliqués dans la pratique -, sur toutes ces institutions et sur les relations entre institutions.

1.4. Explorer des pistes pour la recherche, pour l'action et pour la recherche-action

Il nous paraît indispensable de pouvoir capitaliser les savoirs faire et les expériences, donc théoriser et accumuler les savoirs : c'est le rôle des universités, qui sont, par principe, lieux de formation et de recherche ; de ce point de vue, la recherche évaluative doit être particulièrement développée et des professionnels doivent être formés pour ce faire en faisant large part aux méthodes développées dans d'autres pays car il est illusoire de vouloir développer la recherche en l'absence de chercheurs compétents.

Nous proposons d'approcher la MSU (mission scientifique universitaire) pour voir comment favoriser les enseignements et unités de recherche sur ces thèmes ainsi que le CNRS et de l'INSERM pour inciter des chercheurs à investir le champ de l'évaluation dans ces domaines.

Il convient également de se rapprocher de la MIRE (DREES), et de l'INVS (Institut National de Veille Sanitaire), pour mettre en place des incitations à la recherche épidémiologique et avoir des données fiables sur la santé mentale et la violence.

En particulier, des recherches longitudinales pluri-disciplinaires et des recherches sur les facteurs institutionnels les moins visibles devraient être favorisées

2. MESURES SPECIFIQUES

2.1. DES ACTIONS EN FAVEUR DE LA PETITE ENFANCE

Dans le contexte actuel, il est indispensable de protéger et développer les moyens de la pédopsychiatrie, partenaire indispensable des actions entreprises dans le domaine de l'enfance tout en se donnant les moyens d'évaluer que les actions préconisées sont effectivement mises en place.

Cela implique d'une part de prendre des mesures pour valoriser adéquatement toutes les actions entreprises par les intersecteurs dans la démarche PMSI car cette absence de valorisation en point ISA est un obstacle important du développement des intersecteurs dans les hopitaux ;

Il faut aussi mettre en place au niveau national une politique volontariste sur la place obligatoire de moyens déclinés en pourcentage du budget global pour les intersecteurs à décliner par les ARH , tout en redéfinissant avec les professionnels les limites de leur champ d'intervention et les complémentarités avec les autres professionnels généralistes, pédiatres et éducateurs .

Enfin une demande doit être faite à l'ANAES de mise en place de critères d'évaluation de leurs actions dans ces domaines à auditer lors de l'accréditation pour assurer une distribution équitable des soins et des méthodes sur tout le territoire

2.1.1. Mettre en place dans les maternités, des unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement

Pour prévenir la violence, notamment post-natale, il faudrait multiplier les unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement. Accueillir et accompagner une femme enceinte dans son histoire particulière quand elle se sent en état de fragilité est une prévention qui protège le fœtus. Les événements vécus par l'enfant dès sa naissance réveillent le tout-petit enfoui en chacun de ses parents. Ces derniers peuvent s'appuyer sur cette expérience pour prendre un nouveau départ. Et le temps de l'accueil du nouveau-né est un moment privilégié de possibilités de réajustement, s'il y a écoute thérapeutique. Confier à la sage-femme ou à l'obstétricien, au médecin généraliste, le soin de repérer les facteurs de risque, en y apportant sollicitude et soutien positif, c'est contribuer à donner

sécurité au(x) parent(s), - et, par là, sécurité de base aux enfants à naître -, à lutter contre leur démission, à leur donner confiance dans la fiabilité de leur environnement médical et médico-social, qu'ils n'hésiteront plus désormais à solliciter en tant que de besoin.

De l'enveloppe protectrice ainsi tissée à la maternité, à l'enveloppe constituée par **le réseau d'aide à la parentalité**, pourrait ainsi se construire une continuité de prise en charge des familles en situation de vulnérabilité, rapprochant l'ensemble des acteurs au sein du bassin de vie. Pour ce faire, il reste à :

- développer les formations dans le cadre du réseau, pour les acteurs de première ligne, avec la possibilité pour ceux-ci de reprendre les cas difficiles, avec un animateur formé pour ce travail, facilitant la résolution des problèmes et augmentant la sécurité des professionnels, qui ne seraient plus seuls, et celle des parents qui pourraient être écoutés et rendus capables de « mettre des mots sur leurs émotions ».
- supprimer pour cela les cloisonnements sectoriels, inter-professionnels et inter-institutionnels
- assurer les financements des formations trans-disciplinaires, grâce à une politique d'incitations à partir des CRAM et des Conseils Généraux.
- pallier à la pénurie de compétences par une bonne connaissance du terrain, la constitution de centres de références, la formation des sages-femmes et des psychologues...

2.1.2. Mettre en place des unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielle :

Leurs missions consisteront à :

- 1) **évaluer** l'état clinique de la femme enceinte et/ou de la mère et du nourrisson sur son lieu de vie (lieux d'hébergement, lieux d'hospitalisation, lieux de vie)
- 2) **procéder à une prise en charge** par l'équipe psychiatrique d'unité mobile, sur les lieux de présence de la patiente sur une période de plusieurs jours à plusieurs semaines ;
- 3) **renforcer la réflexion** sur la dynamique de prise en charge pluridisciplinaire ;
- 4) **proposer les orientations** nécessaires vers les structures des intersecteurs et de psychiatrie générale dès que possible en fonction des moyens disponibles.

En complément de leurs missions, ces équipes mobiles intersectorielles en psychiatrie périnatale serviront de référents pour les professionnels et services en charge des femmes enceintes, des mères et des familles, et interviendront pour sensibiliser, former et soutenir en deuxième ligne les acteurs sociaux et les professionnels de soins primaires (sages-femmes,

équipes de PMI, médecins généralistes) ou de soins spécialisés (pédiatres, obstétriciens, radiologues, réanimateurs etc...). Cette fonction centrée sur l'analyse des situations, ainsi que des pratiques professionnelles permettant d'y répondre, n'exclurait pas l'intervention directe auprès des familles et des mères, ainsi que l'orientation vers une prise en charge spécialisée.

Elles permettront notamment de :

- 1) **Renforcer le décroisement autour des femmes enceintes**, de la mère et du bébé souvent pris en charge par une multiplicité d'intervenants de champs différents ;
- 2) **Evaluer les besoins de prises en charge rapides en périnatalité** tant pour les parents que pour l'enfant, en particulier quantifier, si possible, les facteurs de risque de troubles psychiques et de carences et de négligences tant pour les parents que pour l'enfant ;
- 3) **Recenser les données épidémiologiques** sur ces situations, analyser les modes de réponses en quantité et en qualité.

2.1.3. Développer des lieux d'écoute et d'aide à la socialisation :

2.1.3.1. Renforcer les moyens des PMI (accueil mère enfant pluriprofessionnel, halte jeu mère /enfant, possibilités de visites à domicile renforcées, aide à la parentalité,...) Les haltes-jeux mère-enfant, où les enfants viennent accompagnés, peuvent être des lieux de guidance familiale, de mise en confiance et de soutien psycho-social.

2.1.3.2. Continuer d'ouvrir des « Maisons Vertes » :

Le travail théorique et clinique de Françoise Dolto avait trouvé sa prolongation naturelle dans l'ouverture en janvier 1979 de tels lieux d'accueil, de parole et de socialisation répondant au besoin profond des jeunes parents de se mettre en lien les uns avec les autres autour de professionnels, de psychanalystes disponibles dans un cadre convivial et ludique pour les enfants. Ces lieux ouverts se sont multipliés : en juillet 2002, on en comptait deux cent sept sur ce modèle à travers la France et l'Europe. Ils permettent de prévenir la violence en offrant une écoute face à l'angoisse, à la carence, à la solitude et aux questions multiples que pose un enfant à travers ses parents et leur histoire. Il pourrait être créé sur ce modèle, dans les communes, des maisons de parentalité animées par des équipes pluridisciplinaires en prenant soin d'adapter l'espace public aux rythmes des usagers.

