

**Livre Blanc 2012**  
**de la Psychiatrie Française**

**Présenté par**

**L'Intersyndicale de Défense de la**  
**Psychiatrie Publique**

**Et un collectif de signataires**

**(version de février 2012)**



## INFORMATION

Ce document a été élaboré dans le contexte d'une réflexion collective ayant pour ambition de dessiner les contours du consensus des professionnels et des partenaires de la santé mentale quant aux objectifs du système de santé et au cadre de droit dans lequel il devrait évoluer.

Comme tout document collectif, il tente de cerner une conviction commune, sans être certain d'y parvenir. Il souhaite toutefois affirmer une analyse et des convictions, pensant contribuer à la fois aux échanges entourant la parution du Plan de Santé Mentale, et au débat public démocratique à venir.

Dans l'état actuel de sa rédaction, il recueille l'approbation des instances de **l'Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique**, et des signataires ci-après qui ont également souhaité manifester leur soutien à titre individuel.

Dr Charles Alezrah, Pr Jean-François Allilaire, Dr Béatrice Aubriot-Delmas, Dr Patrick Bantman, Pr Franck Baylé, Dr Rachel Bocher, Dr Catherine Boiteux, Dr Gérard Boittiaux, Dr Clément Bonnet, Pr Michel Botbol, Dr Thierry Bottai, Dr Jean-Clair Bouley, Dr Stéphane Bourcet, Dr Pascal Cacot, Dr Agnès Caudrillier, Dr Alexandre Christodoulou, Dr Philippe Cléry-Melin, Dr Gerald Cuegniet, Dr Vincent Delaunay, Dr Gérard Dubret, Pr Philippe Duverger, M. Jean-Yves Eslan, Dr Michel Eynaud, Pr Nicolas Franck, Dr Alain Gérard, M. François Geraud, Dr Jean-Yves Giordana, Dr Elisabeth-Giraud-Baro, Dr Alain Gouiffes, Dr Armelle Grenouilloux, Dr Marc Grohens, Dr Isabelle Guesdon, Dr Marc Habib, Pr Marie-Christine Hardy-Bayle, Dr Yann Hodé, Dr Jean-Pierre Huber, Dr Serge Kannas, Dr Bernard Lachaux, Dr Alain Larôme, Dr Stéphanie Lafont-Rapnouil, Dr Jean-Alain Le Foll, Dr Denis Leguay, Dr Bertrand Lièvre, Pr Pierre-Michel Llorca, Dr Marie-Thérèse Lorient, Dr Alain Mercuel, Dr Agnès Metton, Dr Gérard Milleret, Dr Annie Msellati, Dr Cécile Omnès, Dr Bernard Pachoud, Pr Christine Passerieux, Dr Sylvie Peron, Dr Marie-Noëlle Petit, Dr François Petitjean, Dr Michelle Rajnchapel-Granat, Pr Michel Reynaud, Dr Dominique Robert, Dr Frédéric Roche, Pr Frédéric Rouillon, Dr Christiane Santos, Dr Norbert Skurnik, Pr Pierre Thomas, Dr Dolores Torres, Dr Gilles Vidon.



## **Introduction**

Quelles réalités aujourd'hui ?

Une baisse des moyens... pour une augmentation continue des actions

Une pluralité de missions au-delà du cœur de métier

Un cadre juridique désormais partiel

## **1 – Définir le rôle de la psychiatrie pour la société**

1.1 Psychiatrie et santé mentale : des périmètres différents

1.2 Un rôle à définir pour les professionnels, sur chacun des deux champs

1.3 La psychiatrie n'a légitimité à intervenir que dans le registre de la pathologie

## **2 – Définir ensuite un cadre juridique et réglementaire à l'exercice de la psychiatrie**

2.1 Un cadre réglementaire qui a disparu au fil des réformes de la santé

2.2 Une référence qui ne subsiste qu'à l'égard des structures hospitalières

2.3 Pour une refondation d'une politique de la psychiatrie

## **3 - Définir des objectifs de progrès pour les soins aux pathologies psychiques et d'amélioration des conditions de vie des patients.**

3.1 Sortir d'une culture fataliste : des progrès thérapeutiques sont disponibles

3.2 Pour une réponse différenciée : de la proximité à la spécialisation

3.3 Le secteur toujours pertinent : premier recours et suivi

3.4 Psychiatrie infanto-juvénile : fondamentaux, éléments d'évolution, propositions

3.5 Une recherche à remobiliser au service de l'efficacité thérapeutique

3.6 Des objectifs de santé à faire émerger pour retrouver une direction de travail

## **4 - Définir des moyens (médico-social, nouveaux métiers, aspects institutionnels) : où et comment doit se faire la psychiatrie ?**

4.1 Les changements majeurs

4.1.1 - émergence du champ médico-social : quel cadre, quels objectifs, quels acteurs ?

4.1.2 - les effets de la loi « HPST » sur la gouvernance de la psychiatrie

- des formules de regroupement à mettre en œuvre

- l'indépendance des psychiatres « juges du besoin de soins »

- le secteur dans l'organisation en pôles : fonctionnalité du secteur

4.2 L'évolution du rôle à confier au secteur libéral

4.3 Les autres évolutions à anticiper et accompagner

4.4 La démocratie sanitaire en psychiatrie

## **Conclusion : Proposition de 10 éléments constitutifs d'une Loi d'orientation de la politique de santé mentale**

**Le champ des troubles psychiques conserve, au sein de la médecine, une forte spécificité.** Plus que tous autres, il renvoie à une multiplicité de facteurs. L'absence de conscience du trouble, les difficultés à établir une alliance thérapeutique, l'altération du « libre arbitre » y sont très fréquents. Le retard ou l'absence de soins aggrave les pathologies mais retentissent également sur l'entourage proche et plus largement social en soulevant la question, chez les patients non traités, des risques qu'eux-mêmes et leur entourage peuvent courir.

**Le « plan de Santé Mentale », qui avait balisé pour quatre ans les projets des pouvoirs publics pour le système de soins psychiatriques, est arrivé à échéance à la fin de l'année 2008. En 2012 les professionnels, comme les usagers, attendent qu'un nouvel élan soit impulsé. Au delà du Plan de Santé Mentale aujourd'hui proposé, les signataires de ce Livre Blanc souhaitent qu'un cadre législatif renoué redonne à la psychiatrie française des objectifs clairs et des perspectives de progrès.**

Dans le débat de société récent centré sur la question de la dangerosité, la psychiatrie a perdu une partie de ses repères. Un discours public, relayé par certains media, a laissé fallacieusement s'installer l'idée que la mission essentielle de la psychiatrie était de prévenir la violence, et pour cela d'identifier parmi les personnes souffrant de troubles psychiques ses auteurs potentiels. La crise de la démographie des psychiatres, les contraintes budgétaires qui frappent le système de santé, la réforme hospitalière, l'application de la nouvelle gouvernance et les cadres territoriaux tels que définis par la loi Hôpital, Patients, Santé Territoires, ont laissé sans réponse la question de l'organisation des soins psychiatriques, et participé au désenchantement des professionnels.

Les usagers de la psychiatrie, les acteurs du soin et leurs partenaires méritent une meilleure considération et la prise en compte effective des réalités qu'ils affrontent.

Le présent « Livre Blanc » a pour objet de rassembler les conceptions et propositions des professionnels et des usagers du système de soins psychiatriques, et d'en proposer clairement l'adoption aux pouvoirs publics pour en inspirer la politique pour les prochaines années. Il a l'ambition, dans une logique de santé publique, de participer à la redéfinition :

- du rôle de la psychiatrie pour notre société française, et du système de soins pour ses usagers,
- du cadre juridique et réglementaire dans lequel elle devrait s'inscrire,
- des objectifs de santé que notre pays pourrait choisir de se fixer dans le domaine de la santé mentale,

- et enfin des moyens, tant législatifs qu'en termes de ressources humaines qui devraient lui être consentis pour ce faire.

### **Quelles sont aujourd'hui les réalités ?**

**Depuis le début des années 90, le recours aux soins psychiatriques a considérablement augmenté, alors que les moyens spécialisés ont dans le même temps régulièrement diminué.**

**Par ailleurs, ses missions se sont élargies à des champs connexes, dont la pertinence, indiscutable, est progressivement apparue. Et certaines de ces nouvelles missions, conjoncturellement valorisées, ont été privilégiées au détriment de celles pour lesquelles l'implication du psychiatre est une nécessité incontournable.**

### **Une baisse des moyens...**

On a formé de moins en moins de médecins en France entre la fin des années 1970 (numerus clausus de 8700 en 77) et le début des années 90 (NC à 3500 en 93). Si le nombre des étudiants autorisés à poursuivre des études médicales a progressivement été relevé, (NC à 7400 en 2011), l'inertie démographique aura pour effet une diminution de 9,4 % du nombre de médecins en activité entre 2006 et 2025<sup>1</sup> (21 000 médecins de moins). Compte tenu de l'augmentation parallèle de la population nationale, la densité médicale diminuerait de 15,6 %, passant de 336 médecins pour 100 000 ha. à 283 pour 100 000. La situation pourrait être aggravée en termes de temps médical effectivement disponible par la diminution du temps de travail moyen, lié à divers facteurs socio-démographiques.

La psychiatrie sera l'une des disciplines les plus concernées par une réduction du nombre de ses praticiens en raison de la sur-représentation des tranches d'âges supérieures parmi les psychiatres en exercice. 59% des psychiatres d'exercice général ont plus de 50 ans et 72% des pédopsychiatres ont plus de 50 ans<sup>2</sup>.

Le nombre de psychiatres travaillant en secteur public comme en secteur libéral a déjà diminué depuis le début des années 2000, où il avait globalement atteint le chiffre de 13.500 (CNO). Il se situe aujourd'hui, tous modes d'exercice confondus, autour de 13.000 praticiens (pour 54% d'entre eux en secteur public)(CNO, 2010) alors que dans le même temps, la population française a augmenté de 7,4%.

Le personnel paramédical a également diminué d'environ 10% depuis le

---

<sup>1</sup> [www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/.htm](http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/.htm)  
<sup>2</sup> DREES, série statistique, Daniel SICART, N° 152, février 2011

début des années 90, même sans prendre en compte l'effet de la diminution du temps de travail consécutif aux lois « Aubry » de la fin des années 90, insuffisamment compensé<sup>3</sup>. L'effectif soignant moyen d'un secteur de psychiatrie générale est passé de 86,8 ETP en 1989 à 79,8 ETP en 2000. Dans la pratique, les soignants sont de plus en plus dispersés, accaparés par des tâches formelles qui les éloignent du soin direct. Les cycles de rotation des personnels tendent à s'accélérer. Les soins apparaissent de plus en plus ponctuels, protocolisés, symptomatiques, basés sur des réponses immédiates, dévoiement bureaucratique qui n'épargne aucune catégorie de personnel<sup>4</sup>.

### **... pour une augmentation continue des besoins et des actions**

Parallèlement le nombre de personnes reçues par le système de soins a très significativement augmenté, avec un doublement de la file active des personnes suivies en vingt ans. Une personne sur 20 a eu recours à un professionnel de la santé mentale au cours des douze derniers mois. (Baromètre santé 2005). Pour le seul régime général de l'Assurance maladie, près d'un million de personnes sont inscrites en ALD et bénéficient de l'exonération du ticket modérateur pour une « affection psychiatrique de longue durée » en 2009. Dans les ressources financières mobilisées pour les soins psychiatriques, le poids des soins hospitaliers est majeur (plus de 70% des coûts).

Par ailleurs, au fil des années, de nouvelles missions ont été confiées aux professionnels de la psychiatrie, qu'il s'agisse d'actions de promotion de la santé mentale pour faciliter l'accès aux soins, en particulier des populations les plus précaires, des interventions auprès des personnes sous main de justice (en établissements pour peine ou dans les suivis socio-judiciaires, post-pénaux), ou dans le cadre d'obligations de soins, ou encore des interventions dans le champ de la prévention du suicide.

Chacun de ces registres s'est ajouté aux missions classiques de la psychiatrie, soins en période de crise, avec ou sans hospitalisation, suivis ambulatoires des personnes présentant des pathologies au long cours, interventions en psychiatrie de liaison, urgences, soins aux personnes présentant des pathologies difficiles etc...

Au total, l'évolution des quinze dernières années se résume à une diminution significative des moyens pour une franche augmentation des interventions de prise en charge.

