

Jeudi 30 mars 18-20h à Bordeaux

GHT

Groupements Hospitaliers de Territoire :

Quelle hospitalité pour la psychiatrie publique et privée ?

Compte-rendu : Marie-Claude Saliceti (administratrice à Rénovation)

Janick Prémon, président de Rénovation.

Santé mentale, travail, logement, citoyenneté : il s'agit de garantir de retrouver une spécificité de la psychiatrie dans un paysage sanitaire qui se voudrait unifié.

c'est une mosaïque dont nous ne sommes pas sûrs que les pièces s'assemblent.
Quid de la psychiatrie privée ?

Objectif initial : un parcours de l'utilisateur plus harmonieux, nécessitant une véritable complémentarité des partenaires. La reconnaissance mutuelle est un vecteur de qualité, il faut éviter un certain hospitalo-centrisme.

Professeur Manuel Bouvard, animateur de la soirée.

Comment faire changer les cultures ? c'est difficile de mettre en œuvre les belles idées.
On peut relever des évidences et des questions.

Évidences :

- le parcours de soins se heurte à une dimension de puzzle
- la psychiatrie réunissant le somatique, le psychique et le social, est l'enjeu majeur de cette médecine qui se segmente. La transversalité est au centre de la problématique du GHT. Les frontières sont ténues aujourd'hui entre le médico-social et les structures sanitaires
- inégalités territoriales
- périodes de la vie particulièrement difficiles : adolescence, passage à la personne âgée... : zones de transition qui peuvent être des facteurs de blocage dans un parcours de santé.

Dans une vision tridimensionnelle qui inclut un axe vertical : comment arriver aussi à ce que des recommandations au niveau national puissent trouver leur relègue dans les groupements, de manière à fournir un service utile. Comment étendre cette verticalité aux praticiens du libéral (initié par exemple dans le 3^e plan autisme¹)

1 [Troisième Plan Autisme \(2013-2017\)](#)

Questions :

Que veulent les Tutelles : « dites de quoi vous avez besoin, nous vous apprendrons à vous en passer »

Quels outils de parcours ? le dossier numérique par exemple, se heurte à la multiplicité des systèmes informatiques...

Michel Laforcade, Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

L'intitulé « Quelle hospitalité pour la psychiatrie publique et privée ? » introduit une interrogation autour des GHT.

A quoi servent-ils ? Quelle place pour la psychiatrie dans le dispositif ? Quelle place pour le privé ? Quand on parle intendance, superstructures, gouvernance, le discours des politiques publiques a un talent fou pour jouer au Mikado ou aux Lego... mais une forme d'incapacité à mettre en œuvre les politiques et les effets des politiques...

Question : est-ce que ce GHT va nous permettre d'avancer dans les résultats qu'on peut obtenir ?

- Il peut servir à mutualiser les moyens (achats, systèmes informatiques, formation etc.) afin de dégager des moyens nouveaux pour le soin hospitalier.

- il peut avoir une autre fonction : c'est **la question du projet médical partagé sur un territoire.**

On va se donner du temps médical partagé quel que soit le statut des médecins concernés.

- la psychiatrie privée peut être associée, partenaire, mais pas membre.

- l'hôpital public spécialisé en psychiatrie : soit il intègre le GHT polyvalent, soit il demande une dérogation. 90 % des établissements spécialisés en psychiatrie ont rejoint le GHT polyvalent, et les discussions continuent sur le parcours entre le somatique et le psychique.

Quel sens donner à ce projet médical et à cette participation au GHT ?

- il faut qu'il soit à même de partir des points forts et des points faibles de la santé mentale pour fournir une offre améliorée.

Dans notre région :

- point fort : l'immense floraison d'initiatives, d'expériences innovantes qui répondent vraiment aux besoins.
- Un constat optimiste : c'est souvent plus innovant dans la Santé Mentale mais les professionnels sont obligés de travailler à bas bruit (effet de la querelle des anciens et des modernes)
- Ces innovations remarquables ne font pas système : l'offre est très hétérogène ce qui est un peu dommageable pour l'égalité dans les prise-en-charge
- on trouve des choses très innovantes à moyens constants dans le Secteur.
- La psychiatrie n'a pas toujours été des plus enthousiastes à l'évaluation, à la logique de la preuve (même sans en faire l'alpha et l'oméga).

Nous devons progresser ensemble :

- sortir de l'hétérogénéité. Des textes sont en préparation autour de ce que doit être un projet de Santé Mentale : à quoi devez-vous penser pour avoir une représentation panoramique des besoins.
- Il s'agit d'élaborer une forme de panier de services que nous partagerions et qui seraient mis en place sur la totalité du territoire pour éviter les ruptures de parcours. On en est à vingt millions de malades chroniques - qui sont par définition des malades du parcours. Autant le

soin est plutôt très bien pris en charge dans notre pays, autant, quand on observe des ruptures de parcours (pour le handicap psychique particulièrement) cela concerne presque toujours le social et le médico-social.

