



HAL
open science

**Du secteur psychiatrique au territoire de santé :
comment une politique publique ouvre un espace de
collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale**

Marie-Claude Devillières

► **To cite this version:**

Marie-Claude Devillières. Du secteur psychiatrique au territoire de santé : comment une politique publique ouvre un espace de collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale. Science politique. 2013. dumas-00936722

HAL Id: dumas-00936722

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00936722>

Submitted on 27 Jan 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

UNIVERSITE DE GRENOBLE

Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Marie-Claude DEVILLIERES

**DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE AU TERRITOIRE DE
SANTÉ**

**Comment une politique publique ouvre un espace de collaboration entre la
psychiatrie et la médecine générale**

2012-2013

Master Politique Publique de Santé

Sous la direction de Héléna Revil

UNIVERSITE DE GRENOBLE

Institut d'Etudes Politiques de Grenoble

Marie-Claude DEVILLIERES

**DU SECTEUR PSYCHIATRIQUE AU TERRITOIRE DE
SANTÉ**

**Comment une politique publique ouvre un espace de collaboration entre la
psychiatrie et la médecine générale**

2012-2013

Master Politique Publique de Santé

Sous la direction de Héléna Revil

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier Héléna Revil, mon directeur de mémoire qui a volontiers accept e de me guider durant ce travail.

Je remercie également toutes les personnes qui ont pris part de près ou de loin à la réalisation de ce travail. Il n'aurait pu aboutir sans leur soutien et leur implication. J'espère que ce mémoire sera à la hauteur de leurs attentes.

*« Des hommes avant des
pierres... »*

Lucien Bonnafé

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
Chapitre I - La psychiatrie de secteur : prémices d'une politique publique de santé territoriale	15
Section I : Naissance de la psychiatrie de secteur.....	16
Section II : mise en œuvre de la politique de secteur.....	17
Chapitre II – La construction de l'action publique « par le bas » : collaboration entre médecine générale et psychiatrie.....	23
Section I : Retour d'une expérience locale, le cas d'une antenne de psychiatrie.....	24
Section II : collaborer : une contrainte nécessaire.....	41
Chapitre III : Psychiatrie de secteur et territorialisation	46
Section 1 : Objectifs de la politique de territorialisation.....	46
Section II : Mise en œuvre d'un projet territorial intégré	52
CONCLUSION GENERALE	57
BIBLIOGRAPHIE	59
TABLE DES MATIERES	63

GLOSSAIRE

HPST : Hôpital patient santé territoire

CMP : Centre médico psychologique

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCOMS : Centre collaborateur OMS

CNQS : Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie

CDSM : Conseil départemental de santé mentale

SROS : schéma régional organisation des soins

CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel

ARH : agence régionale pour l'hospitalisation

ARS : agence régionale de santé

INTRODUCTION

Le territoire n'est pas seulement un paysage, dans le domaine de la santé il renvoie à une manière de penser le soin et fait référence à un type d'organisation. Dans notre travail, nous montrons que la création de la politique de sectorisation psychiatrique a ouvert une voie. Perfectible et incomplet mais toujours fonctionnel, le secteur, privé de son existence juridique par la circulaire du 25 octobre 2004 (relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération), reprend pied avec la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) qui demande clairement son articulation au territoire. Si la mise en place de cette politique publique de santé soulève de nouvelles questions, elle révèle également des pratiques existantes qu'elle légitime et encourage. Articuler des zones d'exercice à travers une mutualisation des moyens traduit la volonté d'améliorer la gestion du coût du système de santé et d'en faciliter l'accès aux usagers. La réalisation de ces objectifs repose également sur les professionnels qui œuvrent à son accomplissement. Cela signifie créer des synergies entre tous les intervenants afin de garantir la qualité des soins. Cette préoccupation préexiste dans les pratiques des acteurs de terrain avant d'être validée par la loi, elle constitue notre quotidien et motive ce travail de recherche.

Cadre de santé depuis 2003, j'exerce actuellement en structure extrahospitalière relevant de la psychiatrie, dont une antenne de consultation située en zone péri-urbaine (30 km de l'agglomération principale), reliée à un centre médico-psychologique (CMP).

Cette antenne est le support d'étude de ce mémoire et donne lieu à une série de questionnements sur la politique de secteur et son évolution.

Avec 119 structures extrahospitalières réparties sur les deux tiers sud du département concerné, l'hôpital psychiatrique de rattachement couvre un bassin de population de 770000 personnes (adultes, enfants, adolescents).

Dès 1969, les médecins psychiatres de cet établissement de santé ont emboîté le pas de la sectorisation en obtenant de la Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

(DDASS), l'application de la circulaire du 15 mars 1960: une politique de secteur qui propose un nouveau modèle thérapeutique.

Depuis sa création, l'antenne de psychiatrie est rattachée au CMP de la commune, successivement elle occupe un local de la mairie, puis elle rejoint rapidement le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), s'inscrivant de fait avec les autres partenaires de l'action sanitaire et sociale.

A son arrivée en 1996/1997, le chef de service décrit des conditions d'accueil favorables à un partenariat avec les professionnels de l'action sanitaire et sociale du terrain.

Il dénombre une file active de patients chronicisés par la maladie et peu de nouvelles demandes de la part des médecins généralistes. L'équipe médico-sociale composée alors de cinq infirmières, une psychologue et une assistante sociale répond aux besoins de la population du secteur et développe des actions de soins préventifs, curatifs et de maintien des personnes dans leur environnement.

Les professionnels se déploient dans un environnement semi-rural et rural, qui va bientôt se transformer au fil du temps pour devenir ce que l'on appelle « *la frange rurale-urbaine* », « *l'ombre portée de la ville* » (Charvet et Bryant, 2003, p241) et renvoie à « *un processus de développement social et culturel complexe qui façonne la composition démographique et socio-économique des zones péri-urbaines* » (Charvet et Bryant, *ibid*, p248).

Le maire de la ville dans cette zone, rapporte qu'entre 2001 et le début de l'année 2013, la population est passée de 930 à 1350 habitants.

Elle explique l'explosion démographique de la ville, les modifications des voies d'accès qui rendent plus accessible la vie urbaine et le travail, l'installation de jeunes ménages, leurs besoins et la capacité d'absorption des écoles augmentée.

« *Selon l'INSEE: Les communes péri-urbaines se sont révélées attractives pour les familles avec enfants. Le pourcentage des jeunes de moins de 20 ans y est largement supérieur à la moyenne nationale. Le nombre moyen de personnes par ménage, trois environ, est nettement supérieur à celui des villes centres. Il dépasse également celui des banlieues et de l'espace rural* » (Rapport Sénat, 1997).

Une nouvelle typologie de population apparaît, elle diffère de celle des natifs, il faut désormais composer avec les besoins et habitudes de vie des nouveaux arrivants.

Les missions du maire ont également changé au fil du temps. Il intervient davantage dans la politique locale et soutient les actions de santé publique.

En tant que vice-présidente de la communauté de commune, son action est principalement dédiée à la personne âgée et au handicap, elle assure également la mise en accessibilité des soins par le biais d'intervention auprès des maisons médicales dans l'accompagnement de leur projet.

Interrogée sur la santé mentale, elle répond que le dispositif de psychiatrie publique est indispensable, il fait se rejoindre autour d'actions communes les acteurs de terrain et les élus locaux. Elle ajoute « *qu'il faut tenir bon pour que l'antenne de consultation ne parte pas, même si c'est dans l'air du temps* ». Entretien avec un maire (8 avril 2013).

Partir ou rester ?

Progressivement les professionnels du CMP ont constaté une diminution des demandes auprès de l'antenne de consultation. La file active s'est tarie du fait du vieillissement de la population, les patients ont rejoint des structures médico-sociales ou les maisons de retraites implantées sur le secteur, sans qu'apparaissent de nouvelles demandes.

Ce processus naturel a également eu des conséquences sur l'équipe soignante, avec une diminution des effectifs, puisqu'actuellement trois infirmiers(e) assurent une présence sur l'antenne au lieu de cinq à l'origine.

La permanence infirmière sur l'antenne s'est restreinte à deux vendredis matin par mois et devant l'absence de demande, le médecin a renoncé à poursuivre ses consultations médicales.

Malgré la situation, l'équipe répond toujours aux invitations du CCAS et participe aux conseils de maison.

A travers cette cohabitation, un lien de proximité s'est créé entre les professionnels, donnant lieu à une collaboration active et une analyse sur les besoins de la population.

Devant le constat de la paupérisation des demandes de soins, une réflexion s'amorce autour d'une décision à prendre de ne plus intervenir dans ce lieu. Parallèlement une requête émane des travailleurs sociaux du CCAS qui héberge l'antenne de psychiatrie et incite l'équipe soignante à ne pas se désengager.

Cette requête est argumentée par l'idée que, même si elles ne sont pas faites auprès de l'équipe de psychiatrie, il existe des demandes qui devraient retenir l'attention des professionnels de soins et maintenir la présence du service public.

Au contact et à l'écoute des habitants, les travailleurs sociaux témoignent des difficultés que rencontrent les personnes. Leur évaluation s'appuie sur leur connaissance du terrain et sur le constat de situations jugées problématiques, très souvent liées à la précarité, l'aide à la parentalité, le surendettement...

Nous savons que « *la population péri-urbaine est marquée par des contrastes tenant à la coexistence des personnes relativement aisées qui ont choisi de quitter la ville afin de vivre à la campagne et des personnes victimes d'une réelle précarisation économique et sociale* » (rapport Sénat, *ibid*).

C'est à partir de cette évaluation que le choix d'analyser cette situation a pris sens ou comment une situation paradoxale amène à la construction d'un objet de recherche.

Les professionnels de psychiatrie interviennent dans le cadre d'une indication médicale spécialisée qui traite les troubles psychiatriques. Ils savent que la demande de soins s'accompagne très souvent d'une problématique sociale et qu'il faut rencontrer les personnes pour distinguer un mal-être d'une pathologie psychiatrique relevant d'une prise en charge et des missions de l'hôpital.

Les rencontres organisées par le CCAS ont permis de préciser la nature des interventions des professionnels et faire le constat ensemble, que les modes d'actions appartiennent à des registres différents tout en servant une mission collective d'intérêt public.

Parallèlement, la politique de rationalisation des coûts amène l'hôpital à redéfinir ses espaces et lieux d'interventions. Cette réorganisation est vécue comme un désengagement progressif de l'hôpital des zones éloignées au profit des centres urbains qui, de par leur implantation au sein de puissants dispositifs sociaux, accentuent la demande et aspirent une grande partie des moyens. Cependant nous pouvons faire l'hypothèse que l'établissement de santé n'est plus seul légitime à pouvoir définir la politique d'offre de soin.

Prise dans cette logique comptable hospitalière, l'équipe soignante maintient le constat d'un appauvrissement des demandes dans cette zone péri-urbaine, en apparence logique sur un plan quantitatif. De leur côté, les travailleurs sociaux non soumis à cette contrainte, soutiennent l'existence d'une demande que l'approche quantitative seule ne permet pas de

prendre en compte.

L'ensemble de ces questions conduit à réinterroger la provenance des demandes de soins, les professionnels se rejoignant pour dire qu'il faut affiner le questionnement et l'objectiver en dehors des ressentis.

Cependant les travailleurs sociaux aussi attentifs qu'ils soient et légitimes dans leur fonction de « lanceur d'alerte » n'ont pas la compétence pour mettre à jour l'expression d'une pathologie psychiatrique.

Cette première étape interroge la validité de la demande. Aussi, après avoir recueilli l'avis de tous les professionnels, il semblait pertinent d'identifier le partenaire de santé de premier recours capable de repérer la demande de soin et de l'évaluer à partir d'une première consultation. C'est le médecin généraliste qui fait le choix de suivre le patient ou d'orienter vers le secteur ad hoc : secteur public de soin en psychiatrie ou secteur libéral.

Cet acteur pivot, central dans le maillage de l'accès aux soins, fait fonction « d'éclusier » des demandes de soins.

Bien qu'ils exercent sur un espace commun, médecins généralistes et psychiatres ont-ils la même vision des besoins de la population? Quelles sont leurs représentations du service public et de ses missions?

Quel sens accordent-ils aux notions de proximité et de territoire?

Secteur et/ou Territoire

Qu'en est-il de la politique de secteur confrontée à la politique de santé du territoire?

Le secteur est l'unité de base de cette politique, il a une mission dévolue au territoire de proximité. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) a pour objectif l'efficacité du système de santé et l'accès pour tous à des soins de qualité quel que soit le lieu géographique de l'utilisateur.

Trois termes qui se recouvrent, secteur, territoire et proximité, quels liens structurels et fonctionnels les unissent?

Comment s'inscrivent et se partagent la politique de santé de la médecine générale et de la

psychiatrie? Quelle cohabitation pour quelle collaboration?

A travers la place et les rôles de chacun, étudier les politiques successives mises en place et considérer un secteur géographique dans sa dimension politique conduit à analyser les questions, les enjeux et engage dans l'observation de ce qui se passe quand on opère un transfert de la notion de secteur à celle de territoire.

Prise sous cet angle, la question du maintien ou du retrait des moyens de l'antenne de psychiatrie se différencie d'une résolution de problème, elle ouvre sur une approche plus structurelle et permet de formuler la problématique suivante :

Dans quelle mesure la collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie peut-elle participer de la définition de l'offre de soin, faire émerger la demande au sein d'un territoire tel que le définit la loi HPST et modifier le positionnement de l'hôpital dans le cadre de sa politique de secteur ?

