

# PRATIQUES & RECHERCHES

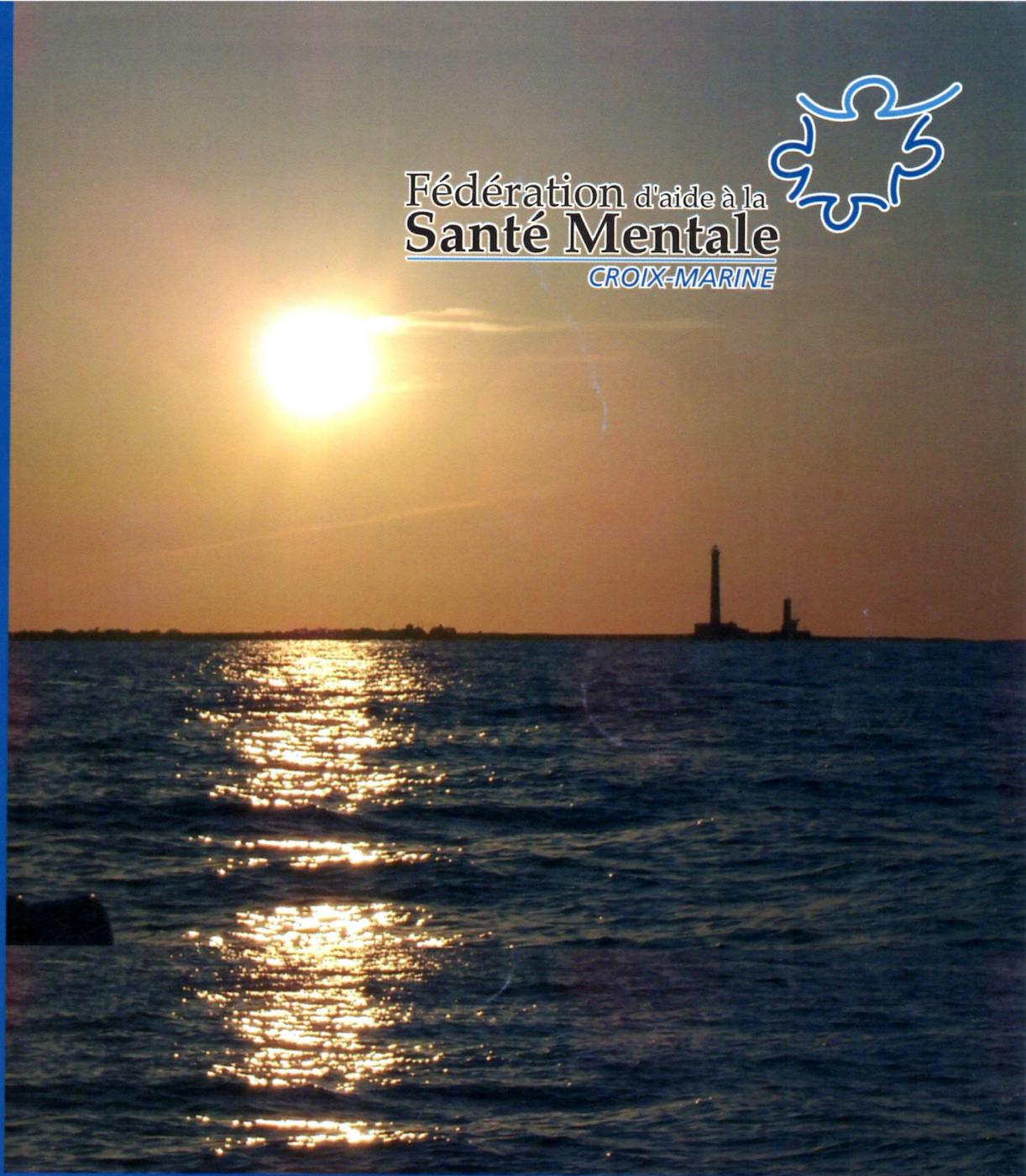
*en santé  
mentale*

**N° 39**

Janvier 2006

5 €

Fédération d'aide à la  
**Santé Mentale**  
CROIX-MARINE



*RÉGION de  
BASSE-NORMANDIE*

*Caen • 9 juin 2005*

*“Le secteur”*

# SOMMAIRE



## Édito

Dr Jean-François GOLSE

## L'INTERSECTORIALITÉ A PICAUVILLE



Dr Jean-François GOLSE  
Psychiatre  
Médecin-chef  
Fondation Bon Sauveur, Picauville



## RATIONALITÉ ÉCONOMIQUE ET SECTORIALITÉ

M. B. PIGAUX,  
Directeur des établissements de la Fondation Bon Sauveur,  
Picauville

## LA POLITIQUE SECTORIELLE

Pr Roger MISES





## LE SECTEUR

Nous avons eu le grand plaisir pour cette journée Croix Marine organisée le 9 juin à Caen sur le thème des secteurs d'accueillir Monsieur le Professeur MISES qui nous a retracé avec un enthousiasme quasi-juvénile l'aventure du secteur à laquelle il a largement participé pour en avoir été l'un des concepteurs. Son exposé nous a bien fait sentir la formidable créativité et l'élan fédérateur qui ont présidé à la naissance du secteur et à son développement.

Le titre de la journée « le secteur est-il dépassé ? » montrait ou plutôt se faisait le relais de quelque chose de l'ordre de l'immixtion d'un doute. Dépassé, mais par quoi ? Il n'y a pas véritablement de modèle alternatif à l'organisation du secteur. Tout au plus pouvait-on discuter de la taille du territoire en cette époque où l'on circule mieux et au moment où un infirmier général (DSSI maintenant) exerce son autorité sur l'ensemble du personnel soignant d'un établissement, vulnérabilisant le médecin-chef, et suggérant aussi l'idée d'une référence médicale de même ampleur. Mais il ne s'agit là que de forme ; sur le fond, la mise en place du secteur est indissociable d'une conception théorique de la psychiatrie s'appuyant sur la psychanalyse, le traitement institutionnel et le traitement dans la communauté. Plus profondément, c'est l'affaiblissement parfois paradoxal de ces trois piliers qui mine le secteur de l'intérieur :

- La psychanalyse n'est plus une référence aussi vivante en psychiatrie ; la psychiatrie biologique puis la théorie cognitivo-comportementale, théorie de surface ce qui ne lui enlève pas une certaine utilité pratique, ont remplacé la psychanalyse. Mais au même moment, celle-ci a profondément pénétré la culture de tous les jours (émissions de télévision, journaux etc...)
- Le traitement institutionnel, rappelons la thèse inaugurale de Philippe PAUMELLE en 1952, intitulée « Traitement institutionnel : essai de traitement collectif des quartiers d'agités », n'occupe plus une place centrale dans les services hospitaliers au moment où la durée moyenne des hospitalisations est devenue très brève.
- Le traitement dans la communauté s'est trop vite résumé au traitement ambulatoire. Mais qui ne voit à l'heure actuelle la nécessité d'un traitement institutionnel des quartiers agités, pour paraphraser PAUMELLE. Il n'est surtout pas question ici de ramener le problème des banlieues à une question de psychiatrie. Mais de souligner que les mêmes causes (exclusion, ségrégation ...) produisent les mêmes effets chez l'être humain soulignant ainsi ce qui nous ressemble et ce qui nous rassemble.

En réalité, le secteur se trouve pris dans un brouillage de ses repères qui le dépasse largement et qui est celui du vaste débat particulièrement difficile entre psychiatrie et santé mentale, entre réduction à un noyau organique et extension à tout ce qui est psychique. Le secteur reste comme une grande forme qui attend un nouvel élan conceptuel. Et les grandes figures du passé attendent encore les fils et les filles qui les dépasseront.