---

<sup>3</sup> Coldefy M., « Le personnel des secteurs de psychiatrie : état des lieux et évolution depuis 1989 », in La prise en charge de la santé mentale, Drees, Documentation Française, 2007, pp.107-121

<sup>4</sup> C Alezrah " l'accessibilité en psychiatrie: enjeu majeur d'une politique de sectorisation" numéro 27/28 des cahiers Henri Ey (avril 2011) pp 251-284

## **Un cadre juridique désormais partiel**

La Loi du 27 juin 1990 fut ce printemps en procédure de révision et a laissé place à la loi du 5 juillet 2011 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » mais organisant au premier chef les « soins sans consentement ». Les arrêtés du Conseil Constitutionnel du 26 novembre 2010, puis du 9 juin 2011 ont imposé le recours systématique au Juge des Libertés et de la détention dans les situations où les soins hospitaliers sans consentement devraient se prolonger au delà de 15 jours, rappelant que toute problématique touchant aux libertés publiques ne pouvait s'exonérer d'un traitement judiciaire. Plusieurs dispositions ont donc été introduites qui impliqueront un jugement, rendu dans ses formes légales. Pour autant la compétence administrative du Préfet, et la motivation des soins sans consentement se fondant de la notion de « troubles graves à l'ordre public » ne disparaissent pas de la procédure. Le résultat concret en est une législation labyrinthique et inapplicable, chronophage et paralysante pour les soins. L'attention des acteurs de la prise en charge sera détournée de la recherche des meilleures stratégies thérapeutiques pour se concentrer, du fait de leur complexité, sur les aspects formels. Il est donc à prévoir une régression des pratiques, qui subiront la tyrannie du principe de précaution, alors que la majorité des besoins de soins psychiatriques n'implique pas la nécessité de passer outre le consentement du sujet. Il s'agit là d'une importante inflexion donnée aux orientations du système de soins, et, *in fine*, préjudiciable aux patients, qui risquent de ne plus avoir à faire qu'à des praticiens priorisant la réduction des risques pour eux-mêmes, au détriment de la recherche d'une relation de confiance, socle d'une dynamique d'engagement dans le changement subjectif.

Cette loi, dès les premiers temps de sa mise en application qui a montré les difficultés majeures qu'elle génère, peut être considérée comme beaucoup trop bureaucratique et inadaptée aux réalités d'une organisation des soins. En tout état de cause, elle ne saurait suffire ni se concevoir de façon isolée. La politique de santé mentale de notre pays a besoin que soient rappelés et clairement définis ses objectifs, sa philosophie, ses moyens, les initiatives qu'on attend d'elle.

Les signataires de ce Livre Blanc affirment qu'une refondation de la politique de santé mentale de la nation est actuellement nécessaire. Il est indispensable de lui redonner l'élan et le crédit qui en ont longtemps fait un modèle de référence sur le plan international.

## **1 – Un premier impératif : définir le rôle pour la société de la psychiatrie et des interventions s’inscrivant dans le champ plus large de la santé mentale.**

### **1.1 Psychiatrie et santé mentale, des périmètres différents**

**La psychiatrie** est concernée par le champ des pathologies, des thérapeutiques reconnues pour être efficaces, et des accompagnements de nature sanitaire indispensables pour une meilleure insertion des personnes dans la communauté.

**La santé mentale** concerne les questions de la souffrance psychique liée aux contextes personnel ou social, la prévention des troubles psychiques, la question des conditions d’existence des personnes souffrant de troubles psychiatriques durables et invalidants (handicap psychique), et la dimension psychique contenue dans toutes les grandes questions de santé publique (suicide, addictions, conduites à risque, stress, santé au travail, troubles des conduites alimentaires...)

### **1.2 Un rôle à définir pour les professionnels, sur chacun des deux champs**

**Les deux champs sont liés mais ne doivent pas être confondus.** Les professionnels de la santé mentale ont compétence, même s’ils ne sont pas les seuls, pour intervenir sur ces deux champs, mais ils ont besoin de se voir confier une mission claire et limitée dans chacun d’entre eux. L’expérience prouve en effet que la société, dans toute une série de domaines, demande l’expertise des praticiens de la psychiatrie. Qu’il s’agisse de statuer sur l’intégrité de la capacité de discernement dans les situations médico-légales, d’apporter un éclairage sur les problématiques d’insertion sociale et professionnelle, et ce qui préside à leur réussite (ou leur échec), de suggérer des pistes de prévention des risques psychosociaux dans le champ du travail, d’œuvrer pour la prévention du suicide, de comprendre les évolutions constatées des problèmes de santé publique, obésité, prises de risque, mortalité prématurée, addictions à l’alcool, aux substances toxiques, aux activités ludiques, aux conduites ordaliques, de fournir des clés de lecture de phénomènes sociologiques comme la fragilisation des structures familiales, l’échec scolaire, l’errance, de définir des stratégies de lutte contre les effets d’exclusion induits par la précarité sociale, de rappeler les fondamentaux des dynamiques collectives qui rendent possibles la mobilisation et l’évolution consentie des systèmes de santé, de nourrir la démocratie sanitaire, d’intervenir dans les situations de catastrophe... etc.,

la légitimité en ces domaines de ces praticiens de la subjectivité que sont les professionnels de la santé mentale est peu contestable. La place qui leur est faite dans la production médiatique en atteste, même s'ils ne sont évidemment pas dépositaires du fin mot de toute chose. Ils évoluent pourtant, dans ce champ, hors de leurs attributions. Mais comment une société pourrait-elle se passer aujourd'hui, pour son fonctionnement le plus quotidien, des compétences acquises de la psychiatrie ?

Cette demande d'expertise doit, en retour, et c'est souvent ce qui se produit, se voir rappeler que notre société ne peut se défaire d'une recherche de solutions humaines et concrètes à ses dysfonctionnements en privilégiant la médicalisation des réponses. Car toute souffrance n'est pas forcément pathologique.

### **1.3 La psychiatrie, discipline médicale, n'a légitimité à intervenir que dans le registre de la pathologie**

Dans le champ plus précis de la **médecine psychiatrique**, la législation s'appliquant aux soins sans consentement, aux relations du champ sanitaire avec le champ judiciaire, dont les évolutions font l'objet de réflexions depuis de trop nombreuses années, doit voir sa redéfinition aboutir dans le respect des « fondamentaux » de la psychiatrie. La frontière entre ce qui est du ressort du soin et ce qui relève de démarches éducatives ou du contrôle social doit respecter strictement les limites de la pathologie. Seule l'existence d'une pathologie justifie qu'un système de soins et ses acteurs interviennent. L'éthique soignante ne saurait s'accommoder de missions ambiguës, où il s'agirait de faire passer l'intérêt du patient, - pierre de touche du contrat de soins - victime d'une pathologie qui s'impose à lui, derrière des considérations dont l'opportunité serait insidieusement appréciée à l'aune d'autres logiques, en l'espèce celles de la « défense sociale ». A tout le moins, il faut rappeler que ces préoccupations ne sont entendables par la psychiatrie que dans la mesure où elles sont congruentes avec l'intérêt du patient (ce qui est aussi souvent le cas, car il n'est évidemment pas positif pour lui d'avoir été celui qui a porté préjudice à autrui).

Un débat sociétal est donc indispensable pour que soient élaborés et admis par tous des principes traitant de la légitimité d'intervention de chacun des systèmes, sanitaire, médico-social, social de droit commun, judiciaire, et des professionnels qui s'y réfèrent.

Cette redéfinition du champ d'exercice est aujourd'hui indispensable, et à plus d'un titre.

Elle l'est pour les professionnels, qui doivent savoir au nom de quoi, pour qui, et dans quel cadre de droit ils interviennent.

Elle l'est pour les usagers, qui doivent savoir dans quelles circonstances ils peuvent faire appel aux professionnels de la santé mentale, et la confiance qu'ils

peuvent mettre en eux, dès lors que l'action de ces derniers est bornée par le droit, l'éthique, et les moyens thérapeutiques dont ils disposent.

Elle l'est enfin pour la société, l'entourage des personnes malades, les responsables de la société civile, élus, acteurs du soin somatique, membres des forces de l'ordre et magistrats, qui doivent connaître précisément les conditions du recours aux soins et les critères de sa légitimité. La pathologie mentale a cette particularité de paraître fallacieusement immédiatement appréhendable. Le caractère apparemment anormal de la relation, l'excès, l'acte incompréhensible, scandaleux, font prétexte. La société civile peut alors se penser fondée à statuer sur un besoin de soins hospitaliers, arguant de « l'évidence » d'un trouble qu'elle n'est pas pourtant pas compétente à désigner pour enclencher des mesures d'hospitalisation, parfois sous contrainte. Plus tard, elle peut exprimer sa réticence aux démarches de réinsertion, ne pas en faciliter les conditions sociales concrètes, perpétuant des processus insidieux de relégation sans motif médical, assimilant toute conduite déviante à une anormalité psychopathologique. Faut-il rappeler que la psychiatrie est une compétence médicale, acquise après une longue formation, et que quiconque ne peut s'en prévaloir ?

Au point où elle est arrivée de son évolution, notre société ne peut donc plus faire l'économie de la (re)construction d'un usage partagé, et opposable, d'une jurisprudence, d'un « contrat social » portant sur la protection qu'elle assure aux malades dont la pathologie altère parfois le jugement, la responsabilité, la liberté.

On pourrait attendre d'une telle redéfinition une clarification du rôle de chacun des grands systèmes, et des corps professionnels correspondants, qui concourent à la bonne marche de la communauté civile. Il pourrait être opposé à cette recommandation que ces considérations vont « de soi ». Mais à notre connaissance, il n'existe aucun texte législatif (à l'instar par exemple de ce qui est énoncé, et qui s'avère précieux, dans les lois du 2 janvier 2002, du 4 mars 2002, ou du 11 février 2005 concernant les patients ou les personnes en situation de handicap) qui formule explicitement le rôle du système de soins psychiatriques, ce que les patients peuvent en attendre, et la philosophie dans laquelle notre nation choisit que son intervention s'inscrive.

**Les signataires de ce « Livre Blanc » tiennent à réaffirmer que l'intervention d'un système de soins psychiatriques et des professionnels de la santé mentale ne se justifie que de l'existence d'une pathologie, de la manifestation d'une souffrance, de moyens thérapeutiques à l'efficacité établie, et de l'intérêt du patient et de son entourage de les voir mis en œuvre.**

## **2 – Définir un cadre juridique et réglementaire à l'exercice de la psychiatrie**

### **2.1 Un cadre réglementaire qui a disparu au fil des réformes de la santé**

Jusqu'au milieu des années 90, la psychiatrie était balisée par un cadre législatif traitant de son organisation, dans une logique de santé publique, et se référant à la « lutte contre les fléaux sociaux ». Depuis cette période, un mouvement de « banalisation » est à l'œuvre, qui efface graduellement les dispositions réglementaires sur lesquelles se construisaient, dans les départements, les dispositifs permettant son exercice. Le secteur psychiatrique, institué par la loi du 25 juillet 1985 n'a plus de consistance territoriale depuis l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 et la mise en place des SROS 3. Le Ministère de la Santé, qui avait depuis 1971 accompagné par des décrets et circulaires traitant de tous ses aspects, la mise en place de la politique de secteur, ne produit plus de textes rappelant les objectifs et les déclinaisons nécessaires d'une politique de santé mentale. Les Conseils Départementaux de Santé Mentale (dont l'existence légale s'est éteinte à la mise en place des ARH) et les Comités Régionaux de Concertation en Santé Mentale (qui ont connu le même sort à l'arrivée des ARS) ont disparu. Aucun rapport récent, en dépit de quelques tentatives inabouties<sup>5</sup>, n'est venu attester de la préoccupation gouvernementale dans ce domaine de la prise en charge des pathologies psychiatriques. Quant au dernier document de référence, le Plan de Santé Mentale 2005-2008, élaboré dans l'urgence du drame de Pau, il énonçait des objectifs opérationnels, certes pertinents, mais sans les référer à une stratégie d'ensemble, sans rappeler la philosophie des soins psychiatriques et sans proposer la moindre rénovation législative.

