

**Gestion et utilisation des ressources
humaines dans six établissements
de santé spécialisés en psychiatrie**

Rapport définitif

Tome I/III - Rapport

présenté par :

Hélène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI,

Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Rapport n°2007-033P
Juillet 2007*

**Gestion et utilisation des ressources
humaines dans six établissements
de santé spécialisés en psychiatrie**

Rapport définitif

Tome I/III - Rapport

présenté par :

Hèlène STROHL, Jean-Paul BASTIANELLI

Gérard LAURAND et Christian PLANES-RAISENAUER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

*Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.*

*Rapport n°RM2007-033P
Juillet 2007*

Sommaire

Tome I/III

Rapport définitif01 à 61

Réponses de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et observations, en retour, de l'Inspection générale des affaires sociales

Ce rapport a été transmis pour contradictoire auprès de la direction générale de la santé et la direction de la sécurité sociale. Il n'a fait l'objet d'aucune observation de leur part.

Tome II/III

Annexes01 à 89

Tome III/III

Rapport sur l'utilisation du temps un jour donné dans trois C.H.S. (personnels médicaux et personnels soignants)01 à 143

Une mission de contrôle de six établissements hospitaliers spécialisés, sous l'angle de la gestion des ressources humaines a été inscrite au programme annuel de l'Inspection générale des affaires sociales.

Cette mission a été effectuée dans les établissements de Bassens, Evreux, Pierrefeu-du-Var, Thuir, Ville-Evrard et à l'Institut Marcel Rivière à la Verrière (PSPH de la MGEN).

L'Inspection a contrôlé dans chacun des CHS les procédures de gestion du personnel, mais aussi les stratégies sur lesquelles elles s'appuient. Le présent rapport ne reprend pas le contrôle des différentes fonctions de gestion des ressources humaines, recrutement, contrats, paie, temps de travail, gardes, formation, absentéisme. Les remarques à faire sur ces différents sujets sont consignées dans les rapports de contrôle des sites. De manière générale, il faut constater qu'il n'y a pas de dysfonctionnement majeur dans la gestion au jour le jour des ressources humaines, sinon les laxismes habituels dans l'application de certaines réglementations.

Le présent rapport traite des modalités d'attribution, de gestion et d'utilisation des ressources humaines dans leur acception générale et leurs implications en termes de santé publique.

1 – L'application des nouvelles procédures budgétaires et comptables aux établissements psychiatriques pose problème.

En effet, le système de la T2A et de l'EPRD vise à encadrer les établissements hospitaliers dans une procédure budgétaire dans laquelle on détermine un montant de recettes, à partir d'une tarification de l'activité, l'établissement étant responsable de l'adaptation des dépenses (coût de l'activité) à ces tarifs. Mais en psychiatrie, il n'existe à ce jour pas de système de tarification de l'activité.

Les systèmes de régulation antérieurs n'avaient jamais abouti à une harmonisation des ressources entre régions et entre établissements. La mission a ainsi constaté des différences importantes en termes de nombre de lits et places offerts ainsi qu'en nombre de personnels médicaux et non médicaux. Le nombre de psychiatres (ou faisant fonction) est ainsi de 4,8 ETP à Evreux, 5,2 ETP à l'IMR, 15 ETP à Thuir et Bassens, voire 18 ETP à Ville-Evrard pour 100 000 habitants. Ces disparités sont accentuées par les difficultés de recrutement : les établissements, et à l'intérieur de ceux-ci les secteurs, les moins bien pourvus perdent toute attractivité.

Quand bien même il existe une volonté au niveau national de procéder à des redéploiements, force est de constater que la connaissance fine de l'activité des CHS fait défaut. Le système du PMSI, expérimenté dans deux des établissements contrôlés, a échoué dans la production d'une information simple, fiable et utilisable pour valoriser une activité, comme pour en comprendre le fonctionnement. Il faut dire que le système aboutissait à recueillir plus de 200 items, et qu'il s'est avéré impossible d'effectuer des corrélations significatives entre groupes de malades et activité. De plus, les données recueillies sur l'activité des secteurs (par la DREES), d'une part sont traitées avec un certain délai de latence (la mission a travaillé sur une enquête effectuée en 2000) et sont trop disparates pour servir de base à une analyse du fonctionnement au niveau local.

La mission a fait une analyse détaillée de l'activité et de l'organisation du travail dans deux secteurs de chaque établissement. (dans chaque structure les différents types de professionnels ont été interrogés sur leur activité).

De manière générale, il apparaît partout un défaut dans l'articulation du projet médical avec le projet de soins et en général avec le projet d'établissement. Les moyens ne sont jamais appréciés en fonction de l'activité exercée et souhaitée.

Les budgets sont reconduits d'année en année, avec des augmentations déterminées de manière très empirique, en fonction des enveloppes disponibles au niveau régional.

2 - Au niveau de chaque établissement, la mission a constaté un défaut de pilotage.

La fonction ressources humaines n'est pas bien identifiée au sein des établissements. Elle est partagée entre la DRH proprement dite, qui n'est souvent responsable que de la gestion statutaire, la direction, pour la gestion des médecins et la direction des soins infirmiers, pour l'organisation du travail soignant.

S'ajoute à cet éclatement, celui entre secteur : la coopération intersectorielle, pour des problèmes spécifiques (urgences, gardes, recherche) ou des populations particulières (adolescents, psycho-gériatrie...) n'étant pas gérée par l'établissement.

La réforme de la gouvernance hospitalière n'est pas adaptée aux missions de la psychiatrie publique et à leur organisation. Les services y sont en effet des secteurs, c'est à dire les cadres d'une intervention territorialisée, partenariale et largement extrahospitalière. De plus, ils ne sont pas complémentaires, mais plus ou moins identiques. La notion de pôle reste donc abstraite. Par ailleurs, le Conseil exécutif n'est pas parvenu à incarner, dans le CHS où il a été installé, une instance de pilotage collégial, réunissant des professionnels différents dans une posture décisionnelle et non pas d'affrontement consultatif.

Cette absence de ligne et de cadre, insécurisante pour les professionnels et les usagers, est renforcée par le déficit de management à tous les niveaux. Du fait des vacances de postes, mais aussi d'une propension à privilégier une activité de clinique, trop de médecins, notamment les chefs de service ne consacrent pas assez de temps à l'encadrement des unités. Pour que celui-ci soit efficace, il est nécessaire que le binôme médecin chef de service - cadre supérieur de santé fonctionne bien, ce qui est parfois empêché, par l'absence d'entente entre les deux ou le défaut de capacité manageriale de chacun. Pourtant, les échanges interprofessionnels, le travail en équipe, les évaluations collectives sont en psychiatrie essentielles. D'autant plus que, du fait du raccourcissement des durées de séjours hospitaliers, chaque structure fait face à des patients dont l'état nécessite une densité de soins plus importante. C'est la cohésion de l'équipe et l'utilisation bien pensée des ressources soignantes qui sont nécessaires plus qu'un accroissement non calibré des moyens.

3 – L'évolution des moyens consacrés à la psychiatrie hospitalière est difficile à apprécier.

Sur l'ensemble des CHS, le nombre de personnels non médicaux est passé de 78 954 ETP à 81 260 ETP entre 1997 et 2003 (+ 3%). Cette progression est toutefois nettement moins importante que celle de la file active des malades (à Ville-Evrard par exemple, entre 2000 et

2005, la file active a augmenté de 5% pour l'hospitalisation à temps plein et de plus de 20% pour l'ensemble).

Cette augmentation des postes a cependant été consacrée, en totalité, voire plus, à la mise en œuvre de la RTT en général, mais aussi à des réductions importantes de temps de travail des médecins, consécutives à l'application des réglementations sur les gardes.

Dans certains établissements la comparaison entre le temps de travail théorique (le nombre d'heures financées selon la réglementation) et le temps de présence effectif fait apparaître des « déficits » pouvant atteindre 15% de ce temps. S'agissant des médecins, la diminution du temps de présence médicale entre 2001 et 2005 est bien plus importante, dans certains cas de l'ordre de 20%.

Ces aménagements des conditions de travail, menés sans rigueur et sans attention à l'utilisation des deniers publics, ont conduit dans certains cas à des situations injustifiables, qui entachent la réputation de la psychiatrie publique. A Ville-Evrard, les médecins quittent l'établissement à 17h, laissant les équipes à la garde d'un médecin dit « de permanence » à une heure de grand risque d'agressivité des malades. C'est dans cet établissement aussi qu'une organisation des gardes, que ne justifie pas l'activité nocturne ou dominicale, aboutit à « geler » plus de 15 postes de praticiens hospitaliers.

A Evreux comme à l'Institut Marcel Rivière, la baisse des ressources médicales, mais aussi celle des personnels infirmiers aboutit à une sur-hospitalisation du fait du faible dynamisme de la psychiatrie ambulatoire.

Il est donc indispensable que les moyens soient désormais attribués en fonction d'un projet de soins des établissements, qui allie une application rigoureuse de la réglementation et une organisation du travail plus efficiente.

Pour mieux assurer celle-ci, il sera nécessaire de repenser la formation et les fonctions dévolues aux différents professionnels dans une optique de coopération interprofessionnelle. A cet effet, c'est la qualification des équipes qui doit primer sur une spécialisation souvent corporatiste. Par exemple, la mission estime qu'il faut adapter le statut et le cursus de formation et de carrière des psychologues, pour mieux utiliser leurs compétences et les intégrer dans les équipes.

4 – Il est nécessaire que chaque établissement fasse l'objet d'une analyse fine de ses ressources en fonction de l'activité qu'il doit mener

Pour gérer mieux les ressources humaines et adapter leur utilisation aux besoins de la psychiatrie de secteur des années à venir, pour travailler en réseau et en équipe, pour mener de front des interventions sectorielles et intersectorielles au niveau de l'établissement, il est nécessaire que chaque établissement fasse l'objet d'une analyse fine de ses ressources en fonction de l'activité qu'il doit mener et qu'il mène. Il faut donner un sens aux moyens demandés et octroyés.

Pour sa part et sans porter de jugement de valeur sur la légitimité des activités réalisées, la mission a réalisé une analyse pour quantifier en pourcentages les différents temps qui composent le temps de présence effective des professionnels :

- le « temps personnel » qui ne concerne que l'agent : temps à l'arrivée pour l'habillage et la prise de fonction, temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique) pause ;
- le temps de « présence directe auprès du malade », en distinguant les temps consacrés aux soins et aux activités thérapeutiques et ceux pour le nursing et les tâches logistiques ;
- le temps de « présence indirecte auprès des malades » qui regroupe les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les réunions formelles ou informelles, les contacts avec les familles, la gestion des dossiers, le téléphone, les tâches administratives ;
- le temps « institutionnel » consacré aux réunions des instances officielles, aux visites de structures extérieures.

Cette approche permet d'apprécier l'utilisation du temps de présence et la répartition, la diversité et le volume des activités réalisés.

Au niveau national, il faut mettre en place une procédure d'attribution des moyens fondée sur des indicateurs peu nombreux, mais robustes. Le nombre d'habitants, pondéré par la densité de psychiatres privés, celle de l'habitat et un indicateur de difficultés sociales, pourrait servir à déterminer l'offre de service minimale de chaque secteur ou intersecteur.

Les moyens supplémentaires devraient être accordés en fonction de l'activité réalisée, évaluée à partir d'une très petite série d'items (temps d'hospitalisation, nombre d'entrées, de sorties à moins d'un mois, à plus d'un mois ; nombre de venues dans les structures ambulatoires ; amplitude et densité d'activités offertes dans les structures de type CATTP) et éventuellement complétée par des engagements de service : d'amplitude, d'actions de prévention, de réseau...

Les problèmes de pénurie de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques doivent être anticipés par une série de mesures :

- réformer l'accès à la spécialité en restituant une voie d'accès en cours de carrière qui soit une formation de qualité équivalente à la formation initiale ;
- augmenter les attributions des psychologues, en leur permettant dans certains cas d'effectuer des actes jusque là réservés aux médecins ;
- offrir aux professionnels soignants, en complément de leur formation de base, paramédicale ou socio-éducative, une formation en alternance de spécialité, interprofessionnelle et axée sur le travail collectif ;
- ouvrir une formation de manager de structure psychiatrique à des cadres intermédiaires, de type cadre supérieur de santé, psychologue, cadre socio-éducatif.

Comme d'autres rapports de l'IGAS l'ont préconisé récemment, il est temps de refonder la psychiatrie publique en abordant de manière globale les questions de droits des malades, de besoins des familles, d'organisation des soins et de la prévention, de formation et de statut des professionnels et d'allocation des moyens financiers. Et ce en associant les professionnels de terrain, les experts et les décideurs, de manière à ne pas être obligé de légiférer dans l'urgence et sous la pression politique et médiatique.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PARTIE 1 – L’ATTRIBUTION DES MOYENS AUX ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES N’OBEIT A AUCUNE REGLE COHERENTE.....	7
11 – LA TARIFICATION À L’ACTIVITÉ NE S’APPLIQUE PAS À LA PSYCHIATRIE, QUI SE VOIT FIXER DES MOYENS SANS RÉELLE MÉTHODE.....	7
111 – <i>La méconnaissance de l’activité ne permet pas de prévoir des recettes.....</i>	7
112 – <i>Les systèmes de régulation antérieurs ont échoué à harmoniser les ressources entre établissements</i>	8
1121 - L’harmonisation des moyens entre établissements n’a pas abouti.....	8
1122 - La détermination des effectifs selon le mode ancien ne fonctionne plus.....	9
12 - LES DONNÉES SUR L’ACTIVITÉ RECUEILLIES DANS CERTAINS ÉTABLISSEMENTS NE PERMETTENT PAS DE SERVIR DE BASE À UNE TARIFICATION	10
121 – <i>Même effectué de manière très précise, le suivi actuel des activités ne permet pas d’estimer les moyens en personnels nécessaires.....</i>	10
122 – <i>Ces données disparates ne peuvent pas servir de base à une tarification.....</i>	11
123 – <i>Le suivi des activités n’est pas adapté à l’extra hospitalier.....</i>	11
124 – <i>La détermination des moyens nécessaires n’est pas articulée avec le projet d’établissement</i>	12
13 - CONCLUSION : IL EST DIFFICILE D’APPRÉCIER LA BONNE ALLOCATION DE MOYENS EN PSYCHIATRIE	13
PARTIE 2 - UNE FONCTION GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU FIL DE L’EAU	15
21 - LA FONCTION DE DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES N’EST PAS BIEN IDENTIFIÉE	15
211 - <i>Au niveau de la direction, pas de personne responsable pleinement des ressources humaines.....</i>	15
2111 – C’est le directeur général qui est responsable des grandes décisions en matière de gestion des ressources humaines	15
2112 – La DRH est souvent exercée sans articulation avec la DSI (direction du service infirmier).....	16
2113 - Au CHS de Thuir, la collaboration entre la DRH et la DSI paraît exemplaire	16
2114 – La DRH n’a pas de prise sur les médecins.....	17
212 - <i>La fonction DRH est comprise de manière restrictive.....</i>	17
22 - LA GOUVERNANCE DANS LES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES N’EST PAS CLAIREMENT ORGANISÉE	18
221 - <i>Le fonctionnement de l’établissement psychiatrique requiert un mode de gouvernance spécifique</i>	19
2211 – Des spécificités qui n’ont pas été prises en compte dans la nouvelle gouvernance	19
2212 – Une mise en œuvre qui reste souvent formelle	20
2213 – La mise en place d’une nouvelle gouvernance suppose d’autres approches	21
222 – <i>Fractionnement voire absence de pilotage du travail collectif.....</i>	21
223 – <i>Une absence de cadre sécurisant</i>	22
23 - LA FONCTION MANAGERIALE N’EST PAS TOUJOURS BIEN EXERCÉE	23
231 – <i>Il n’y a ni lieu ni fonction de management pour l’établissement.....</i>	23
2311 – Un manque de vision globale et interprofessionnelle	23
2312 - Une communication interne insuffisante.....	24
232 – <i>L’importance d’un binôme chef de service/cadre supérieur de santé</i>	25
2321 – L’importance du cadre supérieur de santé n’est pas toujours reconnue	25
2322 - La collaboration entre le chef de service et le cadre supérieur peut être un facteur de grande qualité.....	26
2323 - Le temps consacré au management et à l’animation des équipes n’est pas du temps perdu.....	26
2324– Indépendance et travail collectif.....	27
233 - <i>La place très faible des usagers et de leurs familles</i>	28
PARTIE 3 - DES RESSOURCES HUMAINES UTILISEES SANS CADRE D’ANALYSE ET DE CONNAISSANCE.....	31
31 – LE MANQUE DE MOYENS SEMBLE DÛ AUTANT À UN DÉFAUT QUALITATIF QUE QUANTITATIF.....	31
311 – <i>Une augmentation apparente des moyens</i>	31
3111 – Une augmentation limitée.....	31
3112 – Une réduction qui pourrait s’avérer coûteuse	32

312 - <i>L'augmentation des moyens ne s'est pas traduite par une plus grande intensité soignante</i>	33
3121 - Le temps de travail "perdu" par l'instauration de l'ARTT et de diverses autres réglementations n'a pas été compensé par l'augmentation des effectifs	33
3122 - Des heures supplémentaires mal distribuées, des plannings mal gérés	35
3123 - Le temps médical disponible auprès des patients est largement inférieur aujourd'hui à ce qu'il était avant les réformes de 2003	35
313 - <i>La situation de certains secteurs est critique</i>	37
314 - <i>Des réformes mal menées</i>	38
3141 - Les différentes réformes du statut des personnels, notamment celles liées au temps de garde et à la RTT ont été faites sans réflexion d'ensemble sur l'efficacité des organisations de travail	38
3142 - Dans certains cas, l'institution du compte épargne temps représente une "bombe à retardement"	39
32 - LES MÉTIERS ONT PEU ÉVOLUÉ, ALORS QUE LES COMPÉTENCES NÉCESSAIRES ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL LE REQUÉRAIENT	40
321 - <i>Pas de consensus sur la participation des différentes professions à l'activité d'un service de psychiatrie</i>	40
322 - <i>La nostalgie du cadre s'estompe</i>	41
323 - <i>Une analyse des activités réalisées montre la diversité de l'allocation des temps, à l'intérieur d'une même profession</i>	42
324 - <i>Un manque de réflexion sur l'évolution des métiers</i>	45
3241 - Agents des services hospitaliers et aide-soignants : un mépris injustifié	45
3242 - Psychologues : une intégration dans les équipes difficile	46
3243 - Assistantes sociales : une approche bureaucratique de leur fonction	48
3244 - De "nouveaux métiers" peuvent être utiles	49
33 - UNE GESTION DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES ENCORE BALBUTIANTE	50
331 - <i>Pas de suivi ni d'anticipation des évolutions démographiques</i>	50
332 - <i>Quelle GPEC pour la psychiatrie ?</i>	50
PARTIE 4 – APPRECIATION GENERALE, PROPOSITIONS	52
41 - NI DÉSERT, NI CHAOS, LA GRH EN PSYCHIATRIE NE SOUFFRE PAS DE DYSFONCTIONNEMENTS SPÉCIFIQUES	53
411 - <i>Un laxisme constaté dans certains endroits doit être corrigé avant l'octroi de tout moyen supplémentaire par l'ARH</i>	53
412 - <i>Donner un sens aux moyens demandés et octroyés</i>	54
42 - LES SPÉCIFICITÉS DU SOIN PSYCHIATRIQUE DOIVENT ÊTRE PRISES EN COMPTE	54
421 - <i>Adapter l'appareil de soins n'est pas stigmatiser les malades mentaux</i>	54
422 - <i>Favoriser le dialogue professionnel – Construire des projets d'établissements en partant de l'analyse de l'existant</i>	55
423 - <i>Avoir des établissements de taille raisonnable</i>	56
43 - REVOIR LES STATUTS DES DIFFÉRENTS PERSONNELS	57
431 - <i>Répondre aux problèmes urgents de pénuries de soignants</i>	57
4311 - Si le manque de psychiatres n'est pour l'instant pas catastrophique, des mesures préventives doivent être prises	57
4312 - La réforme du mode d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée	58
4313 - Les psychologues peuvent ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?	58
432 - <i>Compléter les équipes d'infirmiers par d'autres professionnels</i>	59
4321 - Des compétences spécifiques : l'entretien infirmier et les transmissions	59
4322 - Infirmiers et travailleurs sociaux : une coupure parfois artificielle	59
433 - <i>Réfléchir à la question des professions en psychiatrie de manière globale</i>	59
44 - CONSTRUIRE UN INSTRUMENT ROBUSTE POUR ÉVALUER LES MOYENS NÉCESSAIRES AUX ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES	60
45 - COMMENT METTRE EN ŒUVRE	61

INTRODUCTION

L'Inspection générale des affaires sociales a inscrit à son programme de travail 2006 la question de la gestion et de l'utilisation des ressources humaines dans six établissements psychiatriques.

La mission composée de Hélène Strohl, Jean-Paul Bastianelli, Gérard Laurand, Christian Planes-Raisenauer a contrôlé les établissements de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis), Evreux (Eure), Thuir (Aude), Pierrefeu-du-Var (Var), Bassens (Savoie) et l'Institut Marcel Rivière (Yvelines), établissement privé participant au service public hospitalier, géré par la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN).

Dans chacun de ces établissements, une mission composée de deux inspecteurs généraux a contrôlé l'exercice de la fonction "gestion des ressources humaines", l'utilisation de ces moyens rapportés à l'activité de l'établissement et à son offre de service. Il s'agissait d'analyser comment chacun de ces établissements mobilisait les moyens humains financés et disponibles et ensuite d'apprécier la nature du service rendu par ces soignants, médecins et non-médecins.

Ces items ont été contrôlés tant au niveau de l'établissement lui-même, du point de vue budgétaire et comptable (Direction des Finances) de la gestion des ressources humaines (Direction des Ressources Humaines) de l'affectation des personnels (Direction des Soins Infirmiers) qu'au niveau du projet d'établissement (projet médical et projet d'établissement), et des secteurs puisque deux secteurs ont été investigués de manière plus approfondie dans chaque établissement.

C'est donc à une vision très complète et globale de la gestion des ressources humaines que s'est attachée l'Inspection : analyser les moyens financés, disponibles et leur utilisation, métiers par métiers et structure par structure, mais également du point de vue du service rendu aux malades selon le management et l'organisation des équipes et de l'utilisation du temps au niveau des secteurs et des collaborations au niveau de l'établissement.

Six rapports de site, soumis à procédure contradictoire ont été rédigés.

La présente synthèse reprend les constats et les conclusions qui peuvent avoir des effets sur la politique de santé publique en psychiatrie, tant du point de vue de l'amélioration du fonctionnement des établissements que d'une meilleure allocation des moyens.

Mais avant de rendre compte des constats et analyses faits sur place, il faut replacer la question dans celle de l'évolution générale de la psychiatrie publique.

" Sous camisole chimique, les malades mentaux, après des siècles d'enfermement, ont pu enfin rentrer chez eux, et, à condition de traitement, ne représentent plus de danger pour eux-mêmes ni pour les autres. ... Crise économique oblige, les pouvoirs publics profitent alors des progrès de la médecine et des idées généreuses des philosophes pour serrer mesquinement les cordons de la bourse : l'ouverture des hôpitaux psychiatriques se traduit par des fermetures drastiques de lits... un mouvement en trois temps fait valser les places disponibles dans les

structures spécialisées... Ce raccourci historique rend compte d'une situation réelle hallucinante, à laquelle les hommes et les femmes de l'art sont obligés de faire face tous les jours. Avec des dispositifs de soins restreints voire indigents, ils ne peuvent plus répondre à leur mission de santé publique et sous prétexte du respect de leurs droits, les patients sont abandonnés à leur triste sort... les fous sont aujourd'hui dans la rue ou en prison... ”

Cet article, paru dans un hebdomadaire¹, au lendemain d'un meurtre cannibale à Rouen, procède comme souvent par amalgame et méconnaissances de l'histoire.

Oublieux de la date somme toute récente de création des asiles psychiatriques (les “ hôpitaux ”) à l'instigation d'Esquirol, qui à la suite de Pinel, affirmait que l'aliénation était une maladie curable, par un traitement “ moral ”, administré sous la direction de médecins.² C'est pourquoi, pour signifier le passage du traitement de la folie du domaine profane (police et enfermement) au domaine médical (accueil et soins) Esquirol proposait “ *qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offre à l'esprit pas d'idée pénible ; je voudrais qu'on les nommât asiles* ”.

Oublieux de l'histoire, mais aussi de la réalité, ces défenseurs de la psychiatrie, qui ignorent le visage actuel de la psychiatrie publique : l'unité d'hospitalisation, située dans un des grands établissements bâtis tout au long du siècle dernier, ne représente, pour chaque secteur, c'est à dire chaque service attaché à un territoire en moyenne de 100 000 habitants, qu'une part, en décroissance, de son intervention. Pour ne citer qu'un exemple, un des établissements contrôlés, le Centre hospitalier spécialisé de Ville-Evrard qui offrait 2000 lits en 1970 (contre une centaine à sa création en 1875) n'en comptait plus que 355 en 2007, dont la moitié environ seulement sur le site originel de Neuilly-sur-Marne. Mais, font partie aussi de cet établissement, plus de 90 structures psychiatriques, des hôpitaux de jour et de nuit, des services d'accueil familial spécialisé, un service d'hospitalisation à domicile, des centres médico-psychiatriques, des centres d'accueil à temps partiel. Et si l'on se réfère à l'évolution de la file active, c'est à dire au nombre de personnes qui recourent aux services de l'établissement, celle-ci a augmenté quel que soit le mode de prise en charge, de plus de 5% pour les patients hospitalisés à temps complet, de plus de 26% pour ceux pris en charge à temps partiel et de plus de 11% pour ceux suivis en ambulatoire, dans les cinq dernières années.

L'image catastrophique, qui induit des difficultés de la psychiatrie à prendre en charge les personnes souffrant de troubles mentaux et commettant des délits et crimes ainsi que de la forte proportion de personnes souffrant de troubles mentaux parmi les personnes sans domicile fixe ou très marginalisées, l'idée qu'il n'y aurait plus en France, ni psychiatre, ni établissements psychiatriques et que les près de 600 000 personnes souffrant de troubles de type schizophrénique seraient sans soins, “ *dans la rue ou en prison* ” est une contre vérité.

La France a toujours le taux de psychiatres le plus élevé en Europe, 18 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 13 en Allemagne et 4 au Royaume Uni. Même si leur répartition entre les régions ou entre les départements est inégale, même si un certain nombre d'entre ceux qui avaient choisi la psychiatrie publique s'installent en libéral, même si enfin les perspectives démographiques de cette profession ne sont plus à la hausse et qu'il ne sera pas

¹ Marianne, semaine du 15 au 20 janvier.

² Inspirateur de la loi de 1838, Esquirol proposait au ministre de l'Intérieur, dès 1817 la construction de vingt établissements publics spéciaux, uniformément répartis à travers toute la France et qui constitueraient des outils nettement plus efficaces que les quartiers existant au sein des hôpitaux généraux et des dépôts de mendicité.

possible de maintenir le même ratio d'encadrement médical, la situation n'est ni de pénurie, ni de rationnement.