### PRATIQUES ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION  
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur  
50360 PICAUVILLE  
Tél. 02.33.21.84.00 (poste 8466)  
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :  
Jean-François GOLSE  
Responsable de la rédaction :  
Maryse CORBET  
Comité de rédaction :  
J. ANDERSON,  
Jeanne BERTAUX,  
Jean FILMONT,  
Jean-Noël LETELLIER,  
Serge LOQUET,  
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,  
Bernard NOUHAUD,  
M. PITON,

Mise en page et impression :  
Imprimerie Artistique LECAUX  
Tourlaville • 02.33.88.52.52

Crédit photo : Serge LOQUET

Secrétariat : 02.33.21.84.66

ISSN 1157-5135  
Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2006



# L'INTERSECTORIALITÉ A PICAUVILLE

*L'intersectorialité est-elle la continuité du secteur ou le début de la fin des secteurs ? Quelle est sa place, sa fonction, ses contraintes, ses limites ? C'est ce que je m'attacherai à travailler dans cet exposé en m'appuyant le plus concrètement possible sur le développement de l'intersectorialité à Picauville ; je développerai les raisons qui nous ont amenés à cette intersectorialité et étudierai les différentes modalités de cette intersectorialité sans oublier les difficultés de ce type de travail.*



Dr J.F. GOLSE  
Psychiatre  
Médecin-chef  
Fondation Bon Sauveur  
Picauville

Situons d'abord rapidement les lieux :  
Le Bon-Sauveur de Picauville est un centre hospitalier spécialisé privé participant au service public et à ce titre membre de la FEHAP. Ce centre hospitalier comporte trois secteurs adultes :

- le secteur Nord : secteur de Cherbourg
- le secteur Ouest : secteur de toute la côte Ouest
- le secteur Est centré autour de la ville de Valognes

avec bien entendu

- un secteur de psychiatrie infantile-juvénile qui recouvre l'ensemble du territoire. L'ensemble de ce territoire comprend 220 000 habitants.

## Quelles sont les particularités de cet ensemble de secteurs ?

Tout d'abord, le fait que le territoire desservi par l'hôpital de Picauville est entouré par la mer sur trois côtés et que d'autre part, il n'y a pas d'alternative à la psychiatrie publique que nous représentons puisqu'il n'y a pas de clinique privée, plus d'établissement militaire depuis la fermeture de l'hôpital René LEBAS qui comportait, rappelons-le, un service de psychiatrie, et quasiment pas de psychiatres privés puisqu'il ne doit rester actuellement que trois survivants.

La première réalisation intersectorielle, l'hôpital de jour rural, a ouvert ses portes en mai 86. Je ferai donc commencer mon histoire en 1985, ce qui correspond d'ailleurs au début de la conceptualisation de l'intersectorialité et nous permettra de retracer à grands traits 20 ans de l'histoire du Bon-Sauveur de Picauville.

La situation du centre hospitalier en 1985 était la suivante :

Un ensemble de plus de 500 lits installés, répartis en 25 unités de façon harmonieuse entre les trois secteurs avec un gros centre sur le site même de Picauville qui est la maison mère et un embryon de site secondaire : le centre des Genêts situé à proximité immédiate de Cherbourg. En raison même du grand nombre de lits, chaque secteur disposait sur le plan hospitalier de l'ensemble des unités correspondant aux regroupements de patients de l'époque, qu'il soit lié à la nosographie ou à l'âge, à savoir :

- unités de soins aigus ou pavillons d'entrants,
- pavillons de soins au long cours que l'on appelait volontiers et que l'on appelle encore malheureusement quelquefois pavillons de chroniques
- pavillons pour personnes âgées, démentes pour la plupart,
- pavillons pour personnes présentant des arriérations mentales très sévères ou des psychoses avec une expression déficitaire majeure sachant cependant qu'un grand nombre de ces personnes avait été orienté dès 1982 dans la MAS de l'établissement.

Il s'agissait donc d'un hôpital très lourd ce qui contrastait avec la légèreté du dispositif extrahospitalier qui comportait à l'époque :

- un seul CMP, le Gavendest, à Valognes. Pour le reste, il s'agissait de consultations isolées de psychiatres qui dans un hôpital local, qui dans un dispensaire de la DDASS,
- pas de CATT bien entendu puisqu'ils seront créés plus tard mais cependant quelques clubs fonctionnant avec très très peu de moyens, généralement une demi-journée par semaine.
- deux hôpitaux de jour à Valognes et à La Glacière,

- un certain nombre de VAD effectuées par des infirmiers venant des différentes unités temps plein.

En quelques mots donc : en 1985, un hôpital important avec de nombreux lits, un personnel nombreux et un hospitalocentrisme massif.

## L'hôpital de jour de Béthanie ou l'intersectorialité de type I

En 1985, la ferme de l'hôpital, tous les hôpitaux psychiatriques ont possédé une ferme, était encore en activité.

Mais bien sûr, cet anachronisme ne pouvait se perpétuer : inutilité économique dans un marché largement approvisionné, surcoûts inutiles, fonctions très éloignées du soin même si de nombreux malades chroniques y avaient travaillé depuis des décennies et continuent d'ailleurs d'y travailler pour un certain nombre d'entre eux. Il fallait soit fermer, soit en faire autre chose. L'expérience bénéfique du travail pour plusieurs générations de patients a fait pencher la balance : nous ferions de cette ferme un centre de soins de jour qui utiliserait l'activité agricole comme médiateur du soin. Et bien évidemment, cette structure qui s'offrait comme un outil supplémentaire et un outil unique ne pouvait s'envisager que de façon intersectorielle.

Chose remarquable : la première intersectorialité au Bon-Sauveur de Picauville a donc été le résultat d'un concours de circonstances, une occasion saisie au cheveu et non pas le résultat d'une construction logique longuement mûrie et réfléchie dans le cadre d'un projet à 5 ans.

La formule qui a été retenue (on dit validée maintenant mais je m'efforce d'employer le langage de l'époque) par l'institution tenait en quelques principes simples (pour que les choses durent, faire simple et solide) :

- L'hôpital de jour rural, tel était son nom était confié à un médecin d'un secteur sous l'autorité du médecin chef de ce secteur. C'est ainsi que, étant moi-même le médecin référent de cette structure, l'hôpital de jour rural était placé sous l'autorité du docteur SAMULAK, médecin-chef du secteur de Cherbourg de mai à septembre 86 puis sous la mienne puisque je suis devenu médecin-chef du secteur voisin en septembre 1986. A partir

de cette date, j'ai donc été à la fois le médecin référent et le médecin-chef référent de cette unité.

- Tout l'encadrement était effectué par les cadres de ce même secteur référent. C'est ainsi que le psychologue, le cadre de santé, l'assistance sociale qui intervenaient tous à temps partiel étaient choisis parmi les cadres du secteur référent, ce temps de travail était prélevé sur le temps disponible du secteur.
- L'équipe infirmière quant à elle, provenait des trois secteurs étant bien entendu que chaque infirmier s'occupait de tous les patients sans référence sectorielle.
- Quant à l'équipe des moniteurs techniques, elle était déjà en place puisqu'il s'agissait des personnels de la ferme qui ont tous suivi une formation pour pouvoir assumer les fonctions de moniteurs techniques. Cette équipe étant déjà en place, il n'y a pas eu à la prélever sur les trois secteurs mais dans l'esprit elle était imputée à part égale aux trois secteurs.

Voilà en quelques lignes quel a été le prototype de l'intersectorialité à Picauville.

C'est ce que l'on a appelé ultérieurement **l'intersectorialité de type I** qui est en quelque sorte une intersectorialité par délégation :

- Deux secteurs adultes délèguent au troisième, appelé le secteur référent, la responsabilité d'assurer une fonction particulière dans une unité spécifique, fonction qu'ils auraient pu éventuellement assumer eux-mêmes mais qui, pour différentes raisons, sera mieux assumée par un seul secteur. Dans le cas de la ferme c'est tout à fait caricatural puisque rappelons-le, il n'était pas question d'avoir trois fermes et il n'en existait qu'une.
- L'encadrement de cette unité est assuré par l'encadrement du secteur référent.
- Les moyens soignants sont apportés à part égale par les trois secteurs.

Ce type d'intersectorialité sera affiné ultérieurement. La force de ce type d'intersectorialité est sa simplicité de fonctionnement interne avec un encadrement qui se connaît déjà, qui se voit naturellement en dehors du temps strictement



passé sur la structure puisque vacant à d'autres occupations sectorielles. L'inconvénient étant de surcharger l'encadrement du secteur mais rappelons que nous étions alors dans une période d'expansion (augmentation du nombre de médecins, de psychologues, d'assistantes sociales notamment) ce qui facilitait tout de même beaucoup les choses.