Démarche et méthode

Notre étude se situe à un croisement entre une approche sociologique qui fait référence aux travaux de Serge Moscovici et une problématique de santé publique.

Le thème de la collaboration entre la psychiatrie et la médecine générale a fait l'objet d'écrits, dont une enquête initiée par le Centre hospitalier de la Chartreuse à Dijon en 2010 auprès de 70 praticiens, en lien avec le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) de Lille et des recommandations de bonne pratique émanant du Collège National pour la Qualité des Soins en psychiatrie (CNQS) en 2010, synthétisées dans la revue Pluriel en 2011.

Les résultats de l'enquête CCOMS font l'objet d'un article dans la revue hospitalière de France (RHF) et sont retranscrits dans Hospimédia en 2012. Les retours donnent des repères chiffrés sur la satisfaction de l'offre de soins en psychiatrie, vue du côté des médecins généralistes et sur les problématiques liées à l'adressage des patients.

Ces données servent de bases comparatives aux résultats de notre travail d'observation qui consiste en une série d'entretiens réalisés auprès des médecins généralistes exerçant sur notre secteur.

Méthodologie des entretiens

S'agissant de la méthode employée, la prise de rendez-vous directe aux cabinets des médecins généralistes nous a semblé le procédé le plus adapté.

Au questionnaire anonyme, nous avons choisi l'approche plus qualitative de l'entretien semi directif qui favorise l'expression d'un ressenti et permet d'explorer les représentations des professionnels.

Nous l'avons structuré à partir de quatre questionnements principaux :

- **Le dispositif de soin psychiatrique est-il repérable par les médecins généralistes et de fait rendu accessible pour le public concerné ?**
- **Comment se manifeste la demande de soin psychiatrique auprès du médecin généraliste, sa proportion dans l'exercice général et la partie reversée à la psychiatrie ?**
- **Comment qualifier la collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie ?**
- **Peut-on imaginer un dispositif de concertation qui réunirait le secteur psychiatrique et les acteurs locaux ?**

Entendre les médecins généralistes et analyser leurs remarques ramène vers une démarche qualitative qui permet d'observer les pratiques et de définir si l'offre de soin du secteur public leur semble pertinente.

Ce cheminement nous permet d'identifier deux hypothèses que nous chercherons à confirmer ou infirmer tout au long de cet objet de recherche sur un territoire donné dans le cadre de la loi HPST.

1-Une analyse des besoins modifie l'offre de soins et réinterroge la répartition des acteurs du territoire.

2-Les professionnels du soin sont les seuls légitimes à décider de la pertinence de leur présence ou non.

Jusqu'à présent et dans le cadre de sa politique de secteur, l'établissement de soins psychiatriques a une légitimité pour gérer seul les modalités de l'offre de soins. Il conserve la maîtrise de l'implantation de ses structures extrahospitalières et la répartition de ses moyens. Il semble que la politique territoriale l'amène à perdre une partie de son autonomie.

Mais cependant, et grâce à son expérience de secteur, l'hôpital psychiatrique n'aurait-il pas de nouveau les moyens de transformer sa pratique et d'innover?

Envisager la collaboration avec la médecine générale ne serait plus seulement une zone géographique à partager mais un espace de décision commun œuvrant pour le maintien d'une cohérence entre l'offre et la demande de soins.

Nous nous proposons d'étudier cette problématique à travers trois grands chapitres :

Un premier chapitre consacré à la psychiatrie de secteur, un paradoxe qui confronte le caractère innovant de son parcours historique aux limites dues à sa structure.

Un second chapitre observe, à partir du terrain, la collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie du service public.

Un troisième chapitre traite de l'évolution du lien entre la psychiatrie de secteur et la territorialisation dans le cadre de la loi HPST. C'est donc par cette approche territoriale que nous choisirons d'étudier les aspects et les possibilités d'un partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie, cette fois envisagé comme le moyen d'investir une politique de santé et pas uniquement comme une finalité à améliorer.

Chapitre I - La psychiatrie de secteur : prémices d'une politique publique de santé territoriale

Matrice d'une organisation de soins spécifiques de proximité, la psychiatrie a ouvert une voie en se structurant autour du principe de la sectorisation.

Si le secteur psychiatrique a créé la nouveauté et le changement dans le champ thérapeutique, il a engagé une réforme structurelle, jugée fondamentale, que l'on peut qualifier de modèle pour l'ensemble du dispositif de santé.

Dans ce chapitre nous aborderons les conditions qui ont présidé à la construction du secteur, en quoi son caractère novateur et le potentiel de modernité qu'il a généré nous intéressent dans le contexte actuel.

Parler du secteur c'est revenir sur ses fondements et ses principes, mais c'est aussi questionner son évolution à travers une politique de santé mentale qui cherche à se redéfinir.

Si le secteur est conçu comme un espace partagé entre les professionnels du champ sanitaire et du médico-social, la sectorisation est une politique déterminante qui doit favoriser l'accès aux soins et répondre aux besoins de santé de la population.

Nous pensons qu'il s'agit d'une politique publique de santé dont il conviendra d'explicitier le sens et la logique et pour cela revisiter la chronologie de sa mise en œuvre.

Section I : Naissance de la psychiatrie de secteur

A - Au commencement, une œuvre humaniste

Idée progressiste des années soixante, actée par la loi de 1985, la psychiatrie de secteur est une opération d'ouverture de la structure hospitalière et un nouveau modèle thérapeutique empreint d'humanisme.

La sectorisation est née dans le foisonnement d'idées nouvelles qui ont émergées après la seconde guerre mondiale et d'une prise de conscience, voire une crise de conscience.

Les médecins psychiatres marqués par le sort des 40.000 patients morts de faim pendant le conflit et par la similitude entre l'univers concentrationnaire et la réalité des asiles psychiatriques, sont animés d'une volonté de dépasser l'idéologie dominante réduisant le malade mental à un être sans avenir.

La vision de cet espace emmuré et coercitif, ajoutée à la découverte des neuroleptiques dans les années cinquante, a généré une nouvelle manière d'envisager la maladie et de traiter les symptômes. Soutenu par la conviction et l'engagement des psychiatres, un nouvel espace s'ouvre pour les malades et les professionnels, à la fois psychique et géographique et va permettre de soigner autrement des êtres humains privés de leur humanité.

La sectorisation a deux objectifs: rompre avec l'image d'un hôpital psychiatrique conçu comme un lieu clos et faire sortir les patients de l'état de réclusion dans lequel ils sont plongés.

Auparavant, privé de lien social avec le monde extérieur, les patients vont pouvoir bénéficier de cette politique de secteur qui propose une prise en charge « hors les murs ».

Le temps du soin n'est plus uniquement celui de l'hospitalisation, il débute par la prévention et s'élargit avec la réhabilitation sociale.

B - Un engagement militant au service d'un projet thérapeutique

Lucien Bonnafé puis Jacques Hochmann, deux fondateurs de cette entreprise innovante, ont rappelé que l'idée de soigner existait déjà en dehors des hôpitaux depuis les années 1930, les premiers dispensaires datent de 1922.

Leur volonté est de montrer qu'il faut soigner les troubles psychiatriques en s'appuyant sur

l'environnement social et humain des personnes malades, rappelant ainsi que le secteur n'est pas seulement un découpage géographique. (Baillon, 2006, p2).

La politique de secteur se base avant tout sur une « *hypothèse clinique. C'est essentiel, car une transmission fâcheuse s'est faite rapidement, la réduisant à sa traduction administrative: pour celle-ci la politique de secteur serait seulement un découpage comptable de population, celui-ci s'est souvent réalisé en divisant villes, banlieues sans tenir compte des liens de citoyenneté* » (Baillon, *ibid*).

Ce que rappelle Serge Hefez en mentionnant les objectifs fondamentaux du secteur « *La précocité, la continuité, et la proximité des soins* » (Hefez, 2006, p1).

Un changement s'opère dans la représentation d'un soin sans issue, la fatalité cède la place à un possible. « *Les psychiatres fondateurs, étaient partis, eux, de constats préalables précis: les troubles psychiques graves ne sont pas ponctuels, mais se déroulent tout au long de la vie, et de façon variable, de plus leur évolution n'est pas systématiquement péjorative comme l'avait laissé croire la tradition aliéniste* » (Baillon, *ibid*).

Section II : mise en œuvre de la politique de secteur

A - Cadre juridique : développement d'une politique publique

Le rappel de la loi du 30 juin 1838 est essentiel. Il s'agit de la loi inaugurale de la psychiatrie actuelle avec la création d'établissements d'accueil par département sous contrôle de l'autorité publique. Elle précise les modes d'entrée sous contrainte et donne un statut aux malades à l'intérieur des établissements.

L'ordonnance du 18 décembre 1839 modifie le statut des asiles d'aliénés qui deviennent des établissements publics sous l'autorité ministérielle et préfectorale. Les directeurs et médecins chef sont nommés par le ministre de l'intérieur ou le préfet. De fait la psychiatrie intègre le processus d'évolution de l'hôpital en France.

Un siècle plus tard, la circulaire du 13 octobre 1937 définit la création des dispensaires d'hygiène mentale avec un rôle de dépistage et triage. La circulaire précise qu'ils doivent être associés à « *un service social pour aider à la réadaptation des malades en sortie*

d'essai ».

Le décret du 20 mars 1955 propose une réforme du financement des dispensaires d'hygiène mentale qui a permis leur généralisation dans chaque département.

La circulaire ministérielle du 15 mars 1960 est le premier acte qui promulgue la création des secteurs psychiatriques. Elle a pour objectif d'entreprendre « *les soins des malades mentaux à un stade plus précoce (...), d'apporter aux anciens malades un appui médico-social. La même équipe hospitalière assure la charge du malade en cure hospitalière et en pré- et postcure... Il est indispensable que le malade sorti de l'hôpital retrouve le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique* »¹.

Avec la loi du 31 décembre 1970, les hôpitaux psychiatriques prennent la dénomination de centres hospitaliers spécialisés et un mois plus tard ils sont inclus dans l'élaboration de la carte sanitaire concernant la psychiatrie par la circulaire du 18 janvier 1971.

L'arrêté ministériel du 14 mars 1972 définit le cadre juridique des secteurs placés sous le contrôle des préfets départementaux, les secteurs coexistent avec les hôpitaux spécialisés et participent à la mise en fonction de la carte sanitaire.

La loi du 25 juillet 1985 modifie l'article L.326 du code de la santé publique. Elle donne un statut juridique au secteur psychiatrique qui reçoit enfin une base légale. La psychiatrie réintègre le doit commun hospitalier.

Elle instaure les conseils de santé mentale, organismes chargés de faire des propositions d'organisation et de planification pour la psychiatrie.

La loi du 31 décembre 1985 intègre le secteur psychiatrique dans la carte sanitaire générale. De plus chaque établissement participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de l'ensemble des activités intra et extrahospitalières de son secteur. Il est chargé de les gérer directement.

La loi de finance 1986 instaure l'unification du financement par l'assurance maladie de la lutte contre les maladies mentales. La dotation globale met fin aux cloisonnements entre activités intra et extra hospitalières.

¹ Chapitre III organisation du dispositif de lutte contre la maladie mentale.

Le décret du 14 mars 1986 définit le fonctionnement et la composition des Conseil Départementaux de Santé Mentale mais surtout les différents équipements de soin avec ou sans hébergement. A l'article 1, les dispensaires d'hygiène mentale ont disparu puisque l'Etat a confié l'ensemble de l'activité de dépistage et de soin de secteur aux hôpitaux.

La loi du 31 juillet 1991 conserve la carte sanitaire mais la renforce par un Schéma Régional d'Organisation Sanitaire pour toutes les spécialités médicales dont la psychiatrie. L'objectif de cette loi est la réduction des couts par une planification de plus en plus contraignante (IRDES, 2011)

Cette chronologie des textes législatifs concernant la psychiatrie n'est pas exhaustive. On peut même la caractériser de partielle sur l'organisation tant en personnels qu'en moyens.

Nous nous proposons d'étudier uniquement les éléments qui permettent de comprendre que les acteurs étatiques ont été moteurs dans la mise en place d'une politique de secteur avant de la transférer à l'hôpital. Celle-ci reste ancrée dans deux domaines distincts et complémentaires le médical et l'environnement social, même si le secteur reste hospitalo-centré dans la rédaction de la circulaire du 15 mars 1960.

B - Le rôle des pouvoirs publics

Comme nous l'avons vu précédemment, ce sont les interventions des acteurs étatiques qui ont permis la mise en place du secteur.

Le processus renvoie à la construction d'une politique publique comme le définit Jean-Claude Thoening : « *l'intervention d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale sur un domaine spécifique ou de territoire* » (Thoening, 2011, p420)

Il ajoute « *Les politiques publiques véhiculent des contenus, se traduisent par des prestations et génèrent des effets. Elles mobilisent des activités et des processus de travail. Elles se déploient à travers des relations avec d'autres acteurs sociaux, collectifs ou individuels* » (Thoening, *ibid*).

Mais si l'impulsion de l'Etat a permis sa création, il délègue le financement de cette politique publique aux DDASS, par l'intermédiaire des dispensaires d'hygiène mentale.

Rappelons qu'à sa création, la Sécurité Sociale a pris en charge le financement de tous les

hôpitaux, y compris les établissements psychiatriques (les anciens asiles ayant acquis le statut d'hôpital psychiatrique en 1937).