2.1.3.3. Augmenter le nombre des places en crèche et renforcer la formation des assistances maternelles et leur supervision

Il convient de développer l'intervention pluri-professionnelle des travailleurs sociaux, des psychologues, et éventuellement de l'intersecteur de pédo-psychiatrie si des signes d'alerte sont repérés.

2.1.3.4. Evaluer la pertinence de l'âge d'entrée en maternelle à 2 ans

La loi d'orientation sur l'éducation du 10 juillet 1989 a fait obligation d'accueillir tous les enfants à partir de 2 ans. Préconiser l'entrée en collectivité à 2 ans, pour « faciliter la socialisation », si c'est une chance pour certains, peut faire violence à d'autres. Nous préconisons la mise en place d'une mission d'évaluation conjointe Santé-Education Nationale.

2.1.3.5. Soutenir et renforcer la formation des familles accueillant les placements familiaux sociaux

Les placements familiaux tendent à être délaissés au profit des placements en collectivité. La suspicion de mauvais traitements est souvent si pesante sur les familles nourricières que leur travail quotidien en est entravé. La protection de l'enfance, indispensable, engendre des effets pervers non souhaités. Dans de nombreuses régions rurales où existait cette tradition, les demandes sont soumises à de tels interrogatoires qu'ils découragent les générosités les plus simples. La collectivité devient la réponse la plus usuelle pour de très jeunes enfants qui auraient besoin d'un substitut de vie familiale plus intime.

2.2. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ENFANCE

2.2.1. L'école et la violence

2.2.1.1. Comprendre la violence à l'école

Certaines enquêtes ont révélé que le comportement violent à l'école est lié à d'autres types de conduites évoluant durant cette période d'âge scolaire (vol, fugue et consommation de produit : alcool, tabac, substances psycho-toxiques) (Choquet et al, 1988, Facy et al, 1986).

Le lien entre, d'une part insatisfaction familiale, suicide, absentéisme, violences sexuelles subies, dépression et d'autre part le comportement violent des jeunes scolarisés (Choquet et Ledoux, 1994), souligne qu'il est difficile de dissocier la violence exprimée à l'école des caractéristiques propres à l'enfant (personnalité) et du milieu familial (contraintes socio-éducatives, niveau psychoaffectif, traumatismes psychologiques et/ou physiques) dans lequel il évolue.

Cette violence observée à ces âges de la préadolescence et de l'adolescence peut être la conséquence de conflits et/ou de troubles du comportement présents dès la petite enfance.

Des enquêtes adaptées aux enfants scolarisés en écoles primaires voire maternelles contribueraient à repérer plus précocement certains facteurs associés au problème de violence subie et/ou vécue chez l'enfant.

À partir des observations relevées soit en population générale, soit en population signalée, plusieurs points sont à évoquer :

- Différentes violences concernent les enfants et sont d'évaluation difficile; les violences en milieu institutionnel sont encore mal signalées mais les enquêtes épidémiologiques prouvent que le milieu scolaire favorise l'observation des enfants en situation de risques ; la connaissance des caractéristiques de cette population est nécessaire pour mieux comprendre la signification des comportements violents afin de proposer des moyens de prise en charge et/ou de prévention adaptés.
- Des services spécifiques sont mis en place (téléphone vert, antennes, comités d'environnement social ...), leurs variations quantitatives posent le problème de biais d'activités.
- Pour améliorer les systèmes d'observation et de surveillance épidémiologique dans les phénomènes de maltraitance et violence, un véritable tableau de bord serait à constituer à partir :
 - Ä des statistiques d'activité des différents services accueillant les enfants signalés à l'occasion des situations de violence (Police, Justice, Action sociale);
 - Ä des enquêtes régulières en milieu scolaire pour suivre les caractéristiques de santé, de comportement et d'adaptation sociale;
 - Ä des enquêtes ad hoc, pour analyser des contextes spécifiques ;
 - Ä des évaluations pour mesurer l'impact des réseaux de partenaires éducatifs et sociaux à partir des formations et sensibilisations de divers secteurs.

- Une coordination entre services producteurs de données de natures différentes et chercheurs en science de l'éducation ou de la santé est à mettre en place pour faciliter la compréhension des besoins, mobiliser les ressources pour une meilleure prévention des conduites violentes et de leurs méfaits dans un cadre de santé publique.

2.2.1.2. Désamorcer cette violence passe tout d'abord par un renforcement systématique des actions à portée éducative, au sein même des établissements :

1. éducation à la citoyenneté ;
2. travail sur le règlement intérieur et les chartes de vie scolaire ;
3. développement de la médiation et des mesures alternatives au conseil de discipline ;
4. responsabilisation des élèves et des familles dans la vie des établissements ;
5. soutien aux initiatives de pédagogie différenciée ;
6. prévention de l'absentéisme ;
7. création de classes relais en plus grand nombre ;
8. développement d'actions d'information, d'écoute et de conseil aux parents pour tout ce qui relève en particulier des règles de vie interne à l'établissement et de la scolarité de leurs enfants ;
9. extension des opérations "école ouverte" pendant les vacances à l'intention des enfants et des jeunes dont la situation familiale et économique s'avère précaire, permettant une amélioration sensible des relations entre jeunes et adultes, induisant de nouveaux rapports entre les élèves et l'institution scolaire et contribuant du même coup à prévenir la violence.
10. développement d'actions de promotion de la santé mentale : propositions d'intervention et de prévention auprès des professionnels prenant en compte :
 - a. le développement de la sexualité chez l'enfant collégien ou lycéen (« l'éveil de la sexualité »);
 - b. les remaniements identitaires de l'enfant de cet âge (besoin de s'affirmer, besoin de normes);
 - c. sa capacité à refuser les situations de violence et à poser une légitimité de personne ayant des droits;
 - d. sa capacité de réciprocité et de solidarité.

Les préconisations envisagées montreront notamment un souci aigu d'intégrer les expériences d'agression et d'intimidation entre élèves dans une **éducation active à la citoyenneté** :

- en proposant aux enfants des espaces d'abri face aux violences actuelles ou potentielles (lieux et interlocuteurs favorisant, de façon institutionnalisée, écoute et protection; organisation de la vie scolaire des groupes potentiellement victimisés) ;
- en rappelant aux enfants leurs droits et non pas seulement leurs devoirs, et en donnant à ce rappel une fonction non seulement de sanction et de répression mais aussi de reconnaissance de la personne (la loi donne existence à chacun, elle protège, sécurise et organise la vie collective) ;
- en distinguant la connaissance (disciplinaire) des règles démocratiques, de leur exercice vécu, et en intégrant celui-ci dans une pratique éducative qui implique l'ensemble (transdisciplinaire) de la formation scolaire de l'enfant;
- en donnant une trace ou une mémoire aux faits de violence, afin d'en éviter le déni, d'en contrôler l'évolution, et d'en prévenir la récurrence;
- en évitant la « survictimisation » des enfants impliqués dans des faits de violence, qu'ils soient en position d'intimidateur ou en position d'intimidé, par des mesures qui redoubleraient le processus de violence abusive (loi du talion, victimisation par non-intervention, usage de sanctions sans réelle signification de « peine » et de réparation) et qui manqueraient leur objectif de clarification des responsabilités et de rappel aux droits et à la loi;
- en actualisant (régulièrement ou occasionnellement) les règlements intérieurs à la lumière des situations rencontrées (tirer expérience de la violence), et en y associant au maximum la communauté éducative;
- en ne confondant pas le respect des règles et codes de groupes (solidarités enfantines face aux adultes, alliances et rivalités entre enfants) et l'exigence de règles et de codes qui fondent l'inscription de chacun dans la cité scolaire et, plus largement, sociale.
- en libérant un « espace clinique éducatif », en proposant de nouveaux lieux de diagnostic et d'intervention, et en incitant à créer par différence, à côté des espaces de santé et d'assistance sociale, des espaces d'expression :
 - À espaces-justice de libre questionnement des légitimités et de leur référence aux différents codes sociétaux.

- À espaces d'expression de la contrevenance et de la revendication légitime
- À espace-social de l'organisation du travail et de l'avenir
- À espace-santé de la psychosomatique.

