

**Université Lille 2**

**Université Paris 13**

**APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille**

**CCOMS, EPSM Lille Métropole**

Mémoire pour le Diplôme Inter-universitaire

« Santé mentale dans la communauté »

Année 2014

**Les budgets aidants**

*De l'empowerment des soignants à celui des usagers*

**Claude Peynaud**

**Direction docteur Jean-Luc Roelandt**

## **Plan**

<b>Remerciements</b>	p.3
<b>Conventions complémentaires de rédaction</b>	p.4
<b>Introduction – situation générale et objectifs de recherches</b>	p.5
<b>1 Historiques Constitutifs du terrain de la présente recherche</b>	
A : Singularité de l'intégration du Pôle Santé Mentale cannois dans le Centre Hospitalier de Cannes : un hôpital général avec un service de psychiatrie.	p.7
B. - Un premier réajustement sur l'historique des coûts thérapeutiques Le cadre historique fondateur des associations	p.8
<b>2. Héritages et cadre historique général sur le bassin cannois</b>	
A. - <i>Les Croix-Marines</i>	p.11
B - <i>De Grasse à Cannes, l'histoire des associations au C.H.Cannes</i>	p.12
C. - La fondation des financements de régie/sous-Régie au C.H.Cannes	p. 14
<b>3. Le nouveau cadre de financement et ses incidences « La garantie d'un juste accès juste aux soins de qualité n'est pas incompatible avec une rigueur économique »</b>	
A Le cadre réglementaire des fonctionnements de Régie et de Sous-régie – Instruction/Modifications N°06031 du 21 avril 2006	
a - <i>cadre général</i>	p.15
b. - <i>Un constat national sur les incohérences des textes</i>	p.15
c - <i>Des adaptations de confiance et de souplesse</i>	p.17
B. « <u>Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020</u> » Document OMS.	
a - Renforcer le leadership et la gouvernance...	p.21
b – Fournir des services de santé mentale ...	p.22
c – Mettre en œuvre des stratégies de promotion...	p.22
<b>4. Quelles réponses sommes-nous en droit d'attendre de la création des Conseils Locaux de Santé Mentale sur le bassin cannois ?</b>	
.A. A travers un document de l'ARS île de France	p. 23
B. Comment articuler un Pôle Santé Mentale intégré dans un Centre Hospitalier Général et la santé mentale dans la cité ?	p.25
C. Les dispositifs du Pôle Santé Mentale du C.H.Cannes	
a – Hôpital de Jour Isola du secteur 3,	p.25
b - Hôpital de Jour Les Bosquets du secteur 2	p.27
c - Les Ateliers Thérapeutiques intersectoriels/CATTP/H.J de l'intra hospitalier	p.27
<b>5. Des coûts comparatifs et estimatifs sur documents de sous-régie et des structures sectorisées et intersectorielle</b>	p.29.
<b>6. Une synthèse articulée avec les 9 recommandations du rapport Claire Compagnon, vers le texte de J.L.Roelandt (novembre 2010)</b>	p.31
<b><u>Conclusion</u></b>	p.38
<b><u>Notes de fin</u></b>	p.39
<b><u>Bibliographie</u></b>	p.42

## **Remerciements**

*Aux universités Lille, Paris, Marseille, hôpitaux, terrains de stages et centres de formations de la présente session.*

*Madame Anne-Sophie Aubert Directrice des Ressources Humaines  
Directrice Référent Pôle Santé-Mentale  
du Centre Hospitalier de Cannes*

*Et toute l'équipe de la Formation Continue du C.H.Cannes  
autour de Madame Françoise Marafetti cadre supérieur*

*Madame Christine Herdt Adjoint des Cadres, Secrétaire de Direction  
Services économiques du C.H.Cannes.*

*Monsieur Didier Blin, Directeur des Soins, et ses cadres collaborateurs*

*Madame Antoinette Ippolito Cadre de Pôle*

*Madame Fatima Raafa F/F Cadre de Proximité*

*Monsieur le Dr Bernard Leroy, Médecin-Chef de Pôle*

*Madame le Dr Elena Natrella, Médecin Responsable de Ateliers Thérapeutiques  
CATTP que je coordonne.*

*Monsieur le Docteur Jean-Luc Roelandt, Directeur du CCOMS Lille Métropole*

*Et toute l'équipe du CCOMS :*

*Madame Aude Caria Directrice Psycom,*

*Madame Pauline Guezennec chargée de mission*

*Madame Andrea Michel chargée de mission*

*Et tous les intervenants sur les sessions de Paris, Lille et Marseille  
Ainsi que les stagiaires participants aux sessions pour la qualité des  
liens et des échanges.*

*Monsieur le Dr Michel Dugnat et Madame Nicole Vial pour l'hébergement à  
Marseille.*

*Monsieur le Dr Gérard Oppenheim pour son soutien sur mes missions CCOMS.*

*Monsieur le Dr Pierre-Luc Genillier, DIM du C.H.Cannes, pour sa très aimable  
participation à cette recherche.*

*Monsieur Pierre-Jean Blazy Directeur de Préfecture chargé des Collectivités Locales  
pour sa très aimable participation à cette recherche*

*Article 22 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme :*

Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques sociaux et culturels indispensables à la dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays<sup>1</sup>

Conventions complémentaires à la rédaction de ce mémoire :

Conformément aux indications du « guide pour le mémoire » j'utilise avec parcimonie et de la façon la plus coute possible les notes de bas de page lorsqu'elles m'ont semblé servir directement la lecture de la page, écrites en chiffres arabes.

Lorsque ces notes servent la recherche ou éclairent des points de vues de telle façon que je les aient ressenties utiles, voire indispensables à l'intelligence ou aux références utilisées, voire à la logique qui conduit le mémoire, voire ouvrir des voies de recherches qui pourraient directement s'articuler sur cette réflexion, sans alourdir une rédaction déjà fournie en textes et extraits de publications , je les renvoie en « notes de fin » écrites en chiffres romains, positionnées entre la fin du texte proprement dit et la bibliographie.

Les principaux chapitres sont écrits en caractères gras dans une police différente de celle du texte et des titres des sous chapitres ou des paragraphes titrés.

Lorsque des textes de références servent en titres de paragraphes ils ont en italiques entre guillemets.

## **INTRODUCTION**

Le financement des hôpitaux français dépend du T2A du 10 juillet 2010 dont les premiers effets globaux d'application ont été prévus pour 2012, année pendant laquelle le C.H.Cannes modifie son mode de financement des activités du Pôle Santé Mentale, en gestion de Régie et Sous-Régie, pour une mise en place effective dès le 1<sup>o</sup> janvier 2013.

Toutefois le T2A prévoit (rubrique psychiatrie)

: La psychiatrie : l'extension du modèle T2A au champ de la psychiatrie est en cours d'étude<sup>ii</sup>. Des travaux sont menés afin de dresser l'ossature du futur modèle d'allocation qui devrait, comme pour les autres champs, être de type mixte (compartiment, activités, compartiment MIG, liste de produits remboursables en sus...).

Pendant cette discipline présente beaucoup de spécificités notamment en termes d'atomisation des structures, d'organisation territoriale, de poids de ses ambulatoires, de juxtaposition et de chevauchement des modes de prise en charge. De plus, les établissements sont globalement insuffisamment équipés en logiciels pour bien tracer et déclarer les différents types d'activité. Un effort tout particulier a été porté en 2007 sur la montée en charge du nouveau recueil d'activités, le résumé d'information médicale et psychiatrique (RIM-P). Il permet de disposer depuis 2009 de données plus robustes, rendant possible le lancement d'une ENC spécifique<sup>iii</sup>

Un texte de la CPH (Confédération des Praticiens des Hôpitaux – La Spécificité de la Psychiatrie Publique) reprend l'esprit de la T2A et pose des questions directement en lien avec la Haute Autorité de Santé (HAS) et la question de ses « *Bonnes Pratiques* », précisant :

Au total, la psychiatrie ne peut plus faire l'impasse de la dimension anthropologique de la folie, et prétendre éradiquer celle-ci, ce qui signifierait l'élimination de l'homme...A l'inverse, le service public de psychiatrie doit sans attendre retrouver le sens de la mesure de ses missions : les maladies mentales doivent être désormais beaucoup mieux délimitées, selon la nosographie européenne traditionnelle, et ne plus être assimilées à tous les « troubles du comportement » social. Dans ce but modeste mais essentiel, le respect absolu de la déontologie médicale est désormais un impératif : le médecin psychiatre est au service de son patient, sous le sceau du secret, et indépendant des pouvoirs financiers et répressifs. (p. 3)

Or, on le voit sur le terrain, la question financière est une réalité et on ne peut pas construire un système cohérent sans tenir compte des réalités. Ces questions financières sont des outils et des enjeux permanents, dans l'état actuel des choses, non pas gérés par les usagers mais par les professionnels toujours avides de moyens sans nécessairement de réflexion en amont sur les demandes de ces moyens. Ce même rapport de la CPH précisant sur sa conclusion :

« *La violence sociale et économique doit être reconnue et nommée comme telle aujourd'hui* ».