Cependant le secteur n'obtiendra aucun financement spécifique pour développer la mise en place de ses structures.

Ce sont les DDASS, sollicitées par les psychiatres militants et portés par la vague de réformes de 1968, qui ont permis de concrétiser et d'étendre cette première forme de politique de santé publique touchant la psychiatrie.

Cette démarche issue essentiellement de la volonté des personnes a eu pour conséquence un déploiement inégal des structures de soins extrahospitalières sur le territoire national.

Les médecins engagés dans la sectorisation sont reconnus par une circulaire adressée aux Préfets (14 mars 1972) et sont nommés « médecins chefs de secteur », responsables de la mise en œuvre du projet, mesure symbolique qui va inscrire un déplacement de l'activité soignante du centre vers la périphérie.

Cependant, l'influence de l'hôpital demeure considérable, tant par sa taille que par le nombre de patients qu'il abrite, justifiant ainsi la concentration des moyens qu'il absorbe.

C - Le positionnement de l'hôpital dans la gestion des structures extrahospitalières

Nous avons décrit les circonstances de la création du secteur et les idées porteuses constituant sa philosophie, nous abordons maintenant le fonctionnement qui permet de situer le positionnement de l'hôpital.

La mise en place des structures extra hospitalières a-t-elle modifié la gouvernance de l'hôpital et sa manière de procéder?

Nous l'avons vu, les évolutions du cadre juridique aboutiront en 1985 à l'officialisation de la politique de secteur, cette fois financée par la Sécurité Sociale qui reconnaît sa valeur thérapeutique en 1986.

Les structures ambulatoires, avec ou sans hébergements, telles que les centres médico-psychologiques (CMP), lieux de consultation, implantés au plus proche du domicile des malades, représentent les structures pivots de la prise en charge.

Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour et les

appartements thérapeutiques ont permis de soigner la personne malade à proximité de son lieu de vie sans la couper de son environnement, ce dernier étant identifié à la fois comme support thérapeutique et favorisant l'insertion sociale.

Le recours à ces nouveaux dispositifs de soins a pour effet une diminution du nombre des hospitalisations et une amélioration de la représentativité de la psychiatrie dans l'opinion.

Alors que le secteur propose non pas l'annulation mais le « dépassement » de l'hôpital, la psychiatrie de secteur souffre toujours d'un fonctionnement hospitalo-centré.

Du fait de la mise en place du secteur par les DASS et les Conseils généraux, les directeurs d'établissement ne sont pas associés au développement de la sectorisation et poursuivent une gestion hospitalo-centrée. De plus, leur culture professionnelle n'intègre pas l'activité extrahospitalière, il n'existe pas de formation spécifique de directeur d'établissement psychiatrique. De son côté, le corps médical n'adopte pas une position homogène vis-à-vis du secteur, alors même que la motivation des professionnels rend possible la sortie des patients et que le secteur fait la preuve d'avancées thérapeutiques.

La gestion de l'hôpital intra-muros demeure prioritaire avec pour conséquence un moindre investissement dans l'évolution du secteur.

D'autre part, la politique de secteur subit en contrecoup la rigueur budgétaire et les réformes hospitalières des années 1990, au profit d'un recentrage de l'hôpital sur son équilibre financier. Les directeurs ont à rendre compte de l'adéquation entre les moyens engagés et le respect des missions de service public des établissements hospitaliers.

Il s'agit de prendre une position la plus rationnelle possible et de déterminer une répartition équitable entre les moyens alloués et les objectifs de soins. L'hôpital détient la légitimité de ses choix dans le respect de son équilibre budgétaire, la notion de service public reste intacte, l'offre de soin est déplacée là où la demande quantifiée émerge.

Cependant, cette logique peut s'opérer au prix de l'abandon de lieux de consultations excentrés, d'où la situation de départ, cohérente pour l'hôpital mais en inadéquation avec les besoins exprimés par les usagers et les partenaires sociaux.

Le secteur est inscrit dans une politique de santé publique, l'hôpital ne peut donc pas se désengager de sa mission. L'obligation de respecter son budget le confronte à une mission inconciliable, couvrir totalement le secteur sans en avoir les capacités financières.

Les limitations, voire le désengagement de l'action du secteur laisse libres des espaces investis par d'autres professionnels de santé ou relevant du domaine social. Un autre acteur positionné en premier recours au niveau du soin apparaît, il s'agit du médecin généraliste. La politique territoriale oriente les demandes de soins sur la médecine libérale de proximité, cet acteur central se sent-il concerné par le départ du service public à travers la fermeture éventuelle d'une antenne de psychiatrie ?

Chapitre II – La construction de l’action publique « par le bas » : collaboration entre médecine générale et psychiatrie.

Le terme de collaboration est souvent mobilisé s’agissant des politiques sanitaires. Il semble important de le définir.

Par collaboration on entend l’action de « travailler avec d’autres à une œuvre commune » (Larousse, 1996).

Elle implique des groupes professionnels qui cohabitent sur des champs différents et marquent leur territoire professionnel.

Spontanée ou formalisée, elle tente de répondre à un besoin et s’organise à partir d’initiatives souvent issues du terrain.

Dans cette partie nous verrons si une collaboration existe entre les médecins généralistes et la psychiatrie de secteur. Quand nous disons une collaboration, celle qui leur convient et non pas la collaboration, idéalisée ou normée.

Cette collaboration est-elle souhaitée, voire recherchée par les professionnels concernés, ou correspond-elle à une injonction émanant de la loi HPST ? Quels en sont les contours et les objectifs ?

Section I : Retour d'une expérience locale, le cas d'une antenne de psychiatrie.

L'affaiblissement du recours vers l'offre de soins psychiatriques constaté avec les travailleurs sociaux du CCAS nous a conduit à réinterroger le circuit emprunté par les demandes de soins et les raisons pour lesquelles elles n'ont pas aboutis.

Pour répondre à cette question, il nous a paru indispensable de rencontrer les médecins généralistes.

En effet, le secteur en lui-même n'a de sens que dans sa coexistence avec les professionnels qui partagent le même espace ainsi que dans le cadre de missions coordonnées.

Préciser le mode d'entrée dans la consultation psychiatrique permet de repérer la manière dont les médecins orientent leurs patients vers la consultation de psychiatrie et renseigne sur la visibilité et l'accessibilité du dispositif de soin.

C'est donc en utilisant cette porte d'entrée que nous avons observé la relation entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur avant de définir une forme de collaboration.

Retour des entretiens

Les rencontres ont été facilitées lors de la prise de rendez-vous auprès des cabinets médicaux par la réactivité des secrétaires et par le fait que les médecins se soient rendus disponibles, malgré leurs contraintes professionnelles, témoignant ainsi de leur intérêt pour cette question.

Sur 14 médecins contactés, neuf ont accepté l'entretien sur la période d'avril à juillet, un seul n'a pas souhaité être enregistré.

Les entretiens se sont déroulés sur le temps d'une consultation, leur durée variant d'une vingtaine de minutes à une demi-heure.

Mon statut d'étudiante et mon appartenance à l'équipe du secteur concerné ont pu influencer quelque fois les réponses en permettant une critique plus spontanée du dispositif local, l'authenticité des réactions s'en trouvant renforcée.

Dire qu'il existe un lien fonctionnel entre la médecine générale et la psychiatrie, amène à chercher les points de jonction entre ces champs professionnels.

Sont-ils identifiables l'un pour l'autre, avant de le devenir pour le patient ?

Pour orienter la demande de soins, il faut pouvoir se situer et repérer le territoire de l'autre, le repérage s'explore sur un plan organisationnel mais également dans la compréhension réciproque du fonctionnement de chacun.

A - Regard critique des médecins généralistes sur le dispositif de psychiatrie et sa politique de secteur

L'enquête menée par le Centre hospitalier de la Chartreuse à Dijon en 2010 auprès de 70 praticiens sur le thème de la collaboration entre médecine générale et psychiatrie sélectionne une série de difficultés exprimées par les généralistes.

Le premier constat concerne l'orientation des patients vers la consultation psychiatrique, le rapport CCOMS dit que : « pour 67% des professionnels, il est difficile d'orienter un patient dans un service hospitalier et à 33% en ambulatoire. Concernant l'hôpital, cette difficulté provient d'une réticence du patient (42%) ou des délais importants (41%). Concernant la psychiatrie privée, les praticiens jugent à 75% qu'il est difficile d'orienter vers une clinique et 67% vers un cabinet de ville. En clinique, les délais d'attente sont pointés (43%) et le coût élevé (18%). Les difficultés en cabinet en psychothérapie sont reliées au non remboursement des soins » (Hospimédia, 2012).

Nous voyons que la difficulté concerne davantage la structure hospitalière que l'accès aux soins ambulatoires et elle vaut autant pour le service public que pour l'exercice libéral.

1 - Coexister sans se connaître

Rapportées à notre enquête de terrain, ces conclusions se recourent avec l'avis des médecins généralistes que nous avons rencontrés, ils manifestent des difficultés identiques mais à différentes étapes de l'aiguillage des patients.

A l'exception d'un praticien, tous connaissent l'existence d'un CMP sur la commune mais sa localisation reste approximative. Les données sont moins claires concernant l'antenne de consultation en zone péri-urbaine, mal repérée dans son fonctionnement et jugée inaccessible par les généralistes de par la fréquence des consultations :

« Je pense qu'ils ont des secteurs trop grands, c'est énorme, le psychiatre vient une demi-journée tous les 15 jours donc on se rabat sur le secteur privé, c'est très loin et c'est trop

cher, les gens se paient l'aller-retour en ville et plus encore quand il s'agit d'enfants ou de personnes âgées qui ont du mal à se déplacer, très difficile d'obtenir une prise en charge... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 24 avril 2013, n°4.

Ecartée du dispositif et privée d'existence dans l'esprit des praticiens, l'antenne est contournée au profit d'un autre circuit privilégiant les connaissances interpersonnelles et les déplacements naturels de la population liés au travail.

2-Démarche diagnostic et orientation

La majorité des médecins exerçant dans la zone péri-urbaine sauf un, plus récemment installé, déclarent avoir abandonné le recours vers l'antenne de consultation pour un réseau de psychiatres libéraux.

« Le travail des généralistes est le plus souvent solitaire, en appui sur un petit réseau personnel habituel qu'ils n'ont guère le temps de développer » (Demailly et Soloch, 2006, p12).

Mais les médecins rencontrés sur notre terrain d'enquête précisent que cette démarche est sélective, puisqu'elle nécessite un déplacement pour le patient et occasionne un coût, tout en disant qu'elle n'est pas totalement satisfaisante non plus du fait de la saturation des cabinets du secteur privé et des délais de rendez-vous qui s'allongent :

« Le seul recours qu'on a, ce sont les psychiatres de ville, mais ils sont complètement débordés, c'est lamentable, on est obligé de passer par les urgences du CHU, il y a un besoin et il n'est pas couvert, c'est vrai aussi qu'on est en zone rurale. ».

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

Leur confrère plus récemment installé sur le secteur, exprime une position différente, pour lui :

« Le CMP fait partie du premier recours de soins, je n'ai pas d'autre réseau, je m'en remets totalement au service public et aussi par conviction personnelle... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 12 avril 2013, n°3.

D'une manière générale, on peut affirmer que le dispositif du service public à travers la psychiatrie de secteur est mal repéré par la médecine libérale, puisque la majorité des médecins généralistes interrogés sur le sujet font état d'un manque de visibilité des lieux de consultation, complétée par une mauvaise compréhension du dispositif de l'offre de soin. Le Dr. Gaël Reboul, médecin généraliste, écrit dans la revue *Pluriels* en 2011 que « *la psychiatrie publique est mal connue (en particulier les CMP qui pourraient être d'une grande utilité), apparaissant le plus souvent tentaculaire et opaque et, est cantonnée à la prise en charge des pathologies sévères, des abus de substances ou des patients présentant des difficultés socio-économiques* » (Reboul, 2011, p5).

Même constat sur le terrain observé, à travers une plainte récurrente quant à la difficulté d'adressage des patients. De plus, il persiste une vision erronée des critères d'accueil du CMP et de l'antenne de consultation.

Le dispositif d'accès aux soins est positionné à deux extrémités, soit les médecins généralistes lui attribuent des possibilités supérieures à ses capacités. Ils finissent par l'éviter parce qu'il ne correspond pas à leurs attentes en terme de rapidité de réponse et de réactivité dans les prises en charge. Soit déçus par anticipation, ils le délaissent volontairement parce qu'ils ne connaissent pas les modalités d'accès et fonctionnent à partir de leurs représentations.

Dans les deux cas, le dispositif est sous employé et relégué à une forme désuète d'offre de soins.

Les médecins généralistes pensent que la consultation psychiatrique prend essentiellement en charge les cas « lourds », les psychoses chroniques suivies par l'hôpital avec la croyance que seul ce type de patients est prioritaire en cas d'hospitalisation. Ils ajoutent que :

« Les secteurs sont trop grands, les psychiatres n'ont pas de place et pas de temps... » Le suivi des enfants est soumis aux mêmes difficultés *« c'est le parcours du combattant pour faire suivre les enfants... »*.

Entretien avec un médecin généraliste, 24 avril 2013, n°4.

Les délais de trois à six mois pour obtenir un rendez-vous sont estimés irrecevables par les généralistes qui débute les prises en charge eux-mêmes mais se disent confrontés à la

complexité de ces suivis.