### **2.2 Une référence qui ne subsiste qu'à l'égard des structures hospitalières**

Dans la pratique, la psychiatrie publique est mise en oeuvre par les structures hospitalières. Les soignants sont des agents hospitaliers. L'organisation, les procédures, les arbitrages de l'hôpital s'imposent aux équipes et aux projets qu'elles conduisent. Les secteurs étaient des services et ont dû se couler dans l'organisation en pôles. Avec la mise entre parenthèses implicite de la notion de secteur,

---

<sup>5</sup> Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport établi par M. E Couty, janvier 2009

l'essentielle dynamique extra-hospitalière peine à s'épanouir, pour toute une série de raisons concrètes et de pesanteurs culturelles, dans le cadre de la gouvernance hospitalière. La prise en compte des besoins, la mesure de l'activité, de la qualité, la priorisation des interventions, le respect des dispositions législatives, sont subordonnés aux dynamiques et aux procédures hospitalières, éloignant de fait les acteurs de la santé mentale de la dimension communautaire et transversale de leur exercice.

### **2.3 Pour une refondation d'une politique de la psychiatrie**

**Les signataires de ce livre Blanc tiennent à rappeler que la santé mentale des citoyens de notre pays a besoin d'une politique, qui doit s'appuyer sur des outils législatifs et réglementaires clairs, respectant les problématiques particulières à son champ. La fréquence de l'absence de demande de soins, la particulière complexité des situations, concernant à la fois des dimensions sanitaires, médico-sociales et sociales, l'intrication avec les problématiques de santé publique, le poids de la chronicité des troubles, la souffrance qu'ils entraînent pour l'entourage, la question du danger lié à la pathologie, nécessitent qu'un examen particulier soit conduit pour redéfinir, dans un paysage sanitaire profondément restructuré par la loi HPST, le cadre d'exercice de la psychiatrie. Celui-ci ne peut seulement dépendre des inspirations et opportunités des établissements hospitaliers ou des dynamiques régionales. Il doit répondre à des principes d'organisation réfléchis et définis nationalement, à des objectifs explicites, et à des moyens garantis.**

### 3 - Définir des objectifs, une ambition de progrès pour les soins aux pathologies psychiques et d'amélioration des conditions de vie des patients.

L'objectif légitime d'un système de soins est de délivrer avec fiabilité, un soin adapté et de qualité. Il suppose proximité et réactivité. Il doit pour cela s'organiser pour intégrer en permanence les données issues de la recherche, et cultiver le dynamisme, l'interrogation critique, le souci des attentes de ses actuels et futurs bénéficiaires.

#### **3.1 Sortir d'une culture fataliste : des progrès thérapeutiques sont disponibles**

Trop longtemps peut-être, les soins aux malades psychiques ont été dominés par une philosophie « contemplative ». La société et les professionnels du soin cultivaient des représentations assez fatalistes, plaçant peu d'espoir dans l'efficacité des stratégies thérapeutiques, et des perspectives d'amélioration clinique. Ces représentations ont alimenté des pratiques insidieuses de relégation dont notre pays s'est heureusement détourné mais sans doute sans en tirer toutes les conséquences en matière d'aide nécessaire pour la vie des personnes dans la communauté civile.

Depuis une trentaine d'années, avec une accélération dans la dernière décennie, de spectaculaires progrès ont été accomplis dans la définition de protocoles conçus selon les principes de la « médecine par les preuves » (Evidence Based Medicine). Des thérapeutiques fines sont désormais applicables, qui nécessitent une évaluation clinique approfondie, puis la mise en œuvre de plans d'intervention conjuguant les apports des thérapeutiques non médicamenteuses psychothérapeutiques ou de réhabilitation psychosociale, de la psychopharmacologie, de l'action médico-sociale... Ces plans d'intervention sont mis en œuvre par un système de soins qui a beaucoup évolué, spécialement depuis l'essor des alternatives à l'hospitalisation mises en œuvre dans le cadre de la sectorisation. A l'instar de l'évolution des pratiques médicales du registre somatique, les personnes souffrant de troubles psychiatriques doivent pouvoir bénéficier des avancées de la science et de l'organisation des soins dans le domaine qui les concerne. Elles doivent pouvoir être prises en charge en situation de crise, y compris à domicile, leur pathologie doit pouvoir être précocement dépistée, les bilans cliniques et paracliniques indispensables à l'élaboration du plan de soins doivent pouvoir être

effectués, les différentes stratégies thérapeutiques complémentaires, associant médicaments, psychothérapie, soins de réhabilitation, mesures médico-sociales, sociales doivent être partout disponibles, et systématiquement mis en œuvre, la santé somatique, souvent négligée, doit pouvoir faire l'objet d'un suivi étroit etc...

Or, trop souvent, le constat d'un manque dans l'une quelconque de ces dimensions n'émeut que les personnes qui en pâtissent directement. Il serait impensable aujourd'hui de ne pas remédier en priorité à un manque, sur un territoire, d'un équipement d'imagerie, ou d'une équipe en capacité d'intervenir chirurgicalement dans toute situation qui l'exige, y compris la plus complexe ou coûteuse. Faute d'une volonté de se maintenir à niveau des progrès scientifiques et des attentes des patients, les moyens qui lui sont consacrés ont, comme on l'a vu plus haut, inexorablement décliné.

**Les signataires de ce livre blanc souhaitent que soit publiquement énoncée par les pouvoirs publics une ambition de conformité des soins dispensés aux données actuelles de la science. C'est dans le cadre d'organisations fédératives, telles le CNPP – CNQSP, qu'est assurée, avec l'ensemble des professionnels de tous les exercices, hospitaliers, libéraux et universitaires, la rédaction de recommandations dans ce sens.**

**Cette ambition, évidente pour les stratégies individuelles de soins, doit se prolonger dans les modes d'organisation de la psychiatrie. Une organisation pertinente est en effet un facteur immédiat d'efficacité thérapeutique,** et aura un impact direct sur la santé populationnelle et les problématiques dites « de santé publique ».

### **3.2 Pour une réponse diversifiée : de la proximité à la spécialisation**

La spécificité grandissante des démarches thérapeutiques impose désormais une architecture de l'offre de soins qui garantisse leur disponibilité à tout citoyen, à un échelon territorial qui soit fonction de la fréquence à laquelle ils sont requis.

Les soins psychiatriques devraient donc pouvoir être délivrés selon une échelle graduée, fonction de leur complexité. Le dispositif de base doit être généraliste et reposer sur le secteur psychiatrique. En complément, des dispositifs transversaux, intersectoriels et spécialisés, doivent recevoir une définition homogène sur le territoire national, avec pour premier principe de s'articuler étroitement au dispositif de premier recours et généraliste que constitue le secteur.

Ces dispositifs plus spécialisés permettraient la mise à disposition de techniques nouvelles d'évaluation et de soins, et de participer, voire d'initier des programmes de recherche, sous la direction ou en lien avec des équipes universitaires, ou dans le cadre de réseaux de recherche tels le Collège National

pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNPP-CNQSP), le réseau Fonda-Mental, la Fédération Française de Psychiatrie.

On pourrait imaginer la mise en place d'un premier rideau complémentaire de dispositifs intersectoriels à vocation départementale, répondant aux besoins les plus généraux (urgences, interventions dans la communauté, suicidologie, gérontopsychiatrie, réhabilitation psychosociale...), puis d'un deuxième rideau de dispositifs plus spécialisés, « experts », ou « ressources », à vocation régionale, dont la mission serait d'effectuer des bilans approfondis, de définir des plans d'intervention, de diffuser aux équipes territoriales de soins des recommandations pratiques, de constituer un lieu d'accueil, d'information, d'orientation pour les malades et leurs familles.

Cette mise en place n'aurait toutefois de pertinence, rappelons le, que s'appuyant sur le dispositif de première ligne que constitue le secteur psychiatrique auquel les professionnels sont à raison très attachés. Le secteur, en psychiatrie d'adultes comme infanto-juvénile, remplit une fonction inestimable de facilitation d'accès et de continuité des soins, dans la proximité qu'il garantit, et de prise en charge d'urgence et sans condition de diagnostic. Sa réactivité est parfois prise en défaut, mais elle peut précisément être améliorée par des dispositifs complémentaires de permanence des soins et de prise en charge de l'urgence, souvent en hôpital général, des équipes mobiles, et des organisations en réseau, qui doivent être déployés.

Il importe également de préciser que les trois rideaux d'offres de soins schématiquement évoqués plus haut n'illustrent en rien une hiérarchie de compétence ou de pertinence de réponse aux besoins de soins. Dans certaines situations la priorité sera d'obtenir un diagnostic, un bilan, ou la définition d'une conduite à tenir, ou encore de délivrer des soins spécifiques. Dans d'autres, il s'agira plutôt de mettre en place une continuité du soin, la consolidation d'une alliance thérapeutique, ou de favoriser, par le recours à l'offre de proximité, la sécurité d'une prise en charge toujours disponible, spécialement en période de crise.

### **3.3 Le secteur toujours pertinent : premier recours et suivi**

On voit bien qu'il existe aujourd'hui, exprimée notamment par les silences de la loi « HPST », mais surtout portée par quelques cercles de réflexion proches de l'administration centrale, une tentation de calquer l'organisation des soins psychiatriques sur celle des soins somatiques. Le « premier recours », ainsi que le suivi quotidien des patients pourraient se placer sous le registre des soins primaires, des médecins généralistes/référents, lesquels piloteraient l'intervention à la demande des « offreurs de soins » spécialisés, hospitaliers ou ambulatoires. Ces derniers

devraient évoluer vers une organisation plus différenciée, orientée en fonction de besoins plus spécifiques, selon les nécessités de bilan ou de prise en charge plus spécialisés, et fonction de la nature des pathologies. Notre système de soins pourrait ainsi faire l'économie d'un réseau parfois dénoncé comme trop généraliste, indifférencié, perçu comme immobile et insuffisamment réactif et compétent, et à qui l'on pourrait reprocher d'avoir permis au système de soins primaires d'éviter de se sentir concerné par les pathologies psychiatriques.

Cette conception doit être discutée, car elle inspire manifestement certaines décisions ministérielles, et est sans doute responsable de la sidération politique qui empêche aujourd'hui la remise en mouvement de notre système de soins psychiatriques.

**La question essentielle est la suivante : par qui, et comment doit être assuré le premier recours et l'orientation en matière de soins psychiatriques ?**

Bien évidemment lorsque cela est possible (et suffisant) la médecine générale doit intervenir, et il n'y a qu'avantages à ce que ses praticiens connaissent sur ce plan leurs patients, qu'ils soient étroitement associés à la prise en charge, qu'ils soient partie prenante dans l'évaluation clinique et le choix des orientations thérapeutiques. Encore faut-il qu'ils aient la formation nécessaire à cet exercice, comme le sont, par exemple, les « general practitioners » (GP) britanniques.

Dans l'état actuel des réalités de la pratique en médecine générale, et du modèle médico-économique sur lequel elle est bâtie, il est illusoire d'imaginer qu'elle puisse répondre de toutes les situations nécessitant des soins et de toutes les configurations de suivi requises par les pathologies rencontrées. La raison essentielle en est que les pathologies psychiatriques entravent très souvent la demande de soins, et en altèrent presque constamment la forme, et qu'il reste indispensable qu'un dispositif soit disponible pour aller au devant des patients, s'assurer de la dispensation des soins, proposer, en proximité, un maillage temporel et spatial de compétences diverses, faire le lien avec les acteurs du champ social et médico-social dont l'intervention est nécessitée par la dimension de handicap résultant de la gravité et de la chronicité des pathologies, répondre aux interrogations de l'entourage, assurer une veille quant aux situations de danger etc... **Cette fonction ne peut être réellement et raisonnablement assurée ni par le système de soins primaires, ni par un système de soins spécialisés diversifié dans son organisation en fonction des pathologies.**

C'est la raison pour laquelle le secteur psychiatrique reste irremplaçable, et que sa place et sa fonction doivent être réaffirmées. Sans doute son champ et son rôle doivent-ils être redéfinis, puisque sa mise en place a maintenant presque cinquante ans, mais il doit être énoncé qu'il reste aujourd'hui la structure incontournable d'une offre de soins articulée qui ne peut se déployer, au delà des hôpitaux, que dans la communauté civile. La question de la territorialité mise en

avant par la loi HPST, et sur la base de laquelle s'établissent les projets régionaux de santé, doit donc trouver en psychiatrie une expression spécifique, prenant notamment en compte la fonction du secteur.

### **3.4 Psychiatrie infanto-juvénile : fondamentaux, éléments d'évolution, propositions**

L'exercice de la pédopsychiatrie comporte deux particularités. Elle concerne des sujets, - enfants et adolescents - en développement, et ces sujets sont dépendants de leurs parents et de leur entourage éducatif et économique. L'analyse et la prise en charge de leurs difficultés devront donc tenir compte de la complexité des interactions entre ces différents registres.