2.2.1.3. Mettre en place des actions systématisées de promotion de la santé mentale

- Instaurer des programmes du type « mieux vivre à l'école depuis la maternelle qui proposent une approche bien adaptée au milieu scolaire et aux enseignants tout en impliquant les parents ;
- Mettre en place par l'INPES le matériel pédagogique validé pour le développement des compétences sociales.

2.3. DES ACTIONS CONTRE LA MALTRAITANCE

2.3.1. Préciser les limites de la maltraitance

L'expression de "*Maltraitance*", fréquemment utilisée comme synonyme de violence, permet d'en intégrer toutes les formes : psychologiques, institutionnelles, sexuelles, le terme inclut en outre les négligences, que les Américains appelleraient des abus par omission, qui constituent la forme de maltraitance la plus fréquente et la plus nuisible pour le développement physique, cognitif et socio-affectif des jeunes enfants. Dès lors que l'expression recouvre toutes les formes de mauvais traitements, l'élément déterminant de la définition est assurément le préfixe "mal".

La question devient celle de distinguer ce qui est bien de ce qui ne l'est pas dans un contexte donné. Ainsi, la correction éducative est considérée comme une maltraitance manifeste dans certains pays à cause des conséquences à long terme des punitions corporelles (grandement mises en évidence au moins dans les cas de punitions sévères et répétées en direction d'enfants âgés) sur le développement de ceux-ci, sur la reproduction intergénérationnelle de cette pratique et du fait de ses liens avec la violence conjugale (Fortin et Durning, 2000). Elle reste cependant banale et largement acceptée dans notre pays où seules des corrections excessives ou inappropriées peuvent être considérées comme maltraitantes. Plus largement, l'acte de maltraitance sera le plus souvent jugé tel en fonction du contexte: ainsi isoler, empêcher de sortir un enfant, une femme, ou une personne âgée, par exemple, est une maltraitance, alors qu'enfermer

un adolescent délinquant récidiviste dans une prison sera, au contraire, considéré par beaucoup de nos concitoyens comme une sanction légitime.

Plus encore, il convient de rappeler l'importance du fait que maltraitance soit socialement, et légalement définie, ce qui aura une grande incidence sur la question de l'évaluation. Soulignons d'ores et déjà que les critères de référence des différentes institutions sociales concernées sont susceptibles de diverger. Le caractère maltraitant d'un acte ou d'une situation ne sera pas défini de manière identique par le juge, le médecin et le psychanalyste. Cette question est manifeste en ce qui concerne le terme d'enfant en danger, fortement lié à celui d'enfant maltraité.

2.3.2. Clarifier les modalités de signalement social et judiciaire

Alors que la loi prévoit deux types de signalement qui correspondent à des situations et des instances différenciées, il semble qu'il se produise une sorte de glissement vers une judiciarisation systématique des signalements.

Ce glissement est dommageable à deux titres au moins: il risque de dramatiser une situation et de couper l'enfant et sa famille des intervenants habituels de son milieu et il engorge les tribunaux retardant de ce fait la mise en place des signalements judiciaires qui sont vraiment nécessaires.

Il importe de rappeler les modalités de fonctionnement de ces signalements aux administrations qui gèrent les intervenants pour que ceux ci ne se trouvent pas en porte à faux.

2.3.3. Prévenir les maltraitances institutionnelles

S'appuyer sur la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant pour évaluer les pratiques professionnelles et institutionnelles au quotidien, et pour les promouvoir au statut de principes de « bientraitance »

À tous les âges de la vie, les maltraitances institutionnelles constituent le plus souvent des formes ou des conséquences du déni des droits reconnus aux personnes.

Aussi, la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant peut-elle constituer, entre les mains des professionnels et des chercheurs, un excellent outil de prévention systématique et d'élimination des différents types de maltraitances que des institutions d'accueil et de soins peuvent, sans même en avoir conscience, infliger à des enfants : manque de recherche d'alternatives possibles ou de préparation des placements et des hospitalisations, induisant angoisse et souffrance; absence d'évaluation de la nécessité, de l'adéquation, de la qualité des décisions prises et des actes effectués en cours de prise en charge, et ceci tant dans les situations

critiques que dans les situations de routine ; absence d'informations données à l'enfant à ce sujet ; refus d'autoriser ou de prendre en considération l'expression de son point de vue ; excès ou défauts de stimulations, d'exigences éducatives, de règles de sécurité, non-respect des rythmes propres de l'enfant et des conditions nécessaires à son développement global et harmonieux ; limitations arbitraires de ses échanges avec ses parents; etc.

La Convention des droits de l'enfant constituerait un cadre, voire une source de références que les professionnels seraient ainsi amenés à s'approprier pour les faire valoir.

L'observation et l'écoute attentives des enfants, l'accueil des parents et le respect de leurs responsabilités, l'évaluation rigoureuse et méthodique des pratiques professionnelles constituent des bases solides et réalistes pour identifier les critères de désignation des maltraitements et des bientraitements dans les institutions d'accueil et de soins et promouvoir des principes et des pratiques de « bientraitance » :

- prévenir ou éliminer les maltraitements et promouvoir les bientraitements ;
- explorer des pistes pour la recherche, pour l'action et pour la recherche action ;
- recommander des objectifs pour la formation des professionnels.

Garantir les droits des enfants en donnant force de Loi à la convention sur les droits des enfants

Ceci permettrait que les institutions inscrivent au coeur de leur projet d'établissement :

- de garantir ceux des droits existentiels des enfants qui correspondent à leurs besoins de développement, et en premier lieu à leurs besoins de sécurité certes physique, mais aussi affective et psychique,
- de veiller à la reconnaissance de l'intégrité de sa personne, à la mise en lumière et en valeur de ses compétences propres, à la stabilité et à la cohérence de ses repères éducatifs,
- d'entretenir ou de reconstituer la continuité de cette véritable « sécurité intérieure ».

Garantir les responsabilités des pouvoirs publics

La protection spéciale de l'État et des autres pouvoirs publics doit se manifester au niveau de la prévention des sources de carences, de traumatismes et de violences que constituent les séparations précoces et brutales, les défauts de stimulation et de socialisation, la multiplication inconsidérée des placements et des référents, les organisations et les fonctionnements institutionnels autocratiques (c'est-à-dire fermés à

l'interpellation externe et au débat contradictoire) et totalitaires (c'est-à-dire encourageant ou imposant des extensions de fait, et non de droit, du mandat initial de l'institution).

Plus spécifiquement, il est ainsi du devoir de l'État et des collectivités locales de veiller à la cohérence, à l'application et à l'évaluation des programmes nationaux et régionaux de planification en matière de périnatalité, de santé mentale infanto-juvénile, etc., ainsi que des divers schémas départementaux prévus par la loi (schémas des établissements sociaux et médico-sociaux, schémas de protection de l'enfance). Selon les contextes familiaux et sociaux peuvent s'avérer maltraitants les excès tout autant que les déficits institués dans la médicalisation de la grossesse, dans la prévention sociale précoce et l'accompagnement des troubles de la parentalité, dans la « psychiatisation » des difficultés du développement, de la socialisation et de la scolarité des enfants et des adolescents.