Face à l'ampleur de la question et à la multiplication des intervenants, je limite mon champ de réflexion et de recherche aux petits budgets que j'ai à redistribuer selon les règlements de Régie à l'Hôpital de Cannes qui doivent rencontrer les besoins en soins qui eux semblent difficile à définir, au moins dans l'état actuel des choses et de la communication interne à l'institution éclatée entre Extra Hospitalier, avec ses autonomies et modes décennaux, et Intra Hospitalier plus orthodoxe, ou pour le moins différent, sans qu'une « chaîne » de la réinsertion avec ses règles soit clairement définie en lien avec les organisations d'usagers, voire avec les usagers eux-mêmes, si tant est que cela soit possible.

En France les budgets de soins psychothérapeutiques institutionnels sont différemment organisés et appelés. Ils étaient encore récemment redistribués dans l'institution aux initiatives très libres d'associations qui, au fil des ans, ont pu perdre de vue leurs statuts fondateurs, voir les règles mêmes du fonctionnement de leurs activités dans le cadre de la Loi de 1901. L'existence de ces associations, et donc des concepts de financement de soins et des soins eux-mêmes, sont étroitement liés à l'évolution de la structure. C'est donc une double présentation de la structure elle-même et de ses modes de financement avant 2013, qu'il faut d'abord exposer pour construire le socle de cette recherche qui est l'héritage sur lequel ma réflexion se construit vers les nouvelles perspectives pouvant être dégagées à partir d'un mode de financement tout à fait nouveau, effectif en Régie et Sous-Régie depuis le 1<sup>o</sup> janvier 2013 et la toute récente dynamique de future mise en place des Conseils Locaux de Santé Mentale sur le bassin cannois.

Les avantages du passage d'une structure associative sans contrôle institutionnel clairement hiérarchisée à une structure de Régie contrôlée et organisée par des lois administratives d'Etat et indépendante de l'organigramme, ou parallèle et coopérants à cet organigramme d'établissement, font que ces budgets ne peuvent plus être employés sans un droit de regard tant administratif que citoyen, sans traçabilité, car ils entrent plus résolument dans le fondement de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme.

*« ...la satisfaction des droits économiques sociaux et culturels indispensables... »*

L'analyse des textes généraux ou de détails régularisant ou analysant les distributions de moyens financiers dans l'institution hospitalière sera un autre chapitre de cette étude.

L'organigramme lui-même, la culture hospitalière et les politiques d'établissement sont autant de dynamiques qui entrent en compte dans la rencontre des usagers. Ces structures peuvent toutefois être évolutives jusqu'à des changements de paradigmes : au moins peut-on l'envisager et avancer vers quelques propositions, surtout en matière de sectorisation.

L'évolution du service où je travaille sur ces deux dernières années, ainsi que les perspectives ébauchées plus que façonnées, par les nouvelles équipes de gouvernances entre médecins et cadres, créent en permanence des paysages de bocages et de plaines aux horizons très indécis et parfois imperceptibles ou très brumeux.

Le C.H.Cannes passe d'une gestion associative à une gestion de régie des budgets de soins en psychothérapie institutionnelle. L'analyse d'une de ces grilles des budgets utilisées par les

structures concernées sur le Pôle Santé Mentale de Cannes pendant cette première année d'inclusion des nouveaux financements, sera un outil relatif de sociologie introspective. Outil relatif car les moyens d'analyses restent rivés à des organisations qui n'existent pas ou qui ne sont que très relatives en amont, ne serait-ce que la traçabilité pour des objectifs d'évaluation en termes de résultats depuis l'état aigu de la pathologie jusqu'à sa rémission, jusqu'au retour dans la communauté.

Articuler une recherche sur le terrain de travail où je me trouve, aussi mouvant dans les dires et dans les perspectives et cependant si constant dans les faits présents et d'avenir immédiat me semble être contenu dans le contenant tout autant que dans le contenu lui-même. C'est-à-dire que ce que j'observe dans le quotidien, sur une échelle historique de prise de fonctions vers des perspectives même incertaines, confronté à des disparités très grandes d'utilisations des budgets d'un service à l'autre pour de mêmes objectifs théoriques, peut enrichir le regard sur la valeur aidante des budgets.

Le terrain de recherche c'est ainsi un bilan analytique des années écoulées, des expériences menées en lien avec cet outil supplémentaire des enquêtes CCOMS et notamment sur les Représentation de la folie dans la communauté qui est une banque de données sur les enjeux de la réinsertion et de ses stratégies. Connaître les représentations de la folie sur le terrain de recherche est un passage obligé.

Une réflexion plus élargie pourra alors peut-être s'auto-construire et aller vers l'article du Dr Jean-Luc Roelandt « *Question ouverte – De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution* »<sup>iv</sup>.

## **1. Historiques constitutifs du terrain de la présente recherche**

A : Singularité de l'intégration du Pôle Santé Mentale cannois dans le Centre Hospitalier de Cannes : un hôpital général avec un service de psychiatrie.

Le secteur de psychiatrie de l'Hôpital de Cannes était, jusqu'en 1994, géographiquement situé au Centre Hospitalier de Grasse, distant de 17 km environ. Le C.H. de Grasse est un hôpital général qui a aussi son propre service de psychiatrie.

Les deux villes de Cannes et de Grasse sont séparées par la grosse commune de Mouans-Sartoux dont la gestion en termes de soins psychiatriques relevait de la double compétence des secteurs de Cannes et de Grasse. Puis le secteur 11 est créé pour s'occuper de ces populations de Mouans-Sartoux et c'est à son tour ce service qui composera le secteur 3 de Cannes (élargi de certains quartiers cannois) qui a toujours ces populations en charge.

Le transfert de l'unité de soins psychiatrique de Cannes depuis Grasse au C.H. Pierre

Nouveau de Cannes se fait en 1994<sup>1</sup>.

Les textes administratifs valident les découpages géographiques du bassin cannois en deux secteurs avec création de cartes sanitaires en 1996.

A l'automne 2004 les deux secteurs de psychiatrie sont regroupés sous l'autorité d'un seul Département de Psychiatrie avec un seul médecin-chef. Les secteurs sont toutefois conservés mais ils dépendent désormais de l'autorité d'un seul Médecin-Chef de Département, le Dr Gérard Oppenheim.

Le Pôle Santé Mentale est créé par délibération du Conseil d'Administration du 20 avril 2005 validant le découpage en pôles d'activités, modifiée par la délibération du Conseil d'Administration du 30 avril 2009. Le Dr Gérard Oppenheim cumule alors les fonctions de Chef de Département et de Chef de Pôle. Ce qui lui donne toute la latitude pour organiser le soin en psychothérapie institutionnelle en Intra Hospitalier, en plus de celui des hôpitaux de jours. Cette nouvelle structure, dont l'organisation, le montage et les perfectionnements me furent confiés dès 2004, va très vite se situer comme un outil indispensable à des réinsertions pluri-vectorielles que nous n'aurons de cesse d'améliorer jusqu'à une collaboration en CATTP et HJ Intra Hospitalier, jusqu'au retour aux secteurs améliorés qui auraient pu mettre un frein catastrophique à cette émancipation intersectorielle pourtant originale et nécessaire.

Le 25 juin 2013 le Département de Psychiatrie est supprimé pour un retour à l'autonomie des secteurs avec des médecins chefs de secteurs, sous l'autorité d'un chef de pôle<sup>v</sup>. Toutefois, si la dynamique de construction d'une structure originale Intra Hospitalière est très largement freinée le nouveau Médecin-Chef de Pôle, le Dr Bernard Leroy, ainsi que la Direction du Pôle Santé Mentale Madame Anne-Sophie Aubert, en protègent jusque là toute l'originalité d'organisation à titre de recherche et de fonctionnement adapté aux besoins du Pôle, et des nouveaux médecins, d'une façon générale mais pas tous, prescrivent des prises en charge CATTP sur cette structure.

## B. Un premier réajustement sur l'historique des coûts thérapeutiques

en psychiatrie. Le cadre historique fondateur des associations.

La circulaire du 4 février 1958, signée Houphouët-Boigny, est éloquente dès ses premiers pages qui resituent le changement de regard porté sur les coûts de la prise en charge psychiatrique, des revenus du travail des patients dans les institutions asilaires au regard des bénéfices thérapeutiques du travail confié aux patients. Reconnaissance thérapeutique du travail reconnu dès l'ordonnance du 18 décembre 1839, repris par le règlement modèle de 1857 et enfin par celui de 1958.