La pédopsychiatrie connaît aujourd'hui une évolution importante, liée à plusieurs données nouvelles : l'attente grandissante du public vis-à-vis des services qu'elle peut offrir, (qui ne va parfois pas sans critique, notamment sur les délais de réponse, la transparence, l'efficacité), la demande de prestations plus ciblées sur des techniques ou des pathologies particulières, l'évolution des références psychopathologiques, l'influence des associations de parents sur la nature des réponses apportées et enfin la fragmentation des soins produits sous la double pression de la volonté sociétale d'intégration et de l'augmentation des files actives.

Cette conjonction d'éléments est à l'origine de la redéfinition du soin pédopsychiatrique qui s'est déplacé du contenant (référence à la psychothérapie institutionnelle, qui priorisait le cadre...) à son contenu (action sur le symptôme, importance du diagnostic et de l'étiologie...) et a intégré des modèles nouveaux comme l'interrelationnel, le transgénérationnel, la notion de crise, le développement des aptitudes cognitives etc...

La dernière définition officielle des orientations de la politique de santé en matière de pédopsychiatrie est maintenant ancienne, à l'instar de celles qui ont balisé le développement de la psychiatrie générale. La circulaire du 11 décembre 1992, relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents, avait, outre le déploiement d'une offre adaptée, deux objectifs majeurs : mettre en œuvre des actions de prévention primaire et assurer la complémentarité entre les dispositifs public et privé dans le domaine sanitaire et médico-social.

Certaines actions alors désignées comme prioritaires (prise en charge à temps partiel, maintien du soin à temps complet, promotion d'actions partenariales)

sont désormais inscrites dans les pratiques, mais les actions de prévention primaire et le lien avec le médico-social restent encore en chantier.

En psychiatrie infanto-juvénile comme en psychiatrie de l'adulte, l'augmentation de la population générale, l'explosion de la demande, et la diminution des moyens ont placé les équipes de soins dans la perplexité et le désenchantement : quelle est la demande de la société ? des pouvoirs publics ? Comment préserver le sens des actions soignantes, et la conformité aux conceptions scientifiques établies, dans le labyrinthe des injonctions paradoxales ?

La psychiatrie infanto-juvénile publique propose ses prestations sous forme de consultations médicales et psychologiques, de rééducations, de petits groupes thérapeutiques, d'hospitalisation à la journée ou demi-journée et exceptionnellement d'hospitalisation à temps complet (quelques lits utilisables). D'autres réponses existent depuis quelques années comme l'accueil familial thérapeutique, l'hospitalisation mère/bébé ou le centre de crise pour adolescents et jeunes adultes...

**Les réponses sont proposées essentiellement en ambulatoire ou en hospitalisation à temps très partiel.** Pour le secteur hospitalier public, le centre médico-psychologique (CMP) est la porte d'entrée des demandes. Celles-ci proviennent à égalité des parents, de l'école et des circuits médicaux et de façon moindre des services sociaux ou judiciaires.

L'approche privilégiée dans la pratique des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile est celle du « réseau ». Les équipes soignantes, très pluriprofessionnelles, s'appliquent à intervenir en partenariat (avec la famille, les enseignants, les institutions médico-sociales, les intervenants éducatifs, la PJJ, les médecins traitants etc...). Cette approche permet de développer la cohérence des interventions auprès du jeune patient, dans une logique de non ingérence, peu hiérarchique, d'incitation à la réciprocité. Quelques risques sont cependant quelquefois évoqués : la consommation de temps indirects, l'excès de contractualisation et de formalisation, l'instrumentalisation, l'effet tourbillon (tout le monde cherche tout le monde) et parfois le clientélisme.

Les symptômes invoqués par la population qui a recours à la psychiatrie infanto-juvénile sont majoritairement des troubles psychologiques de type névrotique (phobies, obsessions, inhibition, somatisation, imaginaire excessif, dépression...). Les problèmes de comportement dans le sens de l'agressivité ainsi que les troubles psychomoteurs, les difficultés d'acquisition ou d'adaptation scolaire, de langage oral et écrit sont le second motif de recours aux soins. Les pathologies sévères (autismes, psychoses, dysharmonies psychotiques) représentent une partie quantitativement moindre de la demande.

320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile sont implantés sur le territoire national, à disposition des 49 000 habitants de moins de 20 ans en moyenne par

secteur. Le nombre de consultants a connu une augmentation de 70% depuis 1991. 20% ne sont vus qu'une fois dans l'année. Le « taux de recours » se situait en 2000 à 2,8% (supérieur à la psychiatrie générale), en augmentation depuis plusieurs années, en particulier pour les adolescents. 97% des soins sont dispensés en ambulatoire (dont 88% exclusivement). Les enfants suivis à temps partiel sont également deux fois plus nombreux en 10 ans. Le recours à l'hospitalisation complète est stable. Les délais d'attente sont supérieurs à un mois pour 55% des secteurs et supérieur à trois mois pour 16%.

### **Éléments d'évolution**

Plusieurs données sont venues ces dernières années troubler les perspectives de développement de la pédopsychiatrie, qui placent les professionnels, à l'instar de leurs collègues de psychiatrie d'adultes, dans une perplexité quant à l'avenir de leur exercice. Cette perplexité doit être dissipée.

On peut schématiquement tenter de résumer les raisons de cette perplexité autour de quelques thématiques. Ce seront ces dernières qui appellent à être clarifiées dans le cadre d'une « refondation » de la fonction sociale de la psychiatrie infanto-juvénile, que notre Livre Blanc appelle également de ses vœux.

La première de ces thématiques a trait au malentendu qui s'est développé (et a été entretenu ?) autour des **références théoriques directrices de la pédopsychiatrie française**.

Autour de la thématique de l'autisme, il fut reproché à la pédopsychiatrie française, par des associations militantes représentant les parents d'enfants atteints de cette affection, une absence d'intégration des neurosciences avec ce qu'elles pouvaient éclairer du lien de causalité entre syndrome, trouble neurobiologique, et origine génétique. Et il est sans doute vrai qu'ont pu exister, ici ou là, certaines réticences à intégrer ces apports dans la compréhension du trouble. Ces réticences se fondaient de la crainte de voir s'installer dans la représentation du public une origine déterministe et univoque, une approche bilantielle et médicale, une prise en charge rééducative exclusive, et une orientation forte vers le champ du handicap. Les praticiens de la pédopsychiatrie, forts d'une longue expérience des soins et de leurs résultats tenaient à défendre une vision plus compréhensive et processuelle des troubles, justifiant des soins prenant en compte les potentialités et investissements, et maintenant ouvert le futur de l'enfant.

Une controverse sur la référence unique à la psychanalyse a même un temps pu émerger, éloignée des réalités car confondant compréhension psychopathologique psychodynamique et application à la lettre de la psychanalyse.

Ce malentendu est désormais dépassé.

**La pédopsychiatrie promeut aujourd'hui une double lecture équilibrée des troubles, médicale, et psychologique :**

- médicale par la prise en compte du passé et du présent somatiques, de l'intérêt de bilans complémentaires médicaux, de traitement médicamenteux...

- et psychologique, qui lui permet d'inscrire les symptômes de l'enfant dans son histoire individuelle et dans son environnement pour leur donner du sens, des clés de compréhension et orienter les mesures thérapeutiques (ou préventives).

Les recherches et les réflexions épistémologiques ont fait évoluer, vers un rapprochement mutuel, les champs de la science, des connaissances médicales et le savoir psychiatrique, qui ne peut se contenter des causalités simples. La psychopathologie doit rester à l'abri du dogmatisme et ne propose pas de modèle univoque même si la psychanalyse reste une référence forte dans la pédopsychiatrie française. Elle ne sous-estime pas l'intérêt des découvertes dans le champ des neurosciences et la prescription de psychotropes doit s'inscrire dans une approche globale de l'enfant. Mais la maladie mentale possède une dynamique propre qui organise les modalités relationnelles de l'enfant. Elle ne constitue pas une richesse et comporte une dimension d'appauvrissement dans l'isolement ou la répétition de comportements. Ainsi, le pédopsychiatre et les équipes soignantes proposent une compréhension large, ancrée dans le corps et dans la relation, susceptible de prendre en compte des aspects médicaux et relationnels, mais aussi des aspects cognitifs, familiaux, sociologiques et quelquefois inter-culturels. La pédopsychiatrie intervient également comme fonction d'aide aux parents à agir par eux-mêmes auprès de leur enfant et à organiser les différents soutiens ou traitements utiles.

La deuxième de ces thématiques, qui est liée à la première, est celle de **la place des parents**, qui prennent ici place d'usagers, dans l'orientation de l'organisation de l'offre de soins pédopsychiatriques.

Le malentendu qui portait sur la thématique précédente a induit la pugnacité des associations de parents qui ont fait valoir leurs besoins à l'échelon politique. Cette action a eu pour résultat un plan qui a permis la création de centres de diagnostic spécialisés (de référence ou de ressources) et la mise en place de filières de soins spécifiques. Les professionnels de la santé mentale reconnaissent l'intérêt de ces centres de ressources quand ils interviennent en seconde intention pour un approfondissement de la compréhension des signes pathologiques ou pour des examens complémentaires spécialisés. En revanche, ils estiment que les solliciter en première ligne peut, du fait de leur implantation régionale ou interrégionale et du temps nécessaire à un bilan approfondi, engendrer un retard aux soins.

Ils estiment par ailleurs qu'une exigence doit être formulée quant à la dimension temporelle et évolutive de l'observation qui ne doit pas déboucher sur une conclusion trop rapide, et permettre d'évaluer le poids du symptôme ainsi que sa

place dans l'histoire et le contexte. Il existe des évolutions normales qui traversent des moments où des symptômes peuvent apparaître. A l'inverse une organisation pathologique peut s'installer, qui n'est pas forcément repérée comme telle par les parents, et encore moins par l'enfant. C'est la raison pour laquelle **la consultation pédopsychiatrique est un acte technique spécialisé**, de durée longue, qui implique étroitement l'entourage de l'enfant. Elle a tout autant une fonction thérapeutique que des objectifs diagnostiques et se répète pour garantir la cohérence de l'ensemble du projet de soin lorsque plusieurs approches sont engagées. Cette consultation s'intéresse à l'enfant dans son contexte environnemental, dans une sorte de « clinique de situation ».

Cinq axes cliniques sont nécessaires pour composer un diagnostic pédopsychiatrique : symptomatique (insuffisant à définir la nature des problèmes), développemental (analyse diachronique), structural (organisation psychique interne), somatique (retentissements réciproques du psychique et du somatique) et environnemental (influences sur et de l'enfant).

C'est pourquoi les professionnels de la pédopsychiatrie, unanimement, estiment que l'approche bilantielle, légitimement demandée par les parents d'enfants présentant des dysfonctionnements comportementaux ne peut constituer qu'un éclairage bien venu, mais ponctuel, qui doit être pensé pour être articulé aux interventions proposées par les dispositifs que sont les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, qui seuls assurent la fiabilité d'une prise en charge dans la durée. Lorsque des parents ont expérimenté cette fiabilité, la confiance et l'alliance s'établissent aisément. En revanche, on constate de plus en plus d'errances de professionnel en professionnel quand les premières évaluations sont faites dans des lieux « hyperspécialisés » de diagnostic ou quand les parents sont réduits à user des urgences comme réponse à ce qui est devenu une crise.

Une troisième thématique est à rapporter à des constats de nature sociologique, et que l'on peut regrouper sous la rubrique des **changements dans la structure familiale**.

L'acquisition des compétences nécessaires à la parentalité n'est pas forcément une évidence. La société actuelle doit prendre acte des changements profonds intervenus ces dernières décennies au sein de la structure familiale, qui se montre de plus en plus fragile. Aussi la pédopsychiatrie est-elle amenée à intégrer ces faits nouveaux dans son évaluation, son aide et ses soins. Certains parents veulent trop bien faire et sont contraignants pour leur enfant (symptômes fonctionnels du sommeil, de l'alimentation). D'autres sont victimes de leur enfant tyrannique. Les changements successifs du cadre de vie de certains parents vont confronter leurs enfants à des tensions liées à la violence, l'incertitude sur le devenir du couple...L'enfant est parfois aux premières loges pour observer, et souffrir de la dynamique affective parentale. La pédopsychiatrie est alors utilisée à des fins anxiolytiques. Le souci d'échapper à toute forme de renoncement rend la souffrance,

le handicap, la maladie incorrects, et se développe une attente exagérée et illusoire dans les progrès de la science pour résoudre les conflits. Par ailleurs, une représentation parfois tragique de l'enfance, complaisamment relayée, renforce les réflexes de sécurité d'une société, avec focalisation des médias sur la violence et la maltraitance. Des situations de blocage sont constatées, le pédopsychiatre ou le juge sont saisis. Sont-ils toujours dans leur rôle ?