Renforcer la place et le rôle des parents

La place des parents et leur rôle dans les processus de décision et d'accompagnement doivent faire l'objet d'une volonté d'ajustement permanent dans les institutions d'accueil et de soins :

- Accepter et travailler leurs désaccords de façon systématique : un conflit entre professionnels et parents, s'il est enfoui à l'excès dans le non-dit, peut devenir source de clivage des repères de l'enfant, douloureusement vécu et éprouvé par lui, et parfois déstructurant à terme.
- Consulter les parents comme des experts possibles chaque fois que se présente un problème pour l'enfant au début puis au fil de sa prise en charge.
- Promouvoir le rôle actif des parents, rendre possible leur présence, selon leur disponibilité, pas seulement dans la chambre de l'enfant, mais aussi en prévoyant des lieux et des procédures d'accueil et d'échanges, en leur facilitant autant que possible une certaine faculté d'aller et de venir, et en acceptant de reconnaître et d'entretenir la qualité du lien privilégié qu'ils ont avec leur enfant. Ces conditions devraient pouvoir être réunies dès la phase d'admission de l'enfant, particulièrement anxiogène pour tous, et quels que soient les modes de fonctionnement et les normes de référence des familles.
- Développer les « staffs de parentalité » au niveau des maternités, afin de :
 - déceler les familles en grande vulnérabilité,
 - prévenir les situations à risques par des actions transversales et pluri-disciplinaires auprès des parents (aide psycho-sociale, signalement)
 - accompagner les familles après la maternité (équipes mobiles)

- Aider à la constitution de réseaux de soutien à la parentalité, pluridisciplinaires, transversaux (santé, social, judiciaire, administratif...), intersectoriels, centrés sur la prévention et la protection de l'enfant, capables :
 - d'assurer le suivi des familles à risques
 - de mettre à disposition, en cas de maltraitance avérée, un lieu et un temps d'observation protégée, avant signalement

Mieux définir le rôle des professionnels

Les professionnels de l'accueil et du soin se trouvent donc, auprès des enfants, au carrefour que forment, d'une part, la nécessaire évaluation des pratiques institutionnelles et, d'autre part, l'attention apportée à cette occasion aux pratiques parentales. Il leur revient d'adapter autant que possible le fonctionnement des institutions aux rythmes et aux besoins propres des enfants, mais aussi aux attentes, aux compétences et aux difficultés des parents. Il est aussi de leur devoir d'entretenir un dialogue et une coordination de qualité, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'institution, avec les autres interlocuteurs de l'enfant et de sa famille.

Développer une culture fondée sur l'estime mutuelle et la volonté de rencontre

De ce point de vue, et comme le souligne certains spécialistes, créer un climat de bienveillance autour d'un enfant est certainement une question d'estime mutuelle et de volonté de rencontre plutôt que de jugement. Tout regard négatif, tout propos disqualifiant portés a priori sur un enfant, un parent, un professionnel sont potentiellement maltraitants. L'utilisation inconsidérée de «grilles de risques» grossièrement validées, la psychologisation systématique des actes et des propos, la non-explicitation des tenants et des aboutissants des décisions prises sont autant de «méthodes» professionnelles qui tiennent abusivement à distance enfants et parents.

Elles peuvent susciter des attitudes stigmatisantes, en ceci qu'elles donnent à penser que le risque ou le danger que l'on cherche à identifier sont afférents à des personnes plutôt qu'à des situations vécues par ces personnes. Elles biaisent de ce fait les possibilités d'une rencontre intersubjective ouverte sur la confiance, l'expression d'une demande d'aide et d'accompagnement et la formulation d'une offre de service responsabilisante. Et c'est dans la mesure où elles renvoient finalement chacun à son impuissance et à l'enfermement dans ses stéréotypes de comportements et de représentations qu'elles peuvent s'avérer génératrices de violences ou de surviolences, aiguës mais aussi chroniques.

Mettre en œuvre dans l'institution une politique d'accueil et de soins à la finalité fondamentalement « bientraitante »

Pour cela, il convient de favoriser le développement des compétences professionnelles selon des principes non seulement de technicité maîtrisée, mais aussi de transparence de la communication et de prise de conscience des conséquences, actuelles et pour l'avenir, des méthodes et des pratiques institutionnelles. Ces efforts peuvent et doivent être encouragés et éclairés par des dynamiques de recherche-action.

Engager au niveau départemental, une *politique unifiée de l'enfance*

Celle-ci réunirait, sous l'égide du Conseil Général, les institutions de l'enfance (soin, éducation, enseignement) et le secteur associatif qui devraient définir et mettre en place les réseaux nécessaires pour la protection de l'enfance et le suivi judiciaire des mineurs.

Créer des lieux de proximité, en lien avec l'école, les services sanitaires, sociaux et administratifs

- **Points d'écoute santé**, fonctionnant en dehors des heures scolaires et pendant les week-ends, animés par des professionnels formés et reconnus pour accueillir enfants et adolescents
- **Maisons d'aide à la parentalité**, en lien avec les staffs de parentalité au sein des maternités et les structures d'accueil, et favorisant le rapprochement des acteurs afin de donner sécurité aux parents
- **Carnet de suivi de santé du petit enfant à l'adolescent**, facilitant la mise en commun de l'information au sein du réseau

2.4. DES ACTIONS EN FAVEUR DE L'ADOLESCENCE

2.4.1. Donner accès à des activités développant la créativité

Les ateliers de médiation notamment artistiques qui aident à remettre des mots sur ce que les adolescents ressentent au lieu de leur laisser le seul passage à l'acte doivent être favorisés et intégrés aux soins

Une des pistes très importante semble être le lien avec l'associatif. Le fait de travailler en partenariat avec des théâtres, des conservatoires, et toute autre association culturelle, est essentiel.

2.4.2. Gérer la crise avant que le problème ne devienne psychiatrique

Mettre en place des solutions d'hébergement pour problèmes pour répondre au besoin de séparer temporairement l'adolescent de son entourage sans stigmatiser ni faire peur : par exemple, créer des « espaces santé jeune » avec possibilités d'hébergement court avec éducateurs et psychologues

2.4.3. Porter une attention particulière aux élèves exclus des établissements

Par exemple chercher avec l'EN des solutions pour que tous les élèves exclus fassent l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle

2.4.4. Assurer le suivi psychologique des mineurs sous main de justice

Il faudrait établir des lieux d'écoute, d'accueil et de soins pour toutes les familles de détenus. Ces familles, fragilisées, sont dans une précarité qui redouble les risques de délinquance. Il faudrait aussi assurer une véritable spécialisation éducative des quartiers des mineurs en prison, développer des articulations entre détention et milieu ouvert, ainsi que des petites structures d'hébergement, prévoir un accompagnement individualisé des mineurs victimes d'agressions, renforcer les moyens des services éducatifs et assurer les suivis d'aide éducative en milieu ouvert (AEMO) qui sont demandés, acceptés par le juge, mais classés sans suite faute de personnel.

2.4.5. Systématiser les entretiens familiaux à la protection judiciaire de la jeunesse

La technique des entretiens familiaux doit intégrer le socle commun aux professionnels de la protection de l'enfance. Pour les enfants qui nécessitent des placements, cette stratégie (de placement) doit recevoir des moyens importants d'analyse et de temps dévolue pour ne pas faire « passage à l'acte sur passage à l'acte ». Qu'il s'agisse de placements dans le cadre pénal ou le cadre civil, c'est le moment le plus important pour prévenir les récidives ou les aggravations.

2.5. UNE ACTION CONTINUE SUR LES PROBLEMES D'ALCOOL ET DE DROGUES

Les addictions constituent une grande partie de la racine de la violence qu'il s'agisse des comportements de violence dont elles participent ou de leur conséquence sur leurs enfants et conjoints.

2.5.1. Mettre en œuvre l'application plus stricte de la loi Evin qui est encore trop souvent contournée

Cf. Décrets d'application

2.5.2. Mener des actions expérimentales en direction des jeunes

A partir des comités départementaux de prévention en alcoologie et addictologie, des actions expérimentales sont à promouvoir, en lien avec les centres spécialisés en toxicomanie, en direction des jeunes et des professionnels particuliers aux lieux de vie (loisirs, sports) pour développer une prévention des effets induits par des comportements violents avec usages de drogue et alcool.

Les conduites avec usage et abus de psychotropes sont en effet associées à de nombreux comportements violents, sans qu'il soit possible de distinguer qu'elle est l'origine. Une prévention globale est d'autant plus préconisée que les conduites de polyconsommations augmentent, l'alcool demeurant toutefois le produit le plus utilisé en France, au-delà de l'adolescence.

2.5.3. Promouvoir des programmes de prévention spécifiques sur les addictions

Ces programmes doivent être adaptés aux différents groupes d'âge, sexe..., dispensés au collège-lycée, en milieu de travail, et intégrés dans la formation à la conduite de véhicules ([voir recommandations violence routière](#))

Ils consistent aussi en la promotion d'outils de dépistage des problèmes d'addiction pour les intervenants de première ligne, en particulier les médecins généralistes qui doivent être formés au dépistage et à la conduite à tenir.