---

<sup>1</sup> Pour toutes les insertions sans textes de références sur les grandes lignes historiques des rapports de la psychiatrie à l'hôpital de Cannes, les sources sont celles du secrétariat de Direction du C.H.Cannes qui a collaboré à cette recherche.



Les patients perçoivent un pécule sur le travail fourni et cette main d'œuvre bon marché participe à l'économie de l'asile.

Dès les premières années qui suivent la seconde guerre mondiale l'accroissement des assurés sociaux transforme le regard porté sur la prise en charge asilaire. Les patients ne sont plus considérés tout à fait comme des assistés sociaux par l'aide publique mais comme des « payants », soit déjà comme des « clients ». On passe d'une psychiatrie passive à une psychiatrie active avec participation du « client » au bénéfice de son travail et aux choix thérapeutiques :

Le malade doit bénéficier du produit de son travail; une partie de ce produit doit lui revenir en numéraire : la manipulation de l'argent a, en soi, dans la plupart des cas, une valeur thérapeutique, et, au surplus, constitue un contexte de sociabilité de premier ordre, complémentaire, de celui que représente l'exécution même de la tâche confiée au malade. (paragraphe 4, p.7) .

La notion même de *gestion de fait* de la Cour des Comptes a été assouplie pour permettre d'écartier des difficultés administratives qui entraveraient la progression de ces avancées, prévoit l'instruction n°131 du 20 août 1954. Le texte de la circulaire du 4 février 1958 en reprend l'esprit dans son développement présenté en introduction comme suit :

Dans un premier chapitre seront exposées les directives d'organisation générale concernant le travail des malades, qui sera désigné dorénavant sous le vocable de « *travail thérapeutique* » ; un second chapitre décrira les mécanismes administratifs et comptables qui doivent être mis en place ; enfin, dans un dernier chapitre seront données des indications générales sur les conditions dans lesquelles il est possible de recourir à l'aide d'une association déclarée de la loi de 1901 pour assurer tout ou partie des activités en cause.(p.8)

La compétence du choix thérapeutique par le travail revient au médecin<sup>vi</sup> et le texte apporte une nuance sur les appellations en « *Ateliers Médicaux* » dont la mise en route et l'organisation sont strictement de la compétence du Médecin-Chef. Ces *Ateliers Médicaux* doivent pouvoir fonctionner dans les pavillons eux-mêmes ou dans des locaux distincts<sup>vii</sup>. Le texte précise le doublement des possibilités, et en matière d'aménagement

Quel que soit le type d'organisation retenu, *dans tous les cas c'est à l'établissement qu'il appartient de pourvoir à l'aménagement des locaux nécessaires et à la mise en place du personnel moniteur* indispensable pour assurer la démonstration et l'enseignement pratique et veiller à la bonne marche des ateliers (p.10).

Le texte introduit ensuite différents travaux.

Pour les « Travaux en Régie »<sup>2</sup> : « *L'établissement doit acquérir le matériel, les matières et les fournitures de toute sorte correspondant à la nature des travaux en cause. Il s'agit de travaux dits « en régie ». »* (p.10).

Pour les « Travaux à Façon » « *Les matières premières et les matériels sont fournis par des tiers...par un entrepreneur de travaux à façon ou par une association de la loi 1901* » (p.11).

Les productions appartiennent alors à l'entreprise ou l'association loi 1901. La question de la rémunération est alors exposée.

Cet aspect de la question n'étant pas d'actualité à Cannes dans le cadre du mémoire

---

<sup>2</sup> Le CH.Cannes est passé en 2013 à une gestion de Régie des moyens des Ateliers Thérapeutiques.

que je me suis fixé, je n'expose pas ce texte, mais je ne m'interdis pas d'y revenir.

En revanche la page 13 de cette circulaire, reprenant les modalités d'imputations de budget en travaux de régie, avance vers quelque chose qui me semble très important de défendre : le traitement des outils de soins psychothérapeutiques à égalité des soins somatiques en budgétisation de l'ensemble des soins à la personne. Les soins psychothérapeutiques vont vers une égalité de statut avec ceux des pharmacies et autres examens cliniques spécialisés. Cette idée me semble être l'ouverture nécessaire à la destigmatisation des budgets alloués à la psychiatrie pour ses soins spécifiques. Cela va encore plus loin. Si on admet que l'usager doit participer à la gestion des budgets de soins, ce principe est la voie la plus directe, contrôlée par l'administrations hospitalière et fiscale, d'une juste participation de l'usager aux décisions de soins dans l'ensemble hospitalier : la psychiatrie et l'usager s'intègrent et prennent leurs places à égalité de toutes les gestions de soins budgétisées par le système de santé, contrairement au système associatif qui marginalise ce principe et s'ouvre vers tous les abus et toutes les récupérations, même en termes de pouvoirs, sur le contrôle exclusif et la gestion des budgets.

La circulaire expose alors un ensemble de mesures et de procédés pour faire entrer ces dépenses dans les cadres de gestions normalisées.

A partir de la page 21 de cette circulaire du 4 février, est exposée une disposition qui n'a plus cours à Cannes depuis la cessation d'activité (théorique) de l'association ARAE qui prévoyait un «*fond de solidarité*»<sup>3</sup>. Actuellement ce fond n'existe plus. Cette disparition intervenant<sup>viii</sup> sur un aspect progressif de désinvestissement des établissements dans le contrôle des budgets alloués (pourtant prévus au J.O. du 31 octobre 1935, page 11499 - p.24 du document ici exploré). En 1975 la loi sur l'intégration des personnes handicapées du 30 juin 1975 de Simone Veil, complète la loi de 1957 qui avait créé le concept de «*travailleur handicapé*», et donc évacue le système des fonds de solidarité en le remplaçant par trois droits fondamentaux : le droit au travail, le droit à une garantie minimum de ressources par le biais de prestations, le droit à l'intégration scolaire et sociale. Cette loi dégage de l'hôpital la prise en charge sociale du handicap et la rend à un plein exercice de droits du citoyen. L'article 1<sup>o</sup> est d'ailleurs explicite:

La prévention et le dépistage des handicaps, les soins, l'éducation, la formation et l'orientation professionnelle, l'emploi, la garantie d'un minimum de ressources, l'intégration sociale et l'accès au sport et aux loisirs du mineur et de l'adulte handicapés physiques, sensoriels ou mentaux constituent une obligation nationale. Les familles, l'Etat, les collectivités locales et les établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations, les groupements, organismes et entreprises publics et privé associent leurs interventions pour mettre en œuvre cette obligation en vue notamment d'assurer aux personnes handicapées tout l'autonomie dont elles sont capables.

En fin de cette circulaire de 1958, après tant d'ouvertures et d'avancées modernes, le texte d'Houphouët-Boigny, dans ses mesures d'assouplissement, préparait finalement le

---

<sup>3</sup> L'autre association qui gérait les fonds donnés par l'établissement, ne prévoyait pas cette disposition, ou l'avait prévue très tardivement.

terrain qui allait conduire à la disparition des associations intra hospitalières dans le cadre d'une crise économique, non prévisible bien sûr en 1958, en amenant un autre regard sur ces gestions et financements associatifs et ramenant au devant de la scène les gestions en travaux de régie (au moins à Cannes), finalement en reportant l'existence des associations loi 1901 à l'extérieur de l'hôpital avec participation plus active des usagers. Ce mouvement centripète et centrifuge tout à fait étonnant des dynamiques paradoxales est une précieuse entrée en matière pour lancer une nouvelle réflexion positive et constructive autour de la prise en main par l'institution des budgets réduits et contrôlés alloués à la psychothérapie institutionnelle à Cannes depuis le 1<sup>o</sup> janvier 2013. Quelle coopération alors avec les associations de ville ?

## 2 – Héritages et cadres historiques sur le bassin cannois.

### *Les Croix-Marine* (Alice Delaunay p.9).

Les associations sont donc ouvertes aux malades (Clément Bonnet, 2002, Marie Odile Supligeau, 2007, p.54 à 63)

A Grasse une association gérait une cafétéria<sup>4</sup> sous l'égide de la Société d'Hygiène Mentale du Sud-Est qui est une des deux branches originelles à la naissance des Croix Marine. La plus ancienne est celle de la Société d'Hygiène Mentale du sud Est créée à Clermont Ferrand en 1947 et la seconde « *Fédération des Sociétés des Croix Marines* » est déclarée le 17 novembre 1952 à la Préfecture du Puy de Dôme. C'est en 1968 que la Société d'Hygiène Mentale du Centre s'ouvre à d'autres associations n'appartenant pas aux Croix-Marines et à d'autres régions de France (François Tétard, 2002)

Le cadre historique fondateur des associations, de la création de ces associations est éloquent quand au rôle qu'elles ont joué dans le financement des supports de réinsertion (Croix Marine - 1997).<sup>ix</sup>

Les associations Croix Marine avaient au départ une mission de terrain. C'était le support juridique indispensable des Comités Hospitaliers composés de personnes de la société civile de personnels hospitaliers. Ces comités fournissaient une aide aux malades mentaux sortant de l'hôpital. Aide matérielle, aide pour trouver un logement, un travail etc...[...]