Il n'en reste pas moins que ce champ de la psychopathologie liée à la vulnérabilité de certaines familles est un enjeu de santé publique de première importance. Il a pour caractéristique de ne pouvoir faire émerger de son sein un groupe de pression et il appartient aux professionnels de santé mentale, qui en constatent les effets (dysharmonies évolutives, états-limite, troubles des conduites) et en assurent les soins, de porter leurs besoins auprès des tutelles.

Ballottée entre les injonctions et les demandes, s'étant profondément restructurée en vingt ans pour y répondre, ayant réussi à faire disparaître certains tableaux cliniques autrefois rencontrés, s'étant mobilisée pour intervenir le plus tôt possible dans la vie de l'enfant, tant dans un objectif de dépistage que de soins précoces, la pédopsychiatrie rencontre aujourd'hui un certain nombre de difficultés. L'augmentation de son activité, du nombre de ses bénéficiaires, la parcellisation de ses interventions qui en résulte, l'absence d'arbitrage entre des priorités à définir, l'absence de moyens supplémentaires qui lui seraient accordés, la désertification de certaines zones, l'affectation de moyens à des actions particulières quand tous les territoires ne disposent pas d'une offre de base, placent la pédopsychiatrie de secteur dans un malaise dont elle aspire à sortir en reprenant à son compte le sens de sa mission.

Celle-ci résiderait-elle dans une priorisation des besoins de soins, fonction de la gravité des souffrances ? Encore faudrait-il, si tel était le cas, que l'option politique en soit prise.

De cette hypothèse découlerait une série de questions : pour quelle population, quelle pathologie, sur quelle durée, pour quels objectifs, quelles actions (prévention, diagnostic, expertise, traitement, contenu du soin) ? qui déciderait de cette priorisation ? les pouvoirs publics ? les spécialistes de la santé publique ?, les organismes d'audit associés ou non aux usagers ?

Les pédopsychiatres, attachés quant à eux à la valeur de l'objet conceptuel et pratique mis en place, cherchent à en préserver la nature et la capacité. Pour eux cette valeur tient à l'existence d'un soin pluriprofessionnel soutenu par des articulations, tant internes qu'externes, dans un cadre territorial/sectoriel. Un tel soin, s'il fallait choisir, s'adresserait essentiellement à des enfants dont la psychopathologie nécessite un haut niveau de qualité de l'approche diagnostique, de l'orientation des soins engagés et qui ne peut se résoudre par une action simple.

Soigner sélectivement cette population exigerait, pour l'ensemble des demandes adressées aux CMP, de repérer ceux qui relèvent de son pilotage. Des formations à son repérage existent (travaux initiés par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP-CNPP) et soutenus par la DGS) mais leur mise en pratique ne peut à elle seule réduire le nombre d'adressages. De même conviendrait-il de définir plus précisément le contenu du soin, qui ne peut consister en une simple juxtaposition d'interventions, par nature ponctuelles et isolées, qui n'est pas sans nocivité. Ce soin doit être conduit par une compréhension globale, un sens directeur, expression d'une stratégie adaptée à la nature de la pathologie constatée. La psychiatrie infanto-juvénile y perdra peut-être un peu de sa créativité, mais y gagnera en cohérence et en crédibilité. Cette dynamique est d'ores et déjà enclenchée avec l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre des sociétés scientifiques propres à la profession.

Le choix de la pédopsychiatrie de secteur de maintenir associées les actions de prévention, bilan, diagnostic, traitement et soin se confronte à d'autres choix faits par ailleurs. Les filières spécialisées et Centres Ressources ont été évoquées. Leur place est désormais reconnue et doit contribuer à l'efficacité globale de la réponse sanitaire.

L'impact de la prise en compte de la dimension médico-sociale est également sensible. Si elle devait prévaloir dans ses conséquences sur la vie de l'enfant, la loi du 11 février 2005 « pour l'égalité des droits et des chances » pourrait progressivement déplacer la fonction du pédopsychiatre du côté « expertal » d'appréciation des compensations et d'un échange interdisciplinaire sous une forme ne permettant pas facilement une vision organisatrice globale. Cette loi a promu une nouvelle acception du handicap, sociale et relationnelle, avec un accent sur la « situation » générant les limitations à l'exercice de la citoyenneté. Elle amène les professionnels de la psychiatrie à trouver un langage commun entre la dimension du soin et celle de l'accompagnement, dans une terminologie partagée préservant la confidentialité. Depuis sa mise en place, les secteurs de PIJ ont eu l'occasion d'en analyser les effets : ils sont attentifs à ce que les procédures respectent le temps nécessaire aux familles pour une prise de conscience des difficultés de leur enfant. Ils insistent aussi pour que les instances diverses telles que les réunions de Projet Personnalisé de Scolarisation ne se substituent pas aux lieux d'élaboration des projets thérapeutiques. Les MDPH sont les interlocuteurs en charge de veiller à préserver toutes les potentialités évolutives des personnes et à éviter les « effets de filières » et les logiques institutionnelles qui gouvernent la gestion de certains établissements.

**Au total, et encore une fois à l'instar de la psychiatrie générale, il apparaît que la psychiatrie infanto-juvénile de notre pays a besoin d'une clarification de ses missions, et d'un soutien fort des pouvoirs publics, tant en termes de moyens qu'en termes de cadre organisationnel et législatif.**

## **Il serait indispensable de, notamment :**

### **Sur le plan organisationnel :**

- Positionner fermement la psychiatrie infanto-juvénile dans le domaine sanitaire.
- Mettre en place un de groupe travail national pour trouver des solutions aux délais d'attente qui rendent possible un accès au soin en temps raisonnable.
- Déterminer, en collaboration étroite avec les représentants de la profession, des modalités pour que les premiers entretiens filtrent l'entrée dans le soin uniquement pour ceux qui en relèvent.
- Savoir limiter le temps de prise en charge dès lors que la dynamique constructive est reprise ou qu'une orientation alternative est nécessaire.
- Faciliter la mobilité de la pédopsychiatrie pour un premier contact et un soutien aux partenaires.

### **Suivant les tranches d'âges :**

- Améliorer la collaboration avec le champ médico-social et l'éducation nationale pour la tranche d'âge intermédiaire. Préciser comment relier les interventions multiples externes et internes à la pédopsychiatrie.
- Développer les connaissances concernant le bébé tant sur le plan somatique que psychique et développemental afin de mieux ajuster les réponses soignantes destinées aux très jeunes enfants, au delà des psychothérapies classiques.
- Mettre en place une meilleure collaboration et un ajustement des institutions et unités de réponses aux adolescents, en particulier entre la psychiatrie infanto-juvénile, la psychiatrie des adultes, la pédiatrie. Qualifier la place de chacun dans le dispositif. Pour faciliter les relais, lorsqu'ils sont nécessaires avec la psychiatrie générale, préciser clairement le champ d'intervention et les limites en terme d'âge, 16 ans ? 18 ans ?
- Déterminer un parcours d'orientation face aux urgences pour toutes les tranches d'âges.

### **Concernant la politique de secteur en psychiatrie infanto-juvénile**

- Réaffirmer la pertinence de la continuité du soin en pédopsychiatrie, sa signification, sa réalisation par rapport à l'appréhension de la pathologie et les moyens alloués.
- Redéfinir la place du secteur de PIJ par rapport aux autres champs : la pédiatrie, la psychiatrie des adultes, la maternité, le médico-social, l'éducation nationale, le Conseil Général (PMI), les quartiers, la Justice, en précisant son rôle d'articulation.
- Déterminer la mise en commun et la hiérarchisation des différentes structures des secteurs de PIJ.

### **Concernant l'évolution des pratiques et la Recherche**

- Promouvoir des actions à partir du futur guide de repérage à destination des professionnels non médicaux.
- Promouvoir et évaluer des actions à destination de tranches d'âges dans des contextes précis, à partir des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, en partenariat avec des structures consacrées aux enfants.
- Soutenir l'évaluation des pratiques professionnelles des secteurs de PIJ dans des axes à déterminer conjointement avec la profession.
- Maintenir et renforcer la prévention effectuée par la PIJ, selon des axes à déterminer (impact des négligences sur les jeunes enfants, troubles généraux du langage, diagnostic précoce des TED, diagnostic d'entrée dans les pathologies de l'âge adulte...)
- Reconnaître et soutenir les actions de recherche clinique, répondant aux exigences scientifiques, à partir de cas uniques, de petits échantillons, de pratiques de réseau et de groupes de pairs (FFP-CNPP).
- Développer la formation des professionnels de PIJ au regard des exigences de qualité pour le diagnostic et les interventions soignantes coordonnées.

### **Concernant les moyens**

- Préserver et développer les moyens alloués à la PIJ pour toutes ses actions.
- Protéger les moyens de la PIJ des secteurs ou services en centres hospitaliers généraux ou universitaires.
- Protéger les moyens de la PIJ des secteurs en centres hospitaliers spécialisés au regard des exigences auxquels sont soumis les secteurs de psychiatrie générale.

## Au total, et sur le plan de l'organisation des soins...

Avec le recul que peut aujourd'hui nous conférer un bilan actualisé du fonctionnement du système de soins psychiatriques en termes d'efficacité du soin et de satisfaction des usagers, pourraient se dessiner les contours de l'équipement souhaitable, généraliste ou spécialisé, dans une logique territorialisée. La qualité effective des soins, la conformité des pratiques aux recommandations nationales ou internationales (OMS, Communauté Européenne), l'ouverture des équipes de professionnels aux thématiques de progrès doivent être promus.

### 3.5 Une recherche à remobiliser au service de l'efficacité thérapeutique

Les spécificités de la discipline psychiatrique, en particulier la grande pluralité des facteurs qui participent à l'émergence de la pathologie contribuent à engager la recherche dans de multiples directions dont aucune ne doit être négligée. Il existe certes une recherche internationale, dont les retombées sont largement partagées par les praticiens et les systèmes de soins de tous pays. Mais cette réalité ne doit pas laisser à penser aux responsables des politiques publiques que la recherche pourrait être, dans un pays comme le nôtre, une orientation optionnelle. Or, l'effort que représente pour la France la recherche en psychiatrie est considérablement moindre que celui qui est consenti par les pays comparables. Tant en termes budgétaires qu'en moyens humains ou institutionnels (INSERM, CNRS), la recherche en santé mentale est inexplicablement sous-dotée. A 23,7 millions d'euros, elle représenterait seulement le huitième des moyens consacrés à la recherche contre le cancer, pour des taux de prévalence des pathologies concernées beaucoup plus importants.

Plusieurs raisons plaident donc pour que cet effort soit très sensiblement augmenté :

- la part que représentent les troubles mentaux dans les causes de handicap ou d'invalidité (1<sup>ère</sup> cause selon la CNAM), dans les DALYs (Disabilities Adjusted Life Years) et QALYs perdus, toutes maladies confondues, dans les causes d'arrêt de travail, la mortalité prématurée, les dépenses de santé (un dixième des dépenses totales, soit 10,4 Md€, dépenses directes auxquelles s'ajoutent les coûts indirects, 4/5 des coûts totaux<sup>6</sup>)

- l'excellence de certaines voies de recherche en France et des équipes universitaires qui s'y consacrent (psychiatrie génétique, neuropsychologie cognitive, psychopharmacologie, épidémiologie...), bénéficiant, en dépit de la faiblesse des

---

<sup>6</sup> FondaMental/URC-Eco Ile de France/IRDES, 2009

budgets, d'une reconnaissance internationale tant en termes de publications scientifiques que d'audience de ses acteurs,

- le caractère aujourd'hui crucial de la recherche sur les résultats (« outcomes research studies») dès lors que ces derniers sont largement influencés par des facteurs réglementaires et d'organisation (droits des patients, accès aux soins et aux dispositifs de prise en charge, précocité du dépistage et de l'action de soins, disponibilité des techniques de soins, proximité de l'accompagnement médico-social, etc...) autant que par la pertinence de la prise en charge individuelle, conforme aux données les plus récentes de la science.