Les généralistes disent tous qu'ils adressent les patients quand ils se sentent dépassés par la situation, quand ils ne savent plus faire, ils butent sur une absence de résultats dans la prise en charge clinique du patient et passent le relais au psychiatre.

« Quelque fois je les suis pendant un mois, j'introduis un traitement et puis au bout de quelques temps je les sens prêts à passer entre les mains de quelqu'un d'autre et je leur dis : voyez, on ne progresse pas, il faut passer à une étape supérieure et dans ces cas-là, je les adresse au psychiatre... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

Toujours dans la revue Pluriel en 2011, le Dr. Gaël Reboul, confirme l'échec thérapeutique comme motif de ré-adressage *« parmi les motifs de recours au psychiatre, l'échec thérapeutique est le premier motif évoqué par les médecins interrogés, parfois dans le but de débiter une psychothérapie ».*

Il ajoute que *« les difficultés diagnostiques ne viennent qu'en deuxième position alors que plusieurs études ont montré que leurs aptitudes dans ce domaine sont très mauvaises (taux de diagnostic à 42%). Ils n'ont pas conscience de ce décalage, ce qui pèse dans les relations avec les psychiatres. »* (Reboul, *ibid*, p5).

Même remarque de la part d'un généraliste, face à des pathologies plus sévères, qui mobilisent une prise en charge lourde et sur un plus long terme :

« J'appelle quand je suis dépassée, quand il s'agit de grosses pathologies, grosse psychose... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 2 juillet 2013, n°6.

3 - Le Médecin généraliste un passeur parfois dépassé

La plupart des médecins généralistes expriment une impuissance dans le suivi des patients relevant de la psychiatrie. Les paramètres énoncés sont en partie liés au manque de temps et de formation qu'ils ont reçue durant leurs études de médecine.

« Quand on a fait le tour des demandes somatiques, on est souvent dépourvus, difficile de dire s'il faut une psychothérapie, et puis les patients sont très réticents. Accepter que leurs

problèmes somatiques soient d'origine psychologique, c'est très difficile à entendre, ou alors il faut qu'ils viennent plusieurs fois, en ultime recours... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 5 juillet 2013, n°7.

« Je leur explique que je n'ai pas la formation que je n'ai pas le temps, que ce serait du travail bâclé, je ne peux pas leur apporter ce qu'ils souhaitent... Les formations proposées sont trop vastes, on détaille rien, j'y vais mais ensuite on oublie... Je fais un peu au feeling et je n'aime pas shooter les gens... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 2 juillet 2013, n°6.

Une idée forte associe fréquemment le suivi psychiatrique à un traitement lourd et invalidant persiste dans le discours des médecins et conforte cette représentation chez les patients.

Des propos confirmés par l'étude sociologique réalisée par Lise Demailly et Isabelle Soloch pour Rhizome en 2006 : *« ils ont sauf exception, peu d'idée précise sur ce qu'est une psychothérapie, et, en zone rurale, ils dénie la spécificité des compétences des psychiatres et pensent que ceux-ci ne se débrouilleraient pas mieux qu'eux dans les cas difficiles (mis à part la possibilité d'hospitalisation) »* (Demailly et Soloch, 2006, p12).

Nous le voyons, les représentations négatives pèsent sur la psychiatrie et retardent la prise en charge :

« En zone rurale, les gens ne veulent pas voir le psychiatre, je ne suis pas fou, c'est ancré dans les mentalités, mais c'est au médecin généraliste à faire comprendre qu'il faut aller voir le psychiatre... Pour un jeune qui s'alcoolisait massivement, j'ai mis deux ans pour qu'il accepte... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 10 avril 2013, n°2.

Et entre temps ? MCD

« Il y avait un climat de confiance avec lui, je me suis fait ma cuisine à moi, le psy n'avait pas le temps, nous on est le premier maillon et moi il m'a fallu du temps et on a tout le reste... en première ligne, à vous de faire le tri et faire accepter aux gens qu'ils doivent voir un psy, dans l'inconscient collectif le psychiatre ça reste difficile... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 10 avril 2013, n°2.

Plus difficile encore, l'hospitalisation sous contrainte, vécue comme un échec thérapeutique accompagné d'un sentiment de culpabilité :

« Quand il faut une hospitalisation sous contrainte ça m'effraie, je me dis que j'ai pas bien fait mon boulot, qu'est ce qui s'est passé ?... C'est peut-être la limite du premiers recours, j'ai pris soin de démêler la situation et de voir si la personne relève d'un suivi psy, je dis pas qu'on est efficace tout le temps mais mon rôle c'est pas d'encombrer la consultation psy par des problèmes sociaux... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 12 avril 2013, n°3.

Les entretiens ont montré qu'il existe plusieurs niveaux de recours aux structures de soins psychiatriques.

4 - Recours gradué et catégoriel

Majoritairement, les généralistes font appel à l'hôpital psychiatrique en cas d'urgence, c'est-à-dire quand il faut actionner les procédures en faveur d'une mesure de contrainte. Ils décrivent une réactivité variable selon les cas, l'éloignement des zones à atteindre a pu gêner l'arrivée du service d'accueil et de garde de l'hôpital alors que la situation était bien circonscrite localement par le maire, le médecin et les forces de l'ordre.

Tous considèrent que ces situations sont chronophages dans leurs emplois du temps surchargés, certains parlent de moments de solitude et même de peur, l'un d'eux pense qu'il faut :

« Faire davantage confiance au médecin généraliste pour évaluer la gravité de la situation, c'est pas toujours le cas, on vous renvoie des forces de l'ordre aux pompiers etc... Et quand vous êtes en danger dans votre cabinet vous êtes seule... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 8 avril 2013, n°1.

Cependant, ils ajoutent que ces situations sont peu fréquentes et qu'elles ont une issue favorable pour le patient.

La communication semble plus chaotique avec les urgences psychiatriques rattachées à l'hôpital général, les médecins décrivent une écoute insuffisante, un manque d'attention des professionnels à leur demande et sans possibilité de dialogue après l'admission du patient :

« C'est souvent très désagréable au téléphone, on n'arrive pas à avoir le psychiatre de garde, on a l'impression qu'on nous écoute pas, ce qu'on va raconter, les raisons qui nous font admettre la personne ne sont absolument pas entendues, il n'y aucune relation, pour moi l'hôpital c'est le désert total... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

Egalement ils souhaiteraient avoir un retour quand après une arrivée difficile aux urgences, le patient sort le lendemain de son admission :

« On se dit... Mais on ne peut pas juger non plus...Mais on est quand même allé chez lui, on a fait les papiers pour qu'il soit hospitalisé, et on n'a pas été suivi...C'est souvent le cas avec l'alcool, le lendemain quand ils ne sont plus en danger et s'il n'y a pas de demandes du patient, je comprends qu'on le laisse repartir... Mais là c'est la famille qui revient à la charge...Vous attendez qu'il se passe un drame ? ».

Entretien avec un médecin généraliste, 5 juillet 2013, n°8.

Le recours aux services d'urgence est un moment de crise qui reste très souvent synonyme d'incompréhensions entre les divers interlocuteurs.

La représentation traumatisante de l'hôpital psychiatrique étant toujours très active du côté du public, le recours au secteur privé de la clinique est utilisé quand l'admission est négociable avec la personne, elle remplit une fonction intermédiaire qui donne le sentiment de préserver la relation entre le généraliste et le patient.

Toutefois, les complications arrivent autour de ce que les médecins généralistes appellent des « semi-urgences », plus fréquentes dans leur pratique, car il s'agit d'avoir un avis rapide sur un cas clinique qui pose problème. Ils souhaiteraient avoir un moyen direct de faire appel à une personne ressource, un expert, en cas de doute, demander un conseil, une information sur une procédure administrative ou sur les possibilités qu'offre le réseau de soins psychiatriques.

Trois d'entre eux appellent quand ils ont besoin de ce type d'information, c'est le souvenir

d'une expérience positive avec le CMP qui les encourage à formuler une demande et à utiliser cette possibilité de recours.

Mais c'est aussi la simple demande de consultation qui échappe à la consultation du médecin généraliste.

Une clientèle qualifiée de « jeune » semble avoir modifié ses représentations :

« La psychiatrie est rentrée dans les mœurs, il faut savoir qu'on est shuntés à 90% ... »

C'est-à-dire ? MCD

Il y vont tous seuls, les gens ne font pas appel à nous pour des anxiétés réactionnelles, ils ne font pas appel à nous et vont directement chez le psychiatre... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 5 juillet 2013, n°7.

Mais inversement, c'est aussi l'évocation de la prise en charge pluri professionnelle du CMP qui fait accepter un rendez-vous :

« Je leur explique qu'il n'y a pas que le psychiatre qui consulte, qu'ils peuvent aussi voir un psycho, un infirmier, une assistante sociale... Ca fait moins peur... Et puis ils ne font pas l'avance des frais. En zone rurale, les gens d'ici ne descendent pas facilement dans la grande ville, ils préfèrent le CMP... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

Et concernant le suivi au CMP l'un deux ajoute :

« Quelquefois les patients disent, ils veulent plus me suivre, mais je pense qu'ils cadrent mieux la chose, alors que les psy de ville ça peut durer trois ans... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 5 juillet 2013, n°8.

Dans l'esprit de ce médecin généraliste, le CMP circonscrit plus rapidement le suivi le mieux adapté à la situation du patient, la question financière étant toujours mise en avant pour les populations résidant sur la zone péri-urbaine.

Pour conclure cette partie, il nous semble que le rapport CCOMS est confirmé dans ce discours. Il qualifie de « sévères » (Hospimédia, 2012) les avis des médecins généralistes sur la qualité de l'offre de soin en psychiatrie, les médecins généralistes rencontrés sur notre secteur corroborent la position de leurs confrères. Le Pr. Marie-Christine Hardy-Baylé titre son article en 2011 dans la revue Pluriels: « *un constat peu flatteur : l'indigence de la coopération et l'insuffisance des liens...* » (Hardy-Baylé, 2011, p2).

Dans une proportion quasi égale, sur 61% des sondés du rapport CCOMS, 20% des professionnels reconnaissent l'existence d'une amélioration du dispositif de soins et de son accessibilité, alors que 16% constatent une dégradation de l'offre de soin.

Pour autant, ce regard critique, même s'il s'appuie sur de réelles difficultés, ne traduit pas l'ensemble de la problématique et n'éclaire pas davantage les raisons du malentendu entre la psychiatrie publique de secteur et la médecine libérale.

B - Soigner ensemble : un défi

Comme nous l'avons vu précédemment, notre enquête effectuée sur le secteur se recoupe avec celle de Dijon, l'objectif de comparaison nous a semblé rapidement atteint, témoignant de la saturation des réponses durant les entretiens et qui ne se modifie pas en fonction des zones d'exercice, urbain et péri-urbain.

La collaboration est souvent jugée insuffisante, défaillante, voire délétère pour le suivi du patient. Avec peu de moyen de communication, y compris la faiblesse des écrits, jugés insatisfaisants en quantité du côté des généralistes et en qualité du point de vue des psychiatres.

La continuité des soins, un des fondements de la sectorisation est rompue du fait d'un manque de lisibilité des moyens qu'offre la psychiatrie du service public accompagnée d'une incompréhension des rôles de chacun.

L'ajustement et la distribution des missions entre médecins généralistes et psychiatres se fait à partir d'une démarche volontaire de part et d'autre. Le lien fonctionnel pourtant incontournable dans les faits, ne s'élabore actuellement qu'à travers des contacts épisodiques et isolés et relation de confiance entre personnes.

Mais si l'exercice du terrain nourrit des incompréhensions et des insatisfactions entre les professionnels, il fait aussi l'objet de convoitise et de rivalité.

1- Médecine de premiers recours : la relation comme exercice revendiqué

Tous les médecins généralistes rencontrés s'accordent pour dire que c'est en pratiquant qu'ils ont acquis des éléments de connaissance liés à la psychiatrie.

Et du fait de cet engagement dans le soin avec le patient, ils revendiquent également leurs capacités d'écoute et leur mission de premier recours :

« Nous sommes le premier maillon... Nous on fait beaucoup de psychosomatique et notre rôle c'est de rassurer les gens et de faire qu'on ne déborde pas... En rural, il y a une grosse activité psycho et psychiatrique, on accompagne les deuils dans les familles, on tempère, on conseille, on soutient... Mais je ressens indispensable qu'on ait des partenaires spécialisés parce qu'on a de vrais malades psychiatriques, des schizophrènes, de grands dépressifs, des PMD ... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 10 avril 2013, n°2.

Dans la revue Pluriels 2011, le Dr. Gaël Reboul explique que *« le recours à un psychiatre dépend fortement des aptitudes de chaque médecin et de l'intérêt qu'ils portent à la psychiatrie (Reboul, 2011, p4).*

Dans les entretiens, nous retenons des mots teintés d'affectivité :

« J'aime faire le suivi de ma patientèle... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 12 avril 2013, n°3.

Des aspects plus techniques sont également évoqués, empruntant une forme de spécialisation autodidacte :

« Moi, les gens font un transfert sur moi en tant que médecin généraliste, avec la pratique, j'ai une écoute, ça vient au bout d'une relation de confiance installée depuis plusieurs mois, années, les gens du coin savent qu'ici ils ont une écoute, les médecins sont reconnus selon leurs compétences, certains pour le diabète etc... Moi je pense que j'ai plutôt une patientèle pédiatrique, les enfants savent que je les écoute... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 8 avril 2013, n°1.