La circulaire du 13 octobre 1937 créé les dispensaires d'hygiène mentale et proposent aux médecins hospitaliers d'y travailler.

50 ans avant la loi sur le secteur, le mouvement associatif préconise une véritable politique de prophylaxie mentale où le dispensaire joue un rôle central et non l'hôpital. Comme le disent Piel et Roelandt dans leur rapport de 2001 : peut-être qu'en 1985 on aurait pu faire autre chose » (p.4)

En continuant l'analyse du document « Croix Marine 50 » on lit encore au sujet de la structure associative des Croix Marines sur une définition de la sociothérapie par Jean Blandin:

Une thérapie sociale véritable réadaptation à la vie et rééducation pour la vie. Il s'agit de l'utilisation dans le cadre même de l'organisme de cure de toutes activités pouvant

---

<sup>4</sup> . La mémoire collective a perdu le nom de cette association.

avoir, pour le malade, une valeur resocialisante.(p.11)

Articulé dans le même souffle avec une citation de Jean-Pierre Vignat :

Celui-ci, qui compte tenu de l'introduction de la question de l'argent qu'il implique, ne peut se déployer dans le cadre administratif hospitalier ; le cadre associatif offre la souplesse nécessaire. La construction de l'association, cadre et gestionnaire des activités socio-thérapeutiques à partir de l'architecture des statuts, permet d'organiser et de garantir la participation réelle des malades, les instances dirigeants ont une autorité morale et une autorité de contrôle de gestion »(p.11)

Statuts qui furent adoptés à la 4<sup>o</sup> assemblée Fédérale.

Par l'article 93 de la Loi du 4 mars 2002<sup>x</sup> les droits des malades sont clairement énoncés et les associations sont donc ouvertes aux malades. Ce texte a une antériorité avec la circulaire du 4 février 1958 signée d'Houphouët-Boigny.

Toutefois, c'est depuis la création de la Sécurité Sociale par la Loi fondatrice du 19 octobre 1945, qui avait déjà institué une gestion en partenariat des syndicats ouvriers et patronaux, que les usagers vont se trouver mis en position de gestion des dépenses de santé. D'où une succession de créations d'associations qui auront des répercussions en terme de créations d'associations d'établissement de gestion des frais de soins psycho et socio thérapeutiques, vers un élargissement croissant d'une contribution des usagers et des familles d'usagers aux dépenses de soins en santé mentale.

Par l'article 93 de la Loi du 4 mars 2002 sont introduits les droits des malades. Les associations sont donc ouvertes aux malades. L'origine de cette loi trouvant des racines dans la longue histoire de la conquête des droits des usagers depuis la circulaire du 4 février 1958.

B. De Grasse à Cannes, l'histoire des associations au C.H.Cannes.

A Grasse avant 1994, une association gérait une cafétéria sous l'égide de la Société Mentale du Sud-Est.

A Grasse, avant 1994, dans le service du Dr Bernardy une infirmière IDE nouvellement diplômée, Madame Sylviane Métra, contre l'avis du médecin-chef, aménageait avec des moyens de fortune une petite salle pour y faire des activités de modelage et de dessin avec deux ou trois patients difficiles. C'était la première structure embryonnaire qui amenait sur le secteur de Cannes une activité de soins en art thérapie. Cette portion cule a par la suite donné naissance aux ateliers thérapeutiques de l'intra hospitalier avant même que les secteurs construisent leurs hôpitaux de jour et avant même qu'ils construisent chacun quelques ateliers thérapeutiques en intra hospitalier dans chacun une seule salle, suite à leur installation dans les murs de l'hôpital général de Cannes en 1994. Cette toute première structure en art thérapie de Madame Métra était financée par la *cafétéria*.

Fin 1992 au s.2, sous la direction du Docteur Gérard Oppenheim, l'association ARAE est constituée (Association Réhabilitation Alternative Essor). Ses statuts seront modifiés en 1997. Elle fut financée sur budget de l'hôpital en relais de la Société d'Hygiène Mentale du Sud-Est. Dans ses statuts modifiés de 1997, on lit :

L'association ARAE adhère à la Fédération Nationale des Associations Croix Marine d'Aide à la Santé Mentale, avec les obligations et les prérogatives attachées à la qualité de membre de la dite Fédération, conformément aux dispositions prévues par les statuts qui régissent celle-ci.

Elle peut établir des relations avec des partenaires des différents domaines sanitaires et sociaux par le biais de contrats et de conventions, et d'associations d'objectifs (P.2)

C'est donc à partir de ce lien central, de l'ossature offerte par *Les Croix Marines* que de véritables associations de financement de prises en charge en soins psychothérapeutiques arrivent dans les services de Psychiatrie de l'Hôpital de Cannes et s'y maintiennent par delà la modification des statuts d'ARAE en 1997. Les présidentes historiques de cette association sont deux assistantes sociales du service de Psychiatrie Adulte, Mesdames Nadine Blondel et Madame Marie-Joëlle Vial.

Pour le s.3 c'est l'association SOURIRE qui sera la première association récipiendaire des budgets de l'hôpital. Association qui sera dissoute – pour des raisons qui ne furent jamais précisées - pour la création le 29 septembre 1998 de l'association EPSYLIADE, enregistrée à la sous-préfecture de Grasse le 14 janvier 1999. Cette association est subventionnée jusqu'en 2010, année de modification nationale des statuts des associations.

L'association ARAE perçoit sa dernière subvention de 9147 € le 6 janvier 2012 pour l'année 2011<sup>5</sup>. Elle se dissout courant juillet et août 2014 alors qu'Epsyliade reste en sommeil.

Une association « 3 Chemins » gère des appartements associatifs qui offrent un hébergement jusqu'à 18 mois. Cette association qui a passé une convention avec l'hôpital de Cannes (La Palme juillet 2014) permet aux patients de « *construire leur autonomie par un accompagnement individuel et collectif. L'orientation est faite par les travailleurs sociaux via le Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO)* » (p.8)

D'une façon générale les deux associations ARAE et EPSYLIADE contrôlées majoritairement par les hôpitaux de jour finançaient de moitié les ateliers thérapeutiques de l'intra hospitalier sans que le coordinateur (responsable de l'intra) n'appartienne à aucun bureau ni à aucun conseil d'administration, ni même les dernières années qu'il soit adhérent à une seule de ces associations<sup>6</sup>. Les budgets dépensés en Ateliers Thérapeutiques/CATTP/Hôpital de Jour représentaient le dixième des budgets alloués chaque année à chaque association par la Direction du C.H.Cannes. La dernière année ces budgets pour l'Intra furent réduits à 730 € pour toute l'année. Ces écarts de moyens entre l'Intra

---

<sup>5</sup> Ces chiffres et documents sont ceux fournis d'une part par la sous-préfecture de Grasse et d'autre part par les Services Economiques du C.H.Cannes - (février 2014).

<sup>6</sup> C'était le résultat à la fois d'une exclusion des associations et un choix de ma part déclaré aux différents médecins-chefs.

Hospitalier et l'Extra, sans aucune raison tangible, tracée ou transparente, contraignirent l'Intra Hospitalier à trouver des outils thérapeutiques peu utilisateurs de budgets une fois les investissements de base opérés. Encore que bon nombre d'équipements furent essentiellement obtenus par une politique de dons privés que je développais car largement encouragée par les différents Médecins-Chefs qui occupèrent la fonction de Chef de Pôle ou de Chef de Département. Ainsi, quatre salles d'ateliers, plus une dans une salle de service en service de soins intensifs, furent abondamment pourvues, plus des bibliothèques (actuellement 2 en tant que bibliothèques des patient et professionnelle avec une fonction polyvalente d'accueil des familles, des usagers et des associations, et quatre en accès libre pour les quatre principaux services de l'intra hospitalier), plus une pinacothèque de près de soixante-dix œuvres originales fut constituée en propre au Pôle Santé Mentale. C'était en fait une originalité de la chefferie du Dr Gérard Oppenheim qui m'avait demandé d'installer autre chose que des posters en décoration et si possible des œuvres originales dans les nouveaux locaux tout neufs de la psychiatrie au sein du C.H.Cannes reconstruit sur le site. En sollicitant l'Association des Beaux Arts de Cannes, en plus de collectionneurs d'artistes indépendants, ce fut la première contribution directe d'une association de ville au Pôle mentale. Cette dimension faisait entrer la culture dans l'hôpital avec une implication psychothérapeutique puisque les productions d'artistes n'étaient pas confondues avec les productions de soins, quand bien mêmes des usagers ou d'anciens usagers auraient été donateurs d'œuvres depuis cette association cannoise, et ce dans le but de ne pas introduire de confusionnel dans les pratiques psychothérapeutiques de soins institutionnels au regard de productions artistiques issues d'enseignements de métiers <sup>7</sup>.