2.5.4. Améliorer le soin et la prise en charge des addictions

Il s'agit de la mise en place de stratégies de soin et de prise en charge pour les personnes qui ont des problèmes d'addiction, qui doivent obligatoirement prendre le relai du dépistage.

2.5.5. Mener des actions pour lutter contre l'économie souterraine

Des quartiers entiers minés par la pauvreté regroupent une concentration de chômage et des populations d'origine étrangère qui en sont les premières victimes. Le chômage touche inévitablement les populations les moins qualifiées. On estime à près de 100 000 (13 %) le nombre des jeunes sortant chaque année du système scolaire sans diplôme ni qualification.

Le chômage ne peut que renforcer leur sentiment d'exclusion. Dans les espaces urbains désertifiés par les adultes, les jeunes manquant d'interlocuteurs autres que leurs pairs se regroupent, se marginalisent, multiplient les incivilités, mêlant les infractions pénales (dégradation des biens publics ou privés) et les comportements hostiles, provocants et menaçants. Une économie souterraine faite de trafic de drogue, de troc, de recel installe leur marginalité et leur redonne un certain prestige social. Les jeunes de moins de 13 ans en sont les victimes, utilisés par des réseaux qui les utilisent et développent une contre-culture : le problème de l'économie souterraine, vient aggraver celui du chômage, car il le maintient et l'amplifie.

Un travail culturel est à mener, en même temps qu'une guerre contre l'économie souterraine des cités. Recréer des lieux de convergence sociale. Inventer des commerces de proximité en les exonérant des lourdeurs administratives, favoriser le développement d'activités d'échanges de petits services serait possible si une action sociale et économique intense se mettait en place. Les anciens agents de service public, comme il en existait jusqu'aux années 1970, assuraient une présence humaine, une régulation sociale en lien avec toutes les communautés : pourquoi ne pas les remettre en fonction ?

La police pourrait également avoir un rôle de proximité non répressif : en Belgique, une expérience s'est révélée très positive : les policiers des commissariats responsables des quartiers « à risques » ont mis en commun des heures de sport sur les stades, jeunes et policiers jouent ensemble au foot, au basket. Les actes de délinquance ont diminué de moitié. Les moyens de sortir d'un cercle vicieux d'humiliation réciproque ne coûtent pas forcément cher. Pour la société, l'enjeu de la transmission n'est-il pas dans sa capacité à produire sa propre humanité ?

2.6. VIOLENCE ET SOCIETE

2.6.1. VIOLENCE ROUTIERE

L'éducation à la santé et la prévention des conduites à risque se déclinent tout au long du parcours de vie, comme le recommandent actuellement les professionnels de santé publique. Ainsi au cours et au delà de l'adolescence, différentes épreuves sont proposées par rapport à la scolarité, à l'apprentissage de la mobilité routière, à l'entrée dans le monde professionnel. Chacun des lieux de vie doit pouvoir prévenir des risques associés à la violence.

Lors de l'apprentissage de la conduite automobile, le contenu des formations doit inclure, au delà des aspects techniques, une partie sur la santé et le comportement des usagers, alliant connaissance de soi et des conduites à risque, d'usages de toxiques, vitesse, fatigue...

Aussi, proposons-nous de :

Mettre en œuvre des actions de prévention de la violence dans le programme du permis de conduire, sous la responsabilité des Commissions départementales de la sécurité routière :

Cela revient à confier des missions aux moniteurs des auto-écoles et aux inspecteurs de la sécurité routière (apprentissage de la citoyenneté, du contrôle de soi, prévention des conduites addictives, tests, kits pédagogiques...). Ils auront en particulier le devoir de signaler les comportements à risques à la commission départementale de sécurité routière, laquelle pourra saisir la commission médicale.

Les programmes de formation des moniteurs d'auto-école (BEPECASER), ainsi que du concours d'inspecteur du permis de conduire devront inclure un enseignement théorique comportant des connaissances spécifiques en matière de santé et conduite automobile, d'éducation à la santé et à la formation du comportement du conducteur, de prévention de la violence routière...

Ces programmes seront mis au point avec l'aide des Conseils Généraux, dans le cadre des PADS. Un partenariat sera mis en place avec les comités départementaux de prévention en alcoologie/addictologie (ANPAA) financés par la CNAM (pour la partie soins) et le FNPEIS.

Solliciter le mécénat d'entreprise pour inciter et accompagner la prévention des jeunes et l'éducation à une « bonne conduite »

Il pourra être sollicité le mécénat des entreprises de construction automobile :

- pour financer des actions de promotion de la sécurité routière
- pour développer des innovations technologiques en matière d'équipements de sécurité (anti-démarrage) avec l'aide éventuelle de la DRIRE
- mener des campagnes de sensibilisation

Evaluer la formation des conducteurs

Le livret d'apprentissage du conducteur, obligatoire et légal, devra permettre l'évaluation des objectifs pédagogiques dans cette matière.

Des mesures incitatives pour les titulaires du permis de conduire seront envisagées, prévoyant des séances de formation et d'évaluation régulières des conducteurs, en contrepartie de réductions tarifaires auprès des assureurs

Travailler sur l'exemplarité

Apporter un éclairage sur ce qui génère chez tout conducteur une sorte de permission de contrevenir au Code de la Route, au vu d'une infraction d'autrui (grande vitesse, non respect d'un feu tricolore, etc...). Il y a comme une incitation à enfreindre soi-même les règles chez bon nombre d'individus, témoins de telle ou telle transgression.

A l'inverse, une incitation forte pourrait être engagée par l'Etat et des campagnes de communication menées en vue de « bien conduire – bien se conduire »

2.6.2. VIOLENCE ET TRAVAIL

Le champ du travail concerne de nombreux types de violence dont les accidents du travail, et les violences de type psychologiques répétées ou non, sachant que le monde du travail exerce une influence déterminante sur l'équilibre psychologique des individus.

Dans ce contexte nous proposons de :

Rendre obligatoire la mise en place dans chaque entreprise d'un plan d'action pluri-annuel de prévention et de lutte contre la violence dans le cadre du travail, confié au CHSCT et au médecin du travail :

Le médecin du travail, par son action individuelle au cabinet médical et son action collective sur le terrain, doit être impliqué dans l'analyse des situations

génératrices de violence, le diagnostic des cas de harcèlement moral et l'élaboration d'un plan d'action.

Ce plan d'action instituerait notamment :

- une déclaration systématique des incidents et accidents dans le cadre d'une politique institutionnelle clairement définie, participant à l'évaluation de ces situations.
- la mise en oeuvre d'un plan de prévention dans chaque entreprise comportant:
 - Ä Information générale (règlement intérieur, livret d'accueil du personnel)
 - Ä Formation de la DRH, du service médico-social
 - Ä Entretiens personnalisés, l'ensemble des procédures devant respecter une stricte confidentialité

Organiser la lutte contre le harcèlement moral

La loi de Modernisation sociale du 17 janvier 2002, qui a introduit le concept de harcèlement moral au travail, précise qu'il appartient à la direction de prendre toutes les mesures nécessaires à la prévention du harcèlement moral.

Cependant une certaine sur-utilisation de ce concept est évoquée par les spécialistes qui proposent de bien cerner la définition du harcèlement et de mettre en place pour toute plainte de ce type un entretien rapide et systématique avec un conciliateur comme cela se fait dans plusieurs pays avant le déclenchement de la procédure; ce qui permet d'utiliser à bon escient.

Il s'agirait par exemple d'un service proposé par le Conseil Général, dans le cadre d'un programme « mieux-être au travail » mis en oeuvre en collaboration avec le médecin du travail et financé par le Conseil Général, la CNAM et le Fonds National de Prévention. Le « conciliateur » pourrait être un consultant de formation RH ou médico-sociale, ou encore un psychologue : il écoute et oriente vers une éventuelle prise en charge médicale ou psychothérapique. Il intervient dans les problèmes d'alcool, d'addictions, il reçoit les victimes de souffrance au travail, d'harcèlement moral, et joue, le cas échéant, un rôle de conciliateur, en vue de réduire les plaintes ainsi que les dérives « victimaires ».