Il faut le dire, la sectorisation, c'est à dire l'implantation de structures de proximité, alternatives à l'hospitalisation a été d'abord un mouvement clinique, une nouvelle manière de soigner, rendue possible par les découvertes chimiothérapeutiques (neuroleptiques, antidépresseurs, tranquillisants...) mais aussi par une attention plus grande au patient dans son environnement et à la réhabilitation de ses capacités cognitives et sociales.

Le secteur est une psychiatrie qui pour prévenir, c'est à dire traiter dès les premiers symptômes, accompagner les traitements et éviter les effets désocialisants de l'hospitalisme, réinsérer en réhabilitant, va " au devant du malade " et n'attend plus que celui-ci soit interné en urgence, lors d'une crise.

Même si l'anticipation, l'accueil et la résolution des crises restent le lot quotidien de cette spécialité.

Cette organisation des soins (et donc du travail des soignants) est singulière et innovante : en effet, seule la psychiatrie a su mettre en place un dispositif de soins aussi diversifié, mais unifié, qui permette en théorie de faire bénéficier chaque patient de la solution adaptée à son état, à moment donné. Car si les malades mentaux souffrent pour nombre d'entre eux, du moins ceux qui relèvent de la psychiatrie publique, d'une pathologie chronique, la gravité de leur état et de leurs symptômes diffèrent selon les patients et les pathologies, mais aussi et surtout selon les phases d'une même pathologie pour un même patient.³

Les soins doivent alors revêtir des formes extrêmement variées : outre le traitement par médicaments, administrés sous diverses formes et posologies, y compris les " injections retard ", c'est à dire les antipsychotiques actifs pour des périodes allant de la journée au mois, les patients psychiatriques relèvent de différents traitements psychothérapeutiques, individuels ou collectifs, de traitements de type socio-éducatif, de traitements de type infirmier (administration de médicaments, mais aussi entretiens de soutien). Les soins ont une visée de diminution ou de suppression des principaux symptômes, mais aussi de réhabilitation, des effets des crises et des traitements.

Enfin, la réhabilitation a aussi une visée sociale, socio-éducative d'adaptation de la vie du malade à son état et aux handicaps qui peuvent en résulter.

A la grande différence des périodes passées, la communauté psychiatrique paraît plus harmonieuse, en tout cas moins exclusive : multicausalité des étiologies, complémentarité des stratégies thérapeutiques, voire collaboration avec d'autres professionnels, du secteur médico-social notamment, font consensus. Même si subsistent de profondes différences de pratiques, à propos de l'utilisation de la contention et notamment du soin sans consentement, de la collaboration avec les professionnels du secteur judiciaire et pénitentiaire, et plus

³ Phase maniaque ou dépressive, agitée ou calmée, productive ou de retrait, inaugurale ou stabilisée, délirante sous diverses formes, audio-visio-affectives, chacune de ces phases étant circonscrite dans le temps et susceptible d'un traitement : le temps où les malades mentaux délirants et agités devaient être attachés, des années durant, est révolu. Ce qui ne signifie pas qu'il n'y ait plus de malades qui à moment donné ne puissent être très violents, obéir à des hallucinations et poser des actes aberrants, et retourner contre eux ou autrui une violence intérieure qui les envahit.

généralement du périmètre d'intervention d'une psychiatrie qui n'a plus de clientèle captive ni de monopole d'intervention.

Les études épidémiologiques tendent à montrer que la prévalence des troubles mentaux, au sens des classifications internationales, tend à dépasser 10%⁴, mais actuellement la psychiatrie publique ne traiterait qu'une partie de ces troubles : de moins en moins ceux qui conduisent les malades à commettre crimes et délits, mais aussi de moins en moins les troubles relevant d'une prise en charge par des médecins libéraux, psychiatres ou généralistes ainsi que de psychothérapies effectuées par des non-médecins.

Sans que l'on ne sache si une certaine spécialisation de la psychiatrie publique sur la nosographie classique, les psychoses et les dépressions sévères - à l'exclusion des psychopathies d'origines toxicomaniaques, sociales ou réactives à un traumatisme grave ou à un défaut d'attachement précoce - relève d'une politique de santé publique volontariste, d'une discrimination clinique fondée (notamment entre pénal et psychiatrique, social et psychiatrique) ou d'une lutte confuse pour se renvoyer les prises en charge les plus coûteuses, ou les moins gratifiantes, voire les plus difficiles.

La question de l'estimation des moyens dont disposent et dont devraient disposer les établissements psychiatriques est donc d'importance : ne peuvent-ils pas, ou ne veulent-ils pas, accueillir toutes les personnes dont les troubles sont accessibles à un soin psychiatrique ?⁵

Le présent rapport examinera successivement les points suivants : attribution – gestion - utilisation des ressources humaines avant de dégager quelques pistes d'amélioration.

⁴ Une étude déjà ancienne aux USA, établissait le taux de prévalence des troubles mentaux au sens du DSMIII à 15,4%, 11,5% si l'on excluait les déficits cognitifs sévères et les abus de substances. *Epidémiology Catchment Area Program*, in Pierre Pichot, *Un siècle de psychiatrie*, ed. Les Empêcheurs de penser en rond, 1996.

⁵ La question n'est pas paradoxale : en effet, en psychiatrie, longtemps a prévalu un modèle qui ne permettait d'élaborer une stratégie de soin qu'à condition de connaître l'étiologie des troubles. Ce qui expliquait les différences parfois profondes entre écoles, qui considéraient les troubles mentaux dans une hypothèse psychodynamique, essentiellement accessibles aux psychothérapies et à l'amélioration de l'environnement social ou sous l'aspect organique, accessible à un traitement chimiothérapeutique, à l'exclusion de toute autre intervention. Dès lors que l'on admet des multicausalités (en gros des cofacteurs, génétiques, biologiques, environnementaux...), on doit admettre de ne plus induire le traitement de l'étiologie, mais d'user de plusieurs types d'intervention, dont il s'agira d'évaluer les effets conjoints plus que comparés. L'évaluation doit alors adopter de nouvelles stratégies. (Cf. Marie-Christine Hardy-Baylé, *Pour une démarche de qualité en psychiatrie appliquée aux pratiques professionnelles et aux référentiels de prise en charge*, in *L'information psychiatrique*, vol.82, N° 1 – Janvier 2006.)

PARTIE 1 – L’ATTRIBUTION DES MOYENS AUX ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES N’OBEIT A AUCUNE REGLE COHERENTE

L’affectation des moyens en personnels nécessaires à chaque établissement hospitalier est effectuée par les autorités de tutelle (Agence régionale hospitalière et Direction départementale des affaires sanitaires et sociales) à partir du projet établi par les établissements.

Si les procédures financières permettant de répondre aux besoins ont évolué vers une plus grande adéquation entre les moyens et l’activité, les établissements psychiatriques ne disposent pas de procédures permettant d’effectuer cette opération de manière rigoureuse.

11 – La tarification à l’activité ne s’applique pas à la psychiatrie, qui se voit fixer des moyens sans réelle méthode

111 – La méconnaissance de l’activité ne permet pas de prévoir des recettes

Depuis le premier janvier 2004, a été mise en place dans les hôpitaux un mode de détermination des moyens dit “ T2A ”, ou tarification à l’activité.

Schématiquement cette nouvelle méthode, pour l’attribution des moyens en personnels, repose sur les principes suivants : alors qu’auparavant les établissements négociaient avec la tutelle les dotations financières à partir d’un tableau des emplois autorisés, la nouvelle procédure détermine un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), en finançant l’activité (les G.H.S.⁶) de l’établissement, celui-ci restant responsable d’ajuster ses dépenses en fonction des recettes. Néanmoins, l’enveloppe de crédits ainsi fixés à partir des recettes et affectée aux frais de personnels est limitée. Il n’est pas possible à l’établissement de créer des emplois en les finançant au-delà de ces crédits, même en y affectant des sommes destinées à l’investissement ou au fonctionnement hors frais de personnels.

La philosophie de l’EPRD tend à rapprocher la situation financière d’un hôpital de celle d’une entreprise, le surcroît de dépenses par rapport aux recettes générant un déficit qu’il appartiendra à l’établissement de financer par ses propres moyens.

La situation des établissements hospitaliers spécialisés (hôpitaux psychiatriques) est en fait particulière : en effet, le système de tarification à l’activité ne lui est pas applicable, faute de détermination d’indicateurs de mesure de cette activité. De plus, l’organisation en pôles, unités de responsabilité financière agrégeant plusieurs services, préconisée par la réforme a

⁶ Groupes homogènes de sorties

abouti, du fait de la résistance des chefs de service de psychiatrie, à constituer autant de pôles que de secteurs⁷, c'est à dire à ne rien changer.

Si les conseils d'administration des CHS votent un EPRD, l'élaboration de celui-ci est donc faite " au doigt mouillé ", en pure reconduction du budget de l'année précédente, corrigé à la marge, pour tenir compte des vacances de postes ou des créations de structures.

La tendance générale, constatée par la mission, dans les années antérieures à la mise en place de l'EPRD par les CHS a été cependant au rapprochement entre les budgets prévisionnels, autorisés et réalisés.

L'EPRD peut donc être considéré dans les CHS, comme un état prévisionnel des recettes et dépenses à valeur contraignante, sans qu'on sache à quelles règles économiques et de gestion des ressources humaines a obéi son élaboration par l'établissement.

112 – Les systèmes de régulation antérieurs ont échoué à harmoniser les ressources entre établissements

La détermination des moyens budgétaires et notamment des personnels (qui constituent 82% des dépenses en psychiatrie) obéissait à deux types de mécanismes : d'une part une régulation par des normes d'équipement ou des moyennes qui n'a jamais abouti ; d'autre part la reconduction des moyens antérieurs, établissement par établissement, qui avantage les établissements déjà bien dotés au détriment des autres.

1121 - L'harmonisation des moyens entre établissements n'a pas abouti

Dans les années 90, on a tenté de réguler les dépenses hospitalières par la planification de l'offre. En psychiatrie, l'instrument qui était utilisé pour déterminer les moyens de chaque établissement était les normes : normes en lits d'hospitalisation pour 1000 habitants et en lits et places pour tenir compte de l'équipement du secteur. Cette régulation était possible dans la mesure où l'on connaissait le nombre d'habitants relevant de chaque secteur et où l'on pouvait suivre son évolution. Elle n'était pas absurde, dès lors que les taux d'incidence et de prévalence de nombre de pathologies psychiatriques sont à peu près uniformément répartis, même si les moyens nécessaires aux soins diffèrent aussi en fonction de la géographie (distances) et des problèmes sociaux de chaque territoire.

De fait, elle n'a pas abouti, parce que, les normes étaient supérieures aux maxima constatés et qu'il était dès lors difficile de redéployer entre régions ou entre établissements de la même région.

Les indices de personnels (médecins, infirmiers, soignants non-médecins) témoignent des mêmes inégalités, sans que ces disparités aient été utilisées pour pallier les manques les plus criants.

⁷ Les activités intersectorielles étant dès lors rapportées, selon une clef de répartition des malades en fonction de leur secteur de rattachement, à chaque secteur.

La mission a constaté ces différences, qui existent depuis longtemps, sans que cette question paraisse avoir trouvé de solution jusqu'à présent au niveau de l'administration centrale. Il faut ajouter que les établissements les mieux dotés n'en ont pas vraiment conscience. Enfin le fait d'être " bien doté " est relatif. Certains secteurs qui le sont utilisent à plein tous leurs moyens et offrent ainsi dans des territoires très défavorisés (93) une psychiatrie de grande qualité.

**Les ratios de personnels moyens pour 100 000 habitants,
selon les établissements contrôlés**

CHS	Ratios pour 100 000 habitants en 2005			
	Médecins	internes	Personnels soignants non-médecins	Dont infirmiers
Bassens	13,6	2,4	143,3	94,6
Evreux	4,8	0,4	94,2	41,4
IMR	5,6	1	33 (2)	21,8
Pierrefeu	9,36	0,3	160	92
Thuir	13,75	0,25	150	92
Ville-Evrard	17,9	4	123	66
France entière (1)	13	2,3	122,7	88

Sources : DREES et CHS

(1) Chiffres 2000

(2) Médico et socio-éducatifs non comptés

Il faut noter aussi que les éléments de contexte et de besoins n'expliquent pas ces différences. Par exemple, la densité de psychiatres libéraux est faible à Evreux, comme en Savoie, mais plus élevée dans le Var. Les difficultés sociales sont importantes en Seine Saint Denis, mais sans doute moins à Thuir.

1122 - La détermination des effectifs selon le mode ancien ne fonctionne plus

La dotation globale de fonctionnement, appliquée aux hôpitaux à compter de 1985 avait pour objectif de corriger la tarification à la journée, inflationniste. Mais calculée à partir d'une situation une année donnée, elle ne permettait que difficilement les évolutions, selon l'activité notamment.

C'est à cet effet qu'a été introduit un système de tarification à partir des données médicales, le PMSI⁸, permettant de corriger les variations de dotation en fonction du type de pathologies reçues et des actes pratiqués. Ce PMSI a été expérimenté en psychiatrie, mais son aboutissement s'est heurté à la résistance de nombre de psychiatres, amplifiée par la propension technocratique de certains administrateurs : alors que le nombre de types de malades, selon les soins que requiert leur état, est restreint en psychiatrie, les expérimentations ont produit une liste " monstre " de plus de 200 types de malades, dont il a été impossible de déduire aucun indicateur de tarification.

L'Institut Marcel Rivière, établissement expérimentateur du PMSI en psychiatrie s'est ainsi livré à une enquête demandée par l'administration centrale et visant à connaître les tâches effectuées par les personnels, regroupées en quelques grandes catégories. Cette enquête préparée sans test préalable, était peu adaptée aux modes d'intervention dans l'établissement ; elle ne prenait par exemple pas en compte le temps consacré aux conversations téléphoniques avec ou pour les patients. De plus, il a été impossible, au niveau de l'établissement comme à

⁸ Programme médicalisé des systèmes d'information

celui de l'enquête générale, de rapporter les résultats quant aux temps consacrés aux malades à des items du PMSI.

Aucun indicateur recueilli par le PMSI n'étant explicatif des différences de traitement entre malades, on peut s'interroger sur l'utilité de ces différenciations fines, qui n'ont pas non plus de fondement clinique.

On ne dispose donc pas d'outil en psychiatrie permettant de connaître l'activité soignante et de fixer les moyens en personnels en conséquence.

12 - Les données sur l'activité recueillies dans certains établissements ne permettent pas de servir de base à une tarification

121 - Même effectué de manière très précise, le suivi actuel des activités ne permet pas d'estimer les moyens en personnels nécessaires

En principe, les secteurs renseignent de manière très précise le département de l'information médicale sur leur activité. Outre les activités tarifées (journées d'hôpital à temps plein ou partiel) les activités ambulatoires non tarifées (gratuites pour le patient et non décomptées par les services des admissions) sont notées, au fur et à mesure de leur réalisation : actes des différents professionnels, avec pour les infirmiers, entretiens et actes somatiques, visites à domicile, groupe psycho-éducatifs et nombre de patients, travail communautaire, venues des patients et nombre d'actes dispensés etc⁹.

On dispose en général, de données nombreuses, par exemple celles recueillies par le biais de la direction financière (activités tarifées), de la direction des soins infirmiers (plannings des soignants et nombre de jours et d'heures travaillées), du département d'information médicale et des états remplis pour la DREES.

Mais ces données ne sont jamais recollées et mobilisées pour réfléchir prospectivement aux moyens nécessaires, ou à la répartition de ces moyens entre les secteurs. De manière générale, les chefs de secteurs se refusent à des comparaisons d'activité qui pourraient déboucher sur des décisions de ré-attribution des moyens.

Il en est de même au niveau de la tutelle : dans aucun des établissements contrôlés, la mission n'a pas eu connaissance de document établi par la DDASS, ou l'ARH, analysant les moyens attribués aux différents secteurs. Même si dans certains cas l'enveloppe de l'établissement tient compte d'un ratio euro par habitant comme en Rhône Alpes. En Seine-Saint-Denis, le CHS de Ville-Evrard plus ancien et disposant de chefs de service plus combattifs que les services de psychiatrie de l'hôpital d'Aulnay, dispose d'un taux d'encadrement médical bien supérieur.

De même, au moment du passage de la mission au CHS d'Evreux, l'hôpital de Vernon avait décidé unilatéralement (décision entérinée de fait par la tutelle) de ne plus assurer l'activité

⁹ Le rapport consacré au CHS de Ville-Evrard reprend en annexe un tel suivi d'activités par un secteur.

intra-hospitalière pour les deux secteurs qui relevaient de son ressort. Si bien que le CHS d'Evreux avait été contraint de le suppléer et était redevenu " l'asile départemental ".

122 - Ces données disparates ne peuvent pas servir de base à une tarification

L'ensemble des données recensées ne permet d'évaluer ni le coût de l'activité, ni même le temps qui y est consacré. Leur nature disparate selon le type de structure (fréquentation, entrées, séjours, actes) ne permet pas non plus d'effectuer de comparaison de coûts ou de temps entre les différentes structures et leur intervention rapportée à des patients.

L'existence de ces recueils démontre cependant que les services de psychiatrie peuvent se livrer au suivi et au compte rendu de leur activité et qu'il suffirait sans doute d'élaborer, avec les professionnels, des indicateurs pertinents pour réfléchir aux moyens nécessaires en fonction de besoins et de ressources mieux identifiés.

Les questionnaires établis par la mission pour connaître l'affectation des moyens soignants d'un ou deux secteurs à une activité, questionnaires conçus selon deux méthodes différentes, montrent aussi que, dès lors que les services sont coopératifs pour partager une connaissance de leur activité, les renseignements peuvent être très riches et servir de base à l'affectation et à l'organisation des moyens en personnels, de manière honnête et équitable.

123 - Le suivi des activités n'est pas adapté à l'extra hospitalier

Connaître l'activité déployée dans différentes structures est nécessaire de plusieurs points de vue :

- pour organiser le travail des professionnels ;
- pour organiser la réponse la plus adaptée aux patients ;
- pour choisir parmi plusieurs types d'organisation, le plus efficient, c'est à dire le moins coûteux pour le même service rendu ;
- pour répartir entre les établissements et à l'intérieur de ceux-ci entre les secteurs, les moyens disponibles ;
- mais aussi pour s'assurer de la qualité de l'offre de soins, à tout moment : disponibilité et réponse à l'urgence ; respect des protocoles de soins ; respect des droits des malades et de leurs familles ; respect des deniers publics.

L'activité en psychiatrie est complexe, qui juxtapose par exemple à l'hospitalisation, le fait de devoir surveiller les malades qui refusent celle-ci, du fait de leur pathologie, les consultations qui n'ont pas pour seul objet le diagnostic et le protocole de soins, mais aussi le soutien notamment à l'observance et l'accompagnement dans la maîtrise des symptômes et l'anticipation des crises ; l'acte infirmier ne se réduit pas au seul fait de préparer et distribuer des médicaments, de procéder à des soins somatiques, mais comprend également l'accueil voire le premier accueil des patients et leur orientation vers d'autres professionnels, l'animation de réunions de patients, l'entretien infirmier individuel, la visite à domicile avec l'évaluation de l'état du patient ; la prise en charge du malade s'effectue en général sur un temps long, dans et hors de l'hôpital, et doit être à chaque moment réévaluée. Il n'est donc pas possible de résumer l'activité en psychiatrie à l'addition d'actes de consultations, prescriptions et injections. Même si dans certains services, ce sont les seuls actes dont bénéficient les patients. Ainsi qu'en témoignent les analyses faites sur la prise en charge des patients au long cours dans les établissements d'Evreux et de Ville Evrard.

Dans ses investigations, la mission a testé deux types d'outils pour rendre compte de l'activité des soignants, du point de vue des tâches effectuées :

- soit on a demandé à un ou deux représentants¹⁰ des différents types de professionnels de décrire les tâches effectuées dans une semaine, en les classant selon des catégories simples, présence directe auprès du malade, présence indirecte auprès des malades, temps institutionnel, temps de gestion et de fonctionnement, temps de formation recherche et autres activités ;
- soit on a demandé à tous les soignants présents un jour donné dans toutes les structures d'un secteur, ou plusieurs secteurs, de remplir une fiche retraçant exactement chaque tâche ou activité effectuée, en indiquant à chaque fois l'heure de début et de fin ; 250 questionnaires ont ainsi été dépouillés, retraçant l'activité des différents professionnels dans les différentes structures.

Il faut noter tout d'abord que les professionnels dans presque tous les secteurs ont répondu de manière précise et souvent au-delà de la demande ; s'agissant des fiches sur l'activité hebdomadaire, elles ont été remplies dans les trois établissements de l'enquête, par les personnels, en concertation ; s'agissant des fiches individuelles, elles ont été remplies presque partout avec rigueur : à Evreux, tous les soignants non-médecins des quatre secteurs ont répondu et 70% des médecins ; à Ville Evrard un secteur a répondu de manière exhaustive, l'autre de manière plus partielle ; à l'IMR, tous les professionnels du secteur et ceux de l'établissement ayant travaillé pour des patients du secteur ont répondu.

Il ressort de cette expérience de questionnement :

- qu'il n'y a pas de vraie réticence de la plupart des professionnels à faire connaître leur activité, dès lors que ce recueil de données a un objectif pour eux : meilleure organisation du travail ; meilleure communication sur leurs besoins et l'utilisation de leurs moyens notamment ;
- que des enquêtes de ce type pourraient être utilisées pour définir des types de situations de malades relevant de types de prises en charge ;
- que de manière générale, cette connaissance de l'activité des soignants en psychiatrie est nécessaire pour faire évoluer les métiers et s'adapter aux crises de la démographie des professionnels de santé, ainsi que pour définir des règles de gouvernance et de gestion financière non pas décalquées des spécialités médecine – chirurgie-obstétrique, mais en congruence avec une activité psychiatrique intra et extra hospitalière et nécessairement partenariale.

124 – La détermination des moyens nécessaires n'est pas articulée avec le projet d'établissement

L'ensemble des établissements visités élabore un projet d'établissement, comprenant un projet médical, un projet d'organisation des soins infirmiers et un projet social.

La plupart du temps, ces projets ne reposent pas sur une analyse un tant soit peu précise du fonctionnement de l'établissement et de ses besoins.

¹⁰ Pas un représentant élu, mais un professionnel dont la direction ou le chef de service estimait qu'il était représentatif de la manière la plus répandue de travailler.

Dans certains cas, le projet médical rattache à une description rapide et sans vision critique de chaque secteur, quelques développements sur les sujets “ pouvant rapporter quelques crédits supplémentaires ”, selon les modes d’approche de l’échelon national : les adolescents, la psychiatrie gériatrique, psychiatrie et précarité, addictions, prévention des suicides, violences familiales etc.

Dans d’autres cas, il se contente d’une déclinaison incantatoire des grands principes de la sectorisation.

Ce qui est mis en avant le plus souvent dans les projets d’établissement concerne la qualité des locaux et les modifications à la marge du concept initial de secteur. Mais les questions concernant le management médical paraissent tabou.

Dans aucun cas, on ne trouve d’estimation des moyens nécessaires à la réalisation du projet, hormis les moyens immobiliers. Souvent, sont affirmées des positions dites cliniques, sans que l’on estime leur coût en personnels.

Ainsi le CHS d’Evreux a-t-il en projet la construction d’un nouvel hôpital, dans lequel il compte installer à la fois un centre d’accueil et de crise et une unité d’accueil et évaluation, ainsi qu’un nombre de lits supérieur à celui dont il dispose actuellement, sans que l’analyse des causes de la sur-occupation actuelle de l’hospitalisation à temps plein n’ait été faite, ou en tout cas que des remèdes à ses causes n’aient été recherchées, par exemple : par une plus grande présence soignante dans les équipements extra-hospitaliers, notamment du point de vue de l’amplitude ouverte ; par une politique plus active de liaison avec les établissements médico-sociaux pour éviter les hospitalisations au long cours dans des services pour malades chroniques aux conditions de prise en charge indignes....

A Ville Evrard, la stratégie de “ relocalisation ” des structures¹¹ a abouti à la multiplication des lignes de garde, sans que ce problème soit jamais évoqué en termes de meilleure allocation des ressources médicales.

13 - Conclusion : Il est difficile d’apprécier la bonne allocation de moyens en psychiatrie

On l’a dit en introduction, la psychiatrie souffrirait, selon les propos de la plupart des observateurs, d’une insuffisance de moyens, ou d’un gaspillage de ses ressources.

Les investigations conduites n’ont pas permis de trancher de manière générale cette question.

Il est clair que trop d’établissements et de secteurs sont dans l’incapacité de justifier l’utilisation des moyens dont ils disposent et partant d’en organiser l’usage de la manière la plus efficiente.

Il est clair aussi que tant le niveau national que celui des régions et des tutelles départementales n’ont pas une vision très claire de la répartition de ces moyens et de sa justesse.

¹¹ C’est à dire la création de nouvelles structures d’hospitalisation (hors du site de Ville-Evrard) sensées être plus proches du domicile des patients.

Dans nombre de régions, au plan budgétaire la psychiatrie a servi de variable d'ajustement commode au sein de l'activité " MCO " ¹² .

Il faudra donc trouver un mode d'évaluation des moyens nécessaires à la psychiatrie qui permette à la fois de corriger les inégalités entre régions et entre établissements, voire entre secteurs, mais également comprendre quel type d'organisation des soins permettrait à la psychiatrie de répondre à sa mission de prévention et de soin. ¹³

¹² MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

¹³ Cf. partie 4 –4 ci-dessous.

PARTIE 2 - UNE FONCTION GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AU FIL DE L'EAU

L'Inspection a contrôlé dans chacun des six établissements les procédures de gestion du personnel, mais aussi les stratégies sur lesquelles elles s'appuient. Le présent rapport de synthèse ne reprend pas le contrôle des différentes fonctions de gestion des ressources humaines, recrutement, contrats, paie, temps de travail, gardes, formation, absentéisme. Les remarques à faire sur ces différents sujets sont consignées dans les rapports de contrôle des sites. De manière générale, il faut constater qu'il n'y a pas de dysfonctionnement majeur dans la gestion "au jour le jour" des ressources humaines, sinon les laxismes habituels dans l'application de certaines réglementations, les inventions parfois surprenantes pour résoudre certains problèmes posés par une réglementation abondante, changeante, complexe et pour l'application de laquelle les établissements n'ont pas reçu beaucoup d'aide, sinon de très longues instructions, dont la précision tatillonne n'a pas été de beaucoup d'aide.

Ce chapitre de synthèse reprend quelques grandes caractéristiques de l'exercice de la direction des ressources humaines : par le directeur qui en est nommé chargé ; dans son lien avec la gouvernance de ce type d'établissement ; et enfin dans l'exercice de l'autorité sur les personnels.

21 - La fonction de direction des ressources humaines n'est pas bien identifiée

Bien qu'il y ait au niveau de chaque établissement un poste de direction des ressources humaines, identifié en tant que tel, cette fonction n'est pas bien définie. Le DRH n'a pas pleine compétence en matière de direction des ressources humaines et sa fonction est définie a minima.