Une politique de recherche repose sur des budgets, une organisation et des ressources scientifiques. L'offre de soins psychiatriques, historiquement basée sur l'organisation sectorielle aurait du permettre l'essor d'une recherche épidémiologique, évaluative, médico-économique ou portant sur les modalités de prise en charge. Faute de culture, d'incitations budgétaires, de moyens dédiés, de reconnaissance de la communauté scientifique, cette recherche ne s'est que trop timidement déployée. Elle doit désormais faire l'objet d'une priorisation volontariste, en s'appuyant sur l'information médicale hospitalière aujourd'hui disponible.

L'organisation d'une réponse différenciée telle que nous la préconisons plus haut devrait également permettre qu'une offre de services portant sur des champs plus spécialisés, tant en termes de population concernée que d'outils de bilan, ou de mise en œuvre de techniques spécifiques se mette en place aux niveaux départemental et régional. Cette architecture aurait l'avantage de donner plus de visibilité aux dynamiques d'évolution des pratiques, en faisant support au nécessaire lien entre soins et recherche, par exemple en assurant l'évaluation systématique de patients, le suivi de cohortes, et, si c'est pertinent, la coordination avec les sciences fondamentales. Les dispositifs « experts » ou « ressources », adossés ou non à des services hospitalo-universitaires, fédérant les compétences, pourraient ainsi constituer également des plates-formes de recherche clinique en construisant les liens nécessaires à la quadruple mission de soins, de recherche, de formation et de communication.

**Un regard critique, porté par un esprit de recherche, doit également se porter sur le fonctionnement actuel du système de soins psychiatriques.**

C'est ainsi que la recrudescence - injustifiée au regard de l'évolution de la morbidité - du recours à l'hospitalisation temps plein doit être analysée pour être inversée. Cette recrudescence met les équipes de soins en grande difficulté, déséquilibrant l'utilisation des ressources en personnel médical et paramédical, témoignant d'un dysfonctionnement global des filières de prise en charge, où les carences de l'intervention sociale induisent le recours à l'hôpital. Intervenant dans

une autre temporalité que les actions de soins, l'action sociale trouve en effet souvent la solution à son impuissance, ou à son manque de réactivité, dans l'orientation vers l'hospitalisation temps plein, via les structures d'urgence, où se déverse une « misère du monde » qui prend pour un temps, et pour s'y faire admettre, un masque psychiatrique.

L'objectif général que pourrait tenter de décliner cette réorganisation dans ses préconisations serait que puissent être proposés, en tout point du territoire, et à tout patient, le soin adapté, tant en première ligne, en urgence, ou dans le cadre d'une continuité de référence, qu'en seconde intention, après bilan et évaluation par une équipe spécialisée.

**La psychiatrie et les personnes qu'elle prend en charge doivent ainsi se voir proposer d'entrer dans la modernité. Cette ambition doit être désormais affichée, pour redonner du sens à la politique nationale de santé mentale, en la tournant vers l'avenir.**

### **3.6 Des objectifs de santé à faire émerger pour retrouver une direction de travail**

Il serait par exemple souhaitable que des objectifs de résultats en matière de réalités de santé soient au moins formulés, dans l'esprit des plans de santé publique existants. Nous proposons ainsi que soient affichés, et à titre d'exemple, après qu'en ait été discutée avec les partenaires de la santé mentale et les acteurs de la démocratie sanitaire l'urgence relative, les objectifs suivants :

- une réduction du nombre de suicides : la diminution constatée ces dernières années apparaît à bien des égards insuffisante et fragile. Il n'est pas légitime que notre pays paie un tel tribut à ce phénomène qui devrait interpeller plus vigoureusement notre culture nationale, notre organisation sociale et du travail, et notre système de soins.

- une réduction du recours à l'hospitalisation complète, tant sur le plan du nombre de personnes concernées que sur celui de la durée des séjours. Le recours à cette formule de prise en charge signe l'échec de prises en charge plus légères et précoces, qui devraient être mises en place plus résolument.

- une réduction du recours aux soins sans consentement : il est en effet étonnant que notre pays se dote aujourd'hui de moyens législatifs nouveaux sans affirmer que ces formules de prise en charge devraient être au maximum évitées, parce qu'elles indiquent toujours un dysfonctionnement préalable, soit d'accès aux soins, par retard à la consultation, ou absence d'offre, soit d'isolement familial, soit

d'éducation thérapeutique, soit de stigmatisation sociale, etc...

- une réduction du délai moyen entre l'émergence de la pathologie et la prise en soins, qui souvent se compte en années, et ancre la personne dans un repli social, la conviction qu'il n'existe aucun remède à sa situation, une désinsertion, l'échec scolaire ou professionnel, la précarité.

- une augmentation du ratio des personnes ayant recours aux soins médicaux dans la population des personnes souffrant de troubles dépressifs,

- une diminution du nombre d'attributions de pensions d'invalidité pour une affection psychiatrique de longue durée, parce qu'elles signent le relatif échec des soins.

- une augmentation de la proportion des personnes souffrant d'affections psychiatriques ayant généré la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, et ayant fait aboutir une insertion professionnelle, soit en milieu adapté, soit en milieu ordinaire de travail.

- une diminution du nombre de patients psychotiques SDF en rupture de soins et grandement précarisés, pour autant qu'il soit possible d'obtenir sur ce thème un indicateur fiable.

- une augmentation du nombre d'adhérents aux Groupes d'Entraide Mutuelle et aux associations d'usagers et de familles.

- etc...

On peut en effet imaginer ainsi une série d'indicateurs pertinents, dont l'évolution pourrait permettre de mesurer l'efficacité de notre système de santé, tant dans le champ des soins que dans le champ médico-social.

## **4 - Définir des moyens (médico-social, nouveaux métiers, aspects institutionnels : où et comment doit se faire la psychiatrie ?)**

### **4.1 Les changements majeurs**

La réorganisation de la discipline doit s'étendre à l'ensemble des moyens sanitaires et médico-sociaux actuellement consacrés à la prise en charge des patients psychiatriques. Faute de projet, les perspectives de fonctionnement des dispositifs de santé mentale sont imaginées comme devant s'inscrire dans le prolongement du passé. Or, deux logiques provoqueront dans les années à venir de fortes évolutions.

4.1.1 - Emergence du champ médico-social : quel cadre, quels objectifs, quels acteurs ?

La première est celle de la montée en puissance des initiatives du champ médico-social, à la demande des patients, de leurs familles, et en application de la loi du 11 février 2005. Quelle évaluation de la situation de « handicap » subie par les personnes présentant des troubles psychiques ? Quels concepts et quels outils pour cette évaluation ? Quelles nouvelles compétences devront-elles être déployées ? On sait déjà que la dimension neuropsychologique, dont la littérature scientifique a démontré le lien avec le pronostic fonctionnel et social, devra être prise en compte. Quels processus d'évaluation, dont l'articulation étroite avec les démarches d'insertion devra être ménagée ? Quels besoins d'interventions sociales ? Quels « plans de compensation » à mettre en œuvre par les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ? Quelles équipes mettre en place et à quel échelon territorial ? Quelle articulation avec le champ sanitaire ? Et quel impact sur l'évolution des pathologies est-on en droit d'attendre, par l'effet d'apaisement de l'anxiété et du désarroi produit par la satisfaction de besoins sociaux immédiats ? Car ce développement du champ médico-social pour les personnes présentant un « handicap psychique » ne doit pas être entériné par défaut, comme une sorte de conséquence obligée d'une résignation thérapeutique. L'intervention médico-sociale doit être envisagée de manière positive, comme s'intégrant dans un plan global, dont chacun des éléments y concourant aura sa part dans l'amélioration clinique, et en matière de qualité de vie.

Ainsi le domaine médico-social devra faire partie intégrante d'une politique de santé mentale. Dans ce registre, il ne faudra pas méconnaître le considérable retard qu'a pris, pour des raisons historiques complexes, la prise en considération des situations de « handicap psychique », et qui se traduit aujourd'hui par la rareté des

équipements, des structures et des équipes qui s'y consacrent spécifiquement. Récemment de nouveaux acteurs (SAMSAH, Maisons relais, SAVS...) ont pris place dans les filières de prise en charge, soit en relais, soit dans diverses formes d'accompagnements complémentaires des soins psychiatriques. Bien qu'ils soient encore trop peu nombreux, il est déjà temps de concevoir les modalités d'articulation, de mise en complémentarité avec le système de soins spécialisés qui a longtemps représenté le seul recours professionnalisé d'aide à la vie quotidienne des personnes présentant des troubles psychiatriques invalidants, afin que ne s'installent pas des effets de clivage nuisibles à la rigueur du suivi nécessaire.

Mais le développement du champ médico-social en santé mentale requiert des promoteurs. Qui doivent-ils être, et pour quelles initiatives ? L'expérience montre que faire prendre en charge par les établissements hospitaliers des actions médico-sociales est peu satisfaisant. Les raisons en sont certainement les priorités implicites portées par la culture propre à chacun de ces champs d'intervention, la formation des personnels, les arbitrages budgétaires, l'intégration dans les filières de prise en charge, les références théoriques des personnels et des responsables etc. Qu'on le veuille ou non, il est très rare qu'un établissement hospitalier réussisse durablement à porter un établissement médico-social mettant en œuvre une politique d'établissement conforme aux orientations politiques définies par le cadre législatif. Les promoteurs doivent donc s'inscrire clairement dans le champ médico-social, qu'ils soient publics, privés, ou plus fréquemment associatifs. Cette extériorité au domaine sanitaire obligera à un sain partenariat, à une altérité salvatrice pour les équipes soignantes comme pour les patients qui pourront s'autoriser à poursuivre d'autres objectifs que ceux qu'implicitement se doivent de prioriser les démarches thérapeutiques. Parallèlement, les équipes de soins pourront ne plus se sentir tenues de répondre de tous les besoins des patients, dont bon nombre sont d'abord des besoins de compensation.

Cette approche de la compensation, suivant en cela les premières intuitions des promoteurs du secteur psychiatrique au moment de l'élaboration de la « loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées », ne doit pas pourtant intervenir trop vite.

Elle ne doit pas non plus intervenir seule. A l'articulation temporelle du sanitaire et du médico-social doivent se placer les soins de réhabilitation et leurs techniques dont la fonction est d'optimiser les capacités, les habiletés sociales et relationnelles du sujet, d'initier des démarches actives d'apprentissage, de développer des capacités d'adaptation, de restaurer un meilleur niveau fonctionnel, de faciliter le « rétablissement », lesquels seront également des facteurs de réduction du recours aux soins, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires.

Ces soins de réhabilitation sont encore d'un registre clairement sanitaire. Ils doivent obéir aux mêmes processus que les approches thérapeutiques de la crise

aigue : évaluation d'une clinique (par exemple celles de l'autonomie sociale, de la qualité de vie, de l'alliance thérapeutique, de l'insight), définition des stratégies adaptées, mise en œuvre, évaluation des résultats, redéfinition éventuelle de stratégies alternatives. L'objectif général sera d'optimiser les capacités du patient, afin que la compensation finale nécessaire soit la moins écrasante possible, et que la qualité de vie du patient, acteur de sa prise en charge, qui en déterminera les objectifs prioritaires et les moyens, soit au maximum améliorée.

Pour atteindre ces objectifs, la « mise en situation » constitue, on le sait, un outil précieux. Cette mise en situation requiert d'emblée une certaine compensation de la situation de handicap, aide qui pourra « sécuriser » un parcours, enclencher le cercle vertueux de la réussite, encourager la motivation de la personne à se rétablir en favorisant les premières étapes d'une réinsertion. En d'autres termes, et l'expérience le montre, la compensation peut déjà être un outil thérapeutique, au service d'une stratégie qui aura pour objectif, dans un second temps, de la réduire. Les outils de l'action médico-sociale, légitimes au regard de la situation de handicap, doivent donc être mis à contribution pour une démarche d'essence thérapeutique, et ne sauraient pourtant être récusés pour cette seule raison. Notre pays doit s'approprier cette logique, qui prévaut dans tous les pays où les actions du champ sanitaire et celles du champ médico-social (Le « cure » et le « care ») ne connaissent pas les clivages administratifs et réglementaires qu'elles connaissent en France. Il sera nécessaire d'examiner si une évolution de la réglementation ne doit pas intervenir pour atteindre cet objectif.

Quoiqu'il en soit, aujourd'hui, ces outils et ces stratégies sont trop peu disponibles et mis en œuvre dans notre pays. Bon nombre des dispositifs qui les permettent n'existent que dans une toute petite minorité de territoires. Pour une psychiatrie moderne, la réhabilitation psychosociale doit prendre son essor, et compléter l'arsenal minimal que constituent les moyens institutionnels, médicamenteux, psychothérapeutiques, aujourd'hui, et heureusement (presque) partout accessibles.