La difficulté de ce type d'intersectorialité réside dans l'articulation de la structure avec les deux secteurs qui ont délégué une de leur fonction : comment faire en sorte que ces deux secteurs se sentent encore concernés par une tâche qu'ils ont déléguée. Or, le temps du soin à l'hôpital de jour rural est un temps limité dans la trajectoire du patient et il était capital que d'autres référents restent concernés par la construction d'un projet à long terme. De ce fait :

- Nous avons clairement affirmé que l'hôpital de jour n'effectuerait pas de suivi à l'extérieur de manière à rendre claire, lisible et évidente la nécessité d'un suivi par l'équipe référente du secteur d'origine du patient. Et nous n'acceptons pas de patients qui n'ont pas de référents sectoriels.
- Nous avons instauré une réunion mensuelle avec les différents secteurs qui adressent les patients. S'y sont ajoutées d'autres réunions au cas par cas, autant que de besoin avec les référents sectoriels des patients.

Ce problème de l'articulation avec les autres secteurs reste le plus difficile à traiter, et force est de reconnaître qu'à la simplicité de fonctionnement interne de cette intersectorialité de type I répond une complexité articulatoire avec les secteurs ayant délégué leur fonction.

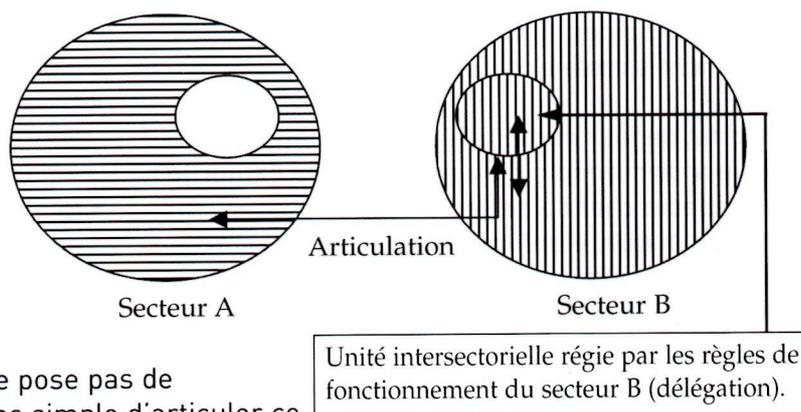
Pour imaginer les choses, représentons deux secteurs, chacun par un cercle l'un hachuré verticalement, l'autre horizontalement. L'intersectorialité de type I peut alors être représentée de la façon suivante : ce petit cercle du secteur A est transféré du cercle A au cercle B.

Il est facile de se rendre compte que l'articulation au sein du secteur B qui héberge une fonction du secteur voisin ne pose pas de problème. Mais que par contre, il n'est pas simple d'articuler ce petit cercle issu de cercle A qui a migré vers le cercle B avec le reste du cercle A.

Pour finir sur le chapitre de cet hôpital de jour rural, j'ajouterai qu'après avoir joué un rôle considérable dans le processus de déchronicisation, il continue aujourd'hui de fonctionner sous le nom d'atelier thérapeutique et qu'il reste un outil de qualité d'une utilité considérable. Pour ceux que le sujet intéresse, se référer au n° 1 de la revue Croix Marine de Basse-Normandie qui est d'ailleurs introuvable...

### Les Eglantines ou l'intersectorialité de type II

Les Eglantines étaient et sont encore un pavillon de géronto-psychiatrie. A l'origine, il est convenu de remonter à 1985, il s'agissait d'un des deux pavillons de géronto-psychiatrie du secteur G 02. Dès l'année 1989, le secteur G 02 a pu fermer une unité, ce qui était le résultat d'une politique active extrahospitalière de soins aux personnes âgées avec le développement des soins en CMP et le développement des soins et du suivi en maisons de retraite ; à ceci s'ajoutait l'accroissement du nombre de places disponibles en maison de retraite et MAPAD. Il en a résulté que le taux d'occupation du seul pavillon de géronto-psychiatrie restant dans le secteur diminue lui-même de façon importante pour tomber à 50 % voire moins c'est-à-dire que sur un pavillon de 16 lits, il n'y avait plus que 7 ou 8 lits occupés et le même constat étant fait dans le secteur voisin 50 G 03, ces deux secteurs décident de mettre leurs moyens en commun et de créer une unité bi sectorielle de gérontopsychiatrie.



Dans le même temps, les lits de géro-psycho-geriatrie du secteur de Cherbourg avaient été déplacés sur le site des Genets à proximité immédiate de la ville de Cherbourg. L'objectif de ce projet d'unité géro-psycho-geriatrie bi sectorielle était simple et évident : économiser des moyens que nous pourrions redistribuer sur le territoire dans la cadre de la politique extra hospitalière c'est-à-dire continuer de développer les CMP et les CATTP.

**Premier constat :**

Cette décision a été prise par les secteurs et cette décision a été ensuite soutenue par la direction.

**Deuxième constat :**

Cette fusion a été rendue possible par le développement de la politique extra hospitalière et elle a permis de dégager des moyens pour poursuivre la politique extra hospitalière.

**Mais, premier problème :**

Autant il était facile pour les secteurs de déléguer une fonction nouvelle dans le cadre d'un hôpital de jour rural, autant cela paraissait difficile pour une fonction plus centrale touchant à l'hospitalisation de toute une catégorie de pathologies ou de tranches d'âge (le concept de géro-psycho-geriatrie a évolué dans le temps, il était tantôt réservé à une tranche d'âge au dessus de 65-70 ans, tantôt à une catégorie nosographique à savoir les pathologies confuso-déméntielles...) En d'autres termes, un secteur peut-il déléguer une fonction qui apparaît comme un cœur de métier ?

**Les deux secteurs partageant cette préoccupation et cette réserve se sont retrouvés d'accord pour décider de ne pas déléguer cette part importante de leur activité. C'est sur cette base qu'a été créée l'intersectorialité de type II dont les principes fondateurs sont les suivants :**

- Chaque secteur continue d'assumer ses responsabilités hospitalières à l'égard d'une population donnée mais dans le cadre d'une mise en commun des moyens au sein d'une même unité.
- Chacun des deux secteurs met à disposition dans cette unité à part égale les infirmiers, les AMP etc... L'équipe ainsi constituée s'occupe de tous les patients quelle que soit leur origine sectorielle.
- Un psychiatre de chaque secteur intervient

dans cette unité commune et ne prend en charge que les patients de son propre secteur. En cas d'absence, c'est un autre psychiatre du secteur qui remplace son collègue. Bref, cela fonctionne comme pour toutes les autres unités mono sectorielles.

- Il en est de même en ce qui concerne les psychologues, les assistantes sociales et même les secrétariats puisque les dossiers sont traités par le secrétariat du secteur dont dépend le patient.
- Un cas particulier, celui des cadres de santé ; il ne nous a en effet pas paru possible qu'il y ait deux cadres de santé à part égale sur une même unité. Cela aurait d'ailleurs été contradictoire avec le fait que toute l'équipe infirmière, quoique issue à part égale des deux secteurs, fonctionne comme une équipe indifférenciée. A cette équipe unique, il fallait un cadre unique. Il a donc été décidé qu'il y aurait bien deux cadres, un issu de chaque secteur mais aux fonctions bien différentes :
  - un cadre et un seul serait le référent de l'équipe et chargé à ce titre d'établir les plannings, de pourvoir aux remplacements nécessaires etc...
  - l'autre cadre issu de l'autre secteur ayant un rôle bien moindre consistant essentiellement en un rôle de liaison entre l'unité de géro-psycho-geriatrie et le reste de son secteur.

Vous le voyez, il s'agit d'un modèle très différent du précédent, il ne s'agit plus d'une intersectorialité par délégation mais d'une intersectorialité par mise en commun.

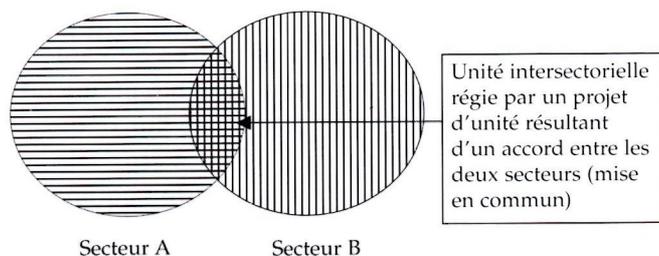
L'avantage en est que chacun des deux secteurs concernés reste maître d'œuvre dans un domaine qu'il considère comme essentiel. Autre avantage important, la fluidité et la facilité des articulations de cette partie intersectorielle du secteur avec le reste du dispositif sectoriel et cela par les deux secteurs.