#### C. La fondation des financements de régie/sous-régie au C.H.Cannes

Dans des perspectives d'assainissement, en accord aussi avec le T2A, et pour mettre fin à une série de conflits, la direction du C.H.Cannes optait pour un retrait des subventions aux associations et un financement des budgets de psychothérapie institutionnelle par un texte fondateur d'une Sous-Régie sur laquelle je fus nommé, sur présentation en plusieurs réunions de Département, d'un plan de transparence de financement et matrices informatisées permettant les opérations comptables en liens directs avec les autorités de tutelle qu'elles soient du Trésor Public ou de la Direction du C.H.Cannes <sup>xi</sup> avec précision sur l'utilisation des ces budgets (19 décembre 2012)

*«La sous-régie paie les dépenses relatives à l'achat de petites fournitures pour le fonctionnement des ateliers thérapeutiques et les frais relatifs aux sortie thérapeutiques »(p.1)*

Dès lors, le texte fondateur fixe l'utilisation de budgets en termes thérapeutiques précis mais ouvre aussi une capacité d'utilisation en sorties thérapeutiques qui pourrait être comprise comme des **sorties de réinsertions**. Voici en quelques sortes les espaces dans lesquels ces nouveaux budgets peuvent être utilisés.

---

<sup>7</sup> . Suite aux cotes importantes atteintes en salles des ventes par au moins un des artistes donateurs de 7 de ces pièces, toutes ces oeuvres ont été récemment enregistrées au patrimoine du C.H.Cannes.

### 3 Le nouveau cadre de fonctionnement et ses incidences « *La garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas incompatible avec une rigueur économique* » (Couty, Scotton, p.8 – CNE n°101, 26 juin 2008 ).

A. Le cadre réglementaire des fonctionnements de Régie et de Sous-Régie – Instruction/Modification N°06031 du 21 avril 2006.

#### a - *Cadre général*

D'une façon générale la loi donne prévalence au Comptable du Trésor, devant le Directeur d'établissement, du choix et désignation pour nomination des régisseurs et sous-régisseurs. Un cheminement inverse pourrait être amené devant le tribunal administratif pour nullité de la nomination.

Cette disposition situe dès lors le sous-régisseur de distribution dans un service de soins, dans une hiérarchie directe avec l'administration financière quand-bien même, comme c'est mon cas, ma hiérarchie première serait celle du service infirmier.

Ce qui fait que le sous-régisseur est indépendant de la Direction des Soins, de la Direction du Pôle et de la hiérarchie médicale jusqu'à son chef de Pôle.

Tant qu'il reste dans ce cadre législatif le Sous-Régisseur a donc la latitude d'organiser, voire de contrôler les dépenses sur budgets d'Etat, voire de pratiquer lui-même les achats et de les sélectionner.

Le sous-régisseur est responsable de l'utilisation des budgets vis-à-vis du Comptable, du Directeur d'Etablissement et du Régisseur. Mais, selon les rédactions des nominations, le sous-régisseur (comme c'est mon cas) n'est pas pécuniairement responsable : c'est le régisseur. A ce titre le sous-régisseur ne peut pas contracter d'assurance sur sa mission.

Le sous-régisseur ne peut pas, de sa propre initiative, engager la responsabilité du régisseur et en premier chef sa responsabilité pécuniaire.

A ce niveau des règles du fonctionnement administratif **l'utilisateur** n'apparaît pas.

#### b - *Un constat national sur les incohérences des textes*

Les textes disponibles ne s'articulent pas les uns aux autres puisque le rapport Couty fait état d'acquis qui sont loin d'être aussi radicaux que leur esprit voudrait le laisser entendre, si on aborde les textes de financements des établissements publics qui ne sont toutefois pas spécifiques aux établissements de santé mais généralisés à l'administration.

Si nous devons en rester aux établissements de santé, selon certains rapports, les textes pourraient aller plus ou moins dans le même sens. En effet dans ce rapport on peut lire :

La participation des usagers à la décision des établissements de santé est un acquis législatif et réglementaire, depuis les ordonnances de 1996 et la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé de 2002, complétée par la loi de santé publique de 2004 et la loi dite « HPST » de 2009. Le regard porté par les usagers est un moteur puissant pour une évolution de notre système de santé. (p.25)

Mais le rapport de la Cour des Comptes (février 2014) est loin de conclure aux mêmes cohérences et devient alors un outil de réflexion sur ces anachronismes de textes et de lois qui régissent le secteur public et en particulier le secteur hospitalier.

L'enquête de la Cour des comptes sur la fiscalité liée au handicap, s'inscrit dans un ensemble de travaux consacrés par la juridiction aux dépenses fiscales, plus particulièrement dans le domaine social. La partie de la fiscalité liée au handicap se distingue, toutefois, par le nombre particulièrement élevé des mesures concernées, leur accumulation historique non maîtrisée, leur grande hétérogénéité et la difficulté à les relier aux objectifs de la politique en faveur du handicap, telle qu'elle a été définie par la loi du 11 février 2005 (p.292).

Le rapporteur spécial de la commission des finances de l'Assemblée nationale pour la mission Solidarité, insertion et égalité des chances a ainsi écrit, à l'occasion de l'examen du projet de loi de finances 2013 :

(...) les dépenses fiscales, malgré le rôle majeur qu'elles jouent dans les politiques publiques des différents programmes, ne sont guère prises en compte par le ministère, qui indique que « *les dépenses fiscales ne sont pas à ce jour corrélées au processus de budgétisation des dépenses des programmes* » (p.319)

C'est avec cet objectif qu'a été mis en place, en avril 2010, le comité d'évaluation sur les dépenses fiscales et les niches sociales [...].

L'appréciation générale ainsi portée sur les mesures intéressant les personnes handicapées est en conséquence globalement médiocre [...]. Dans une lettre du 1<sup>o</sup> octobre 2012, le ministre chargé du budget a demandé aux ministres de « proposer des mesures d'économie, notamment des dépenses fiscales évaluées comme ne remplissant pas leur objectif. Cette intervention n'a pas empêché la reconduction des dépenses fiscales relatives au handicap [...].

La loi de programmation des finances publiques de 2012-2017 a reconduit le processus d'évaluation des dépenses fiscales et niches sociales, qui devront être évaluées par cinquième chaque année. Selon la direction du budget, ces évaluations devront être conduites par les responsables de programme. La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a indiqué qu'aucune mesure n'avait encore été prise pour mettre en place un tel dispositif, pour ce qui relève du handicap. Plus globalement, à l'exception du pilotage de l'allocation des personnes handicapées, n'a pas non plus été inscrite au programme de la modernisation de l'action publique. (p. 320).



Dans sa conclusion l'insertion

« *De nombreuses mesures fiscales ne sont pas recensées, alors qu'elles peuvent avoir un impact significatif pour les contribuables concernés.* » (p.321).

La réponse à ce rapport de La Ministre des Affaires Sociales et de la Santé se termine ainsi :

...L'année 2014, en lien avec le chantier de remise à plat de la fiscalité souhaité par le gouvernement, pourra être l'occasion de repenser une meilleure articulation, que ce soit en termes de fiscalités ou en termes juridiques, entre les dispositifs d'exonérations fiscales et sociale et les politiques d'action sociale auxquelles ils sont rattachés.

L'enquête de la Cour des comptes sur la fiscalité liée au handicap, s'inscrit dans un ensemble de travaux consacrés par la juridiction aux dépenses fiscales, plus particulièrement dans le domaine social. La partie de la fiscalité liée au handicap se distingue, toutefois, par le nombre particulièrement élevé des mesures concernées, leur accumulation historique non maîtrisée, leur grande hétérogénéité et la difficulté à les relier aux objectifs de la politique en faveur du handicap, telle qu'elle a été définie par la loi du 11 février 2005 (p.292).

Des observations comme celle-ci reprennent les thèmes du TR2

« *Or les objectifs de dépenses fiscales [...] sont restés imprécis et peu explicites au regard de la politique publique dans laquelle ils s'inscrivent.* » (p.297)

#### *c - Des adaptations de confiance et de souplesse*

Nous entrons progressivement dans le cœur de ce sujet et sur le terrain de cette confusion de politique de santé, de réinsertion et de stigmatisation, de ces amalgames, qui ont une répercussion sur les sites hospitaliers et que seule l'Instruction/Modification N°06031 du 21 avril 2006, arrive partiellement à canaliser. Mais sans donner aucune satisfaction aux nouvelles réflexions indépendantes des associations sur la participation des usagers aux financements de soins.