- Il faut s'assurer que tout patient sortant de l'hôpital ou en prévention bénéficie
 - *d'un étayage social :trouver un logement, trouver un emploi, conserver un emploi
 - *des soins somatiques nécessitant une vraie politique : la surmortalité est souvent liée au fait que les besoins somatiques sont dépistés beaucoup plus tard, à cause des difficultés psychiatriques. Un bilan somatique un peu systématique est donc à envisager, avec la création d'un service ad hoc à l'hôpital pour recevoir ces patients. Il faut aussi se tourner vers la médecine libérale pour voir quelles sont les logiques de partenariat à mettre en place.
- Se demander s'il ne faut pas aller jusqu'au bout du mouvement de balancier du Secteur
- Développer aussi la culture de la preuve : évolution déjà largement enclenchée à l'HP.
- l'avenir de la psychiatrie c'est le domicile : nous allons initier en Aquitaine l' action « un logement d'abord ²» déjà mise en place dans quatre grandes villes³. Une action très forte est prévue sur l'étayage dans le logement. La méthode est différente de celle du « gradualisme », l'accompagnement est immédiat.

Maître Laurent Houdart, Avocat

Évidence : le GHT est un des plus grands bouleversements que nous ayons connus dans notre paysage sanitaire (passage de 1000 à 100 établissements).

Le GHT ne regroupe que des établissements publics de santé et leur applique une rationalisation des outils de gestion. Cela repose sur un mécanisme juridique très particulier : la délégation de compétences à un établissement support, un mécanisme de groupe, de mère et de filiales. Soit le regroupement sur un territoire d'établissements publics dotés d'une politique commune. Cela donne lieu à l'élaboration d'un projet médical partagé des établissements publics de santé.

Mais il n'est pas prévu de prendre en compte l'ensemble des acteurs du territoire, ce qui est une vraie contradiction.

Comment je peux arriver à concilier ces deux objectifs ?

comment peut-on arriver, en psychiatrie en particulier, à concilier le projet territorial de Santé Mentale – on est dans la suite de la sectorisation – ce projet est essentiel. Il ne faut pas faire l'impasse sur une incohérence entre le projet pour le GHT et un projet fait avec l'assentiment de l'ensemble des acteurs. Il faut être très vigilant, il y a là un enjeu fort. Des cellules de gestion sont nécessaires pour les cas complexes : conseils locaux, fonctionnant à l'initiative d'un élu en général. Problème de pathologie mais aussi problème social. Les solutions reposent nécessairement sur une grande proximité et sur la mise en cohérence de tous les acteurs.

Espérons que tout ça ne sera pas uniquement des groupes de paroles mais va faciliter l'ensemble des initiatives sur le terrain : trouver des moyens et développer des espaces de convergence où la grande proximité est indispensable. Revoir les périmètres quand il y a un problème d'adéquation. Aujourd'hui le risque c'est le risque technocratique.

² [Le dispositif "logement d'abord" en France](#)

³ Paris, Lille, Toulouse, Marseille

Il va falloir aller plus loin. Pour moi ce n'est pas un groupement hospitalier qu'il faut mais un groupe (le groupe ment?) qui mette les évidences sur la place publique et dans le débat. Attention à ne pas repartir 20 ou 30 ans en arrière avec une frontière public/privé.

En psychiatrie cela revient-il à s'adapter à une situation qu'on ne peut changer en rien ? j'espère que non...

l'hospitalité, selon Derrida, c'est l'accueil inconditionnel de l'autre ; c'est bien loin de ce qu'on voit actuellement !

Dans le public comme dans le privé prévaut une logique de performance, d'économies.

GHT, moi je n'ai pas acheté... c'est plutôt une hospitalité aux rigueurs budgétaires !

En pratique concrète : pour moi hospitalité va forcément avec hétérogénéité. Pour ça il faut qu'on déconstruise les empêchements que nous rencontrons au quotidien.

Dans les Hauts de Seine, le Val d'Oise,

- il y a un hôpital fantôme, oublié des cartes de l'ARS, qui est réapparu une semaine avant le GHT. Comment donner une cohérence à cette bizarrerie ?

- Comment parler de démocratie sanitaire alors que les associations vraiment en lutte pour les droits des patients se voient exclues ?

- l'ensemble des instances dans mon hôpital vote contre en demandant une dérogation.