La prévention du harcèlement devra de plus comporter une réflexion sur le style de gestion du personnel et l'organisation du travail et des tâches.

Il s'agira pour l'entreprise d'informer le personnel et de veiller à ce que l'encadrement soit en capacité de gérer les conflits pouvant survenir dans les équipes et, notamment, déceler très tôt les prémices de harcèlement.

2.6.3. VIOLENCES FAMILIALES ET CONJUGALES

Prévenir les violences intrafamiliales (maltraitance, violences conjugales...), en soutenant précocement la construction des places parentales (identité, revalorisation, capacité à nommer et à partager ses émotions pour éviter les mises en acte, etc...)

- ouvrir le dialogue dès la grossesse pour que les parents vulnérables puissent confier leurs peurs, angoisses, antécédents de traumatismes... et leurs besoins d'étayage, qui pourront alors être plus ajustés qu'actuellement. En particulier, définir un entretien systématique avec une sage-femme au début du quatrième mois de la grossesse.
- améliorer l'esprit de travail en réseau afin d'offrir une fonction contenant aux perturbations émotionnelles de la famille, ce qui passe par cohérence et continuité multiplication des **formations en réseau** (reprise des cas difficiles en interdisciplinarité avec l'aide d'un intervenant extérieur expérimenté)
- éviter le terme de dépistage, qui risque de mettre les professionnels en position d'observation et accentuer le malaise parental,
- éviter les « ghetto-isations » par problématique (psychopathologie parentale, toxicomanie etc..) et ne pas rater l'étape valorisante de la mise au monde d'un enfant pour augmenter la sécurité des parents (découverte de la valeur de leurs émotions, expérience de l'empathie et des limites si le réseau fonctionne dans le respect mutuel des compétences)
- lancer une **réflexion conjointe entre psychiatres et psychologues sur leur propre formation** pour qu'ils puissent répondre de manière adéquate aux besoins des professionnels face aux émotions des patients (limiter l'intervention psychiatrique directe et valoriser le travail de soutien). En effet l'expérience montre que la collaboration entre psychiatres généralistes, psychiatres d'enfant, psychologues et professionnels de première ligne n'est pas ajustée pour diverses raisons, dont le manque de valeur donnée au travail de deuxième ligne.

La meilleure prévention de la violence nous semble de pouvoir offrir aux personnes concernées l'opportunité de mettre en mots leurs propres émotions, de vivre une expérience cohérente dans un collectif structuré, surtout dans cette période très sensible où les liens se construisent. Il a été démontré que la qualité d'accueil reçue à la maternité, surtout chez les familles migrantes, va déterminer la qualité des relations entre la famille et les autres institutions (crèche, école, etc...) Il s'agit donc de promouvoir des outils qualitatifs, qui ont l'inconvénient d'être peu « médiatiques », puisqu'il s'agit de changer un état d'esprit.

Prévenir les violences conjugales

- 2.6.3.1. Sensibiliser les médecins et les professionnels de santé pour mieux dépister les violences, conseiller et orienter la patiente

- au mieux de ses intérêts. Organiser des formations multidisciplinaires sur le sujet pour tous les professionnels de santé.
- 2.6.3.2. Inciter les gynécologues-obstétriciens, le personnel des services de gynécologie-obstétrique, celui des centres de planning familial et des centres de protection maternelle et infantile à dépister des signes et des comportements faisant craindre l'existence de violences conjugales.
 - 2.6.3.3. Identifier dans les services de maternité "un référent" qui assurerait un suivi personnalisé de toutes les femmes en situation de vulnérabilité.
 - 2.6.3.4. Constituer une cellule polyvalente psychosociale assurant l'accueil et l'orientation des femmes vers les différents services concernés.
 - 2.6.3.5. Encourager la formation de réseaux facilitant la coordination entre les médecins généralistes, les hospitaliers, les médecins spécialistes, notamment les psychiatres, les travailleurs sociaux, les membres des associations, en choisissant un animateur qui soit reconnu de tous à l'échelon local. Recenser au niveau régional les réseaux qui se constituent et en diffuser l'existence. Envisager une astreinte téléphonique assurant une permanence de nuit.
 - 2.6.3.6. Etablir dans chaque hôpital des protocoles de repérage, de prise en charge, de protection et d'intervention. Ces protocoles devraient faire partie de l'accréditation et être adaptés à l'activité de l'établissement.
 - 2.6.3.7. Organiser à l'échelon local, des rencontres entre les médecins et les autres intervenants : magistrats, policiers, gendarmes, travailleurs sociaux, membres des associations afin d'examiner les dossiers les plus épineux et faire évoluer l'accueil de 1^{ère} intention (commissariats de police, brigades de gendarmerie, hôpitaux) et le suivi des femmes victimes.
 - 2.6.3.8. Assurer une participation des médecins à la Commission départementale de lutte contre les violences faites aux femmes.
 - 2.6.3.9. Assurer la mise à l'abri de la femme victime de violences : hospitalisation sous X, solutions d'hébergement d'urgence, le cas échéant avec les enfants.
 - 2.6.3.10. Recenser les homicides pour violences conjugales et en assurer une publication annuelle. Cette mesure témoignerait de leur gravité et pourrait avoir une importante portée symbolique.

2.6.4. VIOLENCES A L'HOPITAL

Rappelons que l'hôpital est le lieu où peuvent s'exercer des types très différents de violence, le personnel pouvant être à la fois victimes et agents des violences ; enfin les personnels de santé sont exposés à des violences dans toutes les circonstances de leur activité professionnelle y compris à l'extérieur des hopitaux (voir rapport IGAS n° 2001.110 sur les violences subies par les professionnels de santé)

Dans un contexte de tension sur les effectifs et d'émergence de nouvelles organisations, les difficultés pour les soignants de fournir un travail de qualité vont à l'encontre de leurs valeurs éthiques et peuvent les conduire à un non sens dans le travail et une perte d'estime de soi. La négation de leur engagement, l'absence de reconnaissance des efforts réalisés, sont très coûteux sur le plan de la santé et peuvent amener de véritables décompensations psychiques (burn-out, épuisement professionnel)

Face à ces différentes contraintes génératrices de violence, plusieurs voies d'action sont possibles :

- ▶ il importe, afin d'expliquer, d'analyser, puis d'agir sur les situations de violence, de mieux recenser les actes de violence physiques et psychiques dont sont victimes les personnels et les patients. La mise en place de la démarche "gestion des risques" permettrait un signalement systématique des actes de violence grâce à la "fiche de signalement d'événements indésirables". Le contenu de cette fiche pourrait être analysé en groupe à la recherche de facteurs de causalité, dans le cadre d'un observatoire local de sécurité.
- ▶ afin d'apporter des éléments de compréhension sur les comportements agressifs de certains patients et d'anticiper les situations de violence, la mise en place de formations spécifiques devrait être proposée à toutes les catégories professionnelles.
- ▶ l'encadrement doit rester vigilant vis à vis des phénomènes d'exclusion d'un agent du groupe car cette marginalisation peut avoir rapidement un impact grave et douloureux sur la personne ciblée. Parfois, ces phénomènes de rejet sont itératifs aboutissant à l'exclusion programmée par le groupe de tout nouvel arrivant ayant un regard neuf et critique sur le fonctionnement collectif. Ils nécessitent alors de s'interroger sur la santé psychologique du groupe. D'autre part, muter rapidement les agents qui ne supportent plus les contraintes liées à telle ou telle spécialité, permet d'éviter l'apparition de décompensations anxio-dépressives graves, et aide ces agents à retrouver motivation, investissement et santé au travail.
- ▶ la prise en charge précoce des agents ou des victimes d'actes de violence est une nécessité à développer, afin de ne pas enkyster le problème, de déculpabiliser les victimes souvent honteuses car se jugeant mauvais professionnels et d'éviter la récurrence de telles situations.