De son côté le *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015* prévoit dès ses premières pages les obstacles qui se dressent face à une logique linéaire des soins entre décisions professionnelles et choix des usagers, essentiellement en milieu hospitalier, lieu du traitement de la crise :

Les maladies mentales ont la particularité d'altérer parfois les capacités de la personne à repérer ses propres troubles et à demander de l'aide. L'enjeu consiste donc à organiser une réponse en présence d'une « non-demande », ce qui impose une collaboration très étroite entre les professionnels qui entrent en contact avec la personne concernée, ainsi qu'entre les professionnels et les aidants.

Certaines maladies mentales altèrent aussi par moment la capacité de la personne à

consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui lui sont proposés. C'est la raison pour laquelle l'organisation des soins et de l'accompagnement doit intégrer cette spécificité, à savoir que ceux-ci doivent être parfois dispensés à la demande des tiers et/ou dans un cadre non consenti, et donc nécessairement très contrôlé au plan des libertés publique. L'organisation sanitaire doit permettre la plus grande cohérence et la meilleure fluidité possible entre des dispositifs de soins consentis, et des dispositifs contraints, de façon que ces derniers ne soient utilisés que lorsqu'ils sont strictement nécessaires. (p.6).

Nous nous trouvons alors face à un système centrifuge de « chien que se mord la queue » sans aborder le côté « centripète » que j'ai évoqué plus haut en conclusion de la présentation du texte de 1958. (p. 10 du présent mémoire).

Comment fixe-t-on dès lors la part de l'empowerment de l'usager au regard de celui des soignants si d'un côté on doit rendre à l'usager sa part dans la construction active de son soin et si d'autre part on se trouve face à des situations où cet empowerment devient un concept contraire à celui de la prise de charge en termes de soins gérés par l'institution face à des usagers qui n'ont pas conscience de la gravité de leur état de santé et dont il faut toutefois prévoir en démocratie sanitaire l'accès au soin ?

Le système associatif intra hospitalier a fixé ses limites : son assujettissement à des lois administratives incontournables sous peine de fautes pouvant être graves et juridiquement répréhensibles et toucher même les autorités décisionnelles d'établissements. Ce système a démontré ses incohérences qui ont refait glisser les concepts vers l'empowerment des professionnels du soin. Le cas de la gestion en régie est un autre cadre qui ne peut que durcir ces récupérations par les soignants en termes de « pouvoir », voire qui donne à la direction des établissements toute latitude pour limiter les distributions de budgets en cas de crise ou selon les positions des cadres de directions. Mais c'est aussi la seule garantie pour l'Etat d'avoir des fonds contrôlés, dès leur distribution jusqu'à leurs emplois, par le ministère public pour peu que les personnels en poste soient parties convaincues et coopérantes dans cette vigilance. Cet aspect d'endiguement des dérives m'a intéressé face à une utilisation adaptée et pouvant couvrir des besoins non pas dans le phantasme des besoins mais vers une démarche de réalité dans la communauté car tout budget utilisé à des fins dont la réflexion thérapeutique en terme de retour à la vie dans la collectivité et de destigmatisation n'est qu'un agencement de belles paroles plus ou moins bien écrites peut paraître un gaspillage d'argent public tout autant qu'une récupération économique de la santé mentale<sup>xii</sup>, en tout cas ce sont là des points négatifs ou « *très discutables* ».

Qui plus est un système de Régie/Sous-Régie fait entrer la prise en charge de la pathologie mentale en psychothérapie institutionnelle au rang des dépenses d'établissement au même titre que les dépenses de pharmacie ou de toute autre prise en charge du soin somatique directement budgétisé par l'hôpital, ce qui est une avancée considérable surtout dans un hôpital général. Ensuite, aux professionnels de santé de respecter ces outils et à faire entrer ou à maintenir les productions des usagers en ateliers thérapeutiques dans un cadre de productions à insérer dans le dossier médical avec le sceau du secret médical, et non pas à des

fins dérivées ornementales ou autres quand bien même il y aurait un droit de propriété artistique ou culturelle sur ces productions. On ne décore pas les services généraux avec les feuilles de températures ou les placentas de la maternité pas plus qu'avec les pansements de la chirurgie. Pourtant, dans une dynamique argumentée en termes d'art contemporain Nouveaux Réalismes, Néo-Dadaïsmes ou autres, de telles pratiques pourraient facilement trouver des justificatifs culturels et artistiques. La confusion des champs d'activités est donc un risque permanent, un risque confusionnel omniprésent. Donc ce qui semble stigmatiser le soin en institution le libère en fait des confusions pathogènes lorsque les mêmes outils sont utilisés dans des associations de ville ou de réinsertion à la rencontre des pratiques de métiers : on prend ses distances, on se rétablit, on s'éloigne des stigmates de la pathologie, on destigmatise, on entre dans le collectif social avec son originalité et le social reconnaît à son tour l'originalité de l'autre, usager, ancien usager ou « normal ». Une certaine distance peut-être prise avec les outils communément utilisés en psychothérapie institutionnelle car la réflexion est dès lors intégrée à l'institution par l'intégration directe des budgets et de leurs contrôles en termes d'efficacité de soins, d'opportunité des dépenses, et les outils eux-mêmes intégrés peuvent évoluer plus radicalement. Pour reprendre la citation de Couty et Scotton (2008, p.15 du présent mémoire) : « *La garantie d'un accès juste aux soins de qualité n'est pas incompatible avec une rigueur économique* », j'ajouterais « *la rigueur économique est même un précieux outil de réflexion* » et l'histoire en témoigne souvent lorsque les idéologies du paupérisme sont génératrices de richesses spirituelles et de réflexion, et de richesses tout court, comme l'ont développé d'éminents historiens des ordres mendiants tel que Jacques Le Goff (1924-2014).

En revenant aux cadres budgétaires de Régie, le cadre Loi des organisations de régie/sous-régie portent obligation au sous-régisseur d'effectuer lui-même les achats, voire de les arbitrer. Une telle rupture au système associatif, hyper libéral par lequel chacun pouvait, en ayant le contrôle des associations, faire ce que bon lui semblait pourvu qu'il soit soignant, y compris avec les productions des usagers, aurait entraîné une crise grave avec des répercussions sur les usagers. D'ailleurs de violentes réactions ne manquèrent pas, qui m'attaquèrent même personnellement et y faire face fut pour moi un nouvel outil de réflexion très intéressant, très formateur et générateur de nouvelles motivations pour suivre cette formation CCOMS et proposer ce thème de mémoire pour précisément fixer sur un production de texte encadré, ces paradigmes paradoxaux d'effets inattendus des rigueurs au service de la qualité de la réflexion sur l'utilisation des budgets de soins et des stratégies de soins en conséquences .

Pour assouplir la mesure il fut décidé en réunion de mutation des modes de financement, de désigner des délégués sur chaque structure de telle façon que les demandes de budgets et de moyens soient toujours laissées à l'initiative des équipes de soins. Ce système impliquait une procédure des demandes qui devait être signée par le délégué demandeur, par le médecin de la structure et enfin par le médecin-chef de pôle. Pour les sorties les demandes devaient être en plus vues et validées par la cadre de pôle et par la Direction du Pôle Santé Mentale. Bien évidemment la responsabilité participative des usagers dans ce système était laissée à la discrétion des équipes qui généraient les demandes en amont. Mais d'une façon traçable et quantifiable la participation des usagers n'apparaît toujours pas. C'est de façon centrifuge

qu'elle apparaît car la rigidité du système produit ses rigueurs centripètes à son propre système. Pour échapper à ces forces centripètes les équipes – encore fixées sur des archaïsmes de sorties thérapeutiques ou de génie de l'artiste fou – sont amenées à solliciter plus fréquemment la participation des usagers et les équipes elles-mêmes sont poussées à revoir tant la fréquence que les budgets de ces sorties dites thérapeutiques, voire à en réviser l'effet thérapeutique. Tout le monde s'éloigne progressivement d'un système d'assistantat de compassion et de sensiblerie stigmatisé sur le paupérisme de la condition des usagers. Les idéologies y perdent de leurs ancrages mais l'utilisateur y gagne et les équipes de soin aussi en qualité de réflexion sur le soin utile à la réinsertion dans la communauté.

### Un ajustement

Les répartitions mensuelles sont à titre indicatif pour les demandes de moyens en bons d'achat. Pour l'argent liquide la dotation est fixe chaque mois et ne peut pas être dépassée.