Et quelquefois à travers la découverte d'un intérêt inattendu ;

« C'était pas un domaine qui m'intéressait au départ, en fait je suis beaucoup plus patiente que je croyais avec ce genre de personnes, finalement j'ai une bonne écoute, c'est ce que les patients me renvoient et après c'est par l'expérience du cabinet qu'on le développe ».

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

Nous le savons, les médecins généralistes représentent la figure emblématique d'une forme de proximité, sa position centrale lui confère un statut que l'on retrouve dans l'appellation « médecin de famille ».

« 83% des personnes interrogées affirment avoir un médecin de famille... Il s'agit à l'évidence d'un élément demeurant sécurisant et structurant pour les patients qui persistent à percevoir leur généraliste comme leur médecin de famille et surtout comme leur principal médecin » (Massé et Lesieur, 2002, p39).

Médecins de famille, ils puisent leur légitimité *« dans un contexte, où généralement, ils ont une bonne connaissance du système familial et une alliance positive avec la personne et son entourage depuis des années. Leur rôle est donc incomparable pour le devenir des personnes et comme acteur de santé publique en psychiatrie »* (Kannas, 2011, p1).

Avec parfois un engagement exclusif dans la relation qui n'autorise pas de relais dans la prise en charge, comme ces propos de généralistes recueillis dans Rhizome en 2006 : *« oui, je ne m'en débarrasse surtout pas, parce que le fait d'adresser, parfois, la personne le ressent comme un abandon de la part du médecin »* (Propos de généralistes cités par Demailly et Soloch, *op.cit.*, 2006)

Le médecin généraliste, pratique la « maïeutique », c'est lui qui fait naître la demande, elle émerge parce qu'il : *« connaît son patient ».*

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

Egalement il pressent :

« Il sait que ça va arriver, que la difficulté va apparaître et nécessiter une demande d'aide psychologique ».

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

C'est le moment du choix, garder le patient, au prix de tâtonnements, d'hésitations et d'essais thérapeutiques ou le diriger vers un psychiatre.

Adresser pour avis à un confrère ? Pour certains d'entre eux, il serait plus juste de dire, confier au psychiatre, avec les enjeux que nous allons décrire dans cette partie.

2 - Représentations et fantasmes

Au cours d'un entretien, l'un des médecins rencontrés s'exprime ainsi :

« Les psychiatres sont des gens très particuliers, on les reconnaît à l'avance dans les promos... ».

A quoi ? MCD

« Des questions, des réflexions pas comme nous, différents... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

Sans avoir pu approfondir davantage ces propos, nous constatons qu'une image du psychiatre persiste, souvent détachée du contexte elle s'appuie encore sur de fortes représentations. Le psychiatre porte en lui un mystère, revêt une dimension indéfinissable qui le spécifie et fait retour dans l'exercice de son art.

La représentation d'une psychiatrie qui garde, le « secret » sur sa pratique persiste, on lui reproche de ne pas communiquer avec les autres partenaires de santé, voire même de faire de la rétention d'information. Cette posture nourrit les incompréhensions et fait suspecter des motifs très divers de ne pas communiquer, y compris celui de cacher des failles, voire une incompétence, comme l'explique le Dr. Gaël Reboul pour la revue Pluriels :

« Ce manque de communication est spécifique à la psychiatrie. Certains n'hésitent donc pas à « accuser » les psychiatres de mauvaise volonté. D'autres estiment même qu'ils ne

souhaitent pas partager leurs connaissances, ou encore à l'extrême leur incompétence » (Reboul, *op.cit.*, 2011, p5).

Mais au-delà d'un regard critique porté sur les caractéristiques d'une discipline médicale et de sa pratique, la psychiatrie véhicule une autre image, celle de la folie.

Cette image, ancrée et tenace, correspond à une représentation sociale puissante. Elle englobe la psychiatrie et les psychiatres dans un tout, sans nuance et apparente souvent les professionnels de la santé mentale aux pathologies qu'elle soigne.

En référence à Serge Moscovici, auteur référent des représentations sociales, Denise Jodelet nous propose un éclairage sociologique du mécanisme à l'œuvre dans les représentations sociales, elle dit que : *« la représentation sociale est toujours représentation de quelque chose (l'objet) et de quelqu'un (le sujet). Les caractéristiques du sujet et de l'objet auront une incidence sur ce qu'elle est »*. Elle ajoute que *« la représentation sociale est une forme de savoir... La représentation sert à agir sur le monde et autrui. Ce qui débouche sur ses fonctions et son efficacité sociales »* (Jodelet, 1999, p61).

Concernant la psychiatrie, le retentissement social est ambigu.

L'Etat légifère et structure une mise à l'écart des patients perturbateurs, avec en retour, la vision peu gratifiante d'un monde clos, aux pratiques inquiétantes, organisé autour de la volonté de cacher quelque chose.

Le centre de cette représentation est constitutif d'un inconscient collectif qui s'alimente des peurs et des incompréhensions de la population, espérant pour toujours échapper à l'expérience du soin psychiatrique.

Ce qui permet d'affirmer que la représentation sociale est à la fois constitutive du groupe social et lui confère une existence solide, enracinée dans son origine, au cœur même de l'individu.

Ces éléments configurent ce que Jean-Claude Abric appelle un « noyau central » décrit dans ses *« recherches sur la structure interne et la dynamique des représentations »*. Il explique que *« toute représentation est organisée autour d'un noyau central...Ce noyau central est l'élément fondamental de la représentation car c'est lui qui détermine à la fois la signification et l'organisation de la représentation »* (Abric cité par Jodelet, *ibid*, p215).

Parler d'« une psychiatrie », fait apparaître une entité, un « objet », relié à un « sujet »

représenté par un groupe indistinct de professionnels, catégorisés et représentés eux aussi par une autre discipline, la médecine générale.

Deux groupes professionnels porteurs de représentations qui se renforcent mutuellement dans leur positionnement et influencent leurs modes d'actions.

Dans son ouvrage faisant référence aux travaux du sociologue Serge Moscovici, elle cite l'auteur : « *on comprend qu'une telle représentation soit homogène et partagée par tous les membres d'un groupe, de même qu'ils partagent une langue. Elle a pour fonction de préserver le lien entre eux, de les préparer à penser et agir de manière uniforme* » (Jodelet, *ibid*, p81).

Dans notre étude, nous comprenons que le mécanisme et le fonctionnement des représentations mis en œuvre, influent sur la qualité des relations entre les différents professionnels, mais également entre les praticiens et les patients et remettent en cause les perspectives d'une collaboration formalisée.

D'une manière générale, les médecins généralistes « *luttent peu contre la stigmatisation et la relative fermeture de l'hôpital psychiatrique sur lui-même, ils en prennent acte simplement* » (Demailly et Soloch, *op. cit.*, 2006, p12).

3 - La psychiatrie : une discipline pas comme les autres

Si le psychiatre est ressenti par ses confrères comme un spécialiste à part, c'est peut-être parce que la psychiatrie n'est pas une spécialité comme les autres.

Elle a de particulier la nature même de ce qu'elle traite et la méthode qu'elle emploie, c'est-à-dire soigner la relation par la relation.

A partir de là, quelque chose échappe au contrôle du praticien, en adressant un patient au médecin psychiatre, le médecin généraliste ouvre un nouvel espace pour le patient et renforce la crainte d'une captation de la clientèle.

Le psychiatre Alain Mercuel rapporte des propos de médecins généralistes dans la revue Rhizome, faisant état de fantasmes de part et d'autre, les généralistes disent : « *vous faites du détournement de clientèle à partir du CMP* ». Et du côté des psychiatres : « *les généralistes ne savent pas soutenir psychologiquement les malades, ils font de mauvaises prescriptions* » (Mercuel, 2006, p13).

Et quand le patient accepte un suivi en psychiatrie libérale, le risque semble augmenter, les

généralistes se plaignent d'une absence de courrier en retour et d'une coordination effectuée par le patient lui-même. « *C'est le patient qui dit : « j'ai vu le psy, il m'a dit qu'il fallait que je change ça. Il m'a changé mon traitement, il m'a filé une ordonnance ». C'est le patient qui dirige, voilà.* » (Demailly et Soloch, *op.cit.*, 2006, p11).

L'espace entrouvert par le généraliste via la consultation psychiatrique s'est mué en une prise d'autonomie du patient, reléguant le médecin au second plan, témoin délaissé des évolutions cliniques de celui-ci.

4 - Un discours qui cherche sa place dans une position d'interface

Lorsque les médecins généralistes ont pu conduire leur patient vers le psychiatre après un temps de négociation conséquent, ils disent tous ne rien vouloir connaître du contenu du suivi psychiatrique.

« Je ne demande pas de retour, je ne veux rien savoir de ce qui se passe, c'est un principe, s'ils ne me l'ont pas dit à moi, c'est pas pour le savoir par le psychiatre, il faut qu'une distance reste et j'ai un grand respect pour ce qui se dit dans le cabinet du psy et à ne pas y mettre les pieds, j'ai des nouvelles par les patients... Sauf pour les cas lourds, les patients hospitalisés ».

Et qui reviennent vers vous ensuite ? MCD

« J'ai des courriers en général et je peux appeler le psychiatre pour comprendre le traitement, je ne le fais que pour les médicaments, pour le côté psychothérapie, je ne veux pas en entendre parler, ça fait partie du colloque singulier qu'on ne peut pas faire à trois... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 8 avril 2013, n°1.

« Je ne sais pas ce qui se passe dans une conversation avec un psychiatre, quand on est jamais allé soi-même... Est-ce que ça peut se partager ? Je ne veux même pas savoir, je dis aux patients, sans doute j'aurai un petit mot de retour pour dire si vous êtes bien arrivé, peut être sur le traitement mais ce que vous dites là-bas, ça ne me concerne pas... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 5 juillet 2013, n°8.

« Oui on attend un retour sur le traitement, le diagnostic, mais pas sur la thérapie, je ne suis

pas assez formé pour savoir ce qu'il faut faire... ».

Entretien avec un médecin généraliste, 5 juillet 2013, n°7.

En dehors des principes déontologiques, le suivi du psychiatre semble placé sous le sceau du secret. Refuser d'en savoir quelque chose sous-tend en fait une demande de reconnaissance du travail effectué en amont.

L'un d'entre eux considère le chemin parcouru avec la personne. Pour lui, le lien persiste :

« La confiance que le patient m'a accordée, je la transfère par procuration vers le psychiatre qui suivra la personne ».

Entretien avec un médecin généraliste, 8 avril 2013, n°1.

A partir d'une satisfaction professionnelle, d'un accompagnement réussi, le médecin généraliste apprivoise la relation avec le psychiatre et trouve un aménagement qui lui permet de reconnaître et d'étayer sa fonction de premier recours, d'une certaine manière il garde la maîtrise de la relation avec son patient.

5- Les impossibilités structurelles de collaboration liées au secteur

Dans la partie précédente, nous avons étudié des aspects fonctionnels et subjectifs qui interfèrent dans la relation entre le médecin généraliste et le psychiatre.

Mais il existe une autre approche pouvant entraver leur collaboration.

Nous avons vu qu'en externalisant l'offre de soin, la politique de secteur a positionné la psychiatrie en premier recours, rappelons que son objectif est de relier le patient à son environnement et si les généralistes sont inclus dans le réseau ils ne sont pas centraux dans le dispositif.

Or nous connaissons la place primordiale qu'occupe le médecin généraliste, il demeure incontournable dans le suivi des patients, il se positionne lui-même en première ligne, il possède une vision globale de la situation et c'est sur lui que repose la responsabilité du traitement, y compris la prescription de psychotropes dont la consommation ne cesse d'augmenter.

La vision critique des médecins généralistes sur une psychiatrie publique isolée, emmurée dans une forteresse malgré les sollicitations persiste : *« j'ai beau frapper à la porte, je ne vois*

pas encore le pont-levis se baisser » (Elghosi, 2006, p13-14)

Cette représentation est tenace car elle s'appuie sur des éléments de réalité indéniables mais pas indépassables, en témoignent des expériences de collaboration décrites dans les rapports du Collège National pour la Qualité de Soins en psychiatrie, (CNQSP) synthétisés dans la revue Pluriels en 2011 et à travers un modèle de partenariat exposé dans la revue Nervure en mars 2002.

Section II : collaborer : une contrainte nécessaire

Les rapports du CNQSP traitant de la coopération entre la médecine générale et la psychiatrie révèlent l'état de disfonctionnement ressenti par les médecins généralistes et les psychiatres. Ils montrent, cependant, la possibilité d'une collaboration autre illustrée par les expériences de travail en commun, sous réserve d'en modifier les processus.

La collaboration n'est pas une théorie prédéfinie aux contours précis, elle se traduit davantage par un écart de normes et de valeurs.

Elle met en présence deux modes d'exercice différents. Le service public côtoie le système libéral, deux cultures professionnelles qui utilisent chacune un langage et témoignent de contraintes spécifiques, constat perceptible dans nos entretiens avec les médecins généralistes.

A - Une dynamique de changement

Dire que la collaboration est défailante dans le dispositif d'accès aux soins, c'est reconnaître son existence dans les préoccupations des professionnels.

Avant d'être une injonction, elle est d'abord une nécessité, elle trouve sa légitimité dans les besoins des professionnels envisagés différemment, au profit d'un bénéfice pour le patient.