Par contre, il existe un inconvénient important qui est la difficulté qu'il y a à faire fonctionner ce système harmonieusement en interne ; c'est ainsi qu'il n'y a pas de leader médical puisque deux médecins interviennent à part égale ce qui suppose aussi une certaine homogénéité des pratiques. On ne peut pas concevoir de politique très divergente sauf à faire craquer le dispositif de l'intérieur même de l'unité. Il en est de même pour tout l'encadrement et le bicéphalisme de l'encadrement étant généralisé, il faut soigneuse-



ment établir préalablement à l'ouverture un projet de fonctionnement qui fasse consensus.

Pour reprendre le schéma, l'intersectorialité de type II peut être représentée par deux cercles mais deux cercles sécants cette fois-ci.



On voit bien que le problème de l'articulation de la partie intersectorielle avec le reste du secteur ne pose pas de problème, les cercles n'ayant subi aucun changement. La difficulté se trouve placée à l'intersection des cercles.

En d'autres termes, quel que soit le type d'intersectorialité choisie, il en résulte une complexification du dispositif, cette complexité accrue se situant différemment dans l'un et l'autre cas :

- dans l'intersectorialité de type I, par délégation : à la simplicité du fonctionnement à l'intérieur de l'unité répond une complexité de l'articulation avec le reste du dispositif des secteurs,
- dans l'intersectorialité de type II, par mise en commun : à la simplicité de l'articulation sectorielle répond une complexité du fonctionnement à l'intérieur même de l'unité.

### Jusqu'à quel point de complexité peut-on aller ?

L'exemple des Eglantines est parlant puisque cette unité d'ici deux ans va être transférée dans un pavillon neuf construit dans l'enceinte de l'hôpital de Valognes, devenant à cette occasion pleinement trisectorielle (elle l'est actuellement sous une forme un peu particulière dont je ne vous détaillerai pas le mécanisme). Les trois secteurs à l'unanimité ont fait le choix d'une intersectorialité de type I. Il nous a semblé en effet impensable de pousser la logique du 2<sup>ème</sup> type jusqu'à la trisectorialité ce qui aurait impliqué l'intervention dans la même unité de 18 lits de trois psychiatres, trois psychologues, trois assistantes sociales, trois secrétariats... avec un risque majeur de cacophonie institutionnelle.

On peut cependant imaginer que des artistes plus doués que nous réussissent ce tour de force.

Mais me direz-vous, vous allez donc déléguer une fonction qui vous paraissait essentielle, ce que vous vouliez justement éviter. Nous verrons ce qu'il en est de cette contradiction un peu plus tard.

## Les Marronniers ou l'aménagement de l'intersectorialité de type I

Il s'agit d'un pavillon dit de chroniques ou de soins de longue durée de 24 lits qui a ouvert en 2002. Cette dernière mouture de l'intersectorialité de type I va permettre de clarifier quelques points avant de procéder à un état des lieux de l'intersectorialité à Picauville.

### 1/ Le personnel infirmier

Nous avons vu qu'idéalement, dans le cadre de l'intersectorialité de type I ce personnel doit provenir pour moitié de chaque secteur lorsqu'il s'agit d'une bi sectorialité, pour un tiers de chacun des trois secteurs lorsqu'il s'agit d'une trisectorialité.

En fait, c'est plus complexe que cela et je veux soulever ici un point crucial. Un petit mot avant tout de la répartition du personnel dans notre établissement. En 1985, à mon initiative et il a fallu batailler pour l'obtenir, il a été décidé que les effectifs de chaque secteur adulte devaient être égaux ; chacun des secteurs adultes disposant ainsi du tiers des effectifs de l'ensemble des secteurs adultes.

**Pourquoi une telle mesure ?** Tout simplement pour éviter une guerre de tranchées avec revendication de la part de tel ou tel secteur d'effectifs supérieurs au nom bien évidemment des meilleures raisons du monde ; toutes plus imparables les unes que les autres bien entendu. Cette règle de l'égalité permettait à chaque secteur de développer sa politique et de construire le changement à son rythme en ayant l'assurance de garder ses effectifs. Cela évitait qu'un secteur ayant réussi à fermer un pavillon soit amputé de tout ou partie du fruit de ses efforts par un autre secteur qui n'aurait pas eu la même dynamique évolutive mais qui aurait pu revendiquer une charge de travail supplémentaire au nom juste-

ment de ce pavillon qu'il n'aurait pas réussi à fermer. Il s'agit d'un principe de responsabilisation du secteur. C'est un peu comme la course du Figaro : chaque équipage dispose du même bateau, à l'équipage d'en tirer le meilleur parti.

Donc trois colonnes égales en ce qui concerne le personnel et trois colonnes qui doivent rester égales une fois déduits de ces colonnes les moyens affectés à l'intersectorialité. C'est là le vrai principe de base et non pas les qualités de provenance des équipes intersectorielles car par le jeu des départs en retraite, des démissions, des différents mouvements, l'égalité de provenance des origines sectorielles est rapidement mise à mal ; mais en fait cela n'a aucune importance, l'important est, répétons-le, que les trois colonnes restent égales.

## 2/ Le projet d'unité de l'intersectorialité de type I

En fait, il comporte deux aspects :

- il y a d'une part le projet de soins qui précise les références théoriques, les modalités du soin, des réunions cliniques, de la réflexion institutionnelle ;
- mais il y a aussi le règlement non pas intérieur mais que l'on pourrait qualifier d'intérieur-extérieur puisqu'il définit les modalités d'articulation entre l'unité intersectorielle et les secteurs concourant à cette intersectorialité. C'est en quelque sorte une constitution.

Ces deux documents doivent-ils être séparés ou réunis ? La question est ouverte et ne va pas sans rappeler certains débats récents.



Cela dit, ce ou ces documents doivent être signés par les secteurs, parties prenantes.

Je développerai ici, l'aspect règlement intérieur extérieur. Celui des Marronniers a été défini avec précision. Je n'entrerai pas trop dans les détails mais par exemple, ce document stipule que chaque secteur dispose de huit places dans cette unité de soins au long cours et de huit places seulement. Chaque secteur est titulaire de ses places au nom de l'égalité des moyens affectés. Cela dit, un médecin chef peut demander par écrit à un de ses collègues de lui prêter une place qui serait momentanément libre. La réponse doit également être écrite. Vous remarquerez également qu'il s'agit là d'une autre illustration du principe de responsabilité des secteurs. En effet, si un secteur se donne du mal dans le cadre d'une articulation avec une unité trisectorielle pour réussir à faire sortir un patient en appartement associatif par exemple, il est juste qu'il dispose lui-même de la place ainsi libérée.

Ce projet d'unité est opposable aux secteurs signataires. Je prends un exemple : une jeune fille présentant un déséquilibre psychique grave, coutumière de tentatives de suicide parfois sévères est admise aux Marronniers. Elle est par ailleurs attachante, très demandeuse et sollicite beaucoup les équipes qui s'investissent beaucoup dans le projet de soins. Là-dessus survient une TS par défenestration avec des conséquences peu graves sur le plan physique. Après un court séjour à l'hôpital général, elle est réadmise dans l'unité d'entrée de son secteur d'origine qui décide de la réadresser rapidement à l'unité trisectorielle des Marronniers où sa place est restée vacante. Mais l'équipe des Marronniers, désemparée par cette défenestration, en plein travail de réflexion et d'élaboration à propos de cet événement traumatique ne se sent pas prête à l'accueillir immédiatement mais semble se résigner passivement à une admission qu'elle semble subir sans pouvoir s'y opposer. Il s'agit d'une mini crise comme les unités en traversent souvent à propos de patients complexes

Que fallait-il faire ? Fallait-il accepter le retour vécu comme prématuré par l'équipe des Marronniers ? Fallait-il refuser ce retour et surtout qui d'entre les deux



unités pouvait décider ? Pour résoudre la question, il a suffi de se référer au texte du projet de l'unité et plus précisément au chapitre III.6.3 qui prévoit que dans ce cas c'est le médecin des Marronniers qui décide. L'admission a donc été différée et a pu se faire un mois plus tard dans un climat apaisé. Il ne s'agit pas là de décider du bien fondé des positions des uns et des autres qui peuvent se prêter à des analyses diverses mais de montrer comment un projet d'unité bien pensé qui précise les processus de décision peut éviter un conflit stérile.