Hôpital de Jour/CATTP ISOLA – S.3.	Hôpital de jour/CATTP Les Bosquets – S2	CATTP/Intra hospitalier CMP s.2 et s.3, services intra hospitalier s.2, s.3, CAUP, UISI, Précarité, Addictions
4500 €l'an	4500 €l'an	4500 €l'an
Répartition mensuelle 250 €en bons d'achat 125 €en argent liquide	Répartition mensuelle 250€en bons d'achat 125€en argent liquide	Répartition mensuelle 225 €en bons d'achat 150 €en argent liquide

Si une dotation en bons d'achat est dépassée sur un mois, l'excédent est répercuté sur le mois suivant et inversement si les budgets utilisés sont en dessous de la dotation. Toutefois si l'argent liquide prévu sur un mois n'est pas tout dépensé il est répercuté le mois suivant en solde sur les bons d'achat. Le dépassement en dotation en argent liquide est impossible d'un mois sur l'autre pour des questions de rigueur comptable. En fin d'année aucune structure ne peut dépasser les 4500 € annuels alloués. Ce système contraint chaque structure à une nouvelle réflexion sur les dépenses de soins en psychothérapie institutionnelle ; les hôpitaux de jours conservant un très net avantage de budgétisation. L'intra hospitalier ne pratique pas les sorties thérapeutiques. Dans cet espace de réflexion en équipes de terrain, l'utilisateur pourrait trouver sa place mais cela ne peut dépendre que de la culture hospitalière appliquée.

Les usagers ne sont pas impliqués dans cette gestion.

Si on reprend la synthèse de l'étude CCOMS sur les représentations de la folie dans la communauté le cadre des faisabilités est donné : il dépend de la perception des populations dans la prise en charge sanitaire de la communauté et ceci passe par des mots clés qui sont « *fou* », « *malade mental* » et « *dépressif* » avec des appréciations en termes de « *normalité* » et de « *dangerosité* » (Angius, Roelandt, Caria, 2001).

« Les trois termes choisis dans les questionnaires [...]. correspond bien dans l'opinion, à la fois à une échelle de gravité et à un gradient d'intégration de ces personnes dans la société civile » (p.2).

Nous sommes bien face au problème de la reconnaissance citoyenne des usagers et de leur stigmatisation sociale en termes de discrimination pour des maladies ressenties comme « incurables », et encore quand le terme de « maladie » est employé en substitution de la « folie »<sup>xiii</sup>. Cette exclusion est très importante car 80% des personnes interrogées pensent que le « fou » est exclu de la société ou du monde du travail avec association à la violence. D'où l'équation : fou = enfermement=irresponsable=absence de souffrance, mais un fou peut aussi, une fois « traité », être réadmis dans son milieu familial.

Nécessairement ceci a une répercussion sur la culture des soignants en institution et surtout en termes de responsabilités administratives dont les personnels hospitaliers sont investis.

B . « Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 » - Document OMS

« L'empowerment veut dire prendre le pouvoir, pas l'apprendre »<sup>8</sup>

Le plan d'action globale pour la santé mentale énonce au chapitre 2 de son introduction contextuelle :

Le présent plan d'action global a été élaboré en consultation avec les Etats Membres, la société civile et les partenaires internationaux. Il suit une approche *globale et* multisectorielle, moyennant une coordination des services entre le secteur de la santé et le secteur social, et met l'accent sur la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation, les soins et la guérison. Ce plan définit aussi des lignes d'action claires pour les états membres, le Secrétariat et les partenaires aux niveaux international, régional et national et propose des indicateurs clés et des cibles qui pourront être utilisées pour évaluer les niveaux de mise en œuvre, les progrès et l'impact. Le plan d'action repose sur le principe universellement accepté qu'il n'y a « pas de santé sans santé mentale » (p. )

L'accent est mis sur les conséquences sociales de la maladie mentale en termes responsables de pauvreté, de perte de logement, de prédisposition à l'incarcération abusive, à la vulnérabilité et à la marginalisation (p.8 §.13). Le texte prévoit ensuite quatre objectifs :

*1 - Renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale, avec un paragraphe consacré aux financements:*

La planification, l'organisation et le financement des systèmes de santé sont une entreprise complexe à laquelle doivent participer de multiples parties prenantes et

---

<sup>8</sup> 4° Rencontres Internationales du CCOMS (Lille, 30 et 31 janvier 2014)

différents niveaux de l'exécutif. En tant que « gardiens ultimes » de la santé mentale de la population, c'est aux pouvoirs publics qu'il incombe au premier chef de mettre en place des structures institutionnelles, juridiques et financières et des services adéquats pour répondre aux besoins et promouvoir la santé mentale de l'ensemble de la population.

La gouvernance ne concerne pas seulement le gouvernement lui-même, mais aussi ses liens avec les organisations non gouvernementales et la société civile. (§.28 et 29, p.12)

Les cibles mondiales se réfèrent aux Droits de l'Homme.

Le texte prévoit un cadre de prévention des ressources en réclamant un budget

*« qui soit à la mesure des besoins recensés en matière de ressources humaines et autres... » (§.36).*

Et incite à l'inclusion dans le dispositif les personnes atteintes de troubles mentaux en leur faisant prendre un part active dans les rôles qu'elles auront à jouer dans les mises en place des dispositifs (§.37 et 38 p.13) tout en faisant bénéficier à ces personnes d'un statut de fragilité et d'éventuelle précarité spécifique (§ 43 et 44 p.14). Ces mesures s'accompagnant de dispositions favorisant le renforcement d'organisations représentatives de personnes souffrant de troubles mentaux incluant les familles et leurs aidants (§.47. P.14)

*2 - fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire.*

*« l'OMS recommande la création de services complets de santé mentale et de handicaps psychosociaux » (§.48 p.14).*

Ainsi la politique d'écoute des patients et de réponse à leurs aspirations se trouve renforcée, y compris en termes de choix thérapeutiques ce qui signifie qu'il faut effectivement repenser le dispositif de soins en vigueur, ou l'améliorer, le diversifier ainsi que les structures et les acteurs du soin, les services accompagnants dans la recherche d'emploi et de logement, l'implication des familles entraînant de nouvelles formations aux connaissances du soin en santé mentale.(§.50et suivants p.15) avec en cible mondiale une augmentation de 20% des services de prise en charge des troubles mentaux (p.16).

*3- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.*

Réorganiser les services et augmenter la couverture

Abandonner systématiquement la politique de prise en charge dans les hôpitaux psychiatriques de long séjour au profit des structures de soins non spécialisées [...] hospitalisation de courte durée et soins ambulatoires dispensés dans les hôpitaux

généraux, soins de santé primaire, centres de santé mentale assurant une prise en charge complète, centres de jour, soutien aux personnes souffrant de troubles mentaux qui vivent au sein de leur famille, et aides au logement .(p.16)

Ces textes, à force de précisions, peuvent entraîner des contradictions : d'un côté on veut un renforcement de la formation à la prise en charge de la santé mentale et d'un autre on veut soigner dans des structures non spécialisées. Sur le terrain nous vivons ces contradictions avec la carence en formation en soins psychiatriques des infirmiers IDE. Ces textes ne sont donc pas exempts de critiques et de réserves et on entrevoit encore les critiques sur les incohérences des textes d'Etat, présentés plus haut.

A la page 17 .66 on arrive toutefois à une rédaction claire

*« Utiliser les fonds directement destinés à la prestation de service pour dispenser des soins de santé mentale en milieu communautaire plutôt qu'en institution »*

Rejoignant la remarque de Jean-Luc Roelandt *« partir de l'administratif pour aller vers le communautaire »* qui est reprise par Mathieu Bellahsen dans son ouvrage déjà cité sur la santé mentale (Bellahsen, 2014)

On peut encore saisir des textes clés qui vont nous permettre de mieux nous situer dans le cadre de la création des Conseils Locaux de Santé Mentale :

*« Les moyens de participer aux actions de sensibilisation, aux politiques, à la planification, à la législation, à la prestation des services, à la surveillance, à la recherche et à l'évaluation dans le domaine de la santé mentale »* (p.10 et 11).

La société civile est donc impliquée.

## **4 Qu'elles réponses pouvons-nous attendre de la création des Conseils Locaux de Santé Mentale sur le bassin cannois?**

*« L'utilisateur c'est donc toute personne qui peut se sentir concernée, à un moment ou l'autre de sa vie, par un problème de santé mentale »* (Piel, Roelandt, 2001)

### **A. A travers un document de l'ARS Île de France**

Il n'y a pas « une » définition du CLSM mais une convergence de définitions qui résulte d'une absence de dispositif législatif réglementaire confronté à une tentative de définition d'un espace de concertation dont la dynamique est lancée par plusieurs circulaires, rapports, et plans nationaux.