Il faut changer de grille, associer patients, familles, professionnels, en un mouvement.

l'urgence, comme type de gouvernement : en 6 mois il a fallu X réunions pour élaborer une convention constitutive entre les établissements. Il y en avait une toute prête pour nous. En 2016 l'état d'urgence s'impose. Les GHT, à mon sens, sont un type particulier de 49.3, ils nous empêchent de penser. La charte « la bientraitance managériale »... et sur le terrain, les suicides etc. Avant la non-rupture de parcours il faut la non-rupture de la relation, la qualité de vie au travail. La directive c'est ne pas accéder aux faits.

Le collège médical dans notre établissement n'est animé que par les directeurs, pas par les médecins : « il faut prendre des parts de marché ». Le pouvoir médical ne peut pas négocier avec le pouvoir administratif.

Mais : un groupe privé propose ses lits !

La pénurie du Service Public est organisée, mais il faut savoir comment s'organise l'hospitalisation dans ces structures privées : de plus en plus c'est l'apartheid entre les cliniques et l'HP.

La démocratie commence quand les gens se rencontrent.

Le projet médical partagé : concrètement on ne nous parle plus que de « combien », mais pas de « comment » vous recevez. La maltraitance au quotidien est masquée par les évaluations où les indicateurs ne sont pas le reflet des questions qu'on se pose. Le projet médical devrait concerner les questions cliniques concrètes.

Le projet du territoire : on a un cabinet d'audit payé sur « une autre ligne budgétaire », sauf que les travaux préparatoires orientaient... « orienter sans prescrire ». Les réunions sont sur le temps clinique et ne servent qu'à faire entrer dans le cadre de la rationalité actuelle.

Toutes les questions, on les partage avec les patients, là où je travaille. Écart entre la logique prescrite – d'administration des choses, et la logique de soin, ou d'accompagnement (mais ce n'est plus elle qui organise le dispositif).

Maintenant le Secteur, le découpage territorial, ne se fonde plus sur la continuité relationnelle, la continuité d'existence. Il faut des dispositifs où les gens soient suffisamment stables.

La logique de mise en concurrence ne favorise pas la coopération mais est inscrite au nom des « sans »

la Santé Mentale est une entreprise de normalisation : prévenir les risques psycho-sociaux, adapter les gens à la concurrence. La santé mentale positive, c'est un slogan publicitaire qu'on retrouve un peu partout et qu'on intériorise. Pourtant il faut remettre un peu ce cadre en question, construire des ponts, savoir pourquoi on fait les choses.

Maintenant les dispositifs sont faits pour que les gens s'adaptent aux besoins des structures au lieu de l'inverse, c'est un gros problème.

Mathieu Bellahsen, médecin psychiatre, auteur du livre « Vers un bonheur sous contrôle »

Mathieu Bellahsen est psychiatre de secteur, cofondateur de UTOPSY⁴ et membre du collectif des 39 contre la nuit sécuritaire⁵.

Comment continuer le travail d'hospitalité ?

- Ne pas enfermer les patients dans l'Hôpital
- partager, soignants, soignés, acteurs de la société, des créations communes et le plaisir qui les accompagne – en parallèle avec les soins hospitaliers.
- recourir à la créativité, aux capacités des soignés
- Ne pas décider à leur place de ce qui les concerne

Expérience du journal « Et tout et tout »

Formation interclubs au théâtre de Gennevilliers, le 9 juin

Manifeste du TRUC... c'est très différent d'une fédération type GHT en lien avec le Chili, l'Argentine etc.

Référent : Tosquelles

(on déconne beaucoup dans ces espaces.)

Une création : le réseau d'accueil des clubs, une sorte de club au cube ; ouverture et soutien aux personnes isolées, soignants et soignés. Sans support administratif. C'est un outil thérapeutique et politique.

« Clubs de tous les pays unissez-vous ! »

« ce qu'il faut construire avec toute personne en proie au délire ou à la dépression, écrit Mathieu Bellahsen, c'est la possibilité d'une vie supportable selon ses propres critères plutôt que selon une norme dictée par autrui ». (...) proposer une résistance à ces normes, à ces pratiques. « La santé mentale standardisée se nourrit des statistiques là où une autre psychiatrie se nourrit d'expériences, de savoir-faire, de ficelles du métier, de monographie et d'histoire », rappelle ce psychiatre. On peut aussi choisir d'autres critères d'évaluation d'un traitement : les avis des familles, des usagers, de tous les professionnels qui interviennent. Mais cela nécessite de sortir du cadre et des protocoles standardisés, et d'écouter.⁶

4 [UTOPSY](#)

5 [collectif des 39 Quelle hospitalité pour la folie ?](#)

Débat

Intervenant : Question à Monsieur Laforcade : il n'est pas sûr que la tarification à l'acte soit adaptée à la psychiatrie. Comment allez-vous faire pour mélanger des établissements différents avec les mêmes règles comptables ?