Car « la psychiatrie du généraliste existe... Du fait d'un nombre grandissant de demandes, de la complexité croissante des techniques de soins qui imposent des niveaux coordonnés d'interventions. En d'autres termes, on peut relever que la psychiatrie du généraliste ne peut

exister et s'affirmer, en tant que telle, que de façon coordonnée et complémentaire avec la psychiatrie des psychiatres, chaque pratique se nourrissant de l'autre, dans le respect des compétences et de l'expérience de chacun » (Massé et Lesieur, *op.cit.*, 2002, p40).

B- Changer de regard sur la pratique de l'autre : un effet de la collaboration

S'engager concrètement dans une démarche collaborative peut contribuer à modifier les représentations individuelles et collectives des professionnels.

En référence aux travaux de Serge Moscovici, Elisabeth Doutre, maître de conférence au laboratoire de psychologie sociale de l'université Pierre Mendès France à Grenoble explique qu'« *en fonction de leurs contenus, les représentations sociales, produisent des systèmes de communication spécifiques qui orientent le choix des individus* » (Doutre, 2002, p58). Elle ajoute que : « *l'ancrage, processus complexe, consiste en l'incorporation de l'inconnu dans un réseau de catégories plus familières* » (Doutre, *ibid*, p58).

Nous pensons que l'expérience de terrain au contact des uns et des autres permet « *d'objectiver* » (Doutre, *ibid*, p58), c'est-à-dire de repérer et de concrétiser les obstacles et les raisons liées à une difficulté de communication entre médecins généralistes et psychiatres. Il faut supposer qu'empreints de réflexions cliniques élaborées en commun, les professionnels peuvent améliorer la fonctionnalité de leurs échanges et « *ancrer des attitudes* » qui favorisent un partenariat. (Doutre, *ibid*, p58).

Concrètement, on peut penser qu'un médecin généraliste qui échange régulièrement avec un psychiatre sur des situations cliniques complexes, intériorise une posture, un schéma de pensée explicité par le psychiatre et qu'inversement le psychiatre intègre le champ d'action du généraliste et la particularité de son exercice pour les traduire en termes de besoins.

C - Expérimenter une inter-connaissance

La plupart des expériences de collaboration sont issues du terrain et de la pratique. Dans son article traitant de la coordination en gérontologie, Nathalie Blanchard explique que le réseau informel favorise le dynamisme et témoigne de l'engagement des professionnels, il évolue naturellement vers une forme instituée de partenariat (Blanchard, 2004, p 185).

Cette posture est repérée par d'autres médecins : « *de façon pragmatique, il est certain que le contact personnalisé est le plus souvent facilitant dans l'installation d'un partenariat de*

qualité...la relation directe, physique...privilégiant l'oral à l'écrit, est sans nul doute le moyen et la méthode de communication la plus efficace » (Demongeot et al, 2011, p12).

Cette observation est confirmée par un des médecins généralistes rencontrés sur le terrain d'enquête de notre recherche : *« j'ai eu des contacts par mail et téléphones avec le CMP, c'était très agréable de pouvoir échanger...maintenant ce serait bien si une fois par trimestre on arrivait à se voir...Je ne connais pas le docteur ni l'infirmier physiquement... »*.
Entretien avec un médecin généraliste, 9 juillet 2013, n°9.

A noter que dans sa pratique, quand un médecin généraliste fait appel à l'avis d'un spécialiste, il emprunte la voie habituelle d'une prise de rendez-vous pour son patient accompagné d'un courrier. Il attend en retour, une information sur les orientations thérapeutiques choisies.

Il n'existe pas cette nécessité de rencontre qui semble s'imposer dans les relations avec le psychiatre. Quand la collaboration fait défaut, elle est regrettée et vécue comme un manque du côté des généralistes.

On peut supposer que les raisons proviennent de la complexité des prises en charge en psychiatrie, de la difficulté liée à établir un diagnostic, du temps qu'il faut pour conduire un patient vers la reconnaissance de ses troubles et cheminer avec lui dans les dédales de son parcours de soins. C'est dire l'aspect irrationnel de la psychiatrie et l'inquiétude de ce qu'elle nous renvoie.

1 - Pratiques innovantes de collaboration entre médecine générale et psychiatrie

Dans la revue Pluriels 2011, Le Pr Hardy-Baylé décrit une série de mesures initiées dans les années 1990, principalement dans les pays anglo-saxons, qui proposent des actions d'amélioration des soins, sous la forme de campagne de sensibilisation à la santé mentale auprès de l'ensemble de la population et des propositions de formations pour les médecins généralistes.

Elle reprend une recommandation de pratique professionnelle sur les échanges collaboratifs entre médecins généralistes et psychiatres, émanant du CNQSP, ayant pour principal appui un travail et une réflexion commune sur l'échange de courrier. Elle présente trois modèles de dispositifs dédiés correspondants aux besoins des professionnels :

« Des dispositifs de soins partagés » :

« *Des consultations liaisons sous forme d'avis direct ou interventions brèves auprès de patients qui posent problème aux médecins généralistes* » (Hardy-Baylé, 2011, p3-4)

« *Des liaisons-attachements* » où le même travail est fait avec des psychiatres qui, dans ce cas « s'arriment » aux cabinets des généralistes où ils viennent régulièrement, modèle appliqué en Ecosse, au Canada, en Israël, en Australie. Il se prête aux milieux ruraux mieux que le modèle de consultations liaisons plus développé dans des zones plus urbaines » (Hardy-Baylé, *ibid*).

« **Des missions de soins** » : des centres ressources assurent une mission d'expertise qui permet de repérer et d'évaluer des troubles graves liés à une période de crise. Ils répondent à la demande du médecin généraliste qui conserve sa place de référent auprès du patient adressé » (Hardy-Baylé, *ibid*).

« Des missions de développement professionnel continu » :

Avec pour objectif de développer et renforcer les compétences des médecins généralistes en psychiatrie et celles des psychiatres à la pratique du soin partagé.

En appui sur un cadre institué et en utilisant des supports techniques comme l'Intervision, ou le contact direct avec la discussion clinique, la formalisation de consensus et la recherche clinique.

« Constitution d'observatoires territoriaux des pratiques professionnelles en santé mentale » :

Ceux-ci offrent de véritables outils d'observation et d'analyse des pratiques professionnelles qui ouvriraient des perspectives vers une amélioration de la collaboration.

Car il s'agit bien de lever des obstacles et ouvrir des portes sur un espace d'échanges et de concertation.

Notre expérience de terrain nous amène à prolonger ce travail de recherche en développant une série d'actions en faveur d'une collaboration entre les médecins généralistes reliés au CMP et à l'antenne de consultation de psychiatrie qui s'y rattache.

Durant les entretiens menés auprès des médecins généralistes, nous constatons que la plupart d'entre eux ont une connaissance approximative des missions de nos structures de soins relevant du service de psychiatrie publique, des moyens consacrés et de nos possibilités de prise en charge.

Pour y remédier, nous travaillons en équipe à la confection d'une plaquette d'information et nous vérifions les modes d'accès aux consultations qui englobe la signalétique et la permanence téléphonique.

Ces premiers obstacles levés, nous envisageons une distribution des plaquettes d'information destinées aux médecins généralistes exerçant sur notre secteur, auprès de nos partenaires du CCAS ainsi qu'à la mairie.

Un courrier d'accompagnement rédigé par le médecin responsable des structures de soins invite les médecins généralistes à faire un travail de réflexion commun autour des questions posées par la maladie mentale.

Nous sommes convaincus par l'idée que *« c'est aux équipes de secteur psychiatrique de travailler à leur déstigmatisation en allant vers les usagers, les utilisateurs (médecins généralistes, partenaires du monde médico-social, élus et associations...), pour construire une psychiatrie publique intégrée véritablement dans la communauté »* (Hardy-Baylé, *ibid*).

Partir ou rester

Le retour des entretiens traitant de la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres montre que l'attente des premiers n'annule pas la légitimité interne de l'hôpital à se retirer, elle ouvre une brèche du fait de la responsabilité qu'a prise l'hôpital envers les professionnels du secteur et les usagers.

On voit ici, comme cela a été dit, que l'insatisfaction ne veut pas dire absence ou refus, que des pratiques innovantes se mettent en place et qu'elles inaugurent ou accompagnent l'évolution du cadre d'intervention législatif.

Chapitre III : Psychiatrie de secteur et territorialisation

Après avoir montré que la collaboration peut fonctionner entre la médecine générale et la psychiatrie, sous réserve des changements de positionnement des professionnels, nous allons observer comment la loi HPST prolonge ce déplacement et l'étend à l'ensemble du dispositif de l'offre de soins.

Section 1 : Objectifs de la politique de territorialisation

« Les territoires de santé sont des zones pertinentes de l'organisation des soins, actuellement planifiée par les Schémas régionaux d'organisations sanitaires (SROS) de troisième génération pour 2006-2011. Ce découpage territorial s'applique à toutes les activités de soins... Il a été réalisé en 2003 et 2004 par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et sera repris par les agences régionales de santé créées en avril 2010 » (Les territoires de santé, 2010)

Si les politiques publiques nous démontrent comment un terme peut définir une partie de la réalité, on peut affirmer que la notion de territoire occupe cette place, le mot territoire renvoie à lui seul l'intitulé de la loi. Ou comment dans un souci de performance et d'efficacité la gestion et la régulation d'un espace géographique devient un bien public administré pour le bien de tous.

En référence à Jacques Chevallier, nous réaffirmons la notion de service public comme ordonnateur de toute l'organisation de la santé : *« la notion de service public, en France, a servi de base à la construction d'un Etat, prenant en charge la satisfaction des besoins collectifs et érigé en instrument privilégié d'intégration sociale...un véritable mythe, une image fondatrice sur lesquels prend appui l'identité collective » (Chevallier, 2012, quatrième de couverture).*

Cette référence se retrouve également dans le discours d'un médecin généraliste récemment installé, rencontré lors de notre enquête :

« Je m'en remets totalement au CMP service public et aussi par conviction personnelle ».

Entretien avec un médecin généraliste 12 avril 2013, n°3.

Maintenir en place un service public de santé nécessite une maîtrise des coûts et oblige l'Etat à pratiquer l'anticipation, pour cela, il réforme et restructure.

A partir d'un rappel historique de la planification sanitaire, nous repérons que la notion de territoire apparaît progressivement dans la réorganisation du système de santé.

Fondatrice et hospitalo-centrée, la loi du 31 décembre 1970, trace les contours de la carte sanitaire où l'on retrouve essentiellement les moyens dédiés aux établissements de santé, hôpitaux et cliniques.

Progressivement, la région fait son apparition dans cette restructuration hospitalière. La loi du 31 juillet 1991 construit le premier Schéma d'organisation sanitaire, avec pour objectif la maîtrise des coûts.

L'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée crée les Agences régionales pour l'hospitalisation, l'Etat associe l'assurance maladie au financement de structures.

La responsabilisation des régions dans la gestion des dépenses de santé, à travers les missions d'évaluation et de l'accréditation annonce le plan hôpital 2007 qui parachève les réformes de 1996, on passe d'une régionalisation administrée à l'autonomie. L'Etat envoie un signal fort qui veut à la fois agir sur la recomposition de l'offre hospitalière et moderniser les établissements de soins.

A l'aide de nouveaux outils juridiques il relance l'investissement hospitalier, modifie les contraintes liées à la gestion du budget, il change de langage, opte pour la culture du résultat et de la qualité.

Les ordonnances de 2003 tendent vers une simplification du système, en supprimant la carte sanitaire elles renforcent le SROS et encouragent le financement privé des hôpitaux pour relancer la rénovation et la création mais la dette des hôpitaux préfigure leur dépendance.

« En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (SROS 3), le territoire devient le cadre réglementaire de l'organisation

des soins, se substituant à la carte sanitaire créé en 1970. Le territoire est conçu comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire ; il est également envisagé comme un espace de concertation entre les acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire » (Coldefy et Lucas-Gabrielli, 2012, p1).

En 2009, un nouveau projet d'organisation sanitaire se concrétise par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

Cette loi HPST fait du territoire le cœur de son dispositif, présenté comme un moyen de redistribuer une offre de soin équitable et un accès pour tous à des soins de qualité, quelle que soit la localisation de l'usager. Elle a entre autre, pour objectif de rééquilibrer la répartition de la démographie médicale.

A - Politique de secteur et territorialisation : mise en perspective

Nous avons vu que la psychiatrie est précurseur, sa politique de secteur est une première expérience de territorialisation, elle a défini des objectifs de politiques publiques de santé et décrit les caractéristiques de sa mise en œuvre.

Et pour faire le lien avec notre objet d'étude traitant de la collaboration entre médecine générale et psychiatrie, nous faisons référence aux propos de Bernard Elghozi et de Jean Furtos pour dire que ce « *rapprochement non exceptionnel, des généralistes et des psychiatres rappellent leur volonté d'un travail en commun et sa difficulté. Ils plaident pour la mise en œuvre du paradigme bio-psycho-social, celui-là même que les psychiatres de secteur ont toujours cru spécifique de leur pratique, mais qui gagnerait à devenir une référence pluridisciplinaire* » (Elghozi et Furtos, 2006, p1).

Paradoxalement, nous avons observé que ce souhait de collaborer n'a pas eu l'ampleur souhaitée sur le terrain. L'application de la loi HPST va-t-elle emprunter le même chemin, ou par des mesures novatrices, faire que la collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie trouve enfin son aboutissement ?