- ▶ l'incitation à une meilleure déclaration de tous les accidents de travail liés à la violence et au contact avec les malades agités doit être favorisée.
- ▶ la discussion organisée et systématique en lien avec le personnel médical et les soignants doit s'effectuer devant toute situation dangereuse ou potentiellement dangereuse pour éviter les situations de débordement et mieux protéger les soignants. Toutes les actions de prévention et de lutte contre la violence doivent s'appuyer sur la participation et l'engagement de tous les professionnels et les instances concernées (Directions, CHSCT).

2.6.5. MALTRAITANCE DES PERSONNES AGEES

Rappelons qu' il existe des similitudes entre les différentes formes de maltraitance en particulier sur l'invisibilité de la violence. En effet, les victimes ne veulent pas accuser leurs enfants ou leurs petits-enfants de les maltraiter, de même que les enfants ne veulent pas dénoncer leurs parents. Dans 70 % des cas, les actes de maltraitance interviennent dans le milieu clos de la famille.

Nous ajouterons que la maltraitance physique n'est le plus souvent que la conséquence de maltraitements antérieures, financières, verbales et psychologiques. De plus bien évidemment les maltraitements verbales et psychologiques sont aussi nuisibles pour la santé que les maltraitements physiques..

Nous proposons de reprendre les propositions du Secrétariat d'état aux personnes âgées dans son **Programme de prévention et de lutte contre la maltraitance des personnes âgées**

1. Mieux connaître la maltraitance des personnes âgées pour mieux la prévenir,
2. Sensibiliser la population au phénomène de maltraitance des personnes âgées et faire de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées une cause nationale,
3. Améliorer le système de protection juridique des personnes âgées
4. Mettre en place un dispositif de gestion du risque de maltraitance des personnes âgées,
5. Renforcer les exigences de qualité pour l'ensemble des prestations et structures destinées aux personnes âgées,
6. Améliorer les procédures de traitement des signalements,

7. Renforcer le dispositif de contrôle et d'inspection des établissements,
8. Organiser le suivi de la mise en oeuvre de cette politique et son évaluation

Nous y rajouterons certaines actions de prévention :

Actions de prévention primaire

- ▶ **Nommer une personne responsable au sein des institutions de soins, sociales et médico- sociales, référente de la lutte contre la violence institutionnelle et la maltraitance.**
 - Ä Action aux admissions et services d'urgence, repérage des sujets à risque c'est à dire des sujets fragiles.
 - Ä Action d'orientation pour diriger de façon opportune les personnes âgées.
 - Ä Action au sein des structures de soins.
 - Ä Action au sein des institutions de soins social et médico-sociales en formation à la prévention de la violence.
- ▶ **Nommer un groupe de personnes au sein du centre référent**, en liaison avec les groupes éthiques, qui puisse être le lieu d'écoute, de prévention, de recherche et de dynamique de soutien du terrain. Ils doivent être le relais des structures ALMA (Allô, maltraitance personnes âgées) qui ne peuvent être que des structures de terrain.
- ▶ **Mettre en place des mesures de maintien de l'autonomie de la personne-âgée**

Il s'agit de permettre aux personnes âgées dépendantes, qu'elles vivent à domicile ou en établissement, de *sortir de leur confinement* et d'ouvrir leur champ relationnel, en leur permettant de sortir de leur domicile.
- ▶ **Assurer l'extension du réseau ALMA** (Allô, maltraitance personnes âgées), qui ne couvre actuellement qu'un quart du territoire national.
- ▶ **Identifier, dans chaque département, une "personne-ressource"**, connue, formée et expérimentée, afin d'intervenir auprès des professionnels et des institutions dans la prévention et les dossiers de maltraitance

Actions de prévention secondaire

- ▶ Donner un numéro d'appel géré par des responsables professionnels formés en réponse à des signalements de violence psychique, psychique ou institutionnels.

- ▶ Proposer de donner suite aux appels au sein d'un groupe référent, en y apportant des réponses précises institutionnelles ou non, judiciaires ou non, médicales ou non.
- ▶ Proposer des démarches de formation à tous ceux qui sont reconnus comme violents, directement ou indirectement vis à vis de vieillards et leur proposer un suivi

Actions de prévention tertiaire

- ▶ Un suivi des situations violentes doit être mis en place avec :
 - Ä Incorporation des problématiques de violence dans la formation médicale et paramédicale.
 - Ä Mise en place de programme de recherche avec les structures d'enseignement psychiatrique, psychologique, un programme de recherche prioritaire type PHRC sur la violence et en particulier en favorisant les projets basés sur une démarche d'éducation à la santé.

2.7. VIOLENCE ET MEDIAS

2.7.1. Sensibiliser les médias à la qualité de la communication des actes de violences

L'accumulation des reportages érige les faits divers en faits de société, d'où un sentiment de peur qui conduit à rechercher une autorité suprême.

L'utilisation des scoops à sensation par les médias ne permet pas au citoyen d'élaborer une réflexion, car il développe de l'angoisse sans la possibilité d'échange nécessaire pour prendre de la distance et relativiser.

Il est donc essentiel d'engager une réflexion sur ces aspects en partenariat avec les médias

2.7.2. Développer des programmes de formation dans les écoles de journalisme

Ces programmes s'axeront prioritairement sur la façon de traiter les faits divers et les informations qui ont trait à la violence et à la maltraitance : en effet, créer les conditions pour nouer des liens en dehors de la peur, c'est prévenir la violence par l'éducation. L'éducatif n'est pas une perte de temps, c'est le socle nécessaire pour bâtir une société riche de sa pluralité.

2.7.3. Contribuer à rendre « mieux-traitante » l'information diffusée par les médias, relative à la violence et à la maltraitance

Conduire une action de réflexion avec les médias : il pourrait s'agir d'une « conférence de consensus », avec pour but d'aboutir à une « charte de bonne conduite » sur les manières de relater les actes de violence, particulièrement quand ceux-ci concernent les malades mentaux et les autres populations trop souvent stigmatisées, tout en protégeant le respect des personnes, et le droit à l'information des citoyens.

2.8. VIOLENCE ET MALADIE MENTALE

2.8.1. Mettre en place les moyens d'évaluer une dangerosité potentielle

S'agissant de la dangerosité, bien des définitions pourraient être données : on retiendra ici la **potentialité de survenue d'un acte violent** ou de la mise en danger de soi-même ou d'autrui chez une personne souffrant de troubles mentaux.

On soulignera que cette évaluation ne doit pas se départir d'une réelle modestie quant aux capacités à évaluer ce que le futur sera.

La question de la dangerosité particulière des malades mentaux ne fait pas l'unanimité puisque deux études sur ce sujet arrivent à des conclusions opposées. La survenue d'actes violents est souvent le fait de la rencontre entre une pathologie et une situation donnée, mais on peut cependant isoler certains éléments que l'on peut qualifier comme critères de dangerosité :

1. Le sexe masculin,
2. La jeunesse,
3. L'appoint toxique,
4. Un début de détérioration intellectuelle,
5. La présence d'hallucinations avec injonction.
6. La propension au suicide,
7. Un haut niveau de tension anxieuse.

Par ailleurs, certains sujets délirants et persécutés (paranoïaques, érotomanes...), ou atteints de schizophrénie et certains états mélancoliques peuvent être considérés, dans des situations données, comme potentiellement dangereux, sans oublier les déséquilibrés psychiques et les personnalités antisociales, chez qui on a isolé des difficultés d'élaboration psychique particulières, ainsi qu'une impulsivité accrue.

Les antécédents d'emprisonnement, de passage en UMD, d'agression, de tentative de suicide grave, d'utilisation d'armes, soit directe soit par menace, d'automutilation, de sadisme sur les animaux dans l'enfance et dans l'adolescence, doivent rendre particulièrement vigilants tout comme la possession d'armes à feu ou le port d'armes blanches.

2.8.2. Proposer la mise en place d'un traitement ambulatoire obligatoire

Cette mesure permettrait de résoudre la question des sorties d'essai prolongées, problème souvent pointé par les Commissions Départementales de l'Hospitalisation Psychiatrique.