#### 4.1.2 - les effets de la loi « HPST » sur la gouvernance de la psychiatrie

La deuxième est celle de la réforme hospitalière définie et mise en œuvre dans le cadre de la Loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire ». Celle-ci prévoit plusieurs dispositions susceptibles d'influer profondément sur l'exercice de la psychiatrie.

#### **Des formules de regroupement à mettre en œuvre**

Le regroupement juridique des établissements hospitaliers sur une base territoriale peut tout d'abord avoir pour conséquence l'insertion des établissements

spécialisés dans un ensemble plus vaste. Il peut en résulter pour la psychiatrie de graves conséquences budgétaires quand on sait que la tarification à l'activité (T2A) ne s'applique pas à la psychiatrie et qu'il est vital de préserver les budgets qui lui sont consacrés.

La profession, par l'intermédiaire de ses organes représentatifs, a clairement marqué sa préférence pour des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) constituant en eux-mêmes des établissements de santé mentale, et non seulement regroupant des moyens mutualisés. C'est uniquement avec des établissements disposant de l'autonomie juridique et budgétaire que pourront se construire, à l'échelle départementale, les complémentarités indispensables à la prise en charge sûre, réactive, efficiente, des personnes souffrant de troubles psychiatriques aigus et chroniques. Dans le même esprit, et avec les mêmes objectifs, de telles démarches de regroupement ont déjà été initiées pour les Centres anti cancéreux par exemple.

**Les signataires de ce Livre Blanc ne méconnaissent pas les difficultés structurelles qui peuvent survenir dans la mise en place de ces GCS d'établissements (ou d'activités). Ils estiment pour autant que cette formule de regroupement, explicitement prévue par la Loi, est la seule de nature à donner à la politique de santé mentale l'élan, la cohérence, et la marge d'initiative, qui sont aujourd'hui nécessaires. Elle constituerait en outre un levier efficace de mise en œuvre d'une politique nationale de santé mentale.**

### **L'indépendance des psychiatres, « juges du besoin de soins »**

Par ailleurs, de nouvelles dispositions statutaires ont un impact sur les procédures de nomination des psychiatres hospitaliers. Ces procédures doivent être ré-examinées au regard du rôle qu'ils jouent dans l'application de la loi sur les soins sans consentement, et qui requiert encore davantage la garantie de leur indépendance vis-à-vis des pouvoirs administratif et judiciaire.

Il est déjà clair que la mise en place de formules de soins ambulatoires sans consentement, qui risquent de prendre une ampleur inattendue, ne peut reposer que sur des professionnels responsables, aguerris, formés, et parfaitement indépendants des contingences administratives politiques et sociales, qui ne peuvent que faire courir en permanence le risque d'une gestion opportuniste des libertés publiques. L'indépendance des psychiatres deviendra un thème sensible du débat sociétal, elle doit être garantie préalablement, à tous les niveaux qui la concernent, en particulier par le maintien de leur nomination à un niveau national ministériel, détaché des contingences locales.

## **Le secteur dans l'organisation en « pôles »**

Enfin la loi HPST, la « nouvelle gouvernance » qui s'ensuit pour les hôpitaux, la mise en place des pôles, ont d'ores et déjà des conséquences graves sur le fonctionnement des équipes de soins. Qu'on le veuille ou non, les « services », dont les secteurs ont épousé les contours, constituent l'échelon opérationnel indispensable au fonctionnement d'une psychiatrie de proximité, fiable, disponible, réactive, aménageant avec délicatesse et responsabilité la continuité du parcours de soins.

Le service/secteur permet l'effet d'équipe, de continuité, de solidarité, de connaissance du terrain, du réseau territorial des partenaires, de cohérence des politiques suivies, en étant placé sous la responsabilité d'un animateur chef de secteur, dont la fonction est essentielle. Personnellement responsable du pilotage de la politique d'intervention de son secteur dans la communauté civile, animateur d'une dynamique d'équipe indispensable à sa mobilisation au profit d'une population qui cumule les précarités, son rôle ne peut se borner à s'assurer de la conformité docile des médecins qui l'entourent à l'application, dans les prises en charges individuelles, des recommandations de l'HAS ou de la politique d'établissement.

Explicitement, la loi HPST, après l'ordonnance du 2 mai 2005, prévoit la disparition des services, au profit des pôles, pour favoriser l'évolutivité souple des unités fonctionnelles qui les composent. Les services/unités fonctionnelles ne sont plus chargés que de s'assurer de la qualité des soins individuels, quand la dimension de pilotage collectif est affectée aux pôles. Dans ces conditions qu'en est-il de la réalité même des secteurs ?

**Les signataires de ce Livre Blanc tiennent à réaffirmer avec force la pertinence du secteur psychiatrique.**

Son pilotage ne peut s'accommoder d'un affaiblissement de son responsable. L'ordonnance du 2 mai 2005 avait reconnu l'intérêt de la formule « un pôle = un secteur ». L'analyse des professionnels n'a pas varié : le secteur est le maillon essentiel à l'organisation de la psychiatrie publique ; son unité, sa cohérence, reposent sur l'identification personnalisée d'un vrai responsable, comme on peut le constater chaque fois que des dysfonctionnements trouvent une expression médiatique.

La nouvelle gouvernance hospitalière introduite par la loi HPST prévoit en outre que la responsabilité plus directe du chef de pôle s'accompagne d'une marge d'initiative portant sur certaines attributions déléguées par le chef d'établissement. Ainsi le pilotage du pôle peut-il s'affiner en fonction de certaines priorités ressenties et distinguées par son responsable médical. Cette disposition, qui s'inscrit pour une certaine part dans la continuité de la réforme portée par l'ordonnance du 2 mai 2005, ne pourrait que conforter la qualité de la réponse apportée aux besoins de soins.

Malheureusement les bilans dressés cinq ans après les premiers contrats de pôle<sup>7</sup> montrent que ces délégations ne se sont pratiquement pas mises en place, quel que soit le type d'établissement. Ainsi, en psychiatrie, l'architecture de l'organisation du système de soins et sa mise en œuvre continuent-elles de dériver au gré d'orientations législatives de macro-politique hospitalière, de contraintes institutionnelles et budgétaires face auxquelles elles deviennent de plus en plus vulnérables. Toutes les conditions sont désormais réunies pour que l'on assiste à la désintégration silencieuse du système de soins porté par la psychiatrie publique.

#### 4.2 L'évolution du rôle assuré par le secteur libéral

L'offre de soins libérale en psychiatrie ne répond pas aux mêmes besoins que ceux qui s'expriment dans le champ du système public. La demande qui s'adresse, par définition, au système libéral, est moins marquée par l'anosognosie, exprime clairement une attente des soins, et est *a priori* formulée par des personnes prêtes à s'engager dans un mouvement intime qui ouvrira la voie au changement subjectif. Il est précieux qu'il existe dans notre pays une telle offre d'écoute dont les conditions positionnent clairement l'implication du sujet dans le travail intersubjectif qui permettra ce changement. La qualité de l'élaboration des processus psychiques qui sera obtenue dans ce cadre contractuel, sous-tendu par une vraie attente personnelle (et non simplement par la mise en œuvre d'une médicalisation inévitablement tentée par la normativité comportementale, ou diagnostique) pourra aider le sujet, quelle que soit sa pathologie, à accroître ses ressources personnelles et ses capacités d'adaptation, dans une démarche à laquelle on peut accorder une potentialité préventive d'autres épisodes plus graves.

En d'autres termes la psychiatrie libérale française est une richesse, y compris en termes de santé publique, et il convient de la préserver.

Cette offre particulière sera pourtant amenée à évoluer. Quels sont les registres où une réflexion pourrait déjà être conduite ?

Ce Livre Blanc propose sur ce thème trois sujets de débat.

Le premier, à l'instar de ceux qui sont traités dans le cadre de l'élaboration actuelle des Projets Régionaux de Santé, pourrait être celui d'une répartition plus homogène des praticiens. L'offre libérale est constituée de 3470 psychiatres

---

7

Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. ZEGGAR Havet, VALLET Guy, TERCERIE Oriane, **FRANCE**.  
**Inspection générale des affaires sociales**

d'exercice libéral exclusif, recensés par le Conseil National de L'Ordre, et 2043 d'exercice mixte, (en regard des 6542 psychiatres salariés)<sup>8</sup>. Elle se caractérise par une grande disparité géographique, avec des ratios allant par exemple de 1 à 10 (Eure-et-Loir versus Paris). Ces disparités, et surtout leur absence durable de correction, renvoient à la question du rôle social de la psychiatrie libérale. Dès lors que des régions entières semblent pouvoir s'en passer, sa légitimité comme action de soins solvabilisée par la Sécurité Sociale ne sera-t-elle pas inévitablement reconsidérée ? Parce que l'intérêt d'une offre différente de celle de la psychiatrie publique et/ou hospitalière est indiscutable, cette dernière ne pourra être réservée à certaines régions privilégiées de l'hexagone.

Bien entendu ce débat ne peut se mener indépendamment des réflexions actuellement en cours pour toutes les disciplines médicales (y compris la médecine générale), et les solutions envisagées devront l'être en étroite collaboration avec les organisations professionnelles. En la matière les pouvoirs publics n'ont pas toujours donné le sentiment de vouloir s'engager avec sincérité, avec les instances représentatives de la profession, dans la construction de ce qui serait inévitablement, compte tenu de l'importance du changement de culture, un nouveau pacte moral. Il ne faudrait pas en particulier que les mesures envisagées n'aient pour effet de décourager les jeunes médecins de s'engager dans un mode d'exercice qui, à leurs yeux, cumule déjà un certain nombre de désavantages. Quelques suggestions et tentatives ont déjà été testées, et, se déclinant de manière bureaucratique, ont abouti à des résultats nuls, voire à l'inverse des objectifs recherchés. En cette matière, beaucoup est affaire de psychologie, et il sera essentiel d'écouter d'abord les motivations prioritaires des intéressés avant de prendre des dispositions. Il ne faudra pas, par ailleurs, en attendre de résultats rapides, d'abord en raison de l'inertie démographique liée aux années de faible *numerus clausus* (cf infra), et d'autre part des besoins concomitants du secteur public, qui se place déjà en position concurrentielle pour attirer les compétences médicales.

Le deuxième débat à ouvrir pourrait avoir trait au paradigme gouvernant le recours aux soins. En psychiatrie libérale davantage qu'en médecine somatique le concept de réponse aux besoins de santé n'a pas encore supplanté celui de réponse à la demande de soins. *A priori*, toute demande justifie un soin, car elle signe une souffrance jamais moins légitime qu'une autre. Or, si un objectif de répartition raisonnable est énoncé, il faudra peut-être aussi instruire, dans le registre de la santé publique, la question des priorités respectives des actions de soins en réponse à des problèmes de santé présents de la même façon en tous points du territoire. Comment ? La question est trop vaste et complexe pour esquisser des réponses, mais il est clair que ce chantier devra un jour être formellement ouvert. A tout le

---

<sup>8</sup>

Atlas 2010, Conseil National de l'Ordre des Médecins.

moins, la question de l'implication de la psychiatrie libérale dans les réponses aux urgences ainsi que dans l'organisation de la permanence des soins sur les territoires de santé est posée. Au delà, ce sera le principe même d'une articulation étroite entre les dispositifs libéral et public qui devra être réfléchi, pour stimuler les complémentarités, afin d'ouvrir l'ensemble des offres de soins aux usagers plutôt que de les situer, comme trop souvent, en parallèle.

Enfin, pour pousser au terme de cette logique, il sera à réfléchir l'implication des professionnels libéraux dans la prise en charge des personnes nécessitant des soins sans consentement ambulatoires, ou, pourquoi pas, hospitaliers. La pratique des soins sans consentement en psychiatrie publique montre qu'elle n'interdit pas, *in fine*, une relation de confiance, le choix du praticien sur le suivi au long cours, et un engagement authentique dans une mobilisation personnelle qui ouvre sur le rétablissement. Si cette occurrence advient, elle constituera, un très notable changement de culture pour les professionnels libéraux.

Ces trois débats pourraient être aujourd'hui considérés comme bien prématurés et théoriques. Ce Livre Blanc ne propose pas de les trancher, mais simplement de signaler qu'ils constitueront très certainement quelques uns des thèmes sur lesquels se jouera l'avenir du système de soins en France. La psychiatrie privée a dans notre pays un passé prestigieux. Elle mérite de continuer à servir la santé de nos concitoyens. Son évolution devra nécessairement statuer sur quelques problématiques, pour que son exercice soit, comme nous le demandons pour le reste de la psychiatrie, refondé avec tous les partenaires.