### **Ceci me semble très important :**

Pour bien fonctionner, l'intersectorialité de type I et plus largement d'ailleurs l'intersectorialité de tous les types doit reposer sur un projet d'unité approfondi et fouillé, signé par toutes les parties prenantes et opposables à tous les signataires y compris et surtout les médecins chefs y compris celui du secteur référent de l'unité.

Le respect du projet me semble la condition absolue de la réussite de l'intersectorialité : c'est le respect du projet du cadre qui fait que chacun se sente à l'aise dans son rôle et sa fonction.

Mais me direz-vous, tout ceci n'est-il pas un peu rigide et le fameux projet ne se révèle-t-il pas à l'usage moins pertinent que prévu ? Certes, et pour corriger les défauts potentiels ainsi repérés, il est nécessaire de faire appel à un principe correcteur qui est celui de la révision régulière du projet. C'est ainsi que, tous les ans à l'automne, a lieu un travail de relecture du projet et une analyse des éventuels problèmes et dysfonctionnements apparus dans l'année. Et si besoin, le projet est modifié, les modifications apportées devant être validées par tous les secteurs concernés.

Et il est même possible de proposer une modification du projet en cours d'année sans attendre l'automne. Par exemple, il est apparu récemment que le processus d'admission de nouveaux patients aux Marronniers pouvait être amélioré par la création d'un dossier d'admission plus complet qui mettrait mieux en perspective les éléments utiles d'un dossier parfois très épais. En tant que médecin chef du secteur référent de l'unité les Marronniers, j'ai donné mon feu vert à

cette initiative tout en rappelant que le nouveau document ne pourrait être opérationnel qu'après l'accord de l'ensemble des secteurs concernés.

Il s'agit en fait de combiner harmonieusement rigueur de fonctionnement et souplesse adaptative.

### **Bilan et conclusion**

Le bilan exhaustif de 20 ans de construction patiente de l'intersectorialité au Bon Sauveur de Picauville est sur le plan des chiffres le suivant :

#### **■ Cinq unités sur le site même de Picauville :**

- 3 unités intersectorielles :
  - **Les Marronniers** : 24 lits (intersectorialité de type I) ouvert en 2002 après une phase bisectorielle de 99 à 2002.
  - **Pierre Jamet** : 15 lits (intersectorialité de type I) ouvert en janvier 1995 après également une phase bisectorielle.
  - **Les Eglantines** : 18 lits (intersectorialité de type II), unité ouverte en novembre 1996 d'abord bisectorielle puis trisectorielle en 2003.
- 2 unités monosectorielles :
  - **Anne Leroy** : 17 lits pour le secteur 50 G 02
  - **Bertin** : 18 lits pour le secteur 50 G 03.

**■ Une unité d'entrée à Valognes** monosectorielle pour le secteur 50 G 03 : 17 lits.

#### **■ Quatre unités sur le site des Genets** dont :

- Une unité intersectorielle **Sophie de Riou** : 18 lits (intersectorialité de type II) il s'agit d'une unité bisectorielle pour les secteurs 50 G 01 et G02 admettant des HDT et HO ouverte en 2002.
- Une unité d'addictologie qui a ouvert en 1988 sur un mode monosectoriel puis est devenue une unité intersectorielle de type I pour finalement s'autonomiser en département d'addictologie en 2003. Il s'agit d'une unité de 18 lits.
- Deux unités d'entrée monosectorielles :
  - **Les Châtaigniers** : 23 lits pour le secteur 50 G 01
  - **Les Merisiers** : 17 lits pour le secteur 50 G 02.

Ce qui nous donne, en ne tenant pas compte de l'addictologie qui a dépassé le stade de l'inter-

sectorialité, 75 lits intersectoriels et 92 lits monosectoriels.

Cela dit, dès l'automne 2006, les deux unités d'entrée du site de Picauville, Anne Leroy et Bertin devront fusionner pour des motifs essentiellement économiques cette fois-ci mais c'est une autre histoire, et réduire leurs lits. Une fois cette opération effectuée, nous aurons ainsi 99 lits intersectoriels et seulement 57 lits monosectoriels.

Pour être exhaustif sur le plan de l'intersectorialité dans notre établissement, il faudrait ajouter les **deux antennes médico-psychologiques à l'hôpital Pasteur et à l'hôpital de Valognes** qui sont deux unités intersectorielles de type I, l'**atelier thérapeutique de Béthanie** dont je vous ai longuement parlé précédemment et aussi le **service d'accueil familial thérapeutique**, intersectorialité de type I également. Ajoutons le **service d'accueil familial thérapeutique** qui associe un travail clinique de type II et un travail institutionnel de type I.

### **Alors, quelle conclusion pourrions-nous tirer de tout ceci ?**

- Tout d'abord que l'intersectorialité, ça existe ; à Picauville c'est une réalité vivante complètement inscrite et de longue date dans le paysage sectoriel.
- Ensuite que l'intersectorialité, cela consiste à faire à plusieurs secteurs ce qu'un seul secteur faisait seul auparavant mais ne peut plus faire seul ou ne veut plus faire seul et de la faire à moindre coût ce qui permet de redéployer les moyens sur le terrain extra hospitalier.

Ça, c'est la version optimiste celle qui a prévalu jusque là à Picauville.

Mais il faut se rendre à l'évidence, cela peut aussi à l'avenir être une nécessité liée aux contraintes économiques. C'est ce que l'on observe chez nous avec le dernier projet de fusion des deux pavillons d'entrée du site de Picauville. Cela dit, nous avons réinvesti ce projet issu d'une nécessité subie de telle manière, avec la dynamisation de la filière de soins au long cours avec augmentation des places en appartement thérapeutique, que ce projet représente une nouvelle chance pour la dynamique de l'établissement mais il s'agit d'un pari.

- L'intersectorialité, c'est compliqué mais on ne peut pas échapper à cette complexité. Vous pouvez déplacer cette complexité, la situer vous

vous en souvenez, soit à l'intérieur de l'unité, soit à l'extérieur mais il faut faire avec. On ne peut pas faire en sorte qu'elle n'existe pas, mais comme le disait Lucien BONNAFE que j'ai plaisir à citer dans cet établissement où une unité lui est dédiée : « on n'est pas des imbéciles, on aime les problèmes compliqués ».

- C'est compliqué donc et cette complexité doit être travaillée ; cela suppose que les projets soient écrits c'est entendu, mais aussi fouillés de manière à fournir un outil qui traite de façon claire de tous les problèmes principaux qui peuvent survenir. En fait, il s'agit pour l'essentiel dans un dispositif à partenaires multiples de répondre à une question simple toujours la même : qui décide de quoi dans telle et telle situation ? Il s'agit d'un travail de forme qui, résolvant par avance un certain nombre de questions importantes, laisse l'énergie soignante disponible pour un travail de fond auprès des patients.
- Enfin dernière question et non la moins importante : **l'intersectorialité trahit-elle le secteur ?** Pour moi la réponse est clairement non du moins telle que nous l'avons réalisée jusque là à Picauville.

Le secteur, c'est une organisation de soins sur un territoire avec une composante hospitalière et une composante extrahospitalière bien intégrée sur le terrain permettant la rencontre des équipes avec des médecins généralistes, des assistantes sociales celles aussi de secteurs, des élus, des associations... bref c'est la rencontre d'un dispositif de soins et des acteurs sociaux. La réalité vivante du secteur, c'est l'extrahospitalier avec cette inscription sur le territoire ; et à ce point de vue, on aura beau dire et beau faire, Portbail ne sera jamais à Quettehou, Venoix ne sera jamais à Bayeux et Alençon ne sera jamais à Flers.