211 - Au niveau de la direction, pas de personne responsable pleinement des ressources humaines

Si l'on identifie bien une direction des ressources humaines, placé sous la direction du directeur général, dans chaque établissement, c'est un domaine de compétences partagé.

2111 – C'est le directeur général qui est responsable des grandes décisions en matière de gestion des ressources humaines

Création de postes, choix des personnes, définition des profils de postes, mais aussi négociation sur les conditions de travail, ces matières sont avant toutes celles du directeur général face à la CME, au Conseil d'administration et au CTPE.

Mais le directeur n'a pas toujours la connaissance technique des dossiers qui lui permettrait de les argumenter. Il est donc nécessaire pour qu'une direction des ressources humaines s'exerce qu'il y ait parfaite cohésion entre le directeur général et son DRH. Ce qui n'est pas le cas de tous les établissements contrôlés. Il est également arrivé que le poste soit vacant, ou d'occupation très récente et que ce soit le directeur général qui exerce la compétence, assisté d'un attaché de direction à la bonne connaissance à la fois des procédures statutaires et de l'établissement, mais n'ayant pas une vision stratégique.

Il arrive enfin, dans un des établissements contrôlés, celui de Thuir, que la direction ait confié à la DRH des attributions et un rôle importants, ce qui permet à cette dernière d'exercer pleinement sa responsabilité à l'égard de tous les personnels.

La fonction DRH paraît essentielle dans les hôpitaux psychiatriques et devrait être pourvue par des directeurs chevronnés et formés aux méthodes modernes de cette fonction.

2112 – La DRH est souvent exercée sans articulation avec la DSI (direction du service infirmier)

DRH et DSI ne travaillent pas toujours en étroite collaboration, ne disposent pas des mêmes informations et ont souvent des visions différentes des besoins en personnels et de l'organisation de ceux-ci.

La DSI pourra être plus attentive à doter d'abord les structures intra-hospitalières, d'un point de vue de la sécurité, la DRH pourra être plus attentive aux demandes internes de mutation ; la DSI, informée par des cadres qui appartiennent à son corps d'origine (infirmiers) pourra accepter de suppléer par l'attribution de moyens infirmiers ou psychologues supplémentaires les défaillances connues mais cachées de tel ou tel médecin, quand la DRH, de formation purement administrative, sera avant tout attentive à respecter une égalité entre les structures.

2113 - Au CHS de Thuir, la collaboration entre la DRH et la DSI paraît exemplaire

La cohérence de la politique de gestion des ressources humaines est une réalité au CHS de Thuir. Elle repose sur la qualité de coopération entre la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des services de soins infirmiers (DSI).

La DRH s'est donnée les moyens de ses ambitions : une place clairement affirmée au sein de l'établissement (rôles technique et pédagogique), une gestion professionnelle (structuration intelligente, détermination d'objectifs par pôles, supports modernes de traitement de l'information, volonté de transparence, dissociation des procédures d'évaluation et de notation). En même temps, la DSI occupe une place centrale dans le management stratégique et opérationnel de l'établissement. Son organisation est très structurée. La définition des missions des cadres de santé ne souffre pas d'ambiguïté.

Les coopérations engagées entre les deux directions sont concrètes tout en respectant leur identité. Elles se situent dans les mêmes locaux et disposent d'un secrétariat commun facilitant les échanges et le traitement des informations. Des rencontres régulières sont programmées entre les deux directions dont les thèmes concernent les effectifs (une fois tous les quinze jours) ou qui sont liés au traitement de dossiers demandant une double approche (entretiens de recrutement) ou qui supposent des échanges étroits, notamment quand des projets ont été conduits en commun (organisation de la journée sur l'encadrement, par

exemple). La DRH participe assez régulièrement à la réunion de la direction des soins infirmiers avec les cadres supérieurs de santé organisée chaque mercredi matin. Elle peut ainsi tester l'impact de décisions ou d'informations qu'elle souhaite prendre avant qu'elles ne soient diffusées et applicables dans les services.

L'association de ces deux directions répond de manière efficace à des enjeux importants de GRH. Des domaines d'activité de GRH comme les recrutements, la féminisation des soignants, la mobilité des personnels, la formation sont ainsi traités de manière coordonnée.

Enfin, il faut noter le cas du CHS de Bassens dans lequel la directrice des ressources humaines est aussi DSI.

2114 – La DRH n'a pas de prise sur les médecins

Il est significatif que dans la plupart des établissements hospitaliers, les médecins refusent d'être " gérés " par la même direction des ressources humaines que les autres personnels. Confondant indépendance dans l'exercice de leur métier et lien de subordination salarial, qui concerne l'organisation et les conditions de travail et non pas l'exercice médical lui-même.

Les médecins sont donc officiellement nommés par le ministre et gérés dans la plupart des établissements directement par le directeur général : ceci a un sens surtout symbolique. De fait, en psychiatrie, ils sont choisis par des commissions paritaires dans lesquelles leurs organisations représentatives ont la majorité, ils sont donc " auto-cooptés " et dans les établissements, c'est le président de la CME (élu par ses pairs) qui négocie toutes les questions de gestion des médecins avec la personne chargée effectivement du travail, c'est à dire un attaché d'administration hospitalière, voire un adjoint des cadres. Dans la plupart des établissements visités, il s'agissait d'un excellent professionnel.

Force est malgré tout de constater que le rapport de force entre un président de CME, praticien hospitalier chevronné, fort d'une élection et d'ailleurs redevable d'un certain nombre de promesses à ses électeurs et un attaché que son directeur n'osera pas soutenir publiquement dans tous les cas, n'est pas de nature à contenir certaines ardeurs purement corporatistes, surtout quand elles sont étayées par l'argument d'autorité (clinique).

Ce n'est que plus rarement que direction, médecins et professionnels non médicaux engagent un travail commun de réflexion sur les pratiques et les valeurs professionnelles, centrées sur l'utilisateur et réfléchissent ainsi aux moyens humains propres à atteindre les objectifs fixés en commun. L'institut Marcel Rivière a longtemps travaillé ainsi, même s'il a actuellement plus de difficultés à assurer une cohésion entre la direction médicale et tous les professionnels ; au CHS de Thuir, c'est la voie choisie par certains secteurs qui poussent ainsi tout l'établissement sur une démarche de changement.

212 - La fonction DRH est comprise de manière restrictive

Avoir une gestion stratégique des ressources humaines, c'est proposer une organisation du travail et une appréciation des effectifs et des profils professionnels nécessaires en congruence avec un projet de soins.

De fait, ce n'est pas cette démarche qu'ont adoptée les directeurs des ressources humaines des établissements contrôlés. Le plus souvent, ils déduisent un tableau des emplois des documents financiers – lui-même déduit d'un "ancien" tableau des emplois. Ils répartissent ensuite ces moyens entre les secteurs, répartition qui ne correspond pas toujours exactement à celle existante, qui dépend pour part de la DSI pour les effectifs soignants non médicaux, pour part de la direction pour les médecins.

Les recrutements se font dans quatre des établissements visités au coup par coup¹⁴ : pour pourvoir un poste vacant, sans remise en cause de l'organisation du travail quand il y a de nombreuses vacances, sans mise en œuvre d'une stratégie de recherche de main-d'œuvre. On reste la plupart du temps figé dans un regret nostalgique de "l'avant asilaire", quand les praticiens hospitaliers se pressaient aux portes des établissements et que tout carrière commençait dans un "petit CHS" de province, qui disposait ainsi de médecins compétents, quand les infirmiers se recrutaient en dynasties. Aussi, se mettent en place des comportements aberrants, d'évitement par les candidats potentiels des services les moins bien pourvus, ou d'affectation autoritaire sur un service de candidats qui renoncent dès lors à l'établissement. Chacun, médecin chef ou DRH, reprochant à l'autre son comportement autoritariste, sa "toute puissance", alors qu'il s'agit d'un manque de concertation et de l'absence de définition d'une stratégie globale de recrutement.

Si la fonction "gestion des ressources humaines", au sens purement procédural et statutaire est correctement assurée, elle n'est pas en prise sur les autres fonctions, notamment les fonctions médicale, organisation des soins, et financière et ceci dès lors au détriment d'une vraie politique des ressources humaines.

22 - La gouvernance dans les établissements psychiatriques n'est pas clairement organisée

Au temps d'Esquirol, mais plus récemment aussi, jusqu'en 1971, le médecin directeur et les médecins chefs de service dirigeaient l'établissement et les services.

Depuis les grandes lois hospitalières, notamment celles de 1971, instituant un directeur et celle de 1991, l'organisation de l'hôpital psychiatrique s'est banalisée et a été calquée sur celle de l'hôpital général.

Pourtant les spécificités de l'organisation d'un établissement psychiatrique sont réelles ; actuellement la gouvernance de l'hôpital psychiatrique aboutit à un fractionnement du pilotage et à un défaut de direction collective. Ceci se traduit au niveau des personnels par une absence de cadre, préjudiciable à l'exercice d'une autorité sécurisante.

¹⁴ Dans un des établissements visités, lorsqu'un poste est vacant dans un service de soins, c'est le service lui-même qui décide s'il doit y avoir ou non, un nouveau recrutement et la nature de celui-ci. La DSI, et a fortiori la DRH, n'interviennent qu'après, le plus souvent pour entériner la décision initiale.

221 - Le fonctionnement de l'établissement psychiatrique requiert un mode de gouvernance spécifique

2211 – Des spécificités qui n'ont pas été prises en compte dans la nouvelle gouvernance

Un établissement psychiatrique est, comme le dit le titre un peu euphémique dont il est désormais paré : “ un établissement hospitalier spécialisé ”. On aurait pu dire “ spécial ”, tant sont importantes, en termes d'organisations, les caractéristiques qui le différencient d'un hôpital général : il y a certes des services comme à l'hôpital général, mais ceux-ci exercent tous la même spécialité, sur des populations relevant de territoires différents. De plus, la psychiatrie, à la différence de la plupart des autres disciplines MCO, ne nécessite pas d'équipements sophistiqués et coûteux. Elle a besoin essentiellement d'investissements humains.

Il y a certes des collaborations nécessaires entre services en psychiatrie, mais sur des objectifs particuliers, soit en termes de populations, soit en termes de pathologies, chaque fois que le taux de prévalence des patients est trop faible pour justifier d'une organisation en secteur : pour les troubles du comportement alimentaire, pour la géronto-psychiatrie, pour les adolescents, pour les délinquants sexuels. Mais les intersecteurs doivent être liés aux secteurs, car passé le moment de l'évaluation fine, du traitement très spécialisé, la plupart des malades relèveront d'une équipe de psychiatrie générale, organisée sur le secteur.

Au contraire de ce qui se passe pour les autres spécialités hospitalières, le secteur n'est pas un territoire de santé, c'est à dire qu'il n'est pas, ou pas seulement, un espace auquel correspondent un certain nombre de moyens, une unité de planification des moyens et de coordination sanitaire.

Le secteur est aussi, et avant tout, une posture clinique : c'est le postulat selon lequel tout habitant de ce pays a accès, quel que soit l'endroit où il habite¹⁵, à un service public de psychiatrie. Contrairement à l'interprétation donnée par certains psychiatres, l'organisation de la psychiatrie en secteurs implique pour chaque secteur une obligation d'accueil et n'est pas pour les malades une “ condition de l'accueil ”.

Deuxième caractéristique clinique : le secteur est une manière de comprendre la demande de soins, non pas comme devant entièrement et uniquement incomber au patient, mais comme étant un lien qu'il appartient aux équipes de psychiatrie d'établir, y compris avec des personnes, signalées par leurs proches, d'autres professionnels de première ligne, la psychiatrie libérale et la médecine générale, mais aussi les services sociaux et médico-sociaux comme ayant besoin de soins psychiatriques.

Ce postulat reporte sur les équipes de secteur la charge, non seulement du soin psychiatrique à dispenser aux personnes qui habitent le secteur, mais aussi la prévention pour laquelle ils doivent établir un réseau avec l'ensemble des institutions de leur secteur : justice, éducation nationale, services sociaux, services spécialisés, institutions médico-sociales.

¹⁵ On peut bien sûr discuter la base qui est l'habitat et y substituer ou plutôt y ajouter le lieu de travail ou de scolarisation, le lieu d'habitat des proches etc.

Dès lors, la taille des secteurs se justifie pleinement, comme espace d'intervention de proximité.

En revanche, l'intersectorialité relève elle quasiment de l'établissement, dès lors qu'il ne dépasse pas une taille souhaitable de quatre à huit secteurs au maximum¹⁶.

On comprend bien, au vu de ces spécificités, combien le débat sur l'organisation en pôles (un pôle égal un secteur ou un pôle égal plusieurs secteurs) est quelque peu abstraite. La question étant bien plus de savoir si les différents secteurs sont prêts à coopérer d'une part sur la gestion commune d'un certain nombre de fonctions, dont celles liées au recrutement, à la mobilité, à la formation des personnels et sur certains problèmes particuliers, à organiser au niveau de tout l'établissement ou d'un grand intersecteur.

Et si d'autre part, la nécessaire autonomie d'organisation de leur travail par chaque secteur, de manière à correspondre au mieux aux besoins et potentialités de son terrain, est compensée par une vraie mise en commun des résultats et problèmes de chacun, notamment dans une optique d'amélioration et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Malheureusement le débat sur la nouvelle gouvernance a occulté tout débat de fond et polarisé les conflits sur des questions de préséance institutionnelle.

2212 – Une mise en œuvre qui reste souvent formelle

Sur les six établissements contrôlés, tous n'avaient pas encore mis en œuvre les nouvelles formes de gouvernance.

Mais même dans ceux qui se sont conformés aux instructions, force est de constater qu'elles n'ont induit aucun changement dans la collaboration entre le niveau administratif et le niveau médical. L'exemple du CHS de Ville-Evrard est instructif à cet égard.

Au lieu d'être un collègue de décideurs, le conseil exécutif est ainsi une instance de

La mise en place de la nouvelle gouvernance dans un CHS

La présentation de la nouvelle gouvernance, c'est à dire la mise en place d'un Comité exécutif, d'une Commission d'établissement, l'organisation en pôles a été faite de manière très claire par la direction devant les trois instances, CA, CME, CTE.

Dans les trois instances, les représentants des personnels médicaux et non médicaux ont exprimé leur défiance pour des réformes tendant, selon eux, à assimiler l'hôpital à une entreprise, à établir une hiérarchie entre praticiens hospitaliers responsables de pôles et chefs de service, ou entre ceux d'entre eux qui participeraient au Comité exécutif et les autres et en général à toute réforme " *d'inspiration libérale* " !

C'est ainsi que lors d'une séance du 15 septembre 2006 de la Commission médicale d'établissement, l'un de ses membres déclarait : " ... *la nouvelle gouvernance et Hôpital 2007. Sur un plan idéologique cette évolution de l'hôpital ne leur plaît pas en majorité, ainsi que le terme de gouvernance, lui-même, repris dans la fin des années 80 par le FMI et la banque mondiale pour des objectifs tout à fait complexes et pas très éthiques. La gouvernance appliquée à l'hôpital et au monde de la santé, paraît présenter des dangers de recul démocratique tant au niveau du fonctionnement hospitalier et en particulier en psychiatrie qu'en matière d'idéologie de soins.* ". Un autre membre ajoute : " *que dans le cadre de la gouvernance il n'est pas question d'engager les médecins dans une gestion de pénurie dont ils deviendraient co-responsables. Il lui paraît utopique de penser gérer le personnel des hôpitaux psychiatriques de la même façon que le personnel de la MCO, au risque d'entraîner de graves conflits.* "

¹⁶ Ce qui a conduit la mission à suggérer un travail ultérieur à effectuer pour restructurer l'établissement spécialisé de Ville-Evrard qui compte actuellement 18 secteurs, 24 unités d'hospitalisation et 90 structures extra-hospitalières.

concertation
supplémentaire, qui se
transforme dans un
climat d'affrontement
social en chambre
d'échos des
revendications
corporatistes.

Si la création d'un Conseil exécutif et d'une Commission d'établissement, instances qui permettraient que soient débattus en présence de tous les professionnels (personnels médicaux, non médicaux, de direction) les problèmes d'organisation et de gestion de l'établissement, paraît de nature à améliorer le travail collectif dans l'établissement, les modalités de sa mise en œuvre seront décisives. Or, d'ores et déjà, tant la CME que le CTE ont affirmé haut et fort leur prééminence par rapport à ces nouvelles instances ; toutes subsisteront donc. Finalement, l'établissement a quand même procédé à la constitution d'un Comité exécutif, composé de 6 personnes représentant la direction, dont la directrice des soins infirmiers et 6 représentants des médecins, désignés par la CME. Ce comité ne se réunit que pendant deux heures. Il est précédé d'une réunion de même durée des médecins entre eux. Il s'agit donc encore une fois plus d'une réunion de négociation, voire d'affrontement, entre médecins et direction que d'une gestion commune et opérationnelle.

2213 – La mise en place d'une nouvelle gouvernance suppose d'autres approches

Les changements supposent que les professionnels de santé aient une approche commune des enjeux de l'établissement, ce qui ne va pas de soi. Des étapes doivent être franchies pour que les formes de nouvelles gouvernances aient un impact réel sur le fonctionnement des établissements. La mise en place des nouvelles formes de gouvernance au CHS de Thuir témoigne d'une volonté commune d'amélioration du fonctionnement du service public.

La nouvelle gouvernance au CHS de THUIR

Ainsi dans l'établissement, le séminaire " Valeurs et culture d'établissement " dans lequel la direction a joué un rôle important s'est déroulé pratiquement sur 2 ans. Il a impliqué outre les chefs de service, les médecins de l'établissement, les directeurs mais aussi l'ensemble des cadres. Le corpus de valeurs sur lesquels se sont accordés les professionnels, notamment l'encadrement, a conduit à des actions qui privilégient la qualité des soins.

Pour autant, cette démarche intelligente ne suffit pas totalement à créer les conditions optimum d'un exécutif efficace. Les enjeux de santé publique auxquels sont confrontés les CHS demandent pour être mis en œuvre que les établissements assurent à moyen terme l'adéquation quantitative et qualitative de leurs ressources humaines aux missions exercées.

S'engager dans une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'a toutefois de chances d'être efficace que si les communautés médicales définissent une politique médicale commune, chacune en ce qui les concerne, sous tendant leur projet d'établissement. En son absence, les directions et les communautés médicales ont des risques importants de s'enfermer dans des logiques contradictoires.¹⁷

Cette vision prospective de la politique des soins (missions prioritaires, périmètres, modalités d'exercice, évolutions des activités, contrats de soins pour les patients) doit alors trouver sa correspondance en termes de gestion des ressources humaines (effectifs nécessaires, évolution des métiers, compétences requises et conséquences sur la structure d'emploi en fonction des modes de prise en charge des patients), C'est à ce prix que l'on pourra parler de nouvelle gouvernance.

222 – Fractionnement voire absence de pilotage du travail collectif

Ces conflits et cette difficulté à travailler collectivement au niveau de l'établissement sont renforcés par le fractionnement et la dilution de l'autorité au niveau du travail.

On est passé de la toute puissance du médecin directeur relayée par celle des médecins chefs de secteur, à un fractionnement total de l'autorité.

¹⁷ On peut reprendre à cet égard les constats et préconisations faits par la mission de l'IGAS consacrée à la prise en charge de la dangerosité en psychiatrie (G.Laurand, A.Lopez) qui mettaient en exergue l'importance pour les établissements d'adopter des positions communes quant à l'intersectorialité bien sûr, mais aussi quant à un certain nombre de comportements à l'égard des usagers : droits des malades, relations avec les autres professionnels, avec les institutions...

Il n'y a aucune fluidité, voire aucune relation, entre les différents niveaux de hiérarchie, ni de manière transversale, ni verticale.

L'autorité du DRH, comme du DSI, comme celle du DG dans certains cas, ne peut pas toujours franchir la barrière du médecin chef pour atteindre le cadre supérieur de santé.

Si le président de la Commission médicale d'établissement a un poids important en matière de décision de recrutement, de titularisation, de désignation comme chef de service, il n'a aucun moyen autre que d'influence sur les secteurs, y compris dans la partie de coopération intersectorielle.

A l'intérieur du secteur lui-même, les infirmiers et autres personnels, à l'exception des médecins et des psychologues, dépendent pour l'organisation de leur travail du cadre de santé, lui-même coiffé par un cadre supérieur de santé, tous les cadres supérieurs dépendant de la DSI.

Certains personnels dépendent de plusieurs personnes, ainsi des psychologues, si bien qu'ils ont beaucoup de mal à s'intégrer dans les équipes, à force d'indépendance, mais aussi de défaut de management.

Si dans certains secteurs, le binôme cadre supérieur de santé/chef de service fonctionne bien, le travail collectif peut être organisé de manière participative. Mais dans d'autres services visités par les missions de l'IGAS, il y a véritablement des hiérarchies parallèles et une absence de collaboration entre les différents groupes de professionnels.

223 – Une absence de cadre sécurisant

En psychiatrie, il est nécessaire qu'existe une autorité identifiée : en cas de crise et d'urgence ; par rapport aux malades et à leurs familles, à qui sont imposées des décisions ; pour fournir aux différents professionnels un cadre contenant qui prévienne les réactions fractionnées des différents professionnels induites par les comportements souvent schizophréniques des malades.

Or, alors que la plupart des interventions en psychiatrie sont pluri-professionnelles, l'organisation du travail et de l'autorité est en " tuyaux d'orgue ".

Les équipes de l'extra-hospitalier, dans lesquelles la présence est plus courte, plus continue et plus dense arrivent à dépasser ce type de problème, notamment parce que les réunions institutionnelles sont le lieu d'élaboration des décisions et des directives qui encadreront la prise en charge.

En intra-hospitalier, quand le travail est fractionné, quand se succèdent des équipes qui communiquent peu, le danger est grand que s'installent des organisations du travail plus favorables aux intérêts de chaque corporation qu'au bien du malade.

L'absence de cohésion, comme l'absence de familiarité des professionnels entre eux et des malades avec eux, favorisent un climat de plus grande insécurité qui génère des demandes de personnels supplémentaires, voire de solutions spécialisées. Il faut bien voir que c'est souvent

plus la cohésion d'une équipe que son importance qui permettront une prise en charge plus sûre de malades agités et difficiles.

En ce sens dans certains établissements, l'absence des médecins aux moments difficiles est de nature à battre en brèche cette cohésion. On pense à l'établissement de Ville Evrard, dans lequel un certain nombre de médecins terminent leur service à 17h, organisent entre eux une "permanence" pour plusieurs services, alors qu'il s'agit de la période pendant laquelle se produisent, d'après les enquêtes réalisées en interne, le plus grand nombre d'actes d'agressions. De même faudrait-il peut être réfléchir à la périodicité des équipes, car la relève à 18h30 des équipes de jour par celles de nuit aboutit souvent à mettre auprès des patients des professionnels qui n'ont pas la plus grande capacité à distribuer des soins actifs.

A Evreux, du fait du manque de médecins, certaines équipes disposent d'un ou deux demi-journées de temps médical par semaine, ce qui implique le manque total d'intégration des médecins dans les équipes. Ceux-ci ne sont plus que des consultants, éventuellement des experts, mais sûrement ni membre, ni chef d'une équipe.

23 - La fonction manageriale n'est pas toujours bien exercée

231 – Il n'y a ni lieu ni fonction de management pour l'établissement

Un hôpital psychiatrique est une organisation à la fois simple, car elle n'a qu'un seul type de "production", des services de soins pour des malades souffrant de troubles psychiatriques et complexes, car ces soins sont dispensés de différentes façons qui toutes impliquent une organisation particulière du travail : intra et extra hospitalier, temps plein et temps partiel, pluri-professionnalité, et collaboration avec de multiples institutions extérieures.

Evaluer les besoins, élaborer les modes d'intervention et en déduire les moyens nécessaires, notamment du point de vue de l'organisation du travail et de la gestion des ressources humaines, mais également contrôler le travail effectué et sa qualité, autant de fonctions qui doivent être exercées de manière très organisée.

D'une certaine manière le projet d'établissement devait être l'outil d'un tel exercice. Ainsi que la communication interne.

2311 – Un manque de vision globale et interprofessionnelle

Très souvent les projets d'établissement sont des documents peu lisibles. Ils sont trop touffus et trop détaillés. Or ce qui compte pour les agents est d'abord ce qui modifie leur vie quotidienne. Ils ne peuvent se mobiliser que s'ils sont certains que ces projets dans un délai raisonnables seront mis en œuvre. Ce qui est loin d'être le cas. Ainsi des projets de rénovation des unités d'admission. Ils ne font que rarement l'objet d'une communication exhaustive et continue (moyens financiers mis en œuvre, suivi et lancement des opérations, réponses architecturales auxquelles doivent être associées tous les personnels).

Un dialogue professionnel de qualité est insuffisamment un enjeu des directions générales, sauf sans doute quand il s'agit du corps médical ; pour le reste, les directions confondent

dialogue social et dialogue professionnel. Le dialogue social s'impose à eux, CTE, CAP, rencontres avec les organisations syndicales ; le dialogue professionnel est d'une autre nature : son objectif serait de permettre à chaque groupe d'agents de se sentir partie prenante du changement.

L'animation de ce dialogue revient à chaque niveau au cadre de santé, en collaboration avec le médecin chef du secteur ou de la structure au niveau de l'établissement ; ce dialogue devrait être mené au niveau du Conseil exécutif, dont on a vu que comme les autres instances de la nouvelle gouvernance, il a été institué formellement, sans que la difficulté de dialogue entre médecins, soignants non médicaux et direction soit améliorée.

La juxtaposition de plusieurs cultures et modes d'appréhension du travail n'a jamais été vraiment explicitée et trop souvent diriger s'entend comme administrer, c'est à dire appliquer des textes, notes et autres injonctions, ce qui dispense de la réflexion sur les conduites à tenir pour mettre en œuvre des analyses cliniques et de santé publique.

Il est difficile de " diriger un hôpital psychiatrique " surtout sectorisé, si l'on n'a pas de connaissance de la pratique des soins psychiatriques et des contraintes qui en découlent.

Le risque est alors que la direction administrative se contente d'attribuer, ou de refuser, des moyens, sur le fondement de critères comptables, ou se voit imposer des dépenses superflues, au motif de la clinique, avancé comme un argument d'autorité non discutable.

A Ville-Evrard, le président de la Commission médicale d'établissement justifie l'existence de 7 lignes de garde seniors (la nuit, les samedi, le week-end) au nom de la clinique qui imposerait que chaque unité recevant des malades la nuit soit dotée d'un médecin senior. Pourtant sur certaines lignes de garde, la moyenne est d'un malade accueilli tous les 3 jours, et l'on peut se demander si ces ressources ne seraient pas plus utiles ailleurs, par exemple dans un SMPR¹⁸ ?

2312 - Une communication interne insuffisante

La communication en interne à chaque service devrait être un enjeu prioritaire. Il s'agit de fédérer un ensemble de professionnels autour des projets de service (cadres de santé, médecins, psychologues, cadres sociaux, secrétaires, IDE, aides soignants agents des services hospitaliers....) construits à partir de projets pour les usagers.