« ***Territoire de secteur et territoire de santé mentale : sont-ils superposables ?*** » s'interroge le Dr Patrick Chaltiel, médecin psychiatre à Bondy.

Son projet de service fondé sur la notion de territorialité explique que « *la psychiatrie doit progresser appuyée sur deux jambes, l'universel et le local. Une psychiatrie qui ne*

s'alimente qu'à la source de l'universel devient déshumanisante, désobjectivante, acculturante. A l'opposé, une psychiatrie qui ne s'alimente que du « local » devient une sorte de chamanisme tribal » (Chaltiel, 2004, p12).

Dans le même article, Jean Furtos traduit ces propos en suggérant d'articuler un territoire de proximité relié au secteur psychiatrique à un territoire plus vaste relevant de la santé mentale (Furtos, 2004, p1).

Le Dr Chaltiel ajoute que *« la santé mentale est une étape supplémentaire de réalisation du secteur. Elle ne vaut rien si elle prétend se substituer ou composer avec l'absence de réalisation de ces étapes préliminaires »* (Chaltiel, *ibid*, p13).

Car son projet prend appui sur un principe clinique de la psychiatrie de secteur : *« le principe de la continuité d'attention d'une équipe humainement gérable, à une population humainement connaissable »* (Chaltiel, *ibid*, p13).

Cette population doit se reconnaître, faisant référence à une unité préexistante et non le fruit d'un découpage arbitraire comme le précise l'auteur.

Si la sectorisation préfigure la notion de territoire, celui-ci peut-il en retour, améliorer ou moderniser la politique de secteur ?

B - Une géographie à dimension variable, le territoire : espace administré, espace habité

Selon Jean Furtos, *« le territoire est un espace structuré, d'essence politique, doté de sens, qui autorise une sociabilité active. Il est porté par un imaginaire historique : la révolution, la résistance, une mission valorisée »* (Furtos, *ibid*, p1).

C'est un espace qui permet le développement d'activités sociales et de solidarité de proximité, avec une égalité de traitement quand l'accès aux soins occupe une place centrale : le titre II de la loi HPST s'intitule *« accès de tous à des soins de qualité »*.

La loi définit l'organisation de l'offre de soins en niveaux de recours, en fonction des besoins de la population. Elle place le médecin généraliste en premier recours en précisant ses missions et préconise une collaboration avec les établissements et les services de santé, sociaux et médico-sociaux (IRDES, 2011).

Rappelons que depuis la loi Douste-Blazy du 13 août 2004, le patient est inscrit dans un « parcours de soin coordonné ». Le médecin généraliste devient médecin traitant, il oriente si nécessaire vers les médecins spécialistes. Les psychiatres, cependant, peuvent recevoir directement les patients sans diminution du remboursement des frais de consultation.

Dans une volonté de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé, la loi de 2009 crée les Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont chargées de coordonner, dans un cadre territorial, l'ensemble des politiques de santé hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention.

Dans son article « *accès aux soins et territoires de santé* » Emmanuel Vigneron, géographe de la santé, montre que l'association de l'accessibilité aux soins et des territoires de santé positionne le territoire comme un axe d'amélioration à l'accessibilité aux soins (Vigneron, 2010, p367).

Cependant, il fait une distinction entre « *accessibilité aux soins* » et « *accès aux soins* », « *l'accessibilité aux soins, c'est la possibilité d'accéder aux soins, c'est l'accès potentiel. L'accessibilité est une question d'organisation, de moyens, elle couvre aussi bien la localisation des ressources que l'organisation de l'accès à ces ressources, que l'information sur l'existence de ces ressources ; l'accès aux soins, c'est l'accès effectif, le recours ou l'utilisation des ressources. Les déterminants de l'accès aux soins sont très nombreux mais l'accessibilité aux soins est l'un des déterminants* » (Vigneron, *ibid*, p367).

Il ajoute que l'accessibilité aux soins est une question majeure posée par les usagers et devient une préoccupation des maires des petites villes, comme nous l'avons entendu au cours de l'entretien avec le maire de la ville située en zone péri-urbaine. Les travailleurs sociaux et les médecins généralistes nous ont également renvoyé la difficulté d'accès aux soins comme un manque à combler.

Avec pour effet ce qu'Olivier Chavanon décrit comme « *un dimensionnement de plus en plus local de l'action publique, caractérisé à la fois par une construction par le bas (logique de l'appel à projet) et par une injonction au partenariat comme norme d'intervention (entre les acteurs locaux, publics et privés qui coproduisent les politiques* » (Chavanon, 2004, p3).

1 - Rapport entre Etat et Territoire

Olivier Chavanon remarque que « *l'affirmation du pouvoir des collectivités locales se traduit généralement par un affaiblissement de l'Etat... L'Etat adopte plutôt désormais des positions « en creux », c'est-à-dire liées aux orientations voulues par les collectivités locales plutôt qu'il ne cherche à imposer, à piloter, voire même seulement à impulser* » (Chavanon, *ibid*, p3).

Cependant, c'est l'Etat qui édicte une loi ordonnant le territoire et les actions coordonnées entre les acteurs de santé, avec cependant la contrainte liée à la maîtrise des coûts et des

moyens employés.

On ne peut pas dire que l'Etat soit affaibli dans cette opération, plutôt il délocalise ses moyens au profit d'une action publique concertée en sollicitant les moyens dédiés aux régions et départements. « *L'Etat dirigiste est dès lors censé faire place à un Etat activiste ou coordonnateur menant principalement des actions de mobilisation, d'intégration et de mise en cohérence* » (Lascoumes et Le Galès, 2012, p107).

Ce qui fait dire également à Emmanuel Vigneron que « *l'Etat ne doit pas s'effacer. S'il doit laisser les régions organiser les territoires, il est essentiel qu'il assume son rôle de « maître des horloges ». C'est lui qui doit donner les règles du jeu, poser les principes et les normes, et garantir leur respect. De ce point de vue, les agences régionales de santé (ARS) peuvent être le lien entre les orientations données par l'Etat et l'organisation locale* » (Vigneron, *op. cit.*, 2010, p369).

La territorialisation rend plus lisible l'action publique et va plus loin que la sectorisation, elle légitime les acteurs de santé de terrain et donne des compétences localement pour réaliser les axes de santé prioritaires.

Dans le dossier rhizome intitulé « *Territoires limites et franchissements* », Emmanuel Vigneron ajoute que « *la territorialisation passe nécessairement par la reconnaissance de contours adaptés à la pratique spatiale et aux comportements des usagers* » (Vigneron, 2004, p11).

Alors que la sectorisation fonctionne à partir d'un réseau relié à l'hôpital, le territoire ouvre le champ des coopérations et propose la coordination comme moyen d'efficience. Par ailleurs il répond à la liberté de choix des usagers des équipements et des équipes de soins.

C - Le territoire : un espace subjectif, lieu d'appropriation individuel

« *L'espace existe au dehors parce qu'il existe de l'espace en nous* » (Freud cité par Moyano, 2004, p4).

Comme nous l'explique Emmanuel Vigneron : « *le territoire n'est pas un objet froid. Un territoire, c'est un morceau d'espace terrestre approprié par un groupe humain et organisé par lui... Le territoire, c'est d'abord « mon » territoire, secondairement celui des autres. Mon territoire c'est l'endroit où je vis, je travaille...* » (Vigneron, *op. cit.*, 2010, p371).

La subjectivité d'un territoire renvoie à la capacité des habitants de s'identifier à cet espace.

Les pouvoirs publics montrent une volonté de protéger l'espace territorial, qui « s'accompagne en général de la métaphore de la nécessaire couture du tissu territorial, dont la « déchirure » fait scandale en tant qu'elle manifesterait une « fracture sociale ». Il y a là une puissante représentation territoriale en actes, utilisée sans cesse par les acteurs politiques pour faire « tenir ensemble » les différentes composantes de leur espace d'action » (Lussault, 2004, p2).

Ces allers retours entre le dedans et le dehors configurent ce qu'un espace administré peut revêtir de subjectivité. Le territoire peut devenir cet espace de rencontre entre des citoyens et des tutelles dont parle Emmanuel Vigneron : « l'approche territoriale parle aux hommes de ce qu'ils connaissent, de leur cadre de vie. Elle permet en cela de partager l'expression d'un besoin, la perception des réalités vécues, la connaissance de l'offre et de son fonctionnement » (Vigneron, *ibid*).

Il nous semble que cette notion de subjectivité bien assimilée peut être un vecteur favorable à l'amélioration de la collaboration entre les professionnels.

Section II : Mise en œuvre d'un projet territorial intégré

Avec pour objectif l'optimisation de l'organisation des soins, la loi HPST incite à la coopération entre les établissements et entre les acteurs de santé.

Elle préconise une responsabilisation accrue des professionnels dans le système de santé, elle renforce la formation dans le but de soutenir les compétences et les invite à développer et améliorer la coordination des prises en charge.

Encourager les initiatives des acteurs nécessite également de fédérer leurs actions dans un cadre institué.

Cette politique de santé est conduite par les agences régionales de santé et se décline dans un Projet Régional de Santé qui se décline en Schémas Régionaux de Santé (SROS). Il détermine des objectifs et intervient pour favoriser la mise en place de nouvelles structures de soin dans les zones qui en sont le plus dépourvues. C'est un outil de planification qui accompagne les politiques de santé au plan local. Il tend également à clarifier l'organisation actuelle en offrant une meilleure lisibilité des actions entreprises.

A -Du côté des professionnels : un changement de positionnements

Ceci nous amène à reconsidérer la place des professionnels dans ces espaces que sont le secteur et le territoire.

En redistribuant les fonctions et les rôles, la loi HPST introduit un décalage, une modification des places.

La politique de secteur a positionné la psychiatrie en première ligne. En s'externalisant elle a relié le patient à son environnement. Dans ce dispositif, les généralistes sont inclus mais pas centraux.

Contrairement à la médecine somatique, une prise en charge relevant de la psychiatrie s'inscrit dans la relation de transfert et ne peut pas se scinder aussi aisément entre deux thérapeutes.

La politique territoriale résout le dilemme en désignant les médecins généralistes en place de premiers recours et en attribuant à la psychiatrie la mission d'appui et d'expertise.

Ce déplacement des missions indiquent une évolution à saisir pour la psychiatrie.

Après avoir été la première discipline à utiliser le territoire comme champ d'action, la psychiatrie doit s'inscrire dans une définition des réseaux de santé comme l'indique la circulaire du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé : *« les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social »*.

Nous retrouvons ici les grands principes sur lesquels s'appuie la politique de secteur psychiatrique.

Ce qui fait dire au Dr Marie-Christine Hardy-Baylé et à Isabelle Prade dans l'article intitulé « Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé : la question des réseaux en psychiatrie », que le changement se situe ailleurs et que *« la psychiatrie peine à s'inscrire dans un pacte social accepté par les professionnels du soin eux-mêmes et par la société, représentée par les associations d'usagers »* (Hardy-Baylé et Prade, *op. cit.*, 2010, p2).

Elles poursuivent en disant que la mise en place d'un partenariat effectif sur un territoire a changé, dû aux évolutions culturelles et sociétales et qu'il est conditionné à l'engagement effectif des professionnels (Hardy-Baylé et Prade, *ibid*).

On peut donc avancer que l'application de la loi HPST inaugure une prise en compte de la dimension culturelle, des valeurs, des représentations et des comportements des

professionnels de santé.

A cette condition, elle pourrait s'il en est ainsi, faire d'un frein structurel un levier d'évolution et créer un potentiel de changement.

Car il s'agit bien d'inventer un mode relationnel entre les professionnels liés cette fois à la notion de « *responsabilité partagée* » (Hardy-Baylé et Prade, *ibid*, p2).

Les auteurs de cet article expliquent que les partenaires de santé doivent travailler ensemble autour d'un objectif et non dans le but de pérenniser une organisation. Le partenariat nécessitant de remplacer la notion de hiérarchie par celle de « *leader* ». Les auteurs font référence aux travaux de Luc Boltanski et Etienne Chiapello qui nomment leader, « *celui qui est reconnu comme légitime pour mener à bien le projet, qui possède à la fois la compétence requise et la qualité d'animation du groupe* » (Boltanski et Chiapello, 1999) ; chaque projet pouvant amener un nouveau leader.

La question existe également autour de la notion de proximité, comment se détermine le secteur dans son espace géographique et comment vont se positionner les professionnels ?

La loi HPST attribue aux médecins généralistes la place et la responsabilité de premier recours, indiquant de ce fait les médecins psychiatres en position de spécialistes.

Deux missions de proximité se croisent, et deux niveaux de recours s'articulent. La mission de premier recours du médecin généraliste dédiée aux soins directs et coordonnés, celle du psychiatre dont l'activité de proximité est délimitée par le lieu de vie du patient s'élargit et s'ouvre sur un espace de coopération.

Si comme nous l'avons vu précédemment la politique territoriale ouvre un espace pour les professionnels de santé, qu'en est-il de la place et du rôle des institutions ?

B - La position stratégique de l'hôpital : un leader potentiel

Le Dr Marie-Christine Hardy-Baylé et Isabelle Prade nous disent que « *ce retournement de valeurs au travail a différentes conséquences : d'une part, le centre de l'action est bien le projet et non l'institution... L'organisation par projet crée elle-même les liens nécessaires entre des professionnels indépendamment des frontières institutionnelles* » (Hardy-Baylé et Prade, *ibid*, p2).