**En 1985**, au Bon-Sauveur de Picauville, nous avions trois secteurs ayant chacun une grande capacité hospitalière mono sectorielle et des embryons, on ne peut pas appeler cela autrement, du dispositif extrahospitalier.

**En 2005**, nous avons une capacité hospitalière réduite avec près de la moitié des lits qui est d'ores et déjà intersectorielle et plus de la moitié qui le sera à partir de l'automne prochain, un dispositif extrahospitalier qui s'est considérablement développé (9 CMP, 5 CATTP pour adultes). Dans le même temps, les durées moyennes de séjour à l'hôpital ont considérablement diminué,



l'hospitalisation n'étant le plus souvent qu'un moment bref dans la trajectoire du patient. Où est la vraie fidélité au secteur ? Dans le dispositif de 1985 ou bien dans le dispositif de 2005 ? La réponse ne fait pas de doute et l'intersectorialité hospitalière loin de trahir l'idéal du secteur a en réalité été le moyen privilégié de la fidélité à cet idéal de secteur, en permettant le formidable essor du travail sur le terrain.

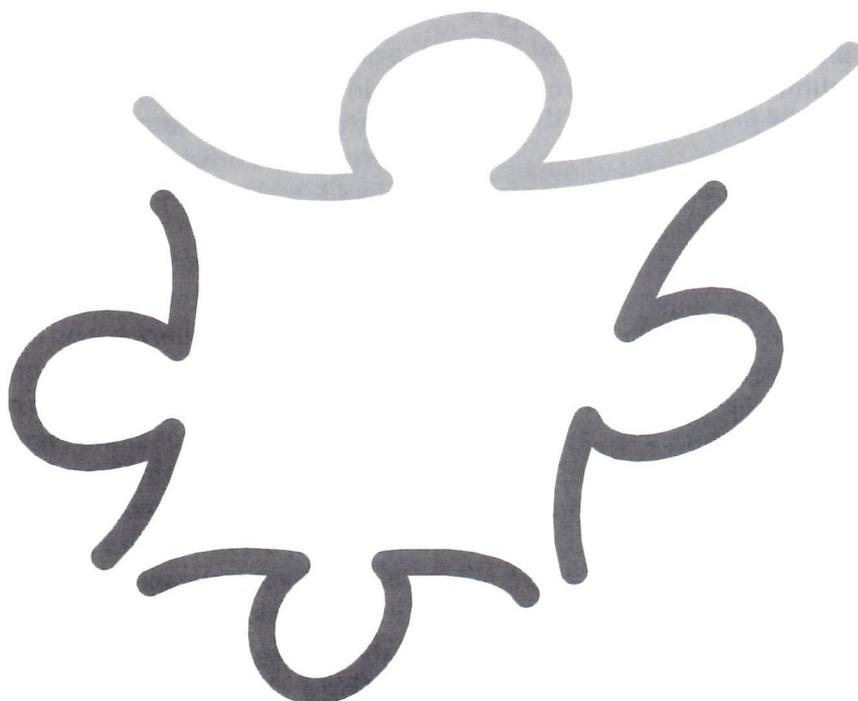
Intersectorialité intra hospitalière ai-je dit. Ne peut-il donc y avoir une intersectorialité ambulatoire extra hospitalière ? Pour l'essentiel, non, en effet, car c'est la géographie qui commande et Portbail ne sera jamais à Quettehou, vous vous souvenez. Cela dit, je vois deux exceptions à la règle, peut-être y en a-t-il d'autres ?

- On peut imaginer que les secteurs mettent des moyens en commun pour développer des consultations et des soins surspécialisés qui fonctionnent un peu comme des centres de ressource ; cette surspécialisation peut concerner aussi bien les pathologies rares que des techniques en développement.
- Le second cas s'attache à résoudre le problème des frontières sectorielles. Je prends

l'exemple du CMP de Carentan, ville référencée au secteur 50 G 02 du centre hospitalier de Picauville, mais ville limitrophe de la ville de Saint Hilaire qui elle est rattachée au secteur de Coutances dépendant du Bon-Sauveur de Saint-Lô. Du fait de cette proximité immédiate, nous avons dans ce CMP 15 % de la file active qui est constituée de patients issus du secteur de Coutances sachant que l'on cherche à diminuer cette proportion en ces temps d'économie. Je ne verrai aucun inconvénient bien au contraire à ce que ce CMP devienne intersectoriel avec une consultation d'un psychiatre du secteur de Coutances et adjonction à l'équipe d'un temps d'infirmier, de psychologue, d'assistante sociale.

Bien entendu, familiarisés comme vous l'êtes maintenant avec le type I et le type II vous aurez reconnu la description d'une intersectorialité de type II. Ce serait là une manière d'assouplir les rigidités parfois reprochées aux secteurs. Je pense en effet que c'est par une coopération intersectorielle sur les frontières que l'on résout la question des frontières.

**J'espère, au terme de cet exposé, vous avoir convaincus que l'intersectorialité, réalité vivante à Picauville, est un projet d'avenir pour tous ceux qui, au-delà de certaines conditions formelles, veulent faire vivre le secteur.**





# RATIONALITÉ ÉCONOMIQUE ET SECTORIALITÉ



M. B. PIGAUX  
Directeur des  
établissements de la  
Fondation Bon Sauveur  
50360 Picauville

*Les concepts de rationalité économique et de sectorialité en psychiatrie sont-ils compatibles ? Ce sujet d'actualité est source de nombreuses polémiques et porteur de positions souvent radicales et enflammées aussi bien des soignants que des gestionnaires.*

*Le secteur a pour vocation de proposer un accès à des soins de proximité, assuré par une équipe pluridisciplinaire sur une aire géographique déterminée. Cette politique initiée à la fin des années cinquante avait pour objectif d'ouvrir la psychiatrie sur la société et de permettre l'intégration des malades. Elle s'est développée dans un contexte de forte croissance économique et sur la base d'un vivier de personnels hérité de l'organisation asilaire. Dès les années soixante la sectorisation propose des soins individualisés de qualité permettant une meilleure insertion du patient, mais il permettait également aux psychiatres, chefs de service, "d'espérer s'affranchir de la tutelle encombrante des administrateurs". (Daumézon 1955)*

La rationalité économique a pour objet de viser le meilleur soin au meilleur coût. En économie le principe de rationalité signifie que les individus agissent en utilisant au mieux les ressources dont ils disposent, compte tenu des contraintes qu'ils subissent (P Cahuc<sup>1</sup>). Le petit Robert définit la rationalité comme le rapport à la raison, à ce qui est adapté, judicieux et sensé. Ce concept est donc inhérent à toute relation humaine qu'elle concerne les échanges restreints ou collectifs. La rationalité économique est perçue différemment en fonction des cultures, des groupes professionnels, des familles politiques etc. Dans le monde de la santé elle est d'autant plus mal vécue des professionnels que la pression concernant la maîtrise des coûts est présente. Or actuellement la rationalité est synonyme de réduction drastique des coûts et non d'optimisation des ressources.

**Dans ce contexte, le développement d'une politique de secteur raisonnable, économiquement maîtrisée est-elle possible ? A-t-on de nos jours les moyens de maintenir le secteur ?**

Il y a plusieurs angles d'approche de cette problématique

**Un "secteur" difficile à contrôler dans une société en mutation.**

L'évolution et le succès du secteur sont tels que le projet initial est largement dépassé. La psychiatrie est devenue une discipline de

proximité, largement dédramatisée au sein de la population, les asiles ont progressivement disparu. Dans ce contexte de développement, le secteur est devenu un recours pour une série de situations qui ne relevaient pas de son champ, ou qui étaient supportées par d'autres institutions ou corporations qu'elles soient sanitaires, sociales ou religieuses.