Le travail d'équipe interprofessionnels est la règle en psychiatrie ; dès lors, la clarification des rôles de chacun, l'organisation et la formalisation de la communication au sein du service, la discussion sur les moyens de favoriser l'information ascendante et descendante, sur la prescription d'actions de soins aux différents agents du service, sur les règles internes à l'établissement et au service et leur respect, sur la qualité du travail, sur les pratiques soignantes devraient être des sujets de débats et de décisions essentiels.

Or, la faiblesse des effectifs médicaux dans certains cas, mais surtout la faiblesse du management médical et de son articulation avec celui des cadres supérieurs de santé, font que ce type de communication est loin d'être mis en œuvre, même si ici ou là il existe bien des conseils de services.

¹⁸ SMPR : Service médical pénitentiaire régional.

232 – L'importance d'un binôme chef de service/cadre supérieur de santé

2321 – L'importance du cadre supérieur de santé n'est pas toujours reconnue

La direction d'une équipe de psychiatrie, c'est à dire de personnels différents, par leurs formations, leurs statuts d'emplois, leurs conditions de rémunération et d'intervention, mais aussi les types de structures (unité d'hospitalisation, CMP, etc.) dans lesquelles ils interviennent, ne peut sans doute plus s'exercer de la même façon qu'à l'époque où il y avait pour seule structure une unité d'hospitalisation. Il est nécessaire souvent pour diriger de maîtriser non seulement l'indication médicale, mais également sa réalisation concrète en termes d'organisation du travail qui en découle.

Si le binôme chef de service, cadre supérieur de santé ne fonctionne pas bien, le management sera défaillant.

Or, d'une part les chefs de service ne choisissent pas toujours leur cadre supérieur de santé, ceux-ci étant recrutés par concours, interne ou externe et étant affectés parfois sans tenir compte de leur avis; d'autre part l'organisation du travail ne permet pas toujours à ces cadres supérieurs de santé de se dégager des tâches purement administratives voire gestionnaires (plannings, matériels, obligations de gestion statutaires...) pour se consacrer au management des équipes, c'est à dire l'organisation et la mobilisation des personnes selon des objectifs bien définis. Il en est de même parfois du rapport du cadre supérieur avec les cadres de chaque structure. Enfin, il est nécessaire pour les cadres de santé d'être reconnus dans leur rôle, y compris par les médecins et bien sûr également par les personnels qui ne dépendent pas statutairement de leur autorité, comme les psychologues ou les assistants sociaux.

Les cadres de santé au CHS de THUIR

Les analyses faites par l'IGAS dans l'établissement de Thuir sur l'utilisation du temps par les cadres de santé et par les cadres supérieurs de santé montre bien cet enfouissement dans les tâches administratives, au détriment parfois du travail de management. Selon les fonctions et les lieux d'exercice, les temps inclus dans " *présence indirecte auprès des patients* " sont disparates (de 11% à 33%).

Les temps de gestion sont très élevés pour les cadres gérant des structures extra hospitalières. Seul l'emploi de son temps par le cadre de l'unité d'admission diffère, puisqu'il consacre presque 60% de son temps à des activités d'encadrement d'équipe, de synthèse. Le cadre supérieur de santé répartit son temps ainsi : presque 40% de son temps est consacré à la gestion et à l'institution ; la présence indirecte auprès des patients représente un tiers du temps, la formation recherche 7% du temps. Cependant, pour tous, ces temps de gestion relèvent d'activités bien repérées. Les temps consacrés au contrôle de la durée du travail et à l'organisation des plannings pour significatifs qu'ils soient laissent des marges à une véritable gestion des ressources humaines (entretien d'évaluation, bilans des stages des aides soignants, tutorat d'étudiants, management d'équipe, organisation des soins, dossier du patient). Parfois, les temps consacrés à la gestion de la file active des patients sont assez considérables¹⁹ et proches de 10 % du temps de travail effectif.

En synthèse, la politique menée par les deux directions (DRH et DSSI) vis-à-vis de l'encadrement porte en partie ses fruits. Les cadres ont des modes de fonctionnement qui les rapprochent (formation des stagiaires, évaluation, place dans le tutorat...); mais les temps consacrés à la gestion des plannings restent sans doute encore trop élevés ; ils représentent une contrainte forte qui pèse sur les conditions de management des équipes paramédicales.

Cependant le niveau actuel des cadres et cadres supérieurs de santé n'est pas partout suffisant pour qu'ils soient de tels collaborateurs des médecins chefs de service ou de structure. Il serait tout à fait impératif, en tout cas en psychiatrie, de renforcer leur formation au management et à la mise en œuvre d'un projet de soins très solide, qui dépasse la formation à la connaissance et à l'application des textes et règlements.

¹⁹ 4 h30 pour un cadre d'une unité d'admissions ce qui représente.

Il serait également possible d'ouvrir le concours de cadre supérieur de santé à d'autres professions soignantes : psychologues, éducateurs spécialisés, assistants de service social. Ce qui permettrait de diversifier le vivier et d'offrir des carrières plus intéressantes à ces professions.

2322 - La collaboration entre le chef de service et le cadre supérieur peut être un facteur de grande qualité

Dans le secteur 13 du CHS de Ville-Evrard, aux dires de son chef de service, le management repose sur la collaboration entière entre le cadre supérieur et le médecin chef. C'est le cadre qui s'occupe de tout le management administratif et matériel, alors que le médecin chef valide toutes les propositions cliniques. Pas une décision n'échappe à cet examen conjoint, qui s'exporte auprès de chaque structure, organisée de la même manière, avec un responsable médical et un cadre de santé. Décisions d'orientation individuelles et organisation collective du dispositif de soins sont ainsi élaborées dans toutes leurs implications, y compris celles qui touchent à la gestion des ressources humaines : plannings, activités, composition des équipes, horaires d'ouverture etc. Les équipes donnent une impression de cohésion, dans chaque structure et des structures entre elles sur le secteur.

Il en est de même dans le secteur 4 de Thuir. Tous les médecins et les cadres, psychologues et assistants sociaux compris, ont un planning de travail connu de tous. Chaque semaine, les représentants des divers métiers agissant aussi bien en intra hospitalier qu'en extra hospitalier (médecins, cadres de santé, psychologues, assistants sociaux, IDE, aides soignants, agents hospitaliers) consacrent 1h 30 à l'analyse de leurs pratiques ; Le rapport d'activité des différentes unités composant le secteur est l'œuvre de tous. Il fait l'objet de débats internes et est à la source des modifications engagées dans l'organisation des soins (missions nouvelles, missions à conforter).

Au CHS de Bassens, dans les deux secteurs contrôlés, la collaboration réussissait à être d'un bon niveau, grâce aux qualités personnelles et à l'investissement d'un chef de service dans un cas, d'un cadre supérieur de santé dans l'autre.

On peut dire d'ailleurs que si le secteur 2 du CHS d'Evreux réussit, avec les mêmes moyens et le même contexte de pénurie que les autres à prévenir les hospitalisations et la chronicité, grâce à un travail ambulatoire de qualité, c'est grâce à l'implication notamment du cadre de santé dans l'animation au quotidien de l'équipe.

2323 - Le temps consacré au management et à l'animation des équipes n'est pas du temps perdu

Les tâches cliniques constituent, de manière normale, le premier poste de l'activité des médecins ; activité que certains exercent de manière individuelle, au détriment d'une démarche d'équipe et souvent au détriment du management de celle-ci.

Ainsi à Thuir, dans les deux secteurs enquêtés par l'inspection, le temps consacré aux consultations en CMP par les médecins est de 43% ou de 68% et quant aux chefs de service (pour tout le secteur), le temps consacré aux consultations est de 43% et de 38%.

A Pierrefeu-du-Var le phénomène est accentué, puisque les chefs de service et les PH des deux secteurs enquêtés consacraient entre 50 % et 67 % de leur temps aux consultations.

L'exemple du fonctionnement de deux secteurs de l'établissement de Bassens montre a contrario l'importance de l'implication de toutes les professions dans le travail collectif et du médecin dans le management.²⁰

A l'IMR, l'emploi du temps de la médecin responsable du CMP et de l'hôpital de jour était quasi exclusivement dédié aux consultations individuelles et aux réunions institutionnelles d'établissement au détriment d'une intervention vers les équipes.

Les enquêtes effectuées par l'inspection sur la répartition des tâches selon l'organisation des secteurs dessinent ainsi des affectations bien différentes, selon l'objectif et la stratégie du secteur.

Pour ne prendre que deux exemples :

- dans un secteur de Ville-Evrard, l'intrication profonde entre les différentes structures, le projet médical très rigoureux, qui vise à sans cesse pousser les malades vers les structures les moins "enfermantes" possible tout en leur offrant un projet de soins dynamique, se lit dans la place très importante accordée aux échanges entre professionnels : échanges des staffs quotidiens, réunions institutionnelles qui permettent de fédérer des équipes, mais aussi échanges bilatéraux entre deux ou trois professionnels, sinon à chaque acte, mais du moins de manière très fréquente, pour construire ensemble une interprétation de l'état du patient et du bien fondé des décisions de soins.
- Dans un secteur beaucoup moins bien doté d'Evreux, dans lequel l'offre de soins se concentre sur l'intra hospitalier, les personnels consacrent moins de temps à l'échange, à propos des patients ou de l'équipe ; ils effectuent des tâches plus fractionnées ; les médecins sont répartis selon des temps très réduits entre les différentes structures, dans lesquelles ils ont essentiellement une activité de consultation/prescription. On identifie mal le ou les responsables de chaque structure et le travail interprofessionnel est réduit à portion congrue. Cette absence de travail collectif génère alors démobilité et suspicion.

2324– Indépendance et travail collectif

En psychiatrie, peut être du fait que les professionnels sont confrontés à l'intimité des personnes, l'indépendance et le secret sont farouchement défendus.

Parfois au détriment de l'intérêt du malade.

C'est ainsi que s'est établie une sorte d'organisation en corps de métiers, en principe indépendants et qui pourtant doivent travailler en équipe.

Le cas des psychologues est le plus criant.

²⁰ Cf. Annexe 8 : Les réunions et leur utilité dans le fonctionnement de deux secteurs de l'hôpital de Bassens

En effet, ce corps de métier, qui n'a ni la légitimité et l'autorité des médecins, ni leur statut, ni l'importance quantitative et syndicale des infirmiers par exemple, a vu peu à peu transformée son indépendance en mise à l'écart des équipes.

Dans tous les services visités, le temps consacré par les psychologues à des interventions individuelles était largement supérieur à celui consacré au travail institutionnel avec les équipes ou à des interventions pluri-professionnelles.

L'interprétation du statut de 1991, qui considère comme travail clinique tout travail effectué par les psychologues au sein de l'établissement, qu'il s'agisse de travail direct avec un ou plusieurs malades (c'est à dire clinique au sens propre) ou de travail institutionnel (animation de réunions d'équipes, de réunions soignants-soignés, interventions à l'extérieur) renchérit sérieusement l'heure de supervision. En effet, le temps FIR²¹ doit être accordé à raison d'un tiers de temps pour deux tiers de clinique, c'est à dire de psychothérapies, de tests, d'évaluations, en rapport direct avec les patients et nécessitant de ce fait un retour en supervision, une recherche.

De plus, dès lors que les psychologues n'ont pas compétence à prescrire (un médicament ou un acte paramédical) et considèrent qu'ils n'ont pas à se voir ordonner de pratiquer des actes de psychothérapie, leur autonomie peut se payer au prix de leur mise à l'écart.

Il est donc nécessaire de faire évoluer leur statut avant de s'attacher à faire évoluer leur position dans les équipes.

233 - La place très faible des usagers et de leurs familles

Pour une part des malades suivis en psychiatrie, les relations qu'ils nouent avec les équipes seront de longue durée et de leur qualité, dépendra pour part l'observance des traitements.

Différentes pratiques sont mobilisées à cet effet : réunions soignants-soignés ; groupes d'entraide mutuelle...

Dans les secteurs les plus dynamiques, ces pratiques améliorent grandement le fonctionnement et donnent sens au travail des soignants. Dans d'autres secteurs, soit les personnels médicaux ne s'attachent pas à ces pratiques, soit elles sont délaissées au profit de la gestion quotidienne de l'urgence.

Seule leur inscription dans les projets de soins et dans les plannings permet de leur assurer vie au long cours.

En revanche, la place des familles dans les secteurs de psychiatrie adulte est mal dessinée : il est pourtant très clair que la cohésion des équipes et leur mobilisation s'expriment aussi par leur capacité à mettre en place des dispositifs du type réunion régulière avec les familles, constitution de groupes d'entraide mutuelle, participation des familles à la réinsertion, mais aussi journal des usagers, association des usagers etc.

²¹ C'est un temps réservé à la formation individuelle et à la recherche qui représente la moitié du temps consacré à la clinique, souvent un tiers du temps de travail.

La participation des représentants de l'UNAFAM²² aux conseils d'administration, régulière quand le poste est pourvu, n'apparaît pas suffisante pour assurer une bonne collaboration avec les familles. Le niveau de généralité des discussions n'est pas du ressort des membres de cette association, essentiellement attachés à l'amélioration de la prise en charge au quotidien de leurs enfants, parents ou frères et sœurs. Et le fait que les familles soient informées et associées aux décisions prises pour les leurs (quand bien sûr le rapport intra familial n'est pas lui-même pathogène pour le malade) est laissé au seul bon vouloir des équipes.

²² UNAFAM : Union nationale des familles et amis des malades mentaux.

PARTIE 3 - DES RESSOURCES HUMAINES UTILISEES SANS CADRE D'ANALYSE ET DE CONNAISSANCE

On l'a dit en introduction, les ressources humaines dont disposent les établissements psychiatriques sont pour large part mal appréciées.

Plus précisément, c'est la connaissance de l'utilisation de ces ressources qui fait défaut. Alors même, ainsi que l'a montré l'inspection dans trois des six rapports de site, il est possible de renseigner ces questions²³.

Cette attention à l'organisation du travail et au mode d'utilisation des moyens humains permettrait pourtant d'affecter les moyens de manière plus efficiente. L'étude faite par la mission des tâches réellement effectuées par les différents personnels permet également de jeter les bases d'une réflexion sur la nécessaire évolution des métiers.

31 – Le manque de moyens semble dû autant à un défaut qualitatif que quantitatif

L'évolution des moyens en psychiatrie est difficile à apprécier.

En effet, globalement les moyens humains consacrés à la psychiatrie ont augmenté et il en est de même dans chacun des établissements contrôlés. Mais cette augmentation en nombre de postes a été limitée par l'effet de réduction du temps de travail et l'impact en temps médical de la réforme des gardes médicales.

De plus, il apparaît qu'il n'y a pas, ni dans les secteurs, ni surtout au niveau de l'établissement de réflexion sur l'allocation la plus efficiente des moyens.

311 – Une augmentation apparente des moyens

3111 – Une augmentation limitée

On l'a dit en première partie, la fixation de l'enveloppe financière et du nombre de postes de chacun des CHS n'est pas menée de manière documentée et argumentée.

Mais au niveau de l'administration centrale, la part accordée sur l'enveloppe hospitalière à l'évolution des établissements psychiatriques n'est pas mieux cernée. C'est ainsi qu'en 2005, la psychiatrie a bénéficié de crédits supplémentaires, accordés par le " Plan santé mentale ", élaboré notamment après les événements de Pau, mais ce supplément a été compensé à

²³ Cf 3 rapports complémentaires, enquête sur le temps de présence des médecins, des infirmiers et cadres de santé, des personnels soignants spécialisés.

hauteur quasiment égale par les économies auxquelles les établissements psychiatriques ont été contraints, comme les autres établissements, pour respecter l'ONDAM²⁴.

3112 – Une réduction qui pourrait s'avérer coûteuse

Dans le nouveau système de tarification, qui dès 2007 sera basé à 50% sur les tarifs des groupes homogènes de sorties, l'évolution de la psychiatrie risque de servir à nouveau de variable d'ajustement à la recherche d'une meilleure maîtrise des coûts, dès lors que les ARH auront le choix entre des demandes argumentées et des demandes moins bien objectivées.

Or les économies arbitraires se traduisent, en psychiatrie, par une baisse de la qualité du service qui génère à terme un renchérissement des coûts de prise en charge. En effet, baisser les moyens affectés aux unités d'hospitalisation a des effets risqués : d'une part, la sur-occupation induit des refus d'hospitalisation, qui peuvent dans certains cas, générer des problèmes de sécurité pour les malades ou pour leur entourage graves ; d'autre part, c'est l'extra-hospitalier qui permet de prévenir certaines hospitalisations, de raccourcir la durée d'autres, bref, la réduction du nombre de lits n'a été possible que grâce à la dynamique des activités extra-hospitalières.

Il est donc important de conserver celles-ci, d'autant que les files actives semblent avoir augmenté, particulièrement en soins ambulatoires. Selon l'étude menée par la DREES sur l'évolution des secteurs de psychiatrie générale, étude malheureusement actualisée seulement pour 2000, plus des trois quarts (79%) de la croissance de la file active des secteurs de psychiatrie générale depuis 1989 peut être attribuée à la file active ambulatoire qui a crû de 75% entre 1989 et 2000. La file active à temps partiel, si elle a plus que doublé, n'a contribué qu'à hauteur de 12% à l'augmentation de la file active générale. Quant à la file active à temps complet, elle a crû beaucoup plus lentement, de 20% en 12 ans (1989-2000), qui représentent 10% de la croissance totale.

Les observations des missions ne vont pas toutes dans le même sens : dans certains établissements, il y a une hausse de tous les indicateurs : au CHS d'Evreux, où du fait de la faiblesse de l'encadrement médical, les activités ambulatoires ne sont pas des plus intensives, la progression de la file active a augmenté de 15% de 2000 à 2005, malgré une légère diminution du nombre de patients pris en charge à temps complet, mais du fait d'un accroissement des prises en charge à temps partiel (+ 14,5 %) et en ambulatoire (+24%).

Au CHS de Ville-Evrard, la file active a progressé de 12% en totalité, de 5% en hospitalisation à temps complet, même si pour cette activité, les durées moyennes et les taux d'occupation ont baissé. L'hospitalisation à temps partiel a crû de 26% et l'ambulatoire de 12%.

Dans certains établissements, la file active a baissé, ainsi de Pierrefeu du Var (-22% en hospitalisation à temps complet, -23% à temps partiel et -1% en ambulatoire). Ainsi également de Bassens, établissements dans lequel les prises en charge ont évolué toutes à la baisse, 8% pour l'hospitalisation à temps complet, -18% pour les prises en charge à temps partiel et paradoxalement, une très forte baisse des prises en charge en ambulatoire, principalement en zone urbaines (-30 et - 37% pour Chambéry) -25% pour le CHS dans son ensemble.

²⁴ ONDAM : objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

La diversité de ces résultats montre d'ailleurs combien il est difficile de s'appuyer sur des "moyennes nationales" pour donner un taux de croissance prévisionnel. D'autre part, certains écarts dans les courbes, ainsi des pics dans certains établissements une année donnée semblent indiquer la fragilité de ce recueil de données.

Il faut d'autre part préciser que la file active ne traduit que le nombre de patients ayant fréquenté le type de structure (temps plein, temps partiel ou ambulatoire) ou l'une des structures (pour le total), au moins une fois dans l'année écoulée. La file active peut augmenter, mais si les durées de séjour se raccourcissent ou si l'intensité des soins ambulatoires baisse, l'activité totale, estimée quantitativement peut baisser.

C'est justement le lien entre l'activité, estimée en nombre de patients, de journées, d'actes, mais aussi d'intensité de prise en charge et l'évolution des ressources humaines que l'IGAS a tenté d'évaluer dans cette mission.

Ces estimations statistiques devraient cependant être tempérées par une étude de la présence des différentes structures auprès des malades : comparer les durées moyennes de séjour en unité temps plein (45 jours), en hôpital de jour (58 jours /an), en CATTP (23 jours/an) et en CMP (8 à 9 interventions en moyenne), ne permet cependant pas de tirer des conclusions fiables, car les mêmes personnes peuvent relever à la fois des trois types de prise en charge. De plus, les différentes structures n'ont pas le même objectif dans le parcours de soins du malade : les prises en charge hospitalière, à temps plein ou de jour ont pour vocation de traiter un moment de la pathologie du patient, alors que CATTP et CMP ont eux pour vocation essentielle de suivre des patients au long cours, stabilisés et pouvant vivre en milieu ordinaire ou accompagné. S'ajoute à ces vocations, pour le CMP comme pour l'unité d'hospitalisation à temps plein, une mission de prévention - évaluation - orientation de nouveaux malades, ou de malades connaissant une évolution de leur pathologie.

Il y a donc une intrication entre toutes ces structures et un secteur efficace est celui qui les utilise de manière cohérente, non pas en triant les malades affectables à telle ou telle structure, mais en réfléchissant pour chaque malade un parcours de soins adapté et adaptable à l'évolution de sa pathologie et de son insertion familiale et sociale.

312 - L'augmentation des moyens ne s'est pas traduite par une plus grande intensité soignante

La mission a examiné dans les 5 établissements hospitaliers publics l'évolution des temps de travail entre 2001 et 2005. Il est avéré que malgré l'augmentation des moyens, les temps disponibles auprès des malades sont inférieurs en 2005 à ce qu'ils étaient en 2001, aussi bien pour les personnels médicaux que pour les personnels non médicaux. Et ceci dans tous les établissements contrôlés.

3121 - Le temps de travail "perdu" par l'instauration de l'ARTT et de diverses autres réglementations n'a pas été compensé par l'augmentation des effectifs

La diminution du temps de présence est à imputer à plusieurs causes, dont le poids relatif varie selon les établissements :

- l'effet de non compensation complète des mesures de réduction du temps de travail ;

- l'application laxiste de la nouvelle réglementation, se traduisant par des obligations de durée du travail plus basses que les textes. Ce que la mission nomme un temps théorique plus élevé que le temps réel ;
- l'existence de pratiques diminuant la présence au travail : absentéisme, horaires réduits...

Ainsi à Ville-Evrard, le nombre de journées de présence au travail a été de 372 400 jours en 1997, 372 000 en 2001, mais seulement 364 300 en 2005. Malgré l'accroissement du nombre d'agents (près de 100 ETP) entre 2001 et 2005, le nombre de jours de présence réelle a lui diminué d'environ 7 800 journées. Si le nombre d'absence n'avait pas diminué durant cette période, le " déficit " de temps de présence aurait été de 11 000 journées, soit presque 3%.

A Pierrefeu-du-Var par exemple, mais cela a été vérifié dans les autres établissements, l'évolution a montré de plus que le nombre d'heures théoriques avait été fixé de manière plus basse que les obligations du protocole national.²⁵ Le temps réel avait malgré cela baissé encore : en 2001, le nombre d'heures théoriques travaillées était de 1 190 000²⁶, le nombre d'heures travaillées réelles de 1 012 000.

En 2004, alors que le nombre d'emplois avait crû de 708 à 747 (+ 39 emplois, soit 5%) le nombre d'heures théoriques était inférieur de 20 000 à celles dues en 2001 et le nombre d'heures travaillées de 5 000.²⁷ A la demande de la mission, l'établissement a effectué de manière aléatoire des décomptes de durées de travail réellement effectuées en 2005 par des agents en repos variable, en repos fixe, à temps plein ou à temps partiel, en tenant compte des heures supplémentaires effectuées. Il apparaît que les agents effectuent entre 79% et 97% de leur temps de travail. La moyenne calculée est de 86%.

A Bassens, la comparaison des temps travaillés entre 2001 et 2004 montre une diminution non seulement théorique des heures travaillées par agent (de 1697 à 1566) mais réelle (de 1493 à 1364). Le décompte aléatoire fait pour des agents de tous types aboutit à la même conclusion qu'à Pierrefeu : à l'exception de deux agents, aucun autre n'effectue 100% de son temps théorique. Les résultats sont un peu meilleurs, qui vont de 93% à 98,5%. Là encore le protocole d'accord n'explique que pour partie la situation. Il a été accordé un jour de congé supplémentaire, dénommé " Pâques-Pentecôte ", en compensation de l'acceptation du contrôle des horaires par badgeuse. C'est l'absentéisme qui constitue la source essentielle des écarts constatés entre temps théorique et temps réel. Lutter contre l'absentéisme est difficile. Les facteurs explicatifs sont nombreux : réalité démographique avec des taux d'absentéisme très élevés pour des agents jeunes (maternités, gardes d'enfants malades) et plus âgés, souvent atteints de pathologies graves, cloisonnement des services, organisation de travail avec de fortes variations selon les services, prise en compte non contrôlée des repos compensateurs désorganisant les services.

²⁵ Le protocole d'accord d'ARTT avalise une durée de travail inférieure à la réglementation : en 2002, un agent à temps plein en repos variable effectuait 28heures de moins que les obligations, quand il était en repos fixe, le différentiel était de 49 heures.

²⁶ Les chiffres sont arrondis

²⁷ L'écart entre les heures théoriques entre 2001 et 2004 est de 115 heures et pour les heures réelles de 82 par agent et par an.

3122 - Des heures supplémentaires mal distribuées, des plannings mal gérés

Pourtant, certaines marges de manœuvre existent d'ores et déjà, qui ne sont pas toujours utilisées à bon escient. Il en est ainsi des heures supplémentaires.

A Ville-Evrard, près de 17 750 heures supplémentaires (ce qui représente environ 10 ETP) ont été effectuées en 2005 par 373 agents dont 297 agents soignants. Outre le surcroît ponctuel de travail, le recours aux heures supplémentaires s'explique par l'existence d'une "dotation forfaitaire" pour les adjoints administratifs et les ASH, d'une compensation du temps passé comme accompagnant pour les IDE, d'une compensation pour non bénéficiaire de l'indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires pour les secrétaires médicales.

Dans d'autres établissements, on se rend compte que la distribution d'heures supplémentaires sous forme d'heures payées ou de jours de repos compensateur est largement augmentée du fait de l'amplitude horaire adoptée.

La prévision et le suivi des plannings laisse apparaître beaucoup d'approximations. La mission les a analysés de manière détaillée sur les sites de Ville-Evrard et d'Evreux, mais estime que ce dysfonctionnement est courant.

Du fait de l'importance des différences entre les plannings prévisionnels et les plannings réalisés, on peut se poser des questions sur la nécessité d'un certain nombre de moyens. D'autant que les prévisions ne semblent pas suivre une logique très affirmée : dans l'une des unités d'hospitalisation dont l'IGAS a contrôlé les plannings, les effectifs journaliers variaient pour le mois examiné entre 10 et 14 agents, aucun jour ne semblait privilégié, sauf paradoxalement, le week-end, alors que l'activité (entrées, sorties et taux d'occupation) y est plutôt allégée. Les plannings prévisionnels n'étaient jamais respectés et si dans les deux tiers des cas, le nombre d'effectifs réels était inférieur au nombre programmé, dans trois cas, il était supérieur. De plus, sur le nombre de journées manquantes par rapport aux prévisions, si deux tiers s'expliquaient par des absences pour maladie, par définition imprévisibles, le tiers restant était dû à d'autres causes, dont des congés et les formations, par définition planifiables.