**Les signataires du présent Livre Blanc tiennent à réaffirmer que l'organisation des soins, en tant que facteur de l'efficacité et de la pertinence thérapeutique ne saurait ignorer les élaborations proprement médicales, et s'exonérer des avis formulés par ses praticiens.**

**Ils appellent à l'élaboration d'une « Loi d'orientation de santé mentale » qui définisse le rôle du système de soins psychiatriques dans notre société, le cadre spécifique dans lequel il doit s'exercer, les objectifs de santé publique qu'il poursuit, et les moyens réglementaires et budgétaires qui lui sont nécessaires pour assurer sa mission, au service des trois millions de personnes souffrant chaque année de troubles psychiques..**

**4. 3 D'autres sujets pourraient utilement être abordés** dans le débat qui devra y conduire, dont :

- **l'évolution de la morbidité prévisible**, en considération de l'évolution démographique et sociologique, qui sera dans les prochaines années un élément déterminant, quand on sait la morbidité dans les tranches d'âge élevé, et le poids des autres variables socio-démographiques et de certains facteurs de risque (ex : la souffrance au travail, les addictions) en forte augmentation. Le vieillissement de la population avec l'augmentation des pathologies liées à l'âge, chez des sujets vivant seuls de plus en plus souvent, pose également la question d'une coordination d'interventions sur différents registres pour limiter les risques de mauvaise orientation vers des hospitalisations psychiatriques qui pourraient se banaliser, en forme de « *passages à l'acte* » du corps social « *faute d'autres solutions...* » La question de l'accessibilité à un étayage social ou médico-social ambulatoire de proximité, comme à des EPAD se posera avec de plus en plus d'acuité. Il est important de préciser que les pathologies déficitaires liées à l'âge ne relèvent pas, en première intention, de la psychiatrie. Et par ailleurs il est important de ne pas confondre urgence sociale et urgence psychiatrique.

- **l'évolution souhaitable en matière de « métiers »** pour les professionnels de la santé mentale, que les nouvelles formes de prise en charge rendent indispensables, prenant par exemple en compte le développement inéluctable des interventions médicosociales,

- **l'évolution des problématiques budgétaires**, dépendant des éléments précédents, de l'impératif d'une protection des moyens consacrés à la santé mentale, mais aussi de l'avancement des démarches de valorisation de l'activité en psychiatrie,

- **les droits des usagers et des familles**, qui doivent encore progresser et passer d'une reconnaissance formelle à une prise en compte réelle. Davantage encore que dans d'autres disciplines, leur voix doit être entendue. Les choix organisationnels, les priorités retenues, la nature des actions conduites ont des conséquences concrètes pour eux, en termes d'accès aux soins, de qualité de vie, d'efficacité globale de la prise en charge. On sait par exemple l'importance que les familles accordent à la possibilité d'interventions d'urgence, en cas de crise à domicile, à la question des délais de rendez vous, à l'information donnée sur la maladie, le diagnostic, les traitements disponibles, à l'alliance qui peut se construire dans la prise en charge. Pour les usagers, on sait l'importance que revêtent les conditions d'accueil en urgence, l'ouverture du thérapeute à la discussion sur la nature des traitements prescrits, les conditions concrètes des soins délivrés en ambulatoire etc... Il n'est pas dans l'objet de ce Livre Blanc de décliner de façon

exhaustive l'ensemble des demandes de chacun de ses signataires. Il n'a donc pas plus vocation à se saisir de la parole des usagers que de chaque catégorie de professionnels. Il souhaite par contre avancer des propositions dont l'inscription législative serait de nature à faire progresser la santé mentale dans notre pays.

**Les signataires du Livre Blanc proposent que le rapport d'activité annuel des hôpitaux comporte obligatoirement un chapitre écrit par les usagers et les familles en toute indépendance. Ces chapitres devraient être analysés et repris par les CRSA dans leur rapport annuel sur le respect des droits des usagers.**

....

#### **4.4 - La démocratie sanitaire en psychiatrie**

L'évolution du système de santé obéit aujourd'hui plus clairement qu'hier à une dynamique démocratique, où l'expression des besoins par les usagers, les avis autorisés des professionnels, les préoccupations de réponse aux besoins citoyens portées par les politiques, les revendications des syndicats de personnel, et les responsabilités des instances de décision régionales et nationales s'échangent dans des instances d'expression telles que les Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie, les Conférences de Territoire, la Conférence Nationale de Santé, etc. D'autres acteurs, tels que les Conseils Généraux et Régionaux, les grandes agglomérations, sont associés au travers de commissions de coordination des politiques publiques. Ces instances, comme les Agences Régionales de Santé qui n'en sont qu'à leurs premiers pas, n'ont aujourd'hui qu'une vision très lointaine des problématiques de la santé mentale.

La « transversalité » que la philosophie de la loi « HPST » requiert, entre les secteurs de la prévention, des soins, et de l'action médico-sociale, peine à s'illustrer sur des thématiques telles celle de la santé mentale, qui pourrait pourtant en constituer le champ idéal. La raison en est sans doute que les processus de décision restent dépendants d'acteurs institutionnels (les hôpitaux, les associations, les acteurs libéraux) ancrés électivement dans l'un de ces secteurs et qui éprouvent des difficultés de tous ordres à s'en affranchir. Il n'existe pas aujourd'hui d'acteurs porteurs de cette transversalité. Les réseaux de santé, un temps préconisés, ont vu leurs financements fondre avec la mise en place des ARS, et la disparition des Missions Régionales de Santé. Tout se passe comme si l'affichage des intentions dispensait de leur mise en œuvre.

La spécificité de la psychiatrie et de la santé mentale, dont les logiques de développement ne sont pas superposables à d'autres thématiques sanitaires,

appelle donc des outils nouveaux et spécifiques. On ne peut se contenter de simples démarches de « plaidoyer » telles qu'elles sont parfois conduites en santé publique, quand il s'agit de sensibiliser des acteurs sociaux.

Deux organes au moins pourraient être promus et mis en place.

Le premier pourrait intervenir au niveau régional, pour reprendre à son compte le rôle hier tenu par les Conseils Régionaux de Concertation en Santé Mentale. **Les CRSA**, comme instruments régionaux de démocratie sanitaire ont vocation à s'autosaisir de problématiques particulières. Elles peuvent donc constituer, conformément à l'article D 1432-31 du CSP un « groupe de travail permanent » dédié aux problématiques d'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale. Ce groupe de travail, par l'intermédiaire de la CRSA, devra pouvoir interpellier en tant que de besoin l'ARS afin d'obtenir que cette dernière se positionne sur les orientations proposées. Cette architecture devrait pouvoir être systématisée et pérennisée dans toutes les régions, et l'interpellation des ARS donner lieu à obligation de réponse. Aussi cette préconisation devrait constituer une recommandation précise de la Direction Générale de l'Offre de Soins.

Le deuxième serait **les Conseils Locaux de Santé Mentale**, dont il existe déjà quelques exemples opérationnels, et qui ont vocation à regrouper tous les acteurs/partenaires de la psychiatrie et de la santé mentale au niveau des territoires de proximité. Municipalités, SDIS, hôpitaux, associations, Justice, Police et Gendarmerie, Education Nationale, MDPH, Conseils Généraux... doivent trouver un espace transversal de dialogue pour se concerter sur les démarches d'organisation à susciter, les procédures à mettre en œuvre, les initiatives à prendre au niveau local dans l'objectif de mieux structurer les prises en charge, d'organiser les filières de soins, de limiter les hospitalisations d'urgence, de mettre en complémentarité les interventions sanitaires, médico-sociales et sociales, de lutter contre les désavantages liés aux situations de handicap résultant des difficultés de santé psychique. De la même façon que pour les groupes de travail de la CRSA, ces Conseils Locaux de Santé Mentale doivent faire l'objet de recommandations claires de la part de l'échelon national.

Les interventions du système de soins dans le champ de la santé mentale ne peuvent simplement se déduire de la demande des usagers, qui n'est pas toujours exprimée. Elles touchent, fatalement, à des registres complexes, et interdépendants, aux implications fortes sur l'ensemble de la dynamique sociale. Elles ont donc besoin d'être conçues, planifiées, et portées par un discours clair, public, sous-tendu par une politique, fondée sur une analyse d'une situation, et un projet de société.

Les signataires du Livre Blanc 2012 de la psychiatrie tiennent à affirmer solennellement que le moment est venu d'y retravailler.

## **Proposition de 10 éléments constitutifs d'une Loi d'orientation de la politique de santé mentale**

**1 - Réaffirmer les principes cardinaux d'une politique de santé mentale**, incluant soins, prévention, réhabilitation, accès aux soins et à la citoyenneté, déstigmatisation, amélioration des conditions de vie.

**2 – Revoir rapidement la législation sur les soins sans consentement et intégrer ses dispositions dans une « loi d'orientation sur la Santé Mentale » qui prendrait place dans le Code de la Santé Publique.**

**3 – Redéfinir le système de soins psychiatriques dans ses deux fonctions** (différentes) à l'égard des pathologies psychiatriques d'une part, et de la lutte pour la santé mentale (contre la souffrance psychique) d'autre part.

**4 - Déterminer des objectifs de progrès** à la politique nationale, et **définir le rôle du système de soins psychiatriques**, du système de soins MCO, des acteurs médico-sociaux, et de la société (de la Ville).

- énoncer des objectifs de progrès, comme par exemple :
  - o diagnostic précoce des troubles psychotiques, augmentation du recours aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques,
  - o mise en œuvre de stratégies de progrès (information du patient et des familles, techniques de réhabilitation, accès au travail, au logement, suivi étroit dans la cité, permanence de l'accès aux soins, y compris en situation de crise, thérapeutiques médicamenteuses nouvelles, ...),
  - o prévention du suicide par la mise en œuvre des stratégies connues et éprouvées de prévention primaire, secondaire, tertiaire, sur tout le territoire national,
  - o prévention des conduites d'alcoolisation massives des jeunes,
  - o diminution de la différence d'espérance de vie entre les personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques et la population générale, notamment par un recours plus systématique et organisé aux soins de médecine somatique,
  - o ...
  
- définir la place respective des acteurs, de soins (primaires et spécialisés, publics et privés), du champ médico-social, de la Ville, des institutions (Education, Protection de l'Enfance, SPIP, Police, ...) dans le cadre de démarches concertées au niveau des territoires de santé par l'exercice de la démocratie sanitaire.

**5 – Réactualiser la structure du système de soins psychiatriques public**, en lui définissant une organisation en **trois modalités de soins** :

- une première modalité, le secteur, structure de base incontournable de la psychiatrie généraliste, et de la permanence et de la continuité des soins,
- une deuxième modalité, de structures intersectorielles disponibles au niveau de chaque territoire de santé, proposant des techniques particulières et indispensables,
- une troisième modalité, disponible au niveau des territoires de recours ou au niveau régional, de dispositifs « experts », ou « ressources »,

**6 - Affirmer l'indépendance des psychiatres dans leur mission de « juges du besoin de soins »**. Définir pour eux un statut particulier au regard de leurs conditions de nomination, et de leurs relations avec la hiérarchie hospitalière

**7 – Quantifier les manques dans la couverture des besoins** de soins sur le territoire, tant en termes de structures qu'en termes de démographie des professionnels, notamment médicaux, et définir un « plan de rattrapage » sur cinq ans, en énonçant pour la psychiatrie, une « priorité nationale ».

**8 – Développer la recherche**, avec les équipes universitaires de psychiatrie qui oeuvrent dans le champ de la recherche fondamentale, et, en partenariat avec l'ensemble des cliniciens, dans le champ de la recherche clinique, thérapeutique, épidémiologique et de la qualité des soins. Affirmer son intérêt (et son efficacité) au regard des gains potentiels de progrès cliniques, de QDV, et de sécurité. Conforter les équipes qui s'y consacrent, et augmenter significativement les budgets des PHRC portant sur les thèmes de la psychiatrie clinique.

**9 – Promouvoir au niveau régional l'installation systématique de « Groupes de travail permanents » des CRSA**, ayant capacité à interpeller les ARS sur les questions d'organisation de la psychiatrie et des dispositifs de santé mentale.

**10 – Promouvoir** au niveau des territoires de proximité des « **Conseils Locaux de Santé Mentale** », associant tous les partenaires institutionnels, pour développer les démarches conventionnelles entre les acteurs de terrain.