Comme nous l'avons souligné, la politique de secteur psychiatrique a maintenu l'hôpital dans une place quasi centrale en matière de choix et d'orientation des pratiques. L'organisation territoriale redistribue les missions des acteurs de terrain et de fait questionne

le positionnement des institutions dans lesquelles ils travaillent.

Les valeurs de l'hôpital s'inscrivant dans une organisation hiérarchique, elles s'écartent, voire s'opposent à l'assouplissement nécessaire au développement des coopérations préconisées par la loi. Cette mutation est un défi pour l'hôpital, une évolution nécessaire et un critère de performance.

Dans notre pratique quotidienne, une prise en charge globale et pluridisciplinaire n'est possible que si les acteurs agissent de manière coordonnée et complémentaire, les articulations devant être développées et formalisées via des temps professionnels partagés.

De la même manière, les deux auteurs expliquent que pour travailler en réseau il faut abandonner le fonctionnement vertical hiérarchisé des acteurs au profit d'un fonctionnement horizontal où la responsabilité territoriale est partagée. *« L'enjeu, pour la psychiatrie est de passer de la continuité des soins dévolue à une équipe unique à la coordination des acteurs impliqués dans le parcours de santé du patient, et de la responsabilité d'une équipe à organiser l'offre de soins d'un territoire à une culture partenariale, de la complémentarité territoriale entre les équipes concernées (la notion de responsabilité partagée) »* (Hardy-Baylé et Prade, *ibid*, p3).

Ce qui entre en contradiction avec le fonctionnement du secteur psychiatrique pris sous l'angle institutionnel : *« par son organisation même et ses principes, le secteur n'est pas favorable au mode d'organisation souple d'un réseau, dans laquelle il n'y a pas de pivot, mais des professionnels éventuellement issus d'équipes différentes, qui apportent leurs compétences et s'organisent pour assurer la continuité des soins dans un réseau... »* (Hardy-Baylé et Prade, *ibid*, p3).

Une autre raison explique que le secteur perd sa position centrale, une catégorie de patients a modifié sa manière de s'adresser au soin en faisant appel directement à la psychiatrie libérale, ce que la loi du 13 août 2004 relative au parcours de soin coordonné permet. Cette évolution est également confirmée par les médecins généralistes rencontrés :

« On est shuntés à 90%... Ils y vont tous seuls, ils ne font pas appel à nous et vont chez le psychiatre... ».

Entretien avec un médecin généraliste 5 juillet 2013, n°7.

La continuité des soins s'organise à partir du patient qui choisit son parcours en fonction de ses besoins et de ses priorités, obligeant ainsi les professionnels, garants de la qualité et de la

sécurité des soins, à coopérer davantage pour éviter les ruptures de soin.

Dans cette dernière partie, nous avons montré que la notion de territoire bouscule autant les institutions que les professionnels. Il semble difficile de vouloir modifier la manière de soigner si les établissements hospitaliers n'accompagnent pas leurs équipes dans l'élaboration de projets qui ouvrent sur un partenariat. Ne plus pérenniser l'institution ne veut pas dire l'annuler. C'est l'institution qui valide la pertinence des choix thérapeutiques et assure leur réalisation.

CONCLUSION GENERALE

La question de départ : « partir ou rester », est simple en apparence mais réductrice. Elle ampute de son sens la question qui en découle : comment l'institution peut repérer une demande de soin à partir d'une évaluation quantitative de l'activité alors qu'il s'agit en fait d'identifier un besoin.

Entrer dans cette démarche nous a conduit à interroger la pertinence de la politique de secteur dans sa dimension actuelle et à revisiter le dispositif de soins ambulatoires de psychiatrie publique dans son déroulement chronologique et à travers ses fondements philosophiques.

Nous avons vu comment un système de soin novateur, issu d'un mouvement de quelques médecins militants s'est appuyé sur une forme décentralisée de l'Etat, pour se concrétiser : l'échelon départemental. Cette initiative venue du terrain mais légalisée tardivement, a tracé le chemin du soin extrahospitalier que nous pratiquons.

Si l'échelon local a favorisé une dynamique, il a aussi engendré des imperfections, liées à son mode d'implantation hétérogène et à la persistance d'un fonctionnement centripète, hospitalo-centré. En même temps qu'il s'est construit, le secteur a construit ses limites. Ce qui explique en partie ses difficultés à répondre aux demandes de soin qui augmentent mais qui s'expriment ailleurs.

Le contenu des entretiens avec les médecins généralistes traduit ce phénomène, d'une part, parce qu'il montre leurs difficultés à orienter leurs patients vers la psychiatrie publique et aussi par les demandes qui s'adressent directement auprès des psychiatres libéraux, patientèle moins influencée par les représentations véhiculées par la psychiatrie institutionnelle.

Cette forme d'impasse mise à jour, les équipes de secteur ont montré cependant leur réactivité et leur capacité à innover. En témoignent des expérimentations de collaboration entre les psychiatres et les médecins généralistes avec apparemment un taux de satisfaction élevé.

C'est en recueillant le contenu des entretiens auprès des médecins généralistes sur le circuit des demandes de soin, que le concept de collaboration nous est apparu dans sa dimension

complexe. La collaboration s'apparente à une action publique qui s'inscrit et se construit par la base et se différencie d'une injonction. Ces expériences préfigurent ou accompagnent l'évolution du cadre législatif, comme l'a été en son temps la construction de la politique de secteur.

En confirmant la nécessité des coopérations, la loi HPST impose et valide des changements de place et de fonction, tant pour les professionnels que pour les institutions.

La psychiatrie est intégrée au même titre que la médecine générale dans une réforme organisationnelle de santé publique. L'ensemble des mesures la concernant rappelle les fondements du secteur (prise en charge bio-psycho-sociale du patient en lien avec son environnement) mais en préconisant la rupture avec l'hospitalo-centrisme. On peut dire que la loi HPST parachève ainsi la réforme initiée par le secteur.

Dans le cadre du territoire, le passage de la notion de maladie mentale à celle de santé mentale, élargit le champ d'intervention et implique de nouveaux intervenants, médico-sociaux, élus locaux et usagers, constituant un collectif de partenaires.

Si l'hôpital abandonne une partie de sa maîtrise sur sa politique de soin, il gagne en revanche l'opportunité d'être leader de projet et d'occuper une place privilégiée comme partenaire indispensable des nouveaux acteurs de la santé mentale.

Avec la réserve que l'esprit de la loi ne soit pas détourné de son sens premier, c'est-à-dire rigidifié dans une approche bureaucratique des instances chargées d'encadrer et d'accompagner les projets et non de les neutraliser. Ce qui évoque la manière dont le secteur est resté « emmuré » dans l'enceinte de l'hôpital.

Cette loi qui prône un décloisonnement des actions publiques de santé et encourage les initiatives locales, peut à l'inverse être annulée par les organismes chargés de la faire vivre.

Comme le dit Frédéric Valletoux dans son article intitulé « Oui à l'autonomie des hôpitaux publics, faisons confiance aux responsables locaux » (Valletoux, 2013, p19), soit l'Etat perdure dans un fonctionnement jacobin, soit il accepte de changer son positionnement comme « *la quasi-totalité des grands pays développés ont fait de la responsabilisation des acteurs de santé et des hôpitaux un principe cardinal pour améliorer l'efficacité du système* » (Valletoux, *ibid*, p19).

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BOUSSAGUET Laurie, JACQUOT Sophie, RAVINET Pauline, *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 2010, 771p.

CHEVALLIER Jacques, *Le service public*, Presses Universitaires de France, Paris, 2012, 126p.

JODELET Denise, *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, Paris, 1999, 447p.

LASCOUMES Pierre, LE GALES Patrick, *Sociologie de l'action publique*, Editions Armand Colin, Paris, 2012, 126p.

-Textes de lois :

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés

Ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés.

Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental dite « circulaire RUCAT ».

Décret du 20 mars 1955

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Loi du 31 décembre 1970

Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

Loi du 25 juillet 1985 article 8.1 modifiant l'article L326 du code de la santé publique.

Loi du 31 décembre 1985 article 1 et 2.

Loi de finance de 1986 article 79.

Circulaire 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé

Circulaire DHOS/O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrique et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, santé et aux territoires titre II, titre IV.

-Rapports :

COUTY E, SCOTTON C, « Le pacte de confiance pour l'hôpital, synthèse des travaux, Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2013.

Rapport Sénat « La gestion des espaces périurbains » 1997. <http://WWW.senat.fr/rap/r97-415/97-4155.html>

-Articles dans une revue :

BLANCHARD Nathalie, « Du réseau à la coopération gérontologique : un nouveau paradigme pour le secteur médicosocial ? », consulté sur CAIRN.INFO, 2004/3, n°43, p165-186.

CHARVET Jean-Paul, BRYANT Christopher, « Introduction La zone périurbaine : structure et dynamiques d'une composante stratégique des régions métropolitaines », Revue canadienne des sciences régionales, XXVI : 2&3, 2003, (241-250).

COLDEFY Magali, LUCAS-GABRIELLI Véronique, « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? », IRDES, n°175, avril 2012

DOUTRE Elisabeth, « L'influence du parcours professionnel des femmes sur leurs représentations », *Education permanente*, n°150, janvier 2001, p53-59.

ELGHOZI Bernard, FURTOS Jean, DEMAILLY Lise, SOLOCH Isabelle, MERCUREL Alain, « La médecine générale à corps et à cris », (*dossier*) *Rhizome*, N°22, mars 2006, 22p : 1-15.

FURTOS Jean, LUSSAULT Michel, CHAVANON Olivier, MOYANO Olivier, VIGNERON Emmanuel, CHALTIEL Patrick, « Territoire, limites et franchissement », (*dossier*) *Rhizome*, n°16, juillet 2004.

HARDY-BAYLE Marie-Christine, PRADE Isabelle, « Coordination entre professionnels de santé : la question des réseaux de santé en psychiatrie », *EMC psychiatrie* 2010, n°141 (37-956-A-15), p1-12.

Historique des réformes hospitalières en France, IRDES, septembre 2011, p10.

HOSPIMEDIA 2012 « Les généralistes éprouvent des difficultés à orienter les patients vers une prise en charge en santé mentale » ;

KANNAS Serge, HARDY-BAYLE Marie-Christine, REBOUL Gaël, DEMOGEOT Claude, « Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? », *Revue Pluriels*, n°92-93, p1-15, octobre/novembre 2011.

MASSE Gérard, LESIEUR Philippe, « Médecine générale et psychiatrie de secteur : des

pistes pour un réel partenariat », *Nervure*, n°2, tome XV, mars 2002, p39-43.

MILLERET G, PLANTARD ME, « Place de la santé mentale en médecine générale, résultats de la région Bourgogne à partir d'une enquête nationale », *Revue Hospitalière de France*, n°547, juillet/août 2012, p26-43.

MULLER Christian, Psychiatrie et territorialité, le triomphe de la géographie ou... « Le bonheur est dans le près », *Revue Hospitalière de France*, n°547, juillet/août 2012, p38-43.

VALLETOUX Frédéric, « Oui à l'autonomie des hôpitaux publics, faisons confiance aux responsables locaux », *Le Monde*, mercredi 3 juillet 2013.

VIGNERON Emmanuel, « offre de soins : accès aux soins et territoires de santé », *Gestions hospitalières*, n°497, juin/juillet 2010, p367-374.

-Sites internet

<http://www.santé.gouv.fr/les-territoires-de-sante>, 1209.html, 3juin 2010

http://serpsy.org/histoire:secteur_baillon.html

http://serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/secteur.html

<http://socio-logos.revue.org/2651>

www.ascodocpsy.org/textes-officiels-historiques/

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	5
GLOSSAIRE.....	6
INTRODUCTION.....	7
Chapitre I - La psychiatrie de secteur : prémices d'une politique publique de santé territoriale	15
Section I : Naissance de la psychiatrie de secteur	16
A - Au commencement, une œuvre humaniste.....	16
B - Un engagement militant au service d'un projet thérapeutique.....	16
Section II : mise en œuvre de la politique de secteur.....	17
A - Cadre juridique : développement d'une politique publique	17
B - Le rôle des pouvoirs publics.....	19
C - Le positionnement de l'hôpital dans la gestion des structures extrahospitalières.....	20
Chapitre II – La construction de l'action publique « par le bas » : collaboration entre médecine générale et psychiatrie.....	23
Section I : Retour d'une expérience locale, le cas d'une antenne de psychiatrie.....	24
A - Regard critique des médecins généralistes sur le dispositif de psychiatrie et sa politique de secteur.....	25
B - Soigner ensemble : un défi	33
Section II : collaborer : une contrainte nécessaire.....	41
A - Une dynamique de changement	41
B- Changer de regard sur la pratique de l'autre : un effet de la collaboration	42
C - Expérimenter une inter-connaissance.....	42
	63

Chapitre III : Psychiatrie de secteur et territorialisation	46
Section 1 : Objectifs de la politique de territorialisation.....	46
A - Politique de secteur et territorialisation : mise en perspective	48
B - Une géographie à dimension variable, le territoire : espace administré, espace habité	49
C - Le territoire : un espace subjectif, lieu d'appropriation individuel	51
Section II : Mise en œuvre d'un projet territorial intégré	52
A - Du côté des professionnels : un changement de positionnements	53
B - La position stratégique de l'hôpital : un leader potentiel	54
 CONCLUSION GENERALE	 57
BIBLIOGRAPHIE	59
TABLE DES MATIERES	63

ANNEXES