Vous avez dit « il faut promouvoir les thérapies qui ont fait la preuve de leur efficacité » : comment faites-vous pour mesurer les initiatives ?

M. Laforcade : la T2A n'est pas adaptée à la psychiatrie, et ne semble pas du tout adaptée à l'hôpital. Je respecte la commande posée mais je sais prendre des libertés.

Il n'y a pas forcément d'outil de tarification satisfaisant, ça n'empêche pas les établissements de travailler ensemble même si la tarification est différente.

En ce qui concerne les preuves : la pire des solutions serait des preuves imaginaires. On peut dire : voilà la liste des actions qui ont fait leurs preuves. ça peut être différent sur le papier ; mais attention à une forme d'obscurantisme parfois (exemple de l'évaluation des électrochocs). Je n'ai pas du tout de fascination pour la preuve, mais pour ceux qui veulent avancer collectivement vers cette logique de preuve, il est intéressant d'avoir le désir de preuve plutôt que la preuve illusoire. Ce qui compte, c'est l'expérience collective partagée.

Professeur Bouvard : je dirai au Directeur Général, c'est une question de mesure. En France on se confronte à des mille feuilles administratifs, avec une multiplicité de décideurs. Comment structurer ça ?

Et à Mathieu Bellahsen : il y a aussi un pragmatisme. Il faut structurer les organisations.

M. Laforcade : le système de santé du Pays Basque espagnol a fait sa rénovation en deux ou trois ans. c'est un système très homogène, avec des pouvoirs beaucoup moins éclatés que chez nous. Ici les pouvoirs sont très balkanisés et nous perdons beaucoup de temps.

Maître L. Houdart : c'est un problème majeur. Avec le GHT on arrive à six instances.

Mais on peut vivre, faire d'autres choses que les commandes qu'il y a actuellement avec les GHT. Pendant ce temps-là est-ce que vous pouvez bosser ? c'est un os à ronger, c'en est même risible.

M. Bellahsen : c'est bien, le commerce : don et contre-don. Mais quel est le sens des choses ? Quel est le but ultime ? Comment avoir une dimension thérapeutique à partir d'échanges ?

En effet, il faut un établissement, la structure organisationnelle : c'est l'institué.

Pour autant il faut des dimensions instituanes. Soit on se dit que nos cadres institués sont là pour continuer en permanence, soit qu'ils sont là pour supporter leur propre subversion.

Dans la formation des psychiatres maintenant, on ne trouve plus la science de ce genre de travaux . Actuellement l'hôpital ne soigne plus, il maltraite. Nous, on est le service ouvert de l'hôpital ; on n'a aucune preuve. Ce qu'on fait n'est pas compté dans les grilles en circulation. Ça m'embête de passer mon temps à justifier pourquoi on ouvre les portes. Ces logiques-là rentrent difficilement dans les cadres. (voir la récente et intéressante directive sur la contention⁷). Comment on soigne les gens ? On n'en parle plus du tout. La psychothérapie institutionnelle est en voie d'effacement. c'est étonnant ; cette logique-là se répand partout.

6 [Mathieu Bellahsen, La Santé mentale – Vers un bonheur sous contrôle](#). Préface de Jean Oury. 186 pages, 13 euros. Éditions La Fabrique.

7 [Psychiatrie : des règles pour mieux cadrer le recours à l'isolement et à la contention](#)

Comment faire pour que dans tous les services on prenne soin des gens avec qui on travaille ?

Intervenant : l'UNAFAM⁸ est partout. Mais je tiens à ce que ce soit le patient lui-même qui se représente. Est-ce que vous arrivez à faire sortir quelques-uns pour s'exprimer au nom de tous les usagers ? D'un côté on parle de soigner à la maison, mais comment fait-on pour avoir le temps de structurer une association ? quand ils sont sortis peuvent-ils revenir ?

M. Bellahsen : Dans notre hôpital c'est l'UNAFAM uniquement qui représente les usagers. Pour faire autrement il faut un agrément de l'ARS pour intégrer le CRPA⁹. Il faut donc que l'association intègre le CRPA pour que des patients de « Tout et Tout » adhèrent au CRPA et puissent représenter les usagers.

Ils sont parfois hospitalisés sous contrainte, à l'isolement etc. mais on discute de tout ensemble et cela entraîne des modifications de nos pratiques. l'association sert de support psycho-thérapeutique pour que les gens puissent aller dans le monde. Des réseaux de solidarité se créent entre les patients, et entre patients et soignants. l'association est en articulation avec d'autres associations, l'hôpital, etc. : il s'agit de lutter contre le cloisonnement.



8 [Le site web de l'UNAFAM](#)

9 [Le CRPA est une association d'\(ex-\)usagers de la psychiatrie](#)