Cette absence de cohérence est d'autant plus dommageable que dans toutes les unités contrôlées, la confection de ces plannings est "chronophage" : pour les personnels, qui parfois les confectionnent en quasi autogestion, pour les cadres qui le plus souvent les élaborent et les vérifient, pour les services gestionnaires qui toujours les collationnent. On peut se demander à quoi sert un travail de prévision aussi peu normatif.

3123 – Le temps médical disponible auprès des patients est largement inférieur aujourd'hui à ce qu'il était avant les réformes de 2003

Le temps de travail des médecins, une fois appliquées les réductions dues à l'accord de RTT, c'est à dire 20 jours ramenés à 19 jours de repos supplémentaires par an et décomptés les jours de congé, est de 208 journées potentielles par an.

Il faut préciser qu'aucune définition en termes de durée n'a jamais été donnée de ces journées ou demi-journées, conduisant certains établissements à exiger un minimum de trois heures et

demie, ce qui conduit à un horaire déjà égal à 35 heures avant la réduction de 19 jours. (cf. rapport de site).

Ces 208 journées sont aussi amputées par le temps de travail des gardes, celles-ci étant comptabilisées en temps de travail. C'est à dire que chaque garde effectuée la nuit, le samedi après midi ou le dimanche diminue le nombre de journées dues d'autant. (une nuit ou une journée égale une journée, une demi-journée égale une demi-journée).

Mais de plus, chaque garde est suivie d'un repos dit de " sécurité " ou de " récupération après garde ", qui se traduit en principe pour les jours ouvrés par une absence²⁸.

Si bien que chaque garde est payée de fait trois fois : par l'indemnité de sujétion pour garde, par l'inclusion de ce temps dans le temps de travail, par le paiement ou l'inclusion du temps de repos de sécurité.

S'ajoutent à ces déductions celles dues pour les activités d'intérêt général. Celles-ci sont des activités effectuées par les praticiens hospitaliers dans d'autres établissements sanitaires ou médico-sociaux, dans les universités et autres instituts de formation, dans la recherche, dans les organismes publics, du type " Maison départementale du handicap " par exemple. Les praticiens ont droit à une absence de deux demi-journées par semaine pour ces activités ; selon la démarche réglementaire, le CHS doit passer une convention avec les établissements qui emploient les praticiens pour leurs vacances pour se faire rembourser le paiement de ces demi-journées par l'hôpital. De fait, la plupart du temps, le CHS continue à maintenir le salaire à temps complet et ne se fait rien rembourser, l'établissement employeur rétribuant le praticien en cumul de son traitement. Dans certains établissements, la CME examine à chaque vote d'une convention l'intérêt pour le service de cette activité d'intérêt général, dans d'autres elle vote en bloc et sans examen l'ensemble des conventions, les chefs de service n'étant même pas toujours au courant des activités menées par les praticiens de leur service.

S'ajoutent enfin à ces déductions, les absences pour formation et celles pour maladie.

Reste alors un volant d'heures que l'inspection a dénommées " au lit du malade ".

Sans porter de jugement sur l'assiduité au travail des praticiens hospitaliers, force est de constater que du fait de l'introduction de ces différentes " déductions " il y a une déperdition importante entre le nombre de jours travaillés légaux (théoriques) et le nombre de jours de travail disponibles (réels).

A Ville-Evrard, le nombre de jours de travail théoriques serait pour 208 jours travaillés de 40 412 ; mais le nombre de jours de travail disponibles au lit du malade n'est en réalité que de 31 714 jours soit 79%.²⁹

²⁸ Et par le paiement quand le repos de sécurité correspond à un jour de congé hebdomadaire ou férié, ou quand l'intéressé a déjà effectué son temps de travail " réglementaire " au cours du quadrimestre. On lui paie alors le temps supplémentaire appelé " plage additionnelle. Dans certains établissements ces plages additionnelles ne sont pas payées mais récupérées, ce qui diminue d'autant le temps de présence des médecins, ou sont placées sur un compte épargne temps.

²⁹ Cf. rapports de site.

Il en est de même, mais avec une accentuation à Evreux, car le taux de praticiens effectuant des journées d'intérêt général y est plus élevé et le temps disponible n'y représente plus que 69% du temps théorique. A Pierrefeu-du-Var le taux est également de 70%.

Force est de constater que ces conditions de travail, très avantageuses, accordées souvent sous la pression (grève des gardes par exemple) ont abouti à renchérir le coût du temps médical hospitalier. Ceci ajouté au fait d'une pénurie à certains endroits de recrutement de praticiens hospitaliers en psychiatrie publique aboutit à un sous encadrement médical qui peut être dramatique.

A Pierrefeu-du-Var, en 2005, en prenant en compte l'ensemble des facteurs de réduction du temps disponible, dont les vacances de postes, les réformes sur l'intégration des gardes dans le temps de travail et l'institution d'un repos de sécurité, le temps de formation, la rémunération dite des plages additionnelles et les congés de maladie, le temps de travail n'est plus que de 4 184 jours contre 8 326 jours avant la réforme de 2003.

A Bassens, les réformes ont abouti à une baisse sensible du temps médical consacré aux malades. En ne tenant compte que des effectifs autorisés, cette baisse a été de 17%, malgré la progression du nombre de médecins de 4%. La comparaison sur les temps réels montre une réduction de 37%.

313 - La situation de certains secteurs est critique

Le temps médical est le temps moteur dans le travail des secteurs. Comme chef de service et manager, comme praticien effectuant le diagnostic et l'orientation des soins des patients, comme chef d'équipe, comme responsable de la qualité clinique, le médecin reste le pivot de la "production" d'un secteur de psychiatrie. Si sur un certain nombre des tâches qu'ils accomplissent, les médecins peuvent être relayés et complétés par les cadres de santé, les psychologues et l'administration, un temps de présence active des médecins est indispensable.

Dans certains secteurs visités par la mission, le temps médical déjà réduit du fait des moyens autorisés, est encore limité par les vacances de postes et les absences des médecins pour diverses raisons, certaines non maîtrisables (maladie, notamment de longue durée), d'autres plus problématiques (gardes très nombreuses, expertises, enseignement en sus des activités d'intérêt général, voire absences non déclarées).

A Pierrefeu-du-Var, dans un secteur qui disposait de 3,78 ETP de médecins, la mutation acceptée de deux praticiens a réduit la capacité de travail théorique, si bien que le temps disponible réel n'est plus que de 44% du temps théorique. Cette situation aboutit à une activité médicale principalement centrée sur les consultations cliniques individuelles, au détriment du temps consacré à l'encadrement (clinique et fonctionnel) des équipes.

A Evreux, la mission a constaté que du fait de la faiblesse de l'encadrement médical, mais aussi des vacances de postes, la présence médicale dans certaines structures est si fractionnée (0,10 % ou 0,20 % d'un temps de travail déjà peu fourni) qu'on ne peut plus parler d'encadrement ni même d'intégration dans une équipe. Le médecin est en quelque sorte un expert, consultable en cas de recours.

A Bassens, on constate que la diminution des moyens humains concorde avec la baisse des principaux acteurs d'activité, sans que l'on puisse être sûr que ce sont les besoins qui ont

baissé et non pas les taux de recours. En effet, même la file active de prise en charge ambulatoire a baissé de façon significative entre 2003 et 2005, passant de 5944 patients à 5760 pendant que diminuaient aussi les autres modes de prise en charge. On peut espérer que cette baisse, particulièrement sensible à Chambéry est en partie compensée par un recours plus important aux psychiatres libéraux. La mission estime qu'il serait intéressant d'étudier ce type d'évolution du recours à la psychiatrie, publique et privée, hospitalière et ambulatoire de manière globale. Car il est très possible que du fait des délais d'attente générés en CMP par la diminution sans réorganisation du travail des heures médicales, un certain nombre de patients recourent aux psychiatres libéraux.

314 – Des réformes mal menées

3141 - Les différentes réformes du statut des personnels, notamment celles liées au temps de garde et à la RTT ont été faites sans réflexion d'ensemble sur l'efficience des organisations de travail

Les directeurs d'hôpitaux se sont retrouvés souvent bien seuls pour négocier des accords de réduction du temps de travail. Si bien que, si l'on constate partout une certaine diminution de l'absentéisme pour maladies de courte durée après la réduction du temps de travail, il n'y a pas eu de réflexion sur les organisations du travail les moins chronophages.

Dans beaucoup d'entreprises, les accords de réduction du temps de travail ont abouti à une remise à plat de l'organisation et des temps de travail. Dans les CHS contrôlés, cela n'a pas été le cas, par exemple le temps de repas est souvent inclus dans le temps de travail même quand ce n'est pas un repas thérapeutique.

De manière plus structurelle, on constate que les directeurs n'ont pas été suffisamment soutenus pour élaborer des stratégies de négociation leur permettant d'améliorer la qualité de l'offre de soins en échange de l'octroi d'une réduction de la durée de travail.

Dans les banques les accords de RTT ont abouti à une augmentation de l'amplitude ouverte des guichets. Au contraire la mission a constaté que certains CMP avaient supprimé les horaires de consultation du soir du fait de la réduction du temps de présence des secrétaires médicales.

Enfin, il faut reconnaître que l'organisation des gardes, du fait de la nouvelle réglementation est particulièrement coûteuse en ressources médicales.

A Evreux, l'organisation est peu dispendieuse : une seule garde est assurée pour tout le CHS (4 secteurs, mais 6 secteurs pour l'hospitalisation, plus un secteur de pédopsychiatrie), la nuit (de 19h à 9 heures), le samedi après-midi et le dimanche. C'est toujours un assistant qui assure cette garde.

Les praticiens hospitaliers assurent une astreinte pendant les temps de garde.

Les deux activités donnent lieu à récupération de jours de travail, à hauteur de 104 jours pour les PH et 304 jours pour les assistants. On doit constater que parmi ces derniers certains effectuent un grand nombre de tours de garde et sont donc peu présents dans leur service.

Surtout quand de plus, ils sont en formation de psychiatrie, à raison de trois jours par mois.

A Ville-Evrard, la garde est assurée selon une procédure très luxueuse, puisque, en plus des trois lignes de garde senior assurées dans les services d'accueil et d'urgence qui relèvent du CHS, chaque site d'hospitalisation a une garde senior, ainsi qu'un centre d'accueil et de soins. La garde correspond à Ville Evrard, en temps intégré au temps de travail et en repos compensateur l'équivalent de 15,2 postes de praticiens à temps plein, soit environ l'effectif de la psychiatrie adulte à Evreux.

Cette organisation est d'autant plus critiquable que d'après les contrôles effectués par la mission, ni le nombre d'admissions (1,5 par nuit pour le site où elles sont le plus élevées et moins d'une admission tous les 4 jours sur un autre site) ni le nombre d'interventions auprès des malades hospitalisés ne nécessitent une telle présence médicale.

Pourtant, au jour de la mission, la commission des gardes n'avait pas été réunie depuis plus d'un an et la commission médicale se refusait à envisager une organisation moins dispendieuse.

Il arrive enfin que la réalisation d'un grand nombre de gardes, cumulée avec une présence presque à temps plein dans le service, aboutisse à un tableau de service extrêmement chargé. C'est ainsi que dans un CHS, un médecin avait effectué successivement une semaine de 72 heures, suivie d'une semaine de 55 heures, dont une fois 39 heures de garde, l'autre fois 18h30.

A Ville Evrard, certains médecins, du fait sans doute de la légèreté de l'activité de garde, ne prennent pas leur repos dit de sécurité le lendemain et cumulent ainsi un grand nombre de demi-journées, c'est à dire soit de paiement de plages additionnelles, soit en les intégrant dans un compte épargne temps.

On comptait ainsi dans cet établissement, un praticien, qui totalisait fin octobre 417 demi-journées travaillées, en comptant ses journées d'intérêt général comme jours de présence dans l'établissement et donc payées et en ayant inscrit comme jours travaillés tous les lendemains des jours où il avait pourtant été de garde. En y ajoutant les 20 jours de congé annuel effectivement pris, il avait travaillé 457 demi-journées pour 426 demi-journées ouvrées, soit 29 demi-journées de plus.

3142 - Dans certains cas, l'institution du compte épargne temps représente une "bombe à retardement"

En application de la réglementation les médecins peuvent bénéficier d'un compte épargne temps (CET). L'inspection a analysé précisément l'évolution de ce compte épargne temps dans l'établissement de Ville Evrard. Le nombre de jours épargnés a évolué de la façon suivante (Cf. tableau ci-dessous).

Personnel médical :				
<u>NOMBRE DE JOURS EPARGNES SUR LE COMPTE EPARGNE TEMPS</u>				
(2003 – 2004 – 2005)				

	2002	2003	2004	2005
Nombre de jours épargnés	672 j	753 j	937 j	801 j
Valorisation (au coût du poste DHOS)	311 852 €	342 375 €	426 440 €	363 234 €

Sources : CHS de Ville-Evrard

Au 31 décembre 2005, 132 CET avaient été ouverts, représentant 3 163 jours épargnés, soit l'équivalent de 15, 2 ETP.

A l'évidence, cette situation pose pour l'avenir un grave problème à l'établissement, à la fois compte tenu de l'ampleur du phénomène et du fait qu'il ne peut s'opposer à cette évolution :

- soit, le moment venu, il devra permettre aux personnes concernées de bénéficier légitimement de leur épargne temps et il subira une perte conséquente de temps médical,
- soit, il devra indemniser les intéressés et les sommes en cause, qu'il devra honorer à partir de sa dotation budgétaire, apparaissent d'ores et déjà non négligeables.

32 – Les métiers ont peu évolué, alors que les compétences nécessaires et l'organisation du travail le requéraient

Alors que l'activité psychiatrique a évolué dans ses modes d'intervention et son organisation, il n'existe pas dans les établissements de réflexion commune aux différents professionnels sur la nécessaire évolution des professions.

Le pilier médecin psychiatre infirmier vacille pourtant, mais la réflexion sur une redéfinition des compétences nécessaires n'est pas avancée.

Que ce soit du point de vue statutaire ou du point de vue stratégique, la gestion des emplois et des compétences reste balbutiante.

321 – Pas de consensus sur la participation des différentes professions à l'activité d'un service de psychiatrie

Il est frappant, quand on interroge les professionnels de constater que selon la catégorie à laquelle ils appartiennent, ils ne partagent plus la même vision de la psychiatrie publique et des moyens humains nécessaires.

De manière générale, les médecins ont soit anticipé, soit accepté la sectorisation et l'évolution vers une prise en charge de plus en plus extra-hospitalière et au plus proche des patients. Ils n'en ont pas encore tiré toutes les conséquences quant à l'exercice médical en psychiatrie, mais ils sont d'accord sur le fait qu'il faille travailler avec d'autres professionnels que les médecins et les infirmiers. Certains acceptent de diversifier les recrutements de professionnels et tous les chefs de service connaissent les calculs de conversion de postes d'infirmiers en

postes de psychologues, d'aides-soignants etc. Cependant ces positions sont rarement énoncées en CME, encore moins dans le projet médical.

Il n'en est pas de même des personnels soignants, qui dans certains établissements, sont nostalgiques de l'asile. Pas toujours pour des motifs illégitimes : la prise en charge globale, effectuée en asile, qui offrait aux patients lieu de vie, lieu de soin, lieu de travail et lieu de distraction a parfois été de qualité, notamment dans les établissements qui pratiquaient la psychiatrie institutionnelle.

D'autres raisons tiennent au fait que certains secteurs n'ont pas trouvé le bon mode de management des équipes extra-hospitalières.

Coexistent, et l'analyse des tâches le montre, dans certains secteurs, une unité d'hospitalisation à temps plein dans laquelle le travail est fractionné, taylorisé, les équipes changeantes, les relations avec les patients peu continues et les temps dédiés à la qualité de vie des patients, à la réhabilitation, aux différentes thérapies adjointes au traitement médicamenteux très réduits et des structures extra-hospitalières, dans lesquelles une petite équipe composée en général d'un cadre de santé, d'infirmiers, d'un psychologue à temps partiel travaillent de manière autonome et sans grand lien avec le reste des équipes. Ces positions de travail procurent certes un certain confort, celui de l'absence d'imprévu et de prise de risque individuel dans le cadre de l'unité d'hospitalisation, celui de la légèreté de la présence hiérarchique dans les structures type CMP ou CATTP. Les risques inhérents, de l'installation dans la chronicité des professionnels en miroir des malades reste le grand danger de l'unité d'hospitalisation à temps plein, celui de l'absence d'encadrement et du défaut de diagnostic du risque dans le cas des structures extra hospitalières.

322 - La nostalgie du cadre s'estompe

En même temps que se créaient les asiles psychiatriques, on érigeait cette discipline en spécialité médicale, ce fut l'une des premières.

Jusqu'en 1981, le recrutement des psychiatres et des infirmiers psychiatriques obéissait à des règles particulières : certes l'internat de médecine pouvait conduire à la spécialisation en psychiatrie, pour un petit nombre de psychiatres, qui exerceraient en libéral ou dans un service universitaire ; certes les médecins non internes pouvaient acquérir la spécialité de psychiatres en faisant un CES (certificat d'études spécialisées) en psychiatrie après leur thèse de médecine. Mais le plus grand nombre de psychiatres, notamment ceux des établissements psychiatriques spécialisés, étaient recrutés par un concours particulier, le psychiatricat.

Depuis la réforme généralisant l'internat à toutes les spécialités, les étudiants en médecine ayant réussi l'internat peuvent choisir, selon leur rang de classement, la spécialité psychiatrique. Ce choix n'est pas le premier choix et pour certains est un choix par défaut, ce qui dans une profession dans laquelle le contact et la relation avec les malades sont essentiels, peut poser problème.³⁰

Le deuxième problème posé par cette réforme est la suppression du CES, qui permettait à des médecins n'ayant pas souhaité ou pas réussi à passer l'internat dans un rang correspondant au choix qu'ils voulaient faire, de se réorienter à mi-carrière. C'était notamment le cas de

³⁰ En témoigne les rangs de classement de la psychiatrie à l'examen classant national

professionnels qui découvraient l'importance des troubles mentaux dans une consultation de généraliste notamment.

Cette réforme, ajoutée à la baisse du nombre de médecins formés, a conduit dans un certain nombre de régions ou d'établissements à instaurer une pénurie de médecins psychiatres. Cette réforme qui visait à "déspecificier" la psychiatrie, à en faire une "maladie comme les autres" a également abouti à supprimer le "cadre infirmier psychiatrique" : ceux-ci étaient recrutés par un concours spécifique et recevaient une formation spécifique.

Actuellement, on peut exercer le métier d'infirmier dans un service de psychiatrie, sans spécialisation préalable au contraire des infirmiers de salle d'opération, de réanimation etc.

Dans nombre d'établissements visités, subsiste une certaine nostalgie de l'époque des psychiatres et des infirmiers "du cadre", sans que néanmoins n'aient été donnés à la mission des éléments probants remettant en question la qualité des nouveaux psychiatres et des infirmiers diplômés d'Etat. Il est certain en tout cas que l'exercice de la psychiatrie publique n'est plus le monopole du couple psychiatre – infirmier.

323 – Une analyse des activités réalisées montre la diversité de l'allocation des temps, à l'intérieur d'une même profession

L'enquête diligentée par l'inspection dans trois établissements sur l'utilisation un jour donné du temps de travail par les différents professionnels a été riche d'enseignements.

Le premier enseignement est sans doute (à de très rares exceptions près) la parfaite collaboration de la majorité des professionnels à une telle enquête. Dans un établissements, ce sont les 4 secteurs qui ont répondu au lieu des 2 initialement sollicités pour les professionnels non médicaux, dans un autre établissement, tous les personnels médicaux et non médicaux d'un des secteurs ont répondu, il en a été de même pour l'Institut Marcel Rivière.

Au niveau des secteurs, l'intérêt d'une telle enquête, qui devrait permettre dans une exploitation ultérieure de rendre compte aussi de l'intensité de l'activité déployée auprès des malades selon les structures de prise en charge, ainsi que des formes de collaborations entre professionnels a été bien ressentie, comme un retour nécessaire sur l'organisation du travail et le service rendu aux malades.

Cette enquête a permis de rendre compte de l'extrême diversité de certaines organisations, notamment en fonction de la ressource disponible, mais aussi du projet de soin et de sa plus ou moins grande élaboration, mais également de certains invariants.

Les tableaux situés en annexe permettent de comparer l'utilisation du temps des médecins, des infirmières dans les trois établissements.

Sans porter de jugement de valeur sur la légitimité des activités réalisées, la mission a pu ainsi quantifier en pourcentages les différents temps qui composent le temps de présence effective de ces professionnels :

- Le "**temps personnel**" est celui qui ne concerne que l'agent : temps à l'arrivée pour l'habillage et la prise de fonction, temps de repas (s'il n'est pas thérapeutique) pause.

- Le temps de “ **présence directe auprès du malade** ” qui comprend les temps consacrés d’une part aux soins et aux activités thérapeutiques (soins, entretiens, préparation et distribution des médicaments, animation des ateliers) et d’autre part au nursing et aux tâches logistiques (aide au repas, au lever, à la toilette, à l’habillage, nettoyage des locaux etc…)
- Le temps de “ **présence indirecte auprès des malades** ” qui regroupe les temps utilisés pour les synthèses, les transmissions, les réunions formelles ou informelles, les contacts avec les familles, la gestion des dossiers, le téléphone, les tâches administratives etc.
- Le temps “ **institutionnel** ” consacré aux réunions des instances officielles, aux visites de structures extérieures.

La mission a pu mesurer à cette occasion, comment dans un même établissement, le temps se répartit différemment, selon que les médecins sont plutôt centrés autour du malade ou plutôt autour de l’institution. Mais si l’on analyse les différences existant entre des secteurs bien dotés (secteur n°13 à Ville-Evrard) et des secteurs beaucoup moins bien dotés, (secteur n°2 à Evreux, IMR), on constate combien il y a peu de marge de temps consacrer, malgré le projet très favorable à l’externement des soins dans ces deux derniers secteurs : le temps des médecins y est consacré majoritairement aux consultations.

LES MEDECINS PASSENT LEUR TEMPS A QUOI FAIRE ?

Le temps personnel

Le “ temps personnel ” occupe entre 8 et 11% du temps des médecins. Il est du même ordre de grandeur que celui des autres professionnels. Mais à la différence des autres, c’est essentiellement du temps de repas (qui n’est jamais thérapeutique). La durée des pauses ne dépasse pas 1,5% du temps total.

Le temps de présence directe auprès du patient

Les entretiens individuels avec les patients hospitalisés ou les consultations médicales sur le site représentent entre 36 et 45% du temps de présence des médecins. Les praticiens qui paraissent en accomplir moins, effectuent des visites à domicile par ailleurs. Au total, le temps de “ relations personnalisées ” des médecins avec les patients est donc, en règle quasi générale, de l’ordre de 45%.

Les visites dans le service (au sens traditionnel et lorsqu’elles existent) prennent entre 3 et 5% du temps. Les entretiens avec les autres professionnels du service (psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, kinésithérapeute, cadre de santé) ne dépassent pas 2% du temps.

Le temps de présence indirecte auprès du patient

Les transmissions, les discussions et les échanges informels avec les membres de l’équipe (notamment les infirmiers) à propos des patients occupent entre 7 et 8% du temps, les synthèses de prises en charge et les réunions de service formalisées entre 15 et 20%. Le quantum consacré aux familles ne dépasse pas 4%. Au total le temps passé par les praticiens à échanger avec d’autres personnes au sujet des patients est de l’ordre de 35%.

Le temps administratifs (dossiers, courriers, certificats, comptes-rendus) prend entre 15 et 20% du temps, le téléphone de 4 à 8%. La gestion “ administrative ” de la file active (par exemple pour trouver une place pour un patient dans une autre structure) qui est souvent décrié par les médecins, n’apparaît pourtant que pour 1 à 1,5%. Les temps de trajet (pour l’extra) sont de l’ordre de 2,5 à 3,5%.

Globalement le temps de présence indirecte auprès des patients est pratiquement équivalent à la durée de présence directe.

Le temps institutionnel

C’est un temps qui peut représenter jusqu’à 4% du temps total, dont 2 à 3 % pour les travaux d’intérêt général et 1% pour les réunions officielles. Il paraît donc marginal, mais il est concentré sur un faible nombre de praticiens et pour ceux-ci, il n’est pas négligeable.

Invariance des contraintes par contre, notamment en intra hospitalier, quand on constate que le temps de travail des IDE comme celui des autres paramédicaux est fractionné voire taylorisé.

Une analyse enfin du type de tâches effectuées par les IDE montre combien il y a d'évolutions possibles, dans les statuts et la définition des métiers : c'est moins de 30% de leur temps qui est consacré à des tâches "réglementairement exclusives".

Dernier constat, celui qui souligne l'importance du temps consacré aux échanges et aux réunions entre professionnels. C'est presque la moitié du temps qui y est consacré, dans le secteur n°13 de Ville-Evrard pourtant très centré sur les malades. Et ce constat est renforcé par l'analyse très détaillée qui est faite du fonctionnement de ce secteur dans l'annexe ad hoc du rapport de site : dès lors que le projet de soins vise à l'insertion la plus large possible des patients dans la vie ordinaire, chaque structure voit raccourci la durée de séjour, mais aggravées les pathologies des malades qui lui sont adressés et partant augmentée l'intensité des soins.

LES INFIRMIERS PASSENT LEUR TEMPS A QUOI FAIRE ?

Le temps personnel

Le " temps personnel " occupe entre 7 et 10% du temps des infirmiers. Il est du même ordre de grandeur que celui des médecins. Le temps des repas pris en dehors du service est pratiquement équivalent à celui des " pauses " (entre 2,5 et 4,5% pour chacun). Le temps utilisé pour la prise de fonction est de l'ordre de 1 à 2%.

Ces temps n'ont aucun lien avec la densité des effectifs (ce n'est pas parce qu'il y a beaucoup de personnels, que les durées de repas sont plus longues) mais tiennent beaucoup au contexte local et aux habitudes acquises.

Le temps de présence directe auprès du malade

Les soins et les activités thérapeutiques (au sens large) représentent entre 38 et 44% du temps de présence des infirmiers. Parmi ces activités, la préparation et la distribution des médicaments et des traitements, qui sont souvent présentées comme les tâches emblématiques de ces soignants, n'occupent que de 5 à 10% de leur temps.

Les " entretiens infirmiers ", les " recadrages ", les discussions individuelles avec les patients prennent entre 10 et 16% du temps. Les entretiens avec le médecin 5%, les soins somatiques, les prises de sang, les injections " retard " de 1 à 1,5% au total.

Par rapport au temps total infirmier, les autres tâches apparaissent de moindre importance en volume, mais il ne faut pas oublier qu'elles sont exécutées par un nombre réduit de personnes. Il en est ainsi, d'une part des activités extra hospitalière : les visites à domicile totalisent 5% du temps total, l'animation des ateliers de 4 à 8%, l'accompagnement des malades de 2,5 à 5% et d'autre part du travail des équipes de nuit : les tournées de surveillance mobilisent de 2,5 à 3,5% du temps de présence infirmier, la veille et l'attente entre deux tournées de 4 à 5%.