Les crises économiques successives ont fragilisé la population, le traitement social de ces crises a largement mis la psychiatrie à contribution. Personne ne s'étonne plus de recourir au psychiatre plutôt qu'au prêtre, à l'instituteur, à l'éducateur ou au médiateur familial. Un divorce nécessite un accompagnement en consultation, un « ado » en manque de repère est assigné en pédopsychiatrie, une noyade sur une plage en été nécessite le déclenchement de la cellule d'urgence médico-psychologique etc... Dans ce souci d'ouverture les professionnels de la psychiatrie se sont laissés déborder par la demande et ont de nos jours de plus en plus de mal à définir leur périmètre d'intervention. Le "secteur" est une organisation "magique" capable de résoudre les maux de la société. Du point de vue d'un directeur la prévisibilité et la maîtrise économique du secteur est plus une affaire de "tonneau des Danaïdes ou puits sans fond" que de budget équilibré. Cette situation est largement amplifiée par la faillite de la gestion prévisionnelle et de la répartition nationale des moyens. Le secteur déjà submergé de demandes doit en outre assumer la suppléance de la psychiatrie libérale en complément de sa mission de service public. Cette suppléance s'effectuant



sans financement complémentaire. Cette difficulté à cerner le champ d'intervention et à dire non est accentuée par l'organisation hospitalière.

### **Le "secteur" : une institution dans l'institution**

Les hôpitaux sont des bureaucraties professionnelles centrées sur la valorisation des compétences techniques. A ce titre il est légitime de les considérer comme des "pyramides inversées"<sup>2</sup> dans lesquelles les orientations stratégiques sont définies par les professionnels du soin et mises en œuvre par les administrateurs. La sectorisation est venue modifier sensiblement ce schéma classique de l'organisation hospitalière. Le principe de pyramide inversée est maintenu mais reproduit autant de fois qu'il y a de secteurs. Il y a une nécessaire autonomie entre ceux-ci et envers l'institution. Le rôle des directions est de veiller à réaliser chacune des orientations stratégiques tout en assurant la cohérence de l'ensemble. Cette organisation en "divisions", héritée du monde industriel, a pour avantage de dynamiser de petites équipes, d'adapter les solutions au terrain et de générer une émulation entre les secteurs au sein de l'institution.

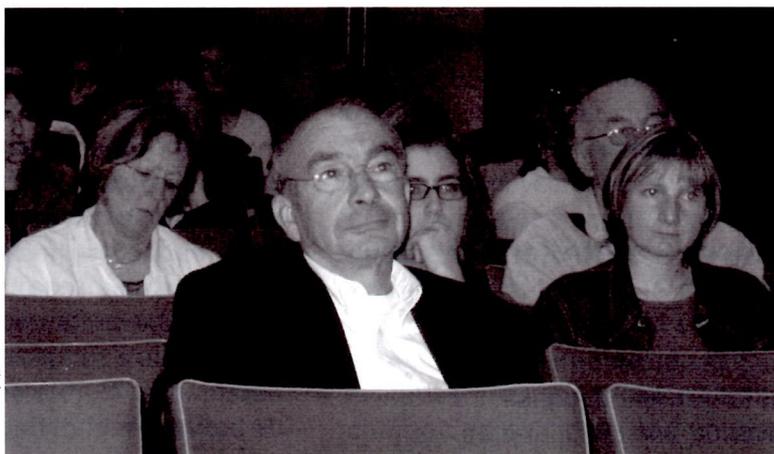
Cette organisation dynamique produit des effets positifs durant plus de trente ans puisque malgré les crises économiques, la "santé" reste une priorité des gouvernements. A partir du milieu des années quatre-vingt dix la situation évolue et les restrictions budgétaires apparaissent. L'organisation "divisionnalisée" est en difficulté, l'émulation peut devenir compétition, l'adaptabilité du secteur est difficile. Le secteur, concept hérité des "trente glorieuses", est peu réactif aux évolutions de l'environnement. Néanmoins, progressivement, les soignants s'organisent et mutualisent les moyens au sein

d'unités intersectorielles. Peu à peu les professionnels prennent conscience des réalités économiques et proposent des alternatives aux restrictions. Ces évolutions me semblent récentes et nécessitent un échange régulier entre soignants et gestionnaires au profit de la meilleure rationalité possible. Il s'agit d'évoluer d'une gestion sectorielle parfois féodale à une cogestion entre chefs de service et directions. Le plus difficile pour un directeur est d'amener des chefs de secteur à échanger entre eux en intégrant les logiques économiques. Le principe de réalité cher aux thérapeutes dans certaines prises en charges cliniques est bien vite oublié dès qu'il s'agit de gestion. Cette co-gestion prônée par la nouvelle gouvernance ne peut se concevoir sans lisibilité des effets de l'implication des professionnels.

### **Le spectre de l'évaluation**

La notion de rationalité implique une idée de raison. Les bureaucraties hospitalières limitent les incertitudes au profit de régularités de comportement et de fonctionnement. Or la psychiatrie a évolué parce que certaines équipes ont su être déraisonnables et faire preuve de créativité. Pour que celle-ci s'exprime il faut un contexte favorable et des individus prêts à prendre des risques, parfois sources de gains de productivité ultérieurs. Ces situations se raréfient. Trop de directions sont éloignées des logiques de terrain et trop de chefs de services considèrent encore que les problèmes économiques sont uniquement du ressort des "administratifs". Une politique de secteur aboutie doit s'appuyer sur une évaluation des résultats et

une capacité à mettre fin à certains projets au profit d'autres plus adaptés. Le secteur pour survivre doit démontrer son utilité. Cela passe par une démarche de recherche et d'évaluation permanente. Chaque établissement a une banque



de données sous-exploitées, les DIM sont peu mis à contribution ou lorsqu'ils le sont, leurs analyses sont parfois contestées si elles ne sont pas conformes aux attentes. Cette frilosité envers l'évaluation est très souvent liée au manque de formation de l'encadrement dans ce domaine. Les équipes craignent fréquemment l'ampleur de la tâche et la rigueur nécessaire aux démarches de recherche.

Pourtant le refus de l'évaluation condamne le secteur alors que malgré la rationalité économique actuelle, l'utilisation de ressources non rentables est encore possible... si elle est argumentée. Mais pour combien de temps ?

### **Une absence de lisibilité politique dans une bureaucratie à la française**

Une gestion adaptée et rigoureuse du secteur implique une cohérence de la politique de l'établissement, elle-même en cohérence avec l'ensemble de la politique de santé. Depuis quelques temps il y a peu de cohérence au niveau national et les professionnels des établissements sont soumis à de multiples injonctions paradoxales. Cette situation résulte d'une démission du "Politique" au profit des technocrates. La technique n'est plus au service des idées ou des valeurs portées par les élus, il y a peu de sens et de cohérence d'ensemble donc pas de projet concernant la santé. Nous sommes dans une logique libérale qui n'ose dire son nom où l'individu est réduit à ce qu'il coûte et non à ce qu'il peut apporter. Cette absence de politique globale nous conduit à développer des actions ou réorganisations parallèles, non coordonnées qui épuisent les professionnels et provoquent généralement des "usines à gaz" qui échappent à leurs créateurs.

Par exemple, nous sommes actuellement dans une phase de rigueur budgétaire ultra libérale, alors que :

- le plan de santé mentale prône le développement d'une politique ambitieuse et coûteuse,
- la haute autorité de santé continue sa tâche indépendamment du contexte socio-économique,
- les contraintes sécurité et qualité sont de plus en plus nombreuses, il y a pénurie de

professionnels mais on crée des commissions qui éloignent toujours plus de professionnels du malade.

Comme si tout cela ne suffisait pas nous entreprenons une réforme d'allocation budgétaire que peu de directeurs d'établissement comprennent et que les ARH ne peuvent expliquer. Cette réforme pourtant développée durant la mise en œuvre de la décentralisation est conçue et dirigée par quelques techniciens du ministère. Ils sont les seuls à comprendre le système et ne peuvent plus le piloter puisqu'ils sont mutés sur d'autres fonctions !

Dans ce contexte de faible lisibilité de gestion, les établissements doivent concevoir des projets d'établissement à cinq ans, des plans pluriannuels d'investissement voire des plans de redressement financier à trois ans.

Face à cette absence de ligne politique claire et à cette incertitude constante pesant sur les établissements, chacun gère comme il peut ou comme il sent. La mise en œuvre simultanée de ces multiples contraintes implique le développement d'une rationalité basique, parcellaire, contre productive, qui annule les pratiques de contractualisation : les coûts cachés augmentent. Le risque est donc grand de dériver de nos missions de service public et de respect des individus au profit d'une pure logique de rentabilité.

Les repères, et valeurs véhiculées par les politiques actuelles sont déstabilisantes et ne correspondent pas à l'esprit des soignants. De nombreux établissements élaborent leur charte éthique, c'est un signe alarmant du manque de confiance dans le système de santé actuel.