En effet, dans beaucoup de cas, le maintien de ces sorties d'essai est utilisé comme une sorte d'obligation de soins pour le patient. Les psychiatres ont remarqué que cette contrainte symbolique était parfois très utile dans la prise en charge de patients réticents. Cependant, le maintien des sorties d'essai prolongées est contraire à l'esprit de la loi et peut amener les équipes soignantes à des situations problématiques sur le plan médico-légal.

Des soins ambulatoires obligatoires, proposition que l'on retrouve d'ailleurs, ici ou là, dans différents rapports et documents, pourraient être une mesure assez facile à mettre en place :

- résolvant une impasse actuelle,
- désaliénante,
- et surtout facilitant les soins aux pathologies les plus lourdes et parfois les plus préoccupantes.

2.9. VIOLENCE ET SOINS SOUS CONTRAINTE

Le système de soins sous contrainte en France n'est pas satisfaisant, tant pour les personnes nécessitant des soins et ne pouvant consentir, que pour les personnes emprisonnées.

Les personnes en prison qui ont un trouble mental qui nécessite une hospitalisation peuvent, avec leur consentement, être prises en charge dans un SMPR. Elles bénéficieront d'un suivi en ambulatoire, car le SMPR n'est pas un service d'hospitalisation classique.

Par contre, si elles ne peuvent pas donner leur consentement, elles seront alors obligatoirement envoyées dans les services de psychiatrie en hospitalisation d'office. C'est le préfet qui signe alors l'H.O. suite à un certificat médical. Les personnes incarcérées arrivent souvent dans le service d'hospitalisation avec une garde policière ou administrative importante. Elles sont « libérées » dans le service de psychiatrie qui devient alors, de fait, une prison où l'on peut donner des soins obligatoires. La garde du prisonnier et les soins étant confiés aux seules équipes de psychiatrie.

Cet état de fait conforte et entretient les représentations mentales de la population qui assimilent l'hôpital psychiatrique à une prison ; la peur du délinquant, et la hantise de l'évasion, poussent à l'enfermement dans les cellules d'isolement et à la contention à l'hôpital. Cela est tout à fait inadmissible pour les services de psychiatrie ouverts à toute la population et qui ne peuvent accepter l'enfermement comme mode de soins.

2.9.1. Réviser la Loi de 1990 sur l'hospitalisation sous contrainte

La question de l'hospitalisation sous contrainte traitée dans la Loi du 27 juin 1990 pose un certain nombre de points de difficulté qui devraient, sans plus attendre faire l'objet d'une reformulation plus adaptée :

2.9.1.1. Clarifier le problème de l'application de l'article D. 398 du Code de Procédure Pénale .

Celui-ci dispose que les détenus en état d'aliénation mentale ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Sur l'avis du médecin de l'établissement pénitentiaire , transmis au Procureur puis, conformément à la législation générale en la matière, au Préfet, il appartient à l'autorité administrative de faire procéder à leur internement en HO. Ce texte permet le transfert du sujet en milieu psychiatrique (U.M.D. ou service ordinaire).

Depuis le rattachement des S.M.P.R. à des établissements publics de santé (rattachement du S.M.P.R. de la Maison d'arrêt de Fresnes à l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif, par exemple), cet article D.398 déroge à l'article L.3213.1 du CSP, qui précise que le certificat médical circonstancié (nécessaire lors de l'Hospitalisation d'Office) ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

Il est proposé, en conséquence, que l'avis du psychiatre du S.M.P.R. soit joint à celui d'un autre psychiatre n'appartenant pas au S.M.P.R. ni à l'hôpital susceptible de recevoir le patient. C'est ce double avis qui serait transmis à l'autorité judiciaire, puis au Préfet.

2.9.1.2. Réévaluer les articles L. 3213.8 et L. 3213.7 de la loi du 27 Juin 1990

L'abrogation des HO pris en application de l'Article 122.1 du Code Pénal, est une mesure administrative à laquelle il est mis fin par une décision médicale. L'article L. 3213.8 indique qu'il ne peut être mis fin aux Hospitalisations d'Office intervenues en applications de l'article L. 3213.7, que sur les décisions conformes de deux psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le Préfet sur une liste établie par le Procureur de la République. Ces deux décisions résultant de deux examens séparés et concordants, doivent établir que l'intéressé n'est plus dangereux, ni pour lui-même, ni pour autrui.

Une telle décision peut amener une sortie immédiate par abrogation du H.O., même si celui-ci a été prononcé après un acte médico-légal ayant conduit à l'application de l'article 122.1 du Code de Procédure Pénale.

Il semble que dans ce cas, les conclusions des experts ne devraient être considérées que comme un avis donné aux autorités administrative et judiciaire, en soulignant bien sûr que le Service de Psychiatrie ne pourrait en aucune façon, être un lieu de détention hors nécessité absolue de soins.

2.9.1.3. Définir les modalités de la sortie d'essai dans le cadre d'un H.O. faisant suite à l'application de l'article 122.1 – alinéa 1 du Code de Procédure Pénale.

Rien n'étant précisé dans la Loi ni dans les fiches d'informations ministérielles du 13 mai 1991, il semble que certains Préfets, pour ces sorties d'essai sous HO, calquant leur attitude sur la procédure de sortie, requièrent l'avis de deux experts après examen et conclusions séparées, alors que d'autres traitent ces demandes de sortie d'essai comme dans le cas général sur la simple demande du psychiatre traitant hospitalier.

C'est un point important qui demande à être réglementé et débattu autrement que dans l'urgence, comme cela pourrait l'être en cas de survenue d'un nouvel acte médico-légal commis par un patient en H.O après application de l'article 122.1., en sortie d'essai, sans avis circonstancié d'expert.

2.9.1.4. Etendre l'application des mesures de suivi socio-judiciaire avec contrainte de soins à certaines catégories de délinquants souffrant d'une maladie mentale.

En matière de prise en charge médico-judiciaire, la Loi de 1998 a mis en place le suivi socio-judiciaire des auteurs d'infraction à caractère sexuel.

Cette formule présente l'avantage d'être plus souple que le régime d'hospitalisation sous contrainte, et permet d'associer dans les faits le traitement pénal d'une infraction au suivi médical de sujet considéré comme fragile et devant être malgré tout suivi sur le plan psychiatrique, comme, par exemple, certains psychopathes qui relèveraient de ce type de décision judiciaire.

2.9.2. Faciliter la réinsertion des patients hospitalisés sous contrainte

La plupart des personnes relevant d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, ou d'une hospitalisation d'office, bénéficient en France de sorties à l'essai, sous condition d'« obligation de soins en ambulatoire », rejoignant en cela l'immense majorité des personnes qui se soignent librement en ville pour n'importe quelle pathologie...

Ces modes de soins pourraient faire l'objet d'un cadre précis, au service d'un projet de réinsertion ; actuellement, en effet, les patients relevant d'une hospitalisation sous contrainte, ne peuvent pas envisager, pendant leur sortie à l'essai, la reprise d'un emploi (voire même d'un travail en C.A.T.), ou d'une formation, alors que la reprise d'une vie professionnelle pourrait être, dans bien des cas, un élément majeur de leur dispositif de réinsertion.

2.9.3. Ouvrir une réflexion pluri-institutionnelle en vue de la révision de la Loi du 27 juin 1990

La reprise d'une réflexion sur le statut en France de l'hospitalisation sous contrainte, qui n'est judiciarisée qu'à posteriori, nous paraît opportune.

Un débat sur le fond est nécessaire : en effet, un certain nombre de situations à l'interface du psychiatrique et du judiciaire sont résolues de façon insatisfaisante, et il est nécessaire d'harmoniser notre dispositif avec les positions européennes.

Il conviendrait, à cette occasion, de débattre sur l'opportunité du maintien de la notion d'ordre public pour les hospitalisations sous contrainte : ne pourrait-on pas instituer, en lieu et place, la notion d'obligation de soins dans un cadre légal déspécifié, ne s'appliquant pas exclusivement aux personnes souffrant de troubles psychiques ?