Les tâches de nursing et logistiques effectuées par les ces soignants occupent entre 8 à 16% de leur activité. Parmi les premières, les changes, la réfection des lits, celle des chambres représentent de 0,5 à 1,2% du temps, l'aide au lever, au coucher, à l'habillage, à la toilette : de 1 à 2%, ce qui est marginal. Parmi les secondes, la préparation et la distribution des repas comptent pour 0,7 à 1,8%, la surveillance des repas pour 0,5 à 3%, les repas thérapeutiques pour 0,7 à 3,6% et la desserte des repas pour 0,3 à 0,7%. En moyenne, " l'activité repas ", (hors distribution des médicaments et hors repas thérapeutiques) occupe environ 3 à 5 % du temps des infirmiers, alors que cela ne paraît pas être de leur compétence première. La distribution des produits (dont le tabac) totalisent de 0,1 à 0,5% du temps et les activités de nettoyage et de rangement de 1 à 3%.

Globalement, le temps de présence directe des infirmiers auprès des patients représentent de 48 à 58% du temps total.

Le temps de présence indirecte

La majeure partie du temps de présence indirecte est consacrée aux transmissions orales ou écrites (10 à 13%) aux synthèses de prise en charge et aux réunions de service (10 à 14%). Le temps passé avec les familles est marginal, de 0,2 à 0,7%. Lorsque le système du " renfort " existe, il peut occuper jusqu'à 2% du temps et les trajets de 1,5 à 6%.

Le temps administratif (dossiers, plannings, certificats, commandes repas ou matériels..) qui est souvent décrié par les infirmiers, représente de 5 à 10% du temps total, les appels téléphoniques de 3 à 8%. En moyenne ces tâches obèrent entre 10 et 14% du temps disponible et l'encadrement des élèves et des stagiaires de 1,5 à 3%

Le temps d'ouverture et de fermeture des portes : 0,5%, celui des courses effectuées à l'extérieur du service de 0,5 à 1%.

Globalement, le temps de présence indirecte des infirmiers auprès des patients représentent de 35 à 44% du temps total.

Dès lors, chaque acte est souvent plus long à accomplir. Administrer un médicament à un malade en chambre de soin et d'isolement nécessite souvent l'intervention de deux ou plusieurs personnes et prend une demi-heure.

La surveillance doit se faire toutes les heures. Mais de plus, il est nécessaire pour les professionnels qui sont confrontés à ces malades de prendre de la distance et d'échanger sur l'acte accompli avec d'autres professionnels. Pour une meilleure évaluation et pour un soutien.

Le temps consacré à ces échanges n'est donc pas du temps perdu.

L'ensemble de ces constats corrobore l'intuition de nombre de professionnels sur les évolutions de leur métier. Mais ils prennent parfois le contre-pied du sens commun. Ainsi de la différence qui serait " incommensurable " entre les tâches effectuées par des infirmiers ou par des aides-soignants. Ainsi également de l'importance du travail administratif, qui est souvent ressenti comme prenant plus de temps que dans la réalité, parce qu'il semble du temps déduit du soin. Ainsi enfin de la dureté du travail de nuit : dans l'ensemble, les heures difficiles en psychiatrie sont plutôt diurnes que nocturnes, ou liées à des temps de repas, des temps d'attente et de montée de l'angoisse (17h – 21h) qu'à la nuit. Qui du fait des traitements administrés aux malades, se termine assez tard le matin, puisque c'est vers 8h que l'on commence à distribuer les petits déjeuners et les médicaments.

En revanche, le temps de nuit, que la mission a compté comme " temps direct auprès du patient " faute d'autre activité notée, n'est consacré à un soin ou une surveillance actifs que pour un quart du temps. Le reste est un temps d'attente et de veille entre deux rondes de surveillance. Mais c'est le " prix à payer " pour assurer la sécurité.

C'est à partir de ce type de connaissances que les secteurs pourraient s'organiser et que les établissements pourraient établir une prospective un peu plus détaillée concernant leurs besoins en personnels et les organisations de travail.

324 - Un manque de réflexion sur l'évolution des métiers

Une telle réflexion devrait s'asseoir sur une conception plus large des métiers, voire une remise en cause de la fragmentation des tâches entre ceux-ci.

Quelques exemples en démontrent.

3241 - Agents des services hospitaliers et aide-soignants : un mépris injustifié

Malgré l'entrée en nombre des aide soignante dans les services de psychiatrie, ces personnels sont encore trop souvent considérés avec une certaine condescendance, notamment par les infirmiers diplômés. D'un point de vue syndical, on considère souvent que le remplacement d'un certain nombre d'infirmiers par des aides-soignants constitue une dégradation du service public.

A Pierrefeu-du-Var, les effectifs ont connu les évolutions suivantes entre 1997 et 2005 : les effectifs soignants ont augmenté globalement de 10%, avec les évolutions suivantes :

- les cadres de santé ont perdu 3 postes, soit 3% de leurs effectifs ;
- les effectifs infirmiers ont augmenté un peu (+5%) ;
- les psychologues ont vu doubler leur effectif (passant de 5 à 11 postes) ;
- les aide soignants ont progressé de 17% et les agents de soins hospitaliers ou les animateurs d'ateliers de 60%.

La structure d'emplois est la suivante pour les soignants non médecins : sur 469 emplois, 8% sont cadres de santé, 2% psychologues, 59% infirmiers, 15% aides soignants et 16% agents de soins hospitaliers ou animateurs d'atelier.

A Evreux, l'évolution comparée des effectifs infirmiers et des effectifs d'aide soignants a été la suivante : 44 % pour les IDE et 23 % pour les aide soignants et 15 % pour les ASH.

Les établissements usent de différentes stratégies pour faire face à cette évolution, due d'abord aux difficultés de recrutement d'infirmiers.

- Un certain nombre d'aide soignants, notamment ceux présents la nuit et les week-ends sont des élèves infirmiers, qui à partir de la deuxième année ont le droit d'exercer ce métier. Ceci a l'avantage d'attirer un certain nombre de futurs infirmiers vers la psychiatrie et parfois le secteur.
- A l'IMR, les aides-soignants bénéficient comme les infirmiers diplômés d'Etat arrivant d'un autre IFSI³¹ que celui de l'établissement, de la formation spécialisée en psychiatrie délivrée par celui-ci à ses élèves infirmiers.
- Dans trois secteurs contrôlés par l'IGAS, les agents hospitaliers et les aide soignants participent au travail collectif, notamment aux réunions d'équipes.
- Dans d'autres établissements au contraire, le recours aux aides-soignants est vécu sans anticipation et sans adaptation : c'est ainsi qu'au CHS d'Evreux (mais aussi dans d'autres établissements) les postes infirmiers vacants ont été gelés et on a engagé sur ces postes des aides-soignants contractuels, " pour pouvoir conserver les postes une fois revenus à meilleure démographie ! ". Cette gestion des ressources humaines aboutit à ne pas faire bénéficier ces aides soignants de la sécurité de l'emploi, risque de les envoyer vers des établissements leur offrant de meilleures conditions de travail et surtout n'utilise pas la stratégie de la promotion interne qui permettrait de pallier certains manques d'effectifs infirmiers.

De manière générale, l'inspection estime qu'il serait plus productif de mettre en place des formations communes aux infirmiers et aux aide soignants qui débouchent sur la constitution de collectifs de travail efficaces.

3242 - Psychologues : une intégration dans les équipes difficile

Les psychologues constituent une profession dans laquelle il n'existe pas de nombreux clausus et qui a attiré beaucoup de jeunes. En revanche, l'exercice salarié en hôpital psychiatrique n'offre ni un statut très attractif, ni l'autonomie qu'ils revendiquent souvent. De plus certains

³¹ IFSI : institut de formation en soins infirmiers.

établissements refusent de transformer les postes de vacataires à temps partiel en postes à plein temps (même pour les psychologues qui le souhaitent) ou alors ceux qui sont “ pré-embauchés ” par les médecins ne réussissent pas au bon moment le concours qui est régional.

Le problème auquel se heurte cette profession, du fait de sa formation et du fait de son statut d'emploi est celui d'une intégration difficile dans les équipes.

Alors que le gros des bataillons de soignants sont formés à l'hôpital (internat et IFSI), les psychologues le sont à l'université, sans formation en alternance.

De plus, l'emploi de psychologue hospitalier n'est qu'une des voies qui leur sont offertes et souvent ils poursuivent deux déroulements de carrière, à l'hôpital, à temps partiel pour s'assurer une formation et un salaire fixe et un travail en libéral, ou dans une autre institution.

Enfin, en raison de leur faible poids dans les effectifs hospitaliers et de leur plus faible temps de présence résultant de leur statut, ils ne constituent souvent que des auxiliaires ou des collaborateurs des médecins, qui d'ailleurs les choisissent, font créer leurs postes, les forment et parfois les encadrent.

L'intégration des psychologues dans le fonctionnement institutionnel de l'établissement est difficile : en effet ils n'apparaissent pas en tant que professionnels dans les diverses instances de l'établissement (CA, CME, CTE, CHSCT). Ils ne peuvent l'être qu'à condition d'être élus au titre d'une organisation syndicale représentative ; dans cette hypothèse, par essence marginale du fait du poids structurel de leurs effectifs, ils ne peuvent en aucun cas représenter leur profession. A Thuir, les relations de travail entre la DRH et le collège des psychologues pallient en partie ce constat. Mais cela est dû au comportement des personnes et n'a pas été vu dans les autres établissements, sinon à l'Institut Marcel Rivière, établissement dans lequel les psychologues sont associés au même titre que les médecins aux réunions professionnelles et de formation dans l'établissement.

Des solutions sont avancées à divers endroits, ainsi par le médecin directeur de l'IMR qui souhaite recruter des psychologues dans une formation universitaire organisée sous forme de master professionnel, après le diplôme, formation en alternance avec des services psychiatriques.

Il est clair en tout cas, que tant que leur statut imposera un temps de présence à l'hôpital aussi restreint, assorti d'une réticence importante de leur part à accepter de rendre compte de leur travail avec les patients, il sera difficile de les intégrer dans une équipe.

Il faut noter enfin qu'une implication plus grande en termes horaires dans le service amène quasi automatiquement une meilleure intégration et une meilleure reconnaissance.

A l'IMR, selon la convention collective de 1951, les psychologues font le même nombre d'heures que les médecins et ne disposent pas d'un temps FIR. Ils sont encadrés par le médecin directeur, ils participent aux réunions médecins - psychologues sur l'établissement et selon les entretiens effectués, ils ont témoigné de leur satisfaction de travailler dans cet établissement, certains y ayant d'ailleurs une ancienneté très importante.

A Thuir, les psychologues qui disposent du même statut avec temps FIR que dans tous les établissements publics, ont utilisé leur temps FIR très largement en dessous du temps

théoriquement alloué ; en effet, ce temps a représenté 21% du temps de travail dans un secteur, mais rien dans l'autre. Dans les deux secteurs les psychologues travaillaient pendant un temps largement supérieur au temps dû.

3243 - Assistantes sociales : une approche bureaucratique de leur fonction

Dans la structure psychiatrique hospitalière, l'assistante sociale était celle qui était et faisait liaison avec l'extérieur du patient : sa famille, les institutions autres que l'hôpital.

Dès lors que les patients sont souvent traités à l'extérieur et qu'en tout cas c'est cette insertion qui est le but, quel peut être le rôle de l'hôpital ?

D'autant que souvent les personnels infirmiers et paramédicaux sortent avec les malades de l'hôpital pour accomplir des actes de la vie quotidienne ou participer à la vie ordinaire.

Le constat est brutal : il n'y a pas eu de réflexion sur l'évolution de ces métiers et d'une certaine manière, l'assistante sociale en psychiatrie est devenue la " bureaucrate de service " : chargée d'instruire les dossiers complexes, notamment de prise en charge, de régler les problèmes administratifs des patients (retraite, AAH³²...) et également chargée de trouver des solutions pour orienter les patients au long cours hors de l'hôpital, en maison de retraite, en maison de repos, en institution médico-sociale.

Deux compétences des assistantes sociales sont peu utilisées : l'évaluation sociale des situations, conjointe à l'évaluation thérapeutique, qui permettra de trouver une solution pour les patients, en terme de continuité de soins et de type de vie (en famille, seul, en institution...) et le développement de l'insertion des patients dans la communauté, par le travail social collectif.

On peut expliquer le manque de recours à l'assistante sociale pour évaluer les potentialités des patients, par la situation des institutions médico-sociales, qui fait que le plus souvent c'est l'offre de places qui va déterminer le choix pour le patient.

Quant au deuxième point, il est lié d'une part à un manque de formation des assistantes sociales françaises à ce type d'intervention et d'autre part au petit nombre d'assistantes sociales, qui conduit les directions d'établissements à les affecter essentiellement sur les tâches hospitalières précédemment décrites.

Enfin, certaines équipes préfèrent adresser les patients suivis en ambulatoire aux services sociaux départementaux, ou aux CCAS, oubliés peut être du fait que le développement du lien social pour les malades mentaux se fait parfois plus facilement en " groupe de pairs " que dans des lieux et des activités où ils sont mélangés avec des personnes démunies, mais qui ne noueront pas forcément de liens avec elles.

Dans le secteur n°13 de Ville-Evrard, l'assistante sociale suit le fonctionnement de l'association d'usagers, elle participe aussi aux évaluations à domicile.

³² Allocation adulte handicapée.

Dans certains établissements, ce sont les assistantes sociales qui aident à mettre en place des groupes d'entraide mutuelle, qui ressortissent bien d'un travail social avec les groupes.³³

Il est clair que si l'on ne veut pas que les assistantes sociales, soit s'étiolent du fait du faible travail accompli, soit s'étouffent sous les paperasses administratives que souvent des agents formés seraient pus à même d'instruire, il est nécessaire de repenser leurs profils de postes et les formations en conséquence.

3244 - De "nouveaux métiers" peuvent être utiles

La mission n'a pas exploré l'ensemble des métiers présents dans les établissements psychiatriques.

On note cependant deux points : le recours à de nouveaux profils, notamment socio-éducatifs ou même extérieurs au milieu est dynamique ; il se heurte pourtant souvent aux lourdeurs de la gestion statutaire.

A l'IMR, on recourt à des auxiliaires de vie sociale, pour effectuer l'accompagnement de patients suivis en extra hospitalier dans les difficultés propres à leur pathologie de la vie quotidienne.

De même on y engage d'anciens sapeurs pompiers de la Ville de Paris, qui font fonction à la fois de moniteurs de sports pour les patients et d'agents de sécurité. Enfin, on y regroupe en un pôle de compétences des professionnels kinésithérapeutes, psychomotriciens, ergothérapeutes et médiateurs culturels (enseignants) pour animer des activités socio-éducatives dans l'établissement et un peu à l'extérieur.

Des difficultés administratives peuvent cependant s'opposer à la reconnaissance de ces nouvelles compétences

Comme cela est exposé dans l'annexe consacrée à cette professionnelle, l'auxiliaire de vie sociale interrogée par la mission est très satisfaite du contenu et des conditions de son travail ; en revanche, elle n'apprécie pas le titre qui lui est attribué par la convention collective de 1951, appliquée à l'IMR : alors qu'elle possède le diplôme d'auxiliaire de vie sociale, diplôme de travail social, elle est considérée, parce que ce titre n'est pas reconnu par la convention collective, comme agent des services hospitaliers. Elle va donc essayer d'obtenir par la VAD³⁴ le diplôme d'aide soignante. Mais elle sait qu'elle ne restera pas sur les fonctions qu'elle occupe actuellement et elle le regrette.

³³ Cf. le travail fait sur un secteur de Maison Blanche par une assistante sociale pour des usagers qui se sont organisés en association " Qu'est ce qu'on fait dimanche ?".

³⁴ VAD : validation des acquis de l'expérience.

33 – Une gestion des emplois et des compétences encore balbutiante

331 - Pas de suivi ni d'anticipation des évolutions démographiques

La connaissance du GVT³⁵ est utile, parce qu'elle permet, à tableau des emplois stable d'une année sur l'autre, de prévoir les dépenses consécutives aux augmentations de rémunération, à l'acquisition d'ancienneté et à l'avancement des agents, avec ou sans concours. Elle permet également d'anticiper le remplacement de personnels partant à la retraite par des personnels plus jeunes. Il devrait enfin permettre, dans les conditions d'une demande de travail suffisante dans toutes les professions, de choisir non seulement quel profil recruter par métier, mais également de construire une pyramide des âges qui permette une évolution des dépenses de personnels sans à coups. Bien évidemment, on n'atteint pas, ou plus, cette situation idéale et rares sont les établissements qui choisissent leurs candidats médecins, infirmiers voire aides-soignants.

Néanmoins une connaissance grossière de la pyramide des âges des médecins, des psychologues, des infirmiers, bref des professions qu'il faut former pendant plusieurs années, devrait permettre aux établissements de développer des stratégies de recrutement à long terme.

Il est frappant de voir que les établissements contrôlés n'ont que peu de rapport avec les universités. En période de pénurie les services des CHU font les enseignements, ont les postes d'internes et à la sortie les candidats aux postes d'assistants, chefs de cliniques et de praticiens hospitaliers. Les CHS sont nettement désavantagés, alors qu'ils constituent une part importante de la psychiatrie publique. C'est pourquoi également toute réforme de la formation des psychologues et la création éventuelle d'un internat en psychologie psychiatrique devrait avoir pour impératif de répartir enseignements et postes d'internes à égalité entre les CHS et les services des CHU.

S'agissant des infirmiers, il faut désormais considérer qu'il y a deux viviers pour la profession d'infirmiers, celui des candidats directs aux IFSI et celui de la promotion interne des aides-soignants voire des agents hospitaliers.

332 – Quelle GPEC³⁶ pour la psychiatrie ?

Cette courte analyse des professions et des tâches exercées dans les CHS montre que l'on est peut être arrivé au bout de la logique de l'identité professionnelle "à la française" qui relie de manière forcée diplôme, métier et activités.

D'une part, les enquêtes menées et plus encore l'examen détaillé des tâches réellement exercées par les agents, montrent bien qu'entre l'activité d'un psychologue, celle d'un infirmier, celle d'une aide soignante, celle d'une assistante sociale il y a souvent des recoupements.

³⁵ GVT : glissement vieillesse technicité.

³⁶ GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

D'autre part, on peut sérieusement se demander si entre une aide soignante bien formée à la psychiatrie et une infirmière fraîchement émoulue de l'école et ayant atterri par défaut en psychiatrie, ce n'est pas la première qui sera la plus compétente, au sein d'une équipe bien encadrée.

Mais surtout, la logique de segmentation par métiers induit, qu'on le veuille ou non, des réflexes corporatistes qui entravent le travail d'équipe, l'évaluation et l'implication collective.

Ne serait-il pas plus intéressant, une fois identifiées des fonctions, de réfléchir aux compétences et aptitudes nécessaires pour les remplir, ce qui permettrait à terme à un certain nombre de professionnels d'acquérir des compétences complémentaires et aux équipes d'évoluer de manière plus cohérente ? Reste que dans les établissements visités à quelques exceptions près il n'existe pas de répertoire complet des métiers, des emplois et des compétences tels qu'ils sont exercés, pas plus d'ailleurs que ne sont identifiés les nouveaux emplois et nouvelles compétences que supposerait dans chacun des cas la mise en œuvre des projets médicaux.

Il serait en tout cas utile et pertinent d'observer comment agissent des pays étrangers, confrontés aux mêmes besoins pour former et gérer les professionnels compétents.

PARTIE 4 – APPRECIATION GENERALE, PROPOSITIONS

Le présent rapport s'appuie sur six contrôles d'établissements psychiatriques, sous l'angle de la gestion des ressources humaines. Dans chacun des établissements contrôlés, les missions ont relevé un certain nombre de difficultés, de manquements aux règles, de risques pour l'exercice de la mission de psychiatrie, du fait des conditions d'attribution et de gestion des moyens humains.

Chaque contrôle a fait l'objet d'un rapport, établi selon la procédure contradictoire et il appartient maintenant à ces établissements et à leurs tutelles de mettre en œuvre les améliorations nécessaires.

En revanche, un certain nombre de phénomènes décrits de manière répétée lors des six contrôles ne pourront être corrigés qu'avec une réforme de grande ampleur, qui touchera à la fois à la manière dont on détermine les moyens nécessaires à la psychiatrie, mais aussi à leur gestion et notamment à la gestion des statuts des personnels et à leur organisation.

On l'a dit, en introduction, la psychiatrie publique est décrite tantôt comme “ le village gaulois ”, dans lequel quelques professionnels particulièrement courageux travaillent jour et nuit pour s'occuper des malades, malgré les coupes sombres effectuées par l'administration dans les moyens de la psychiatrie, les fermetures de lits si décriées ; tantôt, les psychiatres ne seraient jamais présents dans leurs services, occupés sans cesse à des tâches d'intérêt général, des expertises, voire des activités annexes ; les psychologues ne viendraient que très épisodiquement dans les dispensaires et les infirmiers seraient essentiellement occupés par le combat d'arrière garde des anciens du cadre des infirmiers psychiatriques contre les néophytes du diplôme d'Etat. Tout ceci sur fond de scandale de l'abandon des malades, sans toit ni loi, sur les trottoirs et dans les prisons.

La situation qu'ont rencontrée les missions dans chacun des six établissements contrôlés est tout autre :

- l'implication des personnels et leur volonté de s'occuper des malades est réelle ;
- les moyens humains ne sont pas si réduits qu'on en soit partout à des situations de rupture ;
- la richesse et l'inventivité de nombre d'équipes de psychiatrie, notamment en matière de suivi extra-hospitalier est remarquable ;
- les manquements et les irrégularités, dans la gestion administrative et financière, ne sont pas la majorité et en tous cas ne diffèrent pas de ceux qui existent dans les hôpitaux à vocation généraliste.

Ce qui est frappant en revanche, c'est la difficulté de communication entre les différentes autorités en psychiatrie : “ mécompréhension ” et méconnaissance réciproques entre les directions d'administration centrale et les professionnels, notamment parce que ce ne sont que

les représentants syndicaux qui participent aux groupes de travail³⁷ ; incompréhension quant au sens que pourraient avoir pour la psychiatrie d'un certain nombre de réformes, qui, il faut le dire n'ont pas été imaginées pour cette spécialité, voire ont manqué l'adaptation spécifique ; manque d'encadrement du suivi des professions et notamment de l'évolution des fonctions et partant des compétences, ceci au profit d'une réflexion très "administrativo-administrative" sur les métiers et les statuts ; impossibilité enfin de trouver un terrain d'entente entre financeurs, politiques, professionnels et gestionnaires pour construire un outil simple et robuste qui permette d'attribuer les moyens aux différents établissements de manière un peu rationnelle et rigoureuse.

C'est à la correction de ces tendances que s'est attachée la réflexion de la mission, en proposant quelques objectifs et une méthode de réforme.

41 - Ni désert, ni chaos, la GRH en psychiatrie ne souffre pas de dysfonctionnements spécifiques

Si les établissements psychiatriques ne sont ni mieux ni moins bien gérés que la moyenne des établissements hospitaliers, certains dysfonctionnements doivent être redressés, de manière à octroyer les moyens nécessaires à la réalisation des projets de soins.

411 - Un laxisme constaté dans certains endroits doit être corrigé avant l'octroi de tout moyen supplémentaire par l'ARH

Dans un certain nombre d'établissements, et ce ne sont pas les plus mal dotés, les accords de RTT ont été élaborés de manière si laxiste, que malgré les postes supplémentaires accordés, les ressources soignantes au lit du malade ont diminué.

Dans d'autres établissements, malgré les évolutions du dispositif de soins, l'organisation du travail n'a pas suivi, l'utilisation trop dispendieuse des personnels pour certaines fonctions (gardes, urgences, veille...) obérant le développement d'une psychiatrie dans la cité, allant au devant des malades.

Il est clair que les organisations de travail qui contreviennent à la législation et à la réglementation, les accords de RTT si flous que chacun peut les interpréter à son profit, les jours et heures octroyées en plus, tous ces avantages acquis ne peuvent plus coexister avec une revendication toujours plus forte de moyens supplémentaires.

Chaque Agence Régionale de l'Hospitalisation doit donc faire effectuer dans tous les établissements psychiatriques un état des lieux du temps payé et du temps travaillé et de l'affectation de ces temps. Cet exercice doit être préalable à toute augmentation de moyens et doit être inscrite dans la préparation de la prochaine campagne budgétaire.

³⁷ Il ne s'agit pas de critiquer cet élément essentiel du dialogue social, mais de noter que l'on confond souvent dialogue social et dialogue professionnel. Dans un cas, il s'agit de défendre des salariés, dans l'autre d'élaborer avec tous les professionnels concernés une posture de travail.

412 - Donner un sens aux moyens demandés et octroyés

Une telle remise à plat et dans les règles ne saurait signifier que les établissements psychiatriques peuvent se voir supprimer, de manière arbitraire, un certain pourcentage de leurs moyens, au profit d'autres spécialités (dont on n'est pas sûr du tout qu'elles fonctionnent de manière plus rigoureuse).

L'octroi de moyens supplémentaires doit cependant correspondre à des engagements de soins par secteur et par établissements. C'est à dire que quelle que soit la procédure adoptée pour fixer le budget d'un établissement psychiatrique, sa construction doit obéir à une logique, définissant l'activité et les structures de soins choisies pour l'exercer.

Mais on ne peut pas se contenter d'une description normée des différentes structures (CMP, Hôpital de jour, CATTP, HAD) dont les moyens ne différencieraient qu'en fonction du nombre de lits et places. Selon le mode de fonctionnement choisi, l'amplitude ouverte, l'intensité des soins correspondant au projet de soins, les moyens nécessaires ne seront pas les mêmes. Il est donc nécessaire de demander à chaque secteur d'analyser ses coûts en personnels et d'accompagner chaque projet de développement d'une analyse des personnels nécessaires.

On ne peut plus se contenter de déclarations d'intentions : ce sont de vrais engagements de soins (objectifs et moyens) dont il doit s'agir. Ces démarches de justification des moyens utiles en fonction de leur utilisation doivent bien sûr être appliquées aux organisations sectorielles, mais aussi intersectorielles ; les pôles des fonctions supports doivent suivre la même démarche.³⁸

42 - Les spécificités du soin psychiatrique doivent être prises en compte

421 – Adapter l'appareil de soins n'est pas stigmatiser les malades mentaux

La psychiatrie publique en France s'est érigée comme système d'accueil et de soin des personnes souffrant de troubles mentaux en même temps qu'elle acquerrait son autonomie par rapport à la médecine, en devenant une spécialité.

Retirer les aliénés aux quartiers généraux des hôpitaux et autres dépôts de mendicité a constitué un progrès. La fin du XX^e siècle a en revanche été un long chemin vers la "déspécification", ressentie comme la stigmatisation.

La loi sur les droits des malades, qui ne reconnaît la spécificité de l'état de pathologie mentale que quand la personne est hospitalisée sans son consentement a sans doute constitué l'étape ultime de ce processus de banalisation.