### **Au vu de ces quelques éléments comment une direction peut-elle œuvrer pour éviter l'expression d'un trop forte rationalité économique au détriment du secteur ?**

La rationalité économique est un aspect incontournable du management des établissements. Cette rationalité peut prendre plusieurs formes. Entre les extrêmes : développer les soins sans se préoccuper des coûts et prôner une réduction majeure des coûts de soins, il y a une rationalité raisonnable, citoyenne, orientée vers une logique du meilleur



soin au meilleur coût. Cette décision ne peut être du seul ressort des établissements puisqu'elle dépend de choix de société et de politiques de santé définies et portées par les élus. Il y a néanmoins des conditions propres aux établissements qui peuvent conduire au développement d'une politique de secteur économiquement viable :

- A l'instar de la démarche d'accréditation, développer l'inter-connaissance entre soignants et gestionnaires. Cela suppose que les directions sachent rendre la gestion économique abordable aux non initiés. Le secteur est avant tout un principe et un état d'esprit avant d'être territoire. C'est cet esprit d'ouverture et d'accessibilité au soin qu'il faut préserver. A partir de ce constat il est possible d'organiser ou "réorganiser" le secteur par des mutualisations ou des regroupement basés sur des évaluations d'activité ou de mobilité des populations. Il est également envisageable de coordonner l'organisation des secteurs avec les nouveaux territoires de concertation. La base d'un changement adapté est indissociable d'une contractualisation externe négociée et garantie avec les ARH.
- Il est impératif de développer l'analyse de l'activité, du parcours des patients, du coût des différents soins. Les départements d'information médicale ont un rôle prépondérant à jouer. Il s'agit d'aider les soignants et les gestionnaires à optimiser les ressources en exploitant les bases de données des établissements. Pour

cela les DIM doivent s'affranchir de la tutelle de chefs de service et des directions pour évoluer vers une position de prestataire de service dans l'institution.

- Avoir une conscience claire des limites de la réorganisation et de l'optimisation des coûts. Il s'agit de savoir jusqu'où ne pas aller ! Dans le cadre d'une politique de santé floue, aux pratiques parfois insidieuses, dont les valeurs ne sont plus conformes à celles des soignants, il convient de faire corps en rappelant ou en réactualisant les bases éthiques guidant nos choix et nos actions. Les groupes de pression qu'ils soient d'employeurs, de salariés, de corporations professionnelles, d'usagers n'auront de crédibilité que s'ils se coordonnent et proposent des alternatives réalistes aux politiques contestées.

**En conclusion, la rationalité économique actuelle conteste le bien fondé du secteur et pousse aux réactions asilaires. Il est primordial de préserver le principe d'accessibilité et d'égalité d'accès aux soins. Cette apparente quadrature du cercle peu être résolue si les professionnels évaluent leurs actions et proposent de nouvelles évolutions organisationnelles. Dans cette optique l'intersectorialité des structures hospitalières allié au maintien de la sectorisation des structures ambulatoires pourrait être un compromis garantissant une proximité des soins au sein des futurs territoires de concertation.**

(1) Pierre Cahuc, professeur d'économie à l'Université Paris 1 Sorbonne.

(2) Voyage au centre des organisations. Henry Mintzberg. Ed. d'organisation.



# LA POLITIQUE SECTORIELLE

*La politique de sectorisation s'inscrit dans le mouvement de désaliénation né dans l'après-guerre et elle trouve ses origines dans la circulaire de 1960. Cependant, outre les discussions menées au sein de la Commission des maladies mentales, c'est à travers « le livre blanc de la psychiatrie française » qu'une réflexion approfondie a été menée de 1965 à 1967, elle a conduit à des propositions qui seront retenues par les pouvoirs publics grâce aux pressions qui vont s'exercer avec les bouleversements de mai 68 où la refonte de la politique psychiatrique s'est reliée à la séparation de la neurologie et de la psychiatrie.*

*Les mesures nécessaires seront prises par circulaires pendant une longue période jusqu'à la promulgation de la loi du 31.12.1985.*

*Les principes édictés valent pour tous les âges, cependant deux circulaires sont rédigées, l'une pour la psychiatrie générale, l'autre pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (16 mai 1972).*

*On en citera les principales orientations.*

■ L'accent est mis sur la nécessité d'interventions débordant le champ du sanitaire, elles impliquent l'enfance inadaptée, la prévention maternelle et infantile, la santé scolaire et certains services relevant des Ministère de la Justice et du Travail de façon à assurer entre tous les intervenants des liaisons et des coordinations qui viennent soutenir la prévention, le soin et la réadaptation.

L'accent se trouve mis également sur l'importance des articulations avec les équipes de psychiatrie générale et avec les personnels et les dispositifs du tissu associatif ou libéral.

■ Les critères cliniques fondés sur la symptomatologie superficielle et sur le Q.I., sont remis en question ; l'accent est porté sur les composantes dynamiques et évolutives qui mettent en valeur les expériences positives menées à travers les cures institutionnelles et les actions psycho sociales conduites dans la communauté. Des références nosographiques innovantes apparaissent, les concepts d'incurabilité, d'inéducabilité sont discutés.

■ Dans ces conditions, une place centrale est faite à la prévention dans ses aspects primaires, secondaires, tertiaires d'où découle la nécessité d'approches multidimensionnelles menées en coopération étroite avec les familles et en donnant une priorité absolue aux mesures ambulatoires et aux dispositifs en externat, tels les hôpitaux de jour. Cependant une place importante reste dévolue à des équipements



Professeur Roger MISES

résidentiels de façon à assurer des modes d'accueil différenciés selon l'âge et la nature des troubles. Les thérapeutiques en internat comme dans les hôpitaux de jour ou en ambulatoire doivent être adaptées et ouvertes aux différents courants théoriques, sans exclusive.

■ En s'appuyant sur ces orientations et sur ces dispositifs, l'équipe de service public est appelée à soutenir de façon prioritaire la prise en charge la plus proche d'une vie normale, tout en modulant les supports utilisés en fonction de l'évolution. Aucun prototype n'est fixé qui représenterait une contrainte pour les membres de l'équipe : l'essentiel est bien qu'à partir d'une adhésion aux principes énoncés, on fasse évoluer les dispositifs nécessaires dans le sens indiqué.

Les circulaires de 1972 apportent une solution élégante pour les enfants déficients mentaux en indiquant que l'atteinte de l'intelligence, loin de représenter un état donné d'emblée et inaccessible aux soins, s'inscrivait au contraire, souvent, dans un processus évolutif relevant d'actions multidimensionnelles, malheureusement la loi du 30.06.1975 en faveur des personnes handicapées, en dépit de ses intentions louables, a réintroduit le clivage entre maladie et handicap ce qui a fait resurgir les approches et les institutions qui excluent le soin.



Cependant, en dépit des errements, l'implantation des équipes de service public s'est poursuivie, sous des formes variables selon les lieux ; en 20 ans, 300 secteurs ont été créés, mais dotés de moyens diversifiés, parfois insuffisants.

Vingt ans plus tard une nouvelle circulaire (novembre 1992) a apporté des précisions intéressantes sur les questions concernant les très jeunes enfants, les adolescents, les sujets appartenant à un milieu très défavorisé. Elle a aussi réaffirmé – pour un temps... – que les enfants autistes entraient dans le champ d'intervention conduit par les équipes de secteur, en coopération étroite avec d'autres intervenants du champ éducatif et scolaire.

En fait, loin d'apporter des moyens nécessaires à la réalisation de ces actions nouvelles, les pouvoirs publics se sont orientés vers une politique de contrôle des coûts qui néglige la prise en compte des besoins en effectif et en formation des personnels.

Tout ceci se joue insidieusement à travers des mesures technocratiques qui, par leur conjonction, créent une situation de fait où la politique de secteur se trouve mise à mal sans qu'il soit procédé à une discussion de fond.

**Dans ce contexte, les expériences en cours se trouvent gravement menacées : peut-être est-il temps de réaffirmer notre appui à des orientations et à des outils qui ont fait la preuve de leur efficacité.**



*M. VIVIER, directeur du Bon Sauveur de Caen, Professeur MISES,  
M. LETELLIER, Dr GOLSE.*