Il n'appartient pas à l'Inspection, et en tout cas pas dans le cadre du présent rapport, de se prononcer sur cette question complexe de la spécificité des troubles mentaux et des avantages et risques de leur banalisation.

³⁸ L'imprécision de telle directrice des ressources humaines qui expliquait à la mission qu'elle diminuerait le nombre de personnels, en prenant sur les services techniques, "par exemple, en supprimant les potées de gèranium sur les rebords de fenêtre" donne à réfléchir !

En revanche, les soins psychiatriques sont eux organisés de manière spécifique. Tout d'abord, il est parfois nécessaire de soigner des personnes sans leur consentement, parce que leur état de santé ne leur permet pas de donner ce consentement de manière éclairée ; ensuite, le cours de la maladie mentale, particulièrement des pathologies de type psychotiques, avec leurs longs moments de stabilité, la nécessité de suivre des traitements, même quand les symptômes ont disparu, la difficulté de cette observance, les risques de " crise ", c'est à dire de réapparition des symptômes les plus perturbants, personnellement et socialement nécessitent une organisation de soins spécifiques.

Il faut le dire et le redire, l'asile a été un formidable progrès pour les malades mentaux, parce qu'il a été conçu pour les accueillir et les soigner ; mais il a été et est toujours un danger de chronicisation des malades, qui deviennent au bout d'un certain temps d'hospitalisation presque incapables de vivre à l'extérieur.

Même des séjours de durée moyenne, dès lors que leur durée dépasse le temps de contention nécessaire du fait des symptômes, ont des effets pervers de désocialisation très rapides. Les expériences d'hospitalisation à domicile ou d'intervention à domicile le montrent : elles n'améliorent pas tant le pronostic quant à la gravité de la maladie, mais elles permettent de construire des rapports des malades et de leurs familles avec les équipes soignantes qui sont un gage de meilleure insertion des personnes souffrant de troubles psychiques.

La psychiatrie ne peut donc pas être organisée selon un modèle réservé à l'aspect curatif aigu, elle doit disposer d'une offre de soins globale, qui couvre prévention primaire, secondaire et tertiaire, soins aigu et continuité de la surveillance et des soins.

Des modèles de gestion des ressources humaines adaptés à ces spécificités doivent être développés, sans qu'on puisse déduire de cette nécessaire adaptation des outils, une stigmatisation des malades. Non la maladie mentale n'est pas une " maladie comme les autres " ; oui les malades mentaux sont des citoyens comme les autres ; ils doivent être soignés en fonction des impératifs de leur pathologie et bénéficier des mêmes droits de citoyens que tous.

422 - Favoriser le dialogue professionnel – Construire des projets d'établissements en partant de l'analyse de l'existant

Depuis la loi hospitalière de 1991, on applique à la psychiatrie, avec les retards dus à sa spécificité, les réformes générales, élaborées pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Il en a été ainsi, avec l'échec constaté, du PMSI et si l'on n'y prend garde, il en sera de même avec la T2A.

Il en a été de même pour l'organisation des relations de travail à l'intérieur des établissements psychiatriques, du rôle des différentes directions et des pouvoirs des chefs de service. Il en sera de même, quant à l'application de la nouvelle gouvernance.

Le débat, on l'a montré à plusieurs endroits, s'est polarisé sur la question du découpage des établissements en pôles : regrouperaient ils plusieurs secteurs, tous les secteurs, un seul secteur ? Avec des réponses diverses, tous les secteurs de psychiatrie pour les CHU et un secteur par pôle ou un pôle par secteur pour les CHS.

Pourtant, la question première qui eût dû être posée n'était pas tant celle-ci que celle de l'organisation de l'établissement en secteurs et en intersecteurs. Qu'un établissement soit découpé en plusieurs secteurs, c'est à dire des offres de soins généralistes et territorialisées ne devrait pas empêcher qu'il recherche et trouve des solutions de collaboration entre les secteurs pour traiter des questions de pathologies très spécifiques, de populations particulières quant aux soins, de services spécifiques : l'accueil des adolescents, des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, des délinquants souffrant de troubles psychiatriques, mais aussi l'accueil de l'urgence, l'organisation de la permanence de soin et d'accueil pour les malades suivis en ambulatoire ne peuvent pas ressortir d'un seul secteur, couvrant au maximum 150 000 personnes. Une mutualisation des moyens soignants, mais également une mutualisation des relations avec les professionnels des secteurs social et médico-social est nécessaire.

Gestion autonome, mais contrôlée du secteur, gestion commune ou déléguée de missions intersectorielles nécessitent donc une organisation spécifique, qui doit être adaptée à chaque situation.

Le projet d'établissement doit être le fruit d'une telle analyse précise des objectifs et des obstacles à lever pour les atteindre et des moyens nécessaires.

Pour gérer un tel établissement, il est nécessaire que l'équipe exécutive au lieu d'être un énième lieu d'affrontements entre les différents professionnels et particulièrement les soignants et les administratifs soit un collège de décideurs.

Ses membres ne sont pas représentants de corporations, mais membres d'un organe de décision.

Pour éclairer les décisions, piloter la démarche de projet, réorienter les décisions de gestion et d'organisation selon une logique clinique, il est nécessaire que la CME ne soit pas l'instrument de représentation et de pouvoir des médecins, mais un organe d'élaboration d'un programme de soins ; elle pourrait dans ce sens accueillir les psychologues et les cadres supérieurs de santé.

Les conseils de service devraient être les unités de base d'une telle démarche d'analyse projective, synthétisant le travail multi-professionnel mené au niveau de chaque structure.

Reste à convaincre les établissements, mais aussi l'administration centrale des bienfaits d'une organisation différenciée selon les sites et d'abord congruente avec la réalité à organiser.

Le travail des ARH devrait être de s'assurer que chaque établissement a construit ainsi son projet, validé par les instances de concertation et de décision . L'appui des consultants devrait être refusé quand il s'agit de dupliquer à l'identique des projets abstraits qui ne reposent pas sur une analyse participative.

423 - Avoir des établissements de taille raisonnable

Un certain nombre d'établissements, dans ceux que la mission a visités, essentiellement le CHS de Ville-Evrard sont tellement importants, qu'il est illusoire de penser qu'ils puissent développer un projet commun encore moins qu'un organe de direction quel qu'il soit puisse les encadrer.

Un établissement de quatre secteurs adultes (500 000 personnes au maximum) et deux secteurs infanto-juvéniles, permettrait une mutualisation à taille gérable des fonctions spécialisés (ados, vieux, urgence, UHSA).

La restructuration de grands établissements mérite une mission spécifique, nécessaire en tout cas pour un établissement comme Ville-Evrard, qui paraît échapper à tout pilotage.

43 - Revoir les statuts des différents personnels

Le débat en psychiatrie s'est focalisé essentiellement sur la réforme supprimant l'internat spécifique et le cadre infirmier, au profit de l'internat général et le diplôme d'état d'infirmier.

Les arguments en faveur de l'un ou l'autre des statuts paraissent s'équilibrer et il ne paraît pas raisonnable de procéder à une nouvelle réforme.

Mais il est nécessaire de répondre à des questions de pénuries de personnels d'une part et à mieux utiliser les différents potentiels des professionnels d'autre part.

431 - Répondre aux problèmes urgents de pénuries de soignants

4311 - Si le manque de psychiatres n'est pour l'instant pas catastrophique, des mesures préventives doivent être prises

Le taux de psychiatres par habitant est en France un des plus élevé en Europe.

Trois problèmes se posent cependant de manière immédiate :

- l'inégalité de dotations entre établissements, alors qu'ils ont les mêmes obligations.
- la difficulté de certains établissements à recruter ;
- la " fuite " des psychiatres vers l'activité libérale et les établissements privés.

Le premier problème mérite d'être posé avec transparence et devant toute la profession. Diverses solutions peuvent être envisagées, dont l'affectation autoritaire en début de carrière, dont la bonification de carrière pour certains postes.

Plus simplement, si l'on ne veut pas que les écarts s'accroissent, il faut supprimer dans les établissements qui ont un nombre de postes élevés, les postes non pourvus immédiatement, voire introduire une priorité d'affectation aux établissements moins bien pourvus.

Cette péréquation des moyens autorisés est du ressort du ministère et il serait grave que la réforme budgétaire en limitant les crédits de personnels aux situations actuelles ne fige, une fois de plus, les inégalités.

Autre solution, doter les établissements à faible potentiel de médecins d'un nombre confortable de postes d'internes et donc accroître les postes dans les régions les moins bien pourvues³⁹. Certes cette solution se heurterait aux intérêts des universités, mais elle paraît la

³⁹ La répartition des internes est fixée conjointement par le ministère de l'enseignement supérieur et le ministère de la santé, mais ce sont le plus souvent les intérêts de l'enseignement supérieur qui prévalent. (entretien DGS).

seule capable de renverser certaines situations. L'université de Rouen devrait avoir assez de postes pour affecter un interne par secteur au moins à l'hôpital d'Evreux, alors que celle de Créteil pourrait voir diminuer son nombre de postes, Ville-Evrard n'ayant pas les plus grandes difficultés à recruter.

4312 - La réforme du mode d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée

Sans revenir au cadre et rétablir le psychiatricat, il serait envisageable de réintroduire une deuxième voie d'acquisition du titre de psychiatre, pour les médecins soit généralistes, soit spécialistes d'autres spécialités, qui pourraient, en cours de carrière, réorienter celle-ci.

Actuellement, ils se forment en suivant un enseignement de type DUP, mais on pourrait envisager une sorte de congé individuel de formation qui leur permettrait de se former à plein temps pendant un an.

4313 - Les psychologues peuvent ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?

Ce n'est pas seulement parce qu'on manque de psychiatres et qu'on a formé un grand nombre de psychologues qu'il faut envisager un glissement de certaines fonctions médicales vers ceux-ci. C'est aussi parce qu'ils représentent une certaine tradition de la psychiatrie européenne, pas uniquement arcbutée sur les traitements chimiothérapeutiques. C'est aussi parce qu'ils possèdent en principe des compétences permettant de développer des aspects très importants en psychiatrie :

- évaluations des capacités cognitives et mise au point de programmes de réhabilitation ;
- psychothérapies de diverses natures, et également de soutien dans les cas de traitement médicamenteux lourd ;
- supervision de groupes de soignants, pour éviter les phénomènes de chronicité, de maltraitance ...
- encadrement d'équipes, notamment de professionnels d'horizons divers.

Il est clair qu'il serait également intéressant de pouvoir leur confier des accueils de première ligne, dès lors que nombre de demandes de consultations signifient plutôt une souffrance psychique qu'une pathologie psychiatrique.

La question de savoir s'ils devraient avoir le droit de prescrire ou de renouveler des prescriptions au long cours mérite d'être posée.

Une telle évolution nécessiterait une spécialisation après le diplôme général de psychologue, peut être l'instauration de ce que d'aucuns appellent un internat en psychiatrie. Organisé dès lors en commun avec l'internat médical de psychiatrie⁴⁰ ?

Des travaux permettant de faire évoluer en même temps le statut, la formation et les compétences d'exercice des psychologues doivent être engagés très vite.

⁴⁰ Cf. Annexe 8 : Le difficile positionnement des psychologues, analyse effectuée dans le cadre du contrôle de l'EPSS de Thuir

432 - Compléter les équipes d'infirmiers par d'autres professionnels

On a montré que les infirmiers n'avaient plus le monopole du soin psychiatrique, et que leurs tâches s'étaient diversifiées et se recoupaient avec celles d'autres professionnels, paramédicaux moins qualifiés et travailleurs sociaux.

Pourtant, le recours à ces autres professionnels peut être un enrichissement pour le travail d'équipe psychiatrique. A condition que les fonctions et les compétences de chacun soient identifiées et que les évolutions de carrière soient possibles.

4321 - Des compétences spécifiques : l'entretien infirmier et les transmissions

Les infirmiers disposent de deux compétences qui leur sont spécifiques : l'aptitude à l'entretien relationnel, dit "entretien infirmier", qui nécessite en psychiatrie une formation, à la prise de distance, à l'analyse des risques et des symptômes en même temps qu'une capacité humaine d'empathie ; la capacité à noter tout ce qui touche l'état d'un malade dans un écrit transmissible. Cette transmission est l'une des clefs du travail en équipe et cette capacité à l'écrit signe souvent la différence entre les infirmiers et les personnels moins qualifiés. Ce sont ces deux aptitudes qui sont nécessaires, notamment en activité extra hospitalière, pour le premier accueil et pour les accueils périodiques.

En revanche, un certain nombre de tâches traditionnellement effectuées par les infirmiers semblent pouvoir être effectués par d'autres personnels, bien encadrés : les activités de veille, de nursing, d'accompagnement dans des activités, d'animateur d'atelier.

4322 - Infirmiers et travailleurs sociaux : une coupure parfois artificielle

Dans de nombreux établissements, les assistantes sociales sont utilisées essentiellement comme des bureaucrates, chargées de trouver des places pour les malades hospitalisés dans le dispositif médico-social ou de démêler les "papiers de retraite, d'assurance maladie.. ;"

La compétence propre d'une assistante sociale, ou d'un éducateur, est pourtant de l'ordre du travail sur le lien social : favoriser par des activités de groupe, des activités de formation, éducatives, l'intégration des malades mentaux dans un milieu de vie ordinaire.

Si l'infirmier travaille plutôt sur le soin de la part malade du sujet, c'est au travailleur social de travailler sur les potentialités de celui-ci, ses capacités restantes, ses possibilités de compensation, mais aussi sur la capacité du milieu à être tolérant et accueillant.

Plutôt qu'accentuer les identités professionnelles par métiers, il faut développer des formations d'adaptation à l'emploi communes aux professionnels paramédicaux et sociaux se destinant au travail en psychiatrie.

433 - Réfléchir à la question des professions en psychiatrie de manière globale

On l'a montré tout au long de ce rapport et on le voit également dans les annexes relatives à l'analyse des tâches, il n'y a plus beaucoup de fonctions qui appartiennent en exclusivité à une profession soignante. Dans un grand nombre de cas, les activités de soins requièrent une approche collégiale et pluri-professionnelle : diagnostic, protocole de soins, projet de

réinsertion. Certes, des compétences spécifiques, médicales, psychologiques, relationnelles sont nécessaires et il serait dispendieux d'utiliser des médecins formés pendant dix ans après le baccalauréat pour accomplir des tâches non qualifiées de nursing ou d'entretien. Il n'en reste pas moins que d'une part, chacune de ces tâches accomplie avec et pour un malade a pour celui-ci un sens thérapeutique et que les personnels ont besoin pour cela d'une formation spécifique à la relation avec les malades mentaux ; d'autre part, les recoupements entre professions sont nombreux et une moindre rigidité quant aux monopoles des uns et des autres permettrait d'améliorer le fonctionnement global.

Si la formation et les activités de certaines professions méritent d'évoluer, il faut surtout développer des formations communes et en alternance.

44 - Construire un instrument robuste pour évaluer les moyens nécessaires aux établissements psychiatriques

Il a été démontré tout au long de ce rapport combien l'attribution des moyens aux établissements psychiatriques était effectuée de manière aléatoire.

Il est donc nécessaire de reprendre la question de l'attribution des moyens humains à partir d'une réflexion avec les professionnels de terrain

La demande de soins n'est pas bien identifiée dans cette spécialité : elle peut être largement sous estimée parce qu'une des caractéristiques des malades mentaux, c'est que plus ils sont malades, moins ils demandent à être soignés et donc il faut imaginer des systèmes dans lesquels l'appareil de soins va au devant des malades, c'est le secteur, dans son sens premier.

Elle est également parfois surestimée, parce que l'ensemble des partenaires sociaux et médico-sociaux ont tendance à désigner la psychiatrie comme devant prendre en charge des catégories de personnes qu'ils peinent à suivre du fait de leurs troubles psychiques. Alors que justement, il est nécessaire que tous ces intervenants, non pas se partagent les usagers selon leurs caractéristiques, mais collaborent, chacun dans sa fonction, pour ces usagers qui relèvent de soins, d'hébergement social, de rééducation médico-sociale etc.

Il est possible de répartir mieux les moyens en personnels entre les différentes régions et entre les différents établissements et secteurs en fonction de paramètres simples, du type nombre d'habitants du secteur pondéré par un indicateur social, un indicateur d'équipement psychiatrique privé et un indicateur géographique, l'affectation fine à chaque secteur devrait se faire en fonction de l'activité réelle, telle qu'elle s'observe dans le secteur, telle que le secteur en rend compte. C'est presque un projet de soin qui doit être financé.

Une telle approche permettrait à la fois d'égaliser les dotations données par l'assurance maladie sur le territoire national et mobiliser les secteurs pour qu'ils ajustent leur activité soignante réelle à leurs demandes de moyens.

Ce type de méthode doit être élaboré à partir de l'observation du fonctionnement de quelques établissements psychiatriques. Des enquêtes, du type de celles mises en œuvre par l'IGAS dans cette mission, pourraient utilement être effectuées, notamment pour dégager quelques types de malades, selon le travail " qu'ils coûtent ".

45 - Comment mettre en œuvre

Comme d'autres rapports de l'IGAS l'ont montré récemment, il est temps de refonder la psychiatrie publique en abordant de manière globale les questions de droits des malades, de besoins des familles, d'organisation des soins et de la prévention, de formation et de statut des professionnels et d'allocation des moyens financiers.

Et ce en associant dans un groupe de travail les professionnels de terrain, les experts et les décideurs. De manière à ne pas être obligé de légiférer dans l'urgence et sous la pression politique et médiatique.

C'est cet objectif que devrait poursuivre une administration centrale soucieuse de réguler les dépenses de santé par une meilleure organisation et une meilleure qualité des soins.

Hélène STROHL

Jean-Paul BASTIANELLI

Gérard LAURAND

Christian PLANES-RAISENAUER

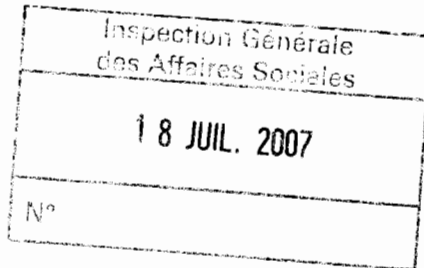
**Réponses de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
et observations, en retour, de l'Inspection générale des affaires sociales**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Paris, le 12 juillet 2007

DHOS /F2 /P2/O2/M2/FR

0 0 7 3 8



La directrice de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins

à

Monsieur le chef de l'inspection générale des
affaires sociales

Objet : Observations concernant le rapport sur la gestion et l'utilisation des ressources humaines dans 6 établissements psychiatriques.

Vous trouverez ci-joint les observations détaillées qu'appelle le rapport cité en objet et pour lequel vous m'avez sollicitée.

1. En ce qui concerne la Partie financière

La 1^{ère} partie du rapport aborde le problème de l'allocation des moyens qui selon le rapport « n'obéit à aucune règle cohérente » (page 7)

Les remarques suivantes peuvent être établies :

1.1. La fixation des crédits et le suivi des moyens au niveau national

La psychiatrie relève de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF). Cette dernière comprend trois sous-ensembles : les établissements spécialisés en psychiatrie, le SSR, les hôpitaux locaux.

Depuis la mise en œuvre de la T2A en MCO, le suivi des moyens accordés par les régions sur les dotations s'effectue grâce à l'applicatif « ARBUST ». Ainsi, la DHOS suit précisément, par établissement, les crédits alloués pour un exercice sur les dotations DAC/MIGAC/DAF en distinguant la part reconductible de celle non reconductible. Pour les établissements ayant à la fois une activité MCO et une l'activité psychiatrique (ou SSR), les régions ont l'obligation de scinder les crédits DAF selon la nature de l'activité pour laquelle ils sont attribués (DAF SSR/ DAF PSY). En revanche pour les établissements non soumis à la tarification à l'activité (CHS et les SSR qui ont de la psychiatrie), le suivi est opéré depuis 2005 sur l'enveloppe DAF globale, la distinction par nature d'activité (DAF SSR, DAF PSY) n'étant pas obligatoire. Ce suivi global étant la seule obligation légale, un certain nombre d'ARH ne distingue donc pas dans les remontées l'éclatement entre SSR et PSY. Une enquête a été diligentée dans les régions fin 2005 afin qu'elles indiquent

pour chaque établissement la répartition de la structure d'activité entre PSY/SSR et MCO le cas échéant (ne concerne que les hôpitaux locaux). Sur la base de cette enquête, la psychiatrie représenterait, fin 2006, environ 58% des crédits DAF. A partir de 2007, les ARH vont désormais suivre de façon fine la répartition SSR/PSY afin que l'administration centrale ait une vision plus exacte.

Jusqu'à récemment, techniquement ce suivi des crédits de la psychiatrie s'effectuait par le biais des plans de santé publique (cf plan de santé mentale). Cependant cette problématique est en train d'être bousculée :

- le SSR va faire l'objet d'une tarification à l'activité à l'horizon 2009- 2011
- le suivi des crédits psychiatrie par les ARH va être très sensiblement amélioré
- la Valorisation des Activités en Psychiatrie (VAP) est en préparation

En outre, la remarque selon laquelle « la psychiatrie est une variable d'ajustement » (cf page 14) doit être fortement nuancée. En effet, les crédits DAF ont toujours été déconnectés des régulations, celles-ci se sont faites en intra MCO, à l'exception de l'année 2006 où 14 M€ ont été basculés de la DAF vers la DAC. Cet ajustement technique est donc resté exceptionnel jusqu'à présent.

1.2. « Les données sur l'activité recueillies dans certains établissements ne permettent pas de servir de base à une tarification » (cf page10 du rapport)

En premier lieu, il convient d'observer que la mise en place des moyens de la psychiatrie ne résulte pas d'une planification, mais de la reconduction historique de moyens mis en place à l'occasion de la sectorisation.

Le constat de cette disparité a motivé plusieurs tentatives de réforme du financement de la psychiatrie. Les difficultés propres à cette spécialité ont rendu la démarche difficile, allant jusqu'à provoquer des "Etats Généraux de la Psychiatrie" en l'an 2000.

Depuis, une meilleure concertation avec les instances de la profession ont permis de relancer une expérimentation, puis de définir un projet de Valorisation des Activités en Psychiatrie (VAP), qui doit devenir le financement moderne et rénové de ce champ d'activité.

Le projet de VAP s'organise actuellement selon 4 axes de réflexion, dont la participation définitive ne sera arbitrée qu'en dernière instance :

- compartiment missions d'intérêt général (MIG)
- médicaments coûteux.
- compartiments Activité
- compartiment Géo Populationnel

Si les compartiments MIG et médicaments sont classiques, on notera que le compartiment Activité repose sur un Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie (RIM-P) spécifique. Ce RIM-P, héritier du PMSI expérimental utilisé entre 2002 et 2005, comporte une description poussée de 3 modes de prises en charge organisés en 12 formes d'activité.

1/ La prise en charge à temps complet comporte :

- hospitalisation à temps plein
- séjour thérapeutique
- hospitalisation à domicile
- placement familial thérapeutique
- centre de post-cure psychiatrique

- centre de crise (incluant les centres d'accueil permanent et centres d'accueil et de crise)
- 2/ Il existe également les prises en charge à temps partiel :
- hospitalisation à temps partiel de jour
 - hospitalisation à temps partiel de nuit
 - CATTP et atelier thérapeutique
- 3/ Et pour les prises en charge ambulatoires :
- accueil et soins en CMP
 - autres consultations et soins notamment en psychiatrie de liaison

Le compartiment géo-populationnel est en cours de définition ; il a pour objectif de prendre en compte les charges spécifiques de la psychiatrie sectorisée. Il pourrait s'appuyer sur une capitation modulée par des indicateurs sociaux et géographiques.

Cette réforme est en cours de définition, en concertation avec les professionnels qui ont participé à l'élaboration du nouveau RIM-P. La généralisation du RIM-P est l'objectif de l'année 2007. Par ailleurs, un appel d'offre est sur le point d'être lancé sur le secteur géo populationnel. Le retraitement comptable a été redéfini cette année pour que les éléments soient en phase avec les définitions d'activité du RIM-P. Les premières exploitations du RIM-P sont attendues pour mettre en place une Etude Nationale des Coûts et définir des tarifs.

Dans ce cadre il deviendra plus facile de prendre en compte les interactions complexes entre les établissements et les activités réelles dans les moyens attribués aux établissements.

2. En ce qui concerne la Partie « ressources humaines non médicales »

Parmi les éléments identifiés comme problématiques dans la gestion des ressources humaines des établissements de santé spécialisés en psychiatrie, deux reviennent régulièrement et figurent à ce titre dans le rapport IGAS. Il s'agit tout d'abord des fortes tensions observées sur le recrutement de soignants en psychiatrie et ,au-delà, de la fidélisation de ces personnels, et ensuite de la question fondamentale de l'acquisition des savoirs en psychiatrie et de leur transmission aux jeunes générations.

Il convient, pour prendre en compte ces deux dimensions de la gestion des ressources humaines en psychiatrie, de se référer à la fois aux mesures prévues dans le cadre du Plan de Santé Mentale, mais aussi des préconisations de l'étude prospective sur les métiers de la FPH (à paraître cet été sur le site du ministère de la santé, dans le cadre des travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la FPH) qui a identifié le métier d'infirmier, comme métier sensible.

2.1. Les difficultés de recrutement de soignants en psychiatrie

2.1.1. Etat actuel du marché du travail

Si ,globalement, le métier d'infirmier n'est pas ,en 2007 ,véritablement en tension, il est le plus souvent ressenti comme tel. Des difficultés importantes de recrutement sont constatées dans des spécialités moins attractives (ex. gérontologie, psychiatrie, service de nuit), dans certaines régions (ex. Ile-de-France, Nord – Pas-de-Calais), ou encore dans les établissements les plus petits.

Concernant les infirmier(e)s, les études régionales mettent en évidence les difficultés actuellement rencontrées par certaines régions pour maintenir une offre de soins infirmiers répondant aux besoins de la population. Si les quotas de formation sont définis dans le but de répondre aux besoins régionaux, il existe des divergences de résultats. Trois phénomènes permettent d'expliquer une telle situation :

- certaines régions (Réunion, Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France) ont de réelles difficultés à atteindre le quota de places offertes ;
- la déperdition des étudiants en cours de formation est de 20 % en moyenne au niveau national, mais peut atteindre 29 % (Nord-Pas-de-Calais). Il semble donc qu'en élargissant ces dernières années leur base de recrutement, les écoles ont été confrontées à un accroissement des abandons pendant la formation ;
- enfin, la fuite hors de leur région de formation des jeunes diplômés. L'Île-de-France apparaît ainsi comme la grande pourvoyeuse d'infirmier(e)s pour les autres régions.

Les motivations des mobilités interrégionales sont multiples, tant à la sortie de la formation (manque de places dans sa région d'origine, taux de réussite au concours, réputation de certaines écoles, comportements traditionnels...), qu'en cours de carrière (mobilité professionnelle du conjoint, choix de carrière et de mode d'exercice salarié ou libéral, conditions d'exercice, conditions de transport et d'habitat).

La psychiatrie n'échappe pas à ce phénomène général, qui, pour elle, se renforce en raison d'une appréhension des jeunes professionnels vis-à-vis de la discipline, réputée plus éloignée de l'exercice habituel d'une infirmière sortant de l'Institut de formation en soins infirmiers.

Par ailleurs, une crainte est aussi régulièrement formulée sur les difficultés de « retour » dans le secteur classique MCO après une expérience en secteur psychiatrique.

2.1.2. Une réflexion nécessaire sur les conditions d'attractivité du métier en psychiatrie

Une des questions premières de l'attractivité en psychiatrie est liée au temps d'adaptation qui doit être donné et organisé pour les jeunes professionnels (voir point 2 sur le dispositif formation du PSM) Ce temps d'adaptation, sans doute de plusieurs mois, permet de sécuriser les jeunes professionnels et aussi de les « acculturer » à un environnement et une discipline jugées encore un peu « à part » par les professionnels eux mêmes.

La possibilité de revenir en établissement MCO est sans doute la deuxième condition de l'attractivité en psychiatrie. Cette mobilité, dans les deux sens, gagnerait à être organisée, voire contractualisée, à la fois entre l'encadrement et les agents, mais aussi entre structures de santé.

Cependant, avant la nécessaire et souhaitable mobilité, il est important que les équipes puissent compter sur des équipes stables, car seule cette stabilité permet à chacun et au collectif d'acquérir une expérience (de travailler ensemble, de développer des problématiques de soins spécifiques, etc.) qui favorise le renforcement de la qualité soignante.

Quelques pistes d'action ont été formalisées dans le cadre de l'étude prospective sur le métier d'infirmier, qui se justifient quel que soit le secteur d'affectation :

- Sensibiliser et former les cadres à l'accueil puis à l'écoute individualisée des besoins et attentes ; à l'explicitation du projet de soin d'établissement et de pôle au niveau de l'unité et pour chaque soignant ; à la création d'un bon climat de travail au niveau de l'unité à la mise en œuvre d'une politique de développement des compétences individuelles ; à la mise en place

puis mise en œuvre d'une politique des compétences collectives (unité apprenante : ce qui améliore la fidélisation et l'attractivité)

- Généraliser les études de climat social et leur exploitation pour mettre en œuvre des plans d'actions
- Développer les possibilités d'évolution personnelle, y compris avec des plans de reconversion ou encore de mobilité inter-établissement ; ceci afin de d'accroître l'attractivité
- Travailler sur les conditions d'exercice (horaires, organisation du travail), en lien avec les problématiques de transport
- Apporter des solutions aux questions de l'habitat, de la garde des enfants (convention avec les offices HLM, les mairies pour les crèches, chèques services...)

2.1.3. Des évolutions de carrières et de métiers qui renforcent la fidélisation des personnels

En effet, la réflexion avance rapidement sur les activités d'expert(e) clinicien(e) en soins généraux (travaux de l'Observatoire national des emplois et des métiers de la FPH, de l'HAS). Ces infirmier(e)s clinicien(ne)s ou coordinateur(ice)s qui émergent dans les établissements, auxquels l'on confie des missions de :

- Participation au suivi en consultation des maladies chroniques suivant une procédure parfaitement établie par le médecin et en concertation avec lui
- Coordination des examens de suivi et de reconduction,
- Suivi de la bonne exécution des traitements et surveillance de leur tolérance,
- Intervention dans le domaine de la prévention, de l'éducation et du dépistage.

Ces missions peuvent aussi s'exercer dans des spécialités médicales différentes, comme par exemple dans les expériences lancées suite au rapport du professeur Berland sur la coopération entre médecins et soignants. En psychiatrie par exemple, on pourrait tout à fait imaginer qu'une infirmière « expert clinicienne » réalise les actes suivants : consultation d'orientation, suivi clinique des patients, encadrement et tutorat des jeunes professionnels. La possibilité de trouver des voies d'évolution au sein même du métier d'infirmier, sans avoir à changer de métier (devenir cadre de santé par exemple) est un puissant moteur d'implication et de fidélisation des personnels, particulièrement en santé mentale.

2.1.4. La place des psychologues :

La mission IGAS suggère des évolutions des compétences d'exercice des psychologues. Pour la DHOS, c'est un préalable à toute évolution statutaire, étant précisé que le statut des psychologues constitue une problématique qui doit être traitée dans un cadre inter-fonctions publiques, d'une part, et que, d'autre part, leur formation relève du champ universitaire, car il ne s'agit pas d'une profession de santé figurant au Code de la Santé Publique.

S'agissant enfin du relais que les psychologues pourraient prendre dans le cadre d'une coopération avec les psychiatres, il apparaît utile de définir, en préalable, un cahier des charges qui pourrait servir de base à une expérimentation et de s'entourer des précautions juridiques permettant d'en valider le contenu. A cet effet, le concours de la HAS pourrait être sollicité.

2.2. Les mesures prises dans le cadre du dispositif formation du « plan santé mentale »

La formation a été identifiée comme une priorité dans le cadre du plan. S'inscrivant dans la continuité des travaux du groupe de travail sur « la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie » (DGS/DHOS de juin 2002 à janvier 2004), un dispositif global et cohérent visant une meilleure adaptation des nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, a été mis en place, en complément de la poursuite des mesures relatives à l'amélioration de la formation initiale en IFSI.

Outre la généralisation de la mise en œuvre de la formation « consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie » initiée en 2004, le PPSM a prévu l'instauration d'un tutorat permettant au personnel infirmier qui exerce pour la première fois en psychiatrie de bénéficier d'un encadrement de proximité par des pairs expérimentés, dans une démarche de continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle. Cette mesure comporte deux piliers : la formation des tuteurs et la compensation du temps consacré au tutorat par les établissements sur la base d'indemnités de remplacement.

2.2.1. Les orientations données au dispositif

1) Objectifs :

- adapter les compétences en santé mentale sur la base d'une transmission –notamment intergénérationnelle- des savoirs et des pratiques ;
- améliorer l'accueil des nouveaux infirmiers et leur adaptation à la spécificité de l'exercice en psychiatrie ;
- renforcer l'attractivité de l'exercice infirmier en psychiatrie et fidéliser les professionnels.

La complémentarité des actions de tutorat et de consolidation des savoirs est essentielle :

Le volet "formation continue" dédié aux infirmiers exerçant en psychiatrie s'appuie donc sur deux mesures répondant aux mêmes objectifs : la consolidation des savoirs, déjà initiée en 2004, et le tutorat de proximité, mesure nouvelle instaurée par le plan. Ces deux mesures doivent, pour être efficaces, être mises en œuvre de manière complémentaire, en tenant compte notamment de niveaux de diffusion hétérogènes ces mesures dans les différentes régions.

Le public visé :

De récentes enquêtes tendent à établir un objectif national de 3000 infirmiers par an à former. Le public visé est constitué par les nouveaux infirmiers, exerçant pour la première fois en psychiatrie, qu'il s'agisse de jeunes professionnels sortant d'IFSI ou d'infirmiers expérimentés venant d'une autre discipline. Il est recommandé que la cible de ces actions concerne, chaque année, les professionnels ayant intégré l'exercice en psychiatrie depuis deux ou trois ans, qu'ils exercent dans des établissements spécialisés ou dans des services de psychiatrie à l'hôpital général.

Le socle commun d'exigences pour garantir l'efficacité du dispositif :

Tout d'abord, la déclinaison de ces mesures implique une appropriation par les établissements de santé et les professionnels eux-mêmes. A cet effet, elles doivent être intégrées dans les plans de formation des établissements et être discutées au sein des sous-commissions de formation et des comités techniques d'établissements. Ensuite, la qualité des savoirs transmis dans le cadre du tutorat réside fortement dans le profil des tuteurs. Ces derniers (infirmiers ou cadres de santé)

doivent être expérimentés et formés. A ce titre, une formation de tuteurs de 3 jours est mise en œuvre, le plus souvent en partenariat avec les délégations régionales de l'ANFH.

2) *Accompagnement budgétaire de la mesure :*

La volonté d'anticiper les départs massifs à la retraite en psychiatrie au cours des prochaines années, implique un effort pluriannuel qui repose sur un accompagnement budgétaire de 25,1M€ par an sur la durée du plan, au titre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP).

Chaque année, ces crédits sont répartis entre régions, dans le cadre des circulaires de campagne budgétaire, selon des indicateurs de répartition prenant en compte le nombre d'infirmiers exerçant en psychiatrie et la structure démographique de cette catégorie professionnelle. La première tranche de cette mesure a été sera allouée dans le cadre de la circulaire de début de campagne 2006.

Ces crédits se décomposent comme suit :

- 3M€ par an pour la formation « consolidation des savoirs » ;
- 0,6M€ par an pour la formation des tuteurs ;
- 21,5M€ par an pour la compensation du temps de travail consacré à ces mesures. Cette compensation fera l'objet de l'attribution de forfaits d'indemnités de remplacement pour les établissements concernés

2.2.2. Modalités de déclinaison régionale

Pour une plus grande cohérence entre la politique d'organisation des soins menée dans les SROS, le renforcement des moyens humains et le volet formation, la démarche régionale est pilotée par les ARH, en lien avec les conseillères techniques régionales en soins infirmiers (DRASS) qui constituent le partenaire privilégié dans le domaine des politiques de formation. Ce nouveau dispositif se décline selon les modalités suivantes.

1) *Un appel à projets par l'ARH auprès des établissements de santé :*

Compte tenu de la pluri-annualité du PPSM (2005-2008), il a été nécessaire d'inciter les établissements de santé à procéder à une démarche prospective dans l'évaluation de leurs besoins au regard des flux d'arrivées et de départs des personnels soignants. Ce recensement a permis de repérer les besoins de formation des nouveaux infirmiers, le nombre de tuteurs potentiels et les besoins de formation de ces derniers.

Pour être retenus, les projets présentés, par les établissements, qu'ils soient nouveaux ou en cours, doivent respecter des orientations qui seront précisées dans une circulaire de cadrage à paraître (et notamment des cahiers des charges nationaux) et s'inscrire dans un projet global d'accompagnement de la professionnalisation des nouveaux arrivants en psychiatrie.

2) *Le recours à un dispositif régional d'appui de formation :*

Une fonction d'appui technique et pédagogique des établissements :

Pour la préparation de l'appel à projets formation/tutorat auprès des établissements de santé, il a été recommandé aux ARH de prendre appui sur le groupe projet que certaines régions ont déjà mis en place sous l'égide des CTRSI et de la délégation régionale de l'ANFH. Cette instance

permet notamment de proposer une aide technique et pédagogique par le dispositif régional d'appui ARH/CTRSI en lien éventuellement avec la délégation régionale de l'ANFH.

Une fonction d'organisation d'appels d'offre régional de formation.

Il est proposé d'adopter le même principe que pour la formation « consolidation des savoirs », en procédant par un appel d'offre régional pour la réalisation des prestations de formation des tuteurs. Par souci de cohérence, il est recommandé d'utiliser le même appel d'offre pour les deux modules de formation.

3) Allocation des ressources sur la base des projets précités :

Les crédits à allouer sont de deux natures différentes :

- le financement des formations elles-mêmes ;
- le versement de forfaits d'indemnités de remplacement compensant le temps consacré à ces actions.

Deux catégories d'établissements sont susceptibles d'être bénéficiaires de ces financements :

- les établissements n'ayant pas encore mis en œuvre de mesures et qui proposeront des projets nouveaux sur la base des instructions présentes ;
- des établissements ayant déjà mis en œuvre des actions de ce type, sans aide spécifique antérieure. Dans ce cas, l'effectivité de l'action en 2006 devra être vérifiée, ainsi que sa conformité aux cahiers des charges nationaux .

La circulaire de cadrage, réalisée en étroite concertation avec les représentants du secteur de santé mentale est parue le 16 janvier 2006. La mise en œuvre des mesures attendues, sur le tutorat notamment, a commencé dès le début d'année 2006. Un bilan annuel sera établi et remis au ministre.

3. En ce qui concerne les personnels médicaux

Le rapport contient deux propositions qui visent à pallier les difficultés actuelles de recrutement de psychiatres. Ces propositions appellent les remarques suivantes :

3.1. Mesure 4312 : La réforme d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée

Cette proposition en fait est déjà rendue possible par le décret 2004-252 du 19 mars 2004 relatif aux conditions dans lesquelles les docteurs en médecine peuvent obtenir une qualification de spécialiste. Ainsi tout médecin généraliste ou spécialiste peut acquérir une autre spécialité, notamment en psychiatrie, dans le cadre de la procédure ordinale fixée par le décret suscité et le règlement de qualification du 30 mars 2004. La commission de qualification examine la formation et l'expérience professionnelle acquise par le demandeur.

3.2. Mesure 4313 : Les psychologues peuvent-ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?

Les inspecteurs soulignent à juste titre que le rôle des psychologues pourrait être renforcé dans certains types de prise en charge en psychiatrie à travers des délégations de tâches permettant aux

médecins psychiatrie de dégager du temps médical. Il conviendrait de se pencher sur le renforcement de certaines compétences dans leur formation .

Par contre, ils ne peuvent se substituer aux médecins dans certaines situations. Il n'est pas envisageable de leur permettre de prescrire des traitements ou de les renouveler. Les rapporteurs soulignent que le recours aux thérapeutiques médicamenteuses est déjà trop développé en France. Il s'agit d'une compétence qui doit être réservée aux professions médicales car les thérapeutiques médicamenteuses reposent sur de sérieuses connaissances médicales générales et pharmacologiques et impliquent un diagnostic préalable. Des troubles du comportement d'allure psychiatrique peuvent révéler une tumeur ou une hémorragie cérébrale. Les médicaments ont souvent des contre indications liées à des pathologies cardiaques, rénales... ou liées à des interactions médicamenteuses. Rappelons que les **psychologues ne relèvent pas du code de la santé publique et n'appartiennent pas aux professions de santé régies par le code de la santé publique**. C'est pour cette raison que ne peut être envisagé un internat identique aux médecins. On pourrait peut-être proposer un parcours adapté avec certains cours et des stages hospitaliers en commun dans le cadre d'une spécialisation clinique.

3.3. Autres remarques

En dehors des remarques qu'appellent ces deux propositions du rapport, les constats effectués sur le recrutement des personnels médicaux et la gestion du temps médical appellent les observations « techniques » suivantes :

- Sur la procédure de nomination des praticiens hospitaliers de psychiatrie, le rapport relève (page 17, point 2114 2^{ème} §) que « *de fait, en psychiatrie, ils sont choisis par des commissions paritaires dans lesquelles leurs organisations représentatives ont la majorité(...)* ».

Il convient de rappeler que la Commission statutaire nationale qui est consultée sur toutes les nominations de praticiens hospitaliers psychiatres dans un service (ou un pôle depuis la réforme statutaire du 5/10/2006), est composée pour moitié de membres désignés par le ministre chargé de la santé (dont la moitié ont la qualité de médecin ou de pharmacien) et pour l'autre moitié de représentants élus par les praticiens, pour chaque discipline. Il faut souligner également que la Commission statutaire nationale ne fait que donner un avis à l'autorité de nomination (ministre et, à compter de l'installation du Centre national de gestion, directeur de cet établissement). S'il est vrai qu'avant 2007, la Commission statutaire nationale a pu dans certains « imposer » la nomination de praticiens dans des établissements dont les avis locaux (commission médicale d'établissement et conseil d'administration) n'étaient pas requis, la réforme organisée par le décret du 5 octobre 2006 permet de remédier à ce « dysfonctionnement ». En effet, les avis de la commission médicale d'établissement et du conseil exécutif des établissements dans lesquels des postes sont à pourvoir sont désormais sollicités pour les nominations de praticiens hospitaliers en psychiatrie préalablement à la consultation de la Commission statutaire nationale. A compter de 2011, date à laquelle la procédure de nomination des praticiens hospitaliers de psychiatrie rejoindra la procédure de nomination des praticiens hospitaliers de « droit commun », l'avis de la Commission statutaire nationale ne sera plus sollicité lorsque les avis locaux seront favorables à la nomination d'un candidat.

- Sur l'organisation et l'indemnisation du temps de travail et de la permanence :

- ⇒ Les horaires de début de la période de permanence : le rapport relève dans un établissement que les médecins achèvent leur service à 17 heures et d'une façon générale que la relève des équipes de jour par les équipes de nuit s'effectue à 18h30, période à laquelle le plus grand nombre d'actes d'agression est constaté.

Sur ce point, on peut rappeler que la réglementation relative à l'organisation de la permanence des soins dans les établissements publics de santé, établie par l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, ne fixe plus de borne horaire de début et de fin de la période de permanence à la différence de la réglementation antérieure. Désormais, il revient à chaque établissement (directeur après avis de la CME) de fixer les horaires de la période de permanence et de la période de jour, sous réserve de ne pas prévoir une amplitude supérieure à 14 heures pour chacune de ces périodes. Il n'y a donc aucune raison de fixer le début de la période de permanence à 18h30 si l'activité et le besoin de temps médical sont encore importants à ce moment de la journée.

- ⇒ Le rapport relève l'existence de plusieurs lignes de permanence sur place de praticiens « seniors » dans un CHS (p :24) alors qu'un patient en moyenne tous les trois jours est admis durant la permanence dans les services concernés.

Il est rappelé à ce propos que dans le cadre de la mise en œuvre de l'ARTT en 2002 et depuis lors, la DHOS a demandé aux établissements et aux directeurs des ARH de mener un travail de réorganisation de la permanence des soins hospitalière en vue de supprimer les lignes de permanences inutiles ou de les transformer en astreinte lorsque l'activité ne justifie pas l'organisation d'une permanence sur place.

- ⇒ Concernant l'indemnisation des périodes de permanence, le rapport (en page 36) indique à tort que la « *garde est payée de fait trois fois : par l'indemnité de sujétion pour garde, par l'inclusion de ce temps dans le temps de travail, par le paiement ou l'inclusion du temps de repos de sécurité* ».

En effet, le repos quotidien que doivent observer tous les praticiens après une période de travail (en principe repos de onze heures par période de 24 heures) correspond à une interruption de toute activité entre deux périodes de travail (service quotidien et/ou permanence). Ce repos ne constitue pas une récupération, il ne se substitue pas à une période d'obligation de service et il n'est donc pas indemnisé.

La période de permanence est soit effectuée par le praticien dans le cadre de ses obligations de service, soit réalisée par lui au-delà de ses obligations de service et constitue alors une période de temps de travail additionnel (équivalent à des « heures supplémentaires »). Dans le 1^{er} cas, la permanence est indemnisée par la rémunération statutaire et par le versement d'une indemnité de sujétion. Dans le 2^{ème} cas, elle est indemnisée par une indemnité de temps de travail additionnel ou bien elle fait l'objet d'une récupération (récupération qui peut être versée sur un compte épargne-temps), récupération qui se justifie par le fait que la période de permanence est réalisée au-delà des obligations de service et constitue du temps de travail supplémentaire.

- ⇒ A propos de la gestion des comptes épargne-temps et du constat du volume important de jours épargnés depuis 2002 et des difficultés que vont rencontrer les établissements lorsque les praticiens feront valoir leurs droits, les inspecteurs indiquent que les établissements seront amenés le moment venu soit à donner aux praticiens leurs jours de congé épargnés, soit à indemniser les intéressés des sommes en cause (page 40).

Sur ce dernier point, il est rappelé qu'actuellement aucune disposition réglementaire n'autorise l'indemnisation financière des jours épargnés non utilisés.

4. En ce qui concerne la partie relative à l'organisation des soins :

4.1. Concernant l'impact du projet d'établissement en matière de « management » des établissements.

Le rapport de l'IGAS fait le constat dans sa deuxième partie d'un certain nombre de lacunes dans la fonction de « management » des 6 établissements psychiatriques observés, en déplorant en particulier que leurs projets d'établissements ne soient pas structurés de sorte à définir des priorités claires d'action aux personnels de ces structures. Il regrette la « faible lisibilité » de ces projets d'établissements et leur caractère « trop détaillé ».

La réforme de la planification issue de l'ordonnance de simplification administrative de 2003 devrait de ce point de vue induire des modifications favorables à la définition de projets d'établissements plus cohérents et lisibles. Il s'agit cependant d'une réforme importante qui ne produira ses effets que progressivement :

- *l'introduction de volets « psychiatrie et santé mentale » dans les SROS 3* : l'ensemble des régions (sauf Midi-Pyrénées) ont élaboré des volets psychiatrie et santé mentale qui témoignent d'une évolution réelle des projets et de leur conception. Les notions d'accessibilité et de proximité sont souvent envisagées dans le cadre d'offres de services mutualisées, qui dépassent le découpage traditionnel des secteurs ; la gradation des soins implique des partenariats sur de nombreux sujets : géronto-psychiatrie, adolescents, périnatalité... ; enfin le rapprochement avec les disciplines MCO est organisé, pour la psychiatrie de liaison, les prises en charge des urgences... Cette évolution, bien décrite dans plusieurs SROS, impliquera la rédaction de projets d'établissements orientés par ces priorités et non plus par les projets de chaque service ou chaque secteur. Il est à noter que le travail d'élaboration des SROS s'est traduit dans certaines régions par l'élaboration de documents type sur le fonctionnement de certaines structures (CMP par exemple) et la définition de critères de qualité au niveau de la région, ce qui, là encore contribue à la lisibilité de l'activité..
- la traduction de ces projets d'établissement dans les contrats d'objectifs et de moyens avec les ARH devraient renforcer l'effort de priorisation des projets, leur lisibilité interne et surtout l'affectation des moyens de façon davantage contractualisée entre les ARH et les établissements mais également au sein des établissements.

4.2. Organisation des gardes médicales

Les écarts constatés entre les établissements ne semblent pas toujours se justifier en termes d'organisation et de sécurité des soins.

Il appartient cependant que ces éléments soient discutés dans le cadre des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens. L'apport d'une organisation en pôles regroupant plusieurs services ou secteurs peut sur ce sujet comme sur d'autres permettre de dépasser les spécificités locales revendiqués par certaines équipes au sein des établissements.

4.3. Concernant le suivi national des budgets des établissements exerçant en psychiatrie.

Le rapport de l'IGAS critique en partie 3 l'insuffisance du suivi national réalisé en terme d'évolution de l'enveloppe accordée aux établissements exerçant en psychiatrie.

Ce suivi de l'évolution annuelle des budgets de fonctionnement des établissements de psychiatrie constitue pourtant une composante essentielle de l'architecture de suivi qui a été mise en place afin d'accompagner la mise en œuvre du plan Psychiatrie et santé mentale » depuis 2005.

L'un des indicateurs suivis annuellement est constitué des données dites « ARBUST », reposant sur l'allocation de ressources aux régions. Le croisement de cet indicateur avec le suivi d'allocation des crédits du plan donne lieu à une analyse annuelle, dans le but précisément d'évaluer dans quelle mesure les crédits délégués par le plan « Psychiatrie et santé mentale » permettent de renforcer les budgets de fonctionnement des établissements, en dépit des plans d'économies hospitalières mis en œuvre.

Les données relatives aux deux premières années d'application du plan semblent montrer que le budget de la psychiatrie conserve, en résultante de ces deux effets contraires, une évolution relativement favorable.. Cependant, ces remarques doivent être pondérées par les observations méthodologiques du suivi des crédits de psychiatrie telles qu'elles figurent dans la première partie (partie Financière)

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des soins

REPONSES AUX OBSERVATIONS DE LA DHOS

Partie financière : « l'allocation des moyens n'obéit à aucune règle cohérente »

- 1) La fixation des crédits et le suivi des moyens au niveau national
- 2) Les données sur l'activité recueillies dans certains établissements ne permettent pas de servir de base à une tarification

Dont acte pour la description des procédures au niveau national. La DHOS confirme que « l'administration centrale ne maîtrise que le processus de déclinaisons en dotations régionales. Leur traduction en montant de DAF alloués aux établissements peut avoir obéi à d'autres règles dont l'ensemble des mouvements n'est pas connu de l'administration centrale » et que « la mise en place des moyens de la psychiatrie ne résulte pas d'une planification mais de la reconduction historique de moyens mis en place à l'occasion de la sectorisation ».

Partie ressources humaines non médicales

- 1) Les difficultés de recrutement de soignants en psychiatrie
 - 1.1) L'état actuel du marché du travail
 - 1.2) Une réflexion nécessaire sur les conditions d'attractivité du métier en psychiatrie
 - 1.3) Des évolutions de carrières et de métiers qui renforcent la fidélisation des personnels
 - 1.4) La place des psychologues
- 2) Les mesures prises dans le cadre du dispositif de formation du plan de santé mentale
 - 2.1) Les orientations données au dispositif
 - 2.2) Modalités de déclinaison régionale

Dont acte sur les intentions et les projets de la DHOS et leurs premières mises en œuvre.

Partie personnels médicaux

- La réforme d'acquisition du titre de psychiatre doit être envisagée
- Les psychologues peuvent-ils remplacer les psychiatres et à quel prix ?

Dont acte pour les possibilités offertes par le décret 2004-252 du 19 mars 2004 pour l'acquisition d'une spécialisation en psychiatrie pour les médecins généralistes ou d'une autre spécialité.

La mission ne méconnaît pas le fait que les psychologues ne relèvent pas du Code de la santé publique. Mais de deux choses l'une : soit on considère que leur situation est tout à fait satisfaisante et il convient par conséquent de ne rien changer à leur statut, soit, comme la mission, on estime qu'il existe un problème récurrent et que sa résolution passe, inévitablement, par une modification des règles en vigueur.

Partie personnels médicaux

- Procédure de nomination des praticiens hospitaliers de psychiatrie qui « de fait, sont choisis par des commissions paritaires dans lesquelles leurs organisations représentatives ont la majorité ».
- L'organisation et l'indemnisation du temps de travail et de la permanence
 - Les horaires de début de la période de permanence
 - L'indemnisation des périodes de permanence
 - Les comptes épargne temps

Donc acte pour le rappel de la composition réglementairement paritaire de la Commission statutaire nationale, mais aussi pour la confirmation des pratiques de celle-ci qui « *a pu dans certains cas imposer la nomination de praticiens dans des établissements* », non seulement contre l'avis des instances locales (avis qui certes n'est pas juridiquement requis) mais avec, de fait, l'assentiment tacite de l'administration.

Donc acte pour le rappel de la réglementation concernant l'indemnisation des périodes de permanence. La mission a constaté que l'interprétation des textes varie selon les établissements.

Dont acte pour le rappel de l'interprétation de la réglementation concernant les comptes épargne temps. Certes, actuellement aucune disposition n'autorise, formellement, leur indemnisation financière, mais devant l'ampleur du phénomène, qu'une actualité récente vient encore de souligner, la DHOS n'indique cependant pas sur quelles bases (juridiques, organisationnelles ou d'équité) ou grâce à quels moyens, elle compte justifier le principe du refus d'indemnisation, vis à vis des intéressés et de leurs organisations syndicales.

Partie relative à l'organisation des soins

- Impact du projet d'établissement en matière de « management » des établissements
- Organisation des gardes médicales
- Suivi national des budgets des établissements exerçant en psychiatrie

Dont acte.