Je donne deux définitions trouvées dans deux textes différents :

(document disponible sur le net).

Plate forme de concertation et de coordination qui rassemble, sur un territoire de proximité, tous les acteurs concernés par les problématiques de santé mentale – Pour une prise en compte transversale de la santé mentale à un niveau local.

(ARS Île de France)

Les CLSM permettent le décloisonnement des pratiques et des acteurs. Ils sont le lieu de convergence et de débats pour la mise en œuvre de politiques locales de santé mentale et l'application des politiques nationales. Ils s'adressent à la population des zones concernées, représentées par les élus, les habitants des quartiers, les associations d'usagers en santé somatique et psychique, les aidants, ainsi que tous les professionnels concernés (p.1)

Toujours en continuant l'exploration du document de l'ARS Île de France on trouve le texte

De part le caractère contractuel et partenarial des CLSM et conformément à la stratégie territoriale de l'ARS, les CLSM s'inscrivent dans le cadre des Contrats Locaux de Santé dont ils constituent un élément structurant du volet santé mentale.

A ce titre, sauf exception, l'ARS ne financera des CLSM que si leur action s'intègre dans un Contrat Local de Santé. (P.4 du préambule)

Si nous suivons le protocole de mise en place des CLSM on en revient aux chapitres jusque là détaillés dans ce mémoire, hormis celui des recommandations avec lequel je vais pouvoir m'acheminer vers une conclusion.

- L'union européenne : considère les CLSM comme des outils techniques pertinents pour formaliser au niveau local les recommandations de l'OMS
- L'Association des Maires de France : porte l'initiative au niveau national
- Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
- La Cour des Comptes (rapport décembre 2011)
- L'ARS : inscrit les CLSM dans le projet national de santé Alsace et SROS psychiatrie (publiés en février 2012).

Ce plan propose une liste de partenaires coopérants autour de la Santé Mentale où on trouve les Patients Usagers Citoyens, la structure Sanitaire Psychiatrique, le secteur Social, le secteur Médico-social, les médecins et les infirmiers libéraux, l'Education nationale, la Justice, les Forces de l'Ordre et les Pompiers, les Elus des Collectivités.



D'emblée il faut remarquer que les structures de financement sont exclues de la liste des partenaires coopérants dans un pays qui traverse une crise économique particulièrement grave<sup>xiv</sup>. Les mises en place, bien qu'évoquant le rapport de la Cour des Comptes, pèchent toujours par là où elles demandent plus de moyens sans qu'on ait une idée très précise de la justification de ces demandes.

Dans le cahier des charges de l'ARS de l'Île de France, dans son préambule :

L'ARS s'est engagé dans le cadre du PSRS à promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale envisagée dans son acceptation large et non comme la seule prise en charge des maladies psychiatriques,

- Cette approche devra aider à destigmatiser [...] mobiliser de manière coordonnée et articulée l'ensemble des ressources locales en particulier celles opérant dans les domaines sanitaire, médico-social et social.
- L'ARS souhaite à cette fin engager une politique volontariste de promotion des Conseils Locaux de Santé Mentale qui permettront de soutenir des dynamiques locales en direction des populations vulnérables, de réduire les inégalités, et de promouvoir la démocratie sanitaire.[...]
- Au niveau local, les communes, même si elles ne possèdent pas de compétences en matière de santé ressentent, sous l'influence convergente du déploiement de la psychiatrie vers la cité et de la prise de conscience des difficultés de santé mentale de la population, la nécessité d'une politique de prévention, d'accès aux soins, et d'inclusion sociale qui ne peut être mise en œuvre sans la participation action de tous les acteurs de la cité ».

**B. Comment articuler un Pôle Santé Mentale intégré dans un Centre Hospitalier Général et la santé mentale dans la cité ?**

*« L'utilisateur c'est donc toute personne qui peut se sentir concernée, à un moment ou l'autre de sa vie, par un problème de santé mentale » (Piel, Roelandt, 2001)*

Les définitions de la « Santé Mentale », concept apparu vers les années 60, sont évolutives. Mathieu Bellahsen cite un texte de 2010 du Centre d'Analyse stratégique (Dufau p.1)

*« ...s'adapter à une situation à laquelle on ne peut rien changer ».*

Si d'entrée on essaie d'aller plus loin dans la réflexion puisque nous entrons à Cannes dans une dynamique toute nouvelle de lien entre l'hôpital et la communauté par la prochaine création d'un CLSM, et puisque Mathieu Bellahsen s'inspire de l'œuvre commune de Pierre Dardot et de Christian Laval sur le néolibéralisme et en particulier à travers la dernière publication de ces deux auteurs(2014) on peut également reprendre cette formule

*« inventer du commun ».*

Il est alors intéressant de reprendre la définition des « *Services de Santé Mentale* »<sup>9</sup>

Les services de santé mentale sont le moyen d'assurer des interventions efficaces. De leur organisation dépend en grande partie leur efficacité. Généralement, les services de santé mentale comprennent les services ambulatoires, les centres de traitement de jour, les services psychiatriques des hôpitaux généraux, les équipes de santé mentale communautaires, les logements accompagnés et les hôpitaux psychiatriques. (p.43)

## C - Les dispositifs du Pôle Santé Mentale de l'hôpital Général de Cannes

### a - Hôpital de jour Isola du secteur 3

L'hôpital de jour du s.3. bénéficie d'un jardin. En suivant le livret d'accueil de cette structure le patient est admis en quatre temps.

- 1 – Première visite de la structure,
- 2 – Entretien d'équipe avec rencontre des soignants (infirmiers, psychologues, médecin)
- 3 - Une semaine d'admission qui se déroule sur cinq jours avec des horaires de 9 h à 15h30.
- 4 – Nouvel entretien et mis en place d'un emploi du temps.

. L'offre de soin en termes de soins actifs, ateliers et autres, reste du ressort de l'organisation de l'équipe soignante et du psychologue/art thérapeute qui a fixé l'activité centrale de ce CATTP sur l'Art (document distribué en réunion de Pôle) avec un très net avantage donné aux seuls budgets d'arts plastiques pour une seule heure et demie d'activité par semaine et pour un nombre limité de patients. Contrairement aux structures visitées pendant les formations CCOMS, l'appel à des artistes professionnels n'est pas prévu pour des liens avec les métiers d'art<sup>10</sup>. Malgré-tout des expositions sont organisées avec les œuvres des usagers mais généralement les « artistes » (terme employé par le psychologue) sont simplement conviés à venir le soir du vernissage ou à une visite pour voir la présentation de leur travail en galerie. Les usagers ne prennent pas part à l'installation de l'exposition. Plus récemment une sorte de rapprochement a été orientée vers le musée Pierre Bonnard au Cannet, pour un « atelier Bonnard ». Cet Hôpital de Jour a également un atelier Vie Pratique et d'autres ateliers : Chant, Lecture/Ecriture en alternance avec un atelier Encadrement, Ecoute Musicale, Théâtre, Photographie alterné avec un atelier de Gym Douce ainsi que des sorties culturelles, thérapeutiques, balades). Les soignants prennent leurs repas avec les usagers en repas thérapeutiques. Cet hôpital de jour travaille très peu en lien avec l'intra hospitalier et se tourne plus volontiers vers une association de ville comme ISATIS dont le siège est à Nice. Cet Hôpital de Jour est aussi partiellement handicapé par une trop grande proximité géographique de la limite du secteur, d'autant plus que cette limite est tournée vers le centre ville. Cet

<sup>9</sup> *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 - Document OMS* (op.cit.)

<sup>10</sup> Voir, pour un regard constructif de telles positions, le mémoire de

hôpital de jour n'est pas sur le secteur géographique de l'hôpital général.

*b - L'hôpital de Jour du S.2 – Les Bosquets*

L'hôpital de Jour du secteur 2, a une organisation très différente : il est mieux situé au cœur de son secteur géographique qui est le site de l'hôpital général. Le mode d'admission est le suivant :

- Une personne demandeuse de soins est orientée vers l'Hôpital de Jour par un CMP, un médecin de ville, à la fin d'une hospitalisation de la PEC, par une institution de ville ou de sa propre initiative. La personne demande un rendez-vous.
- Le médecin reçoit la personne avec une infirmière pour une première évaluation.
- Le médecin reçoit la personne avec une infirmière pour programmer une journée de prise de contact. Pendant cette journée le patient participe aux ateliers du jour. Une évaluation est alors faite sur cette journée.
- Si l'évaluation est concluante un nouveau rendez-vous est pris avec le médecin pour mettre en place un contrat de soin sur un mois ou six mois.
- Le patient entre alors en soins <sup>11</sup>

Les locaux n'ont pas de jardin. Les salles assez petites n'offrent que six places par atelier mais les ateliers y sont obligatoires lorsque les usagers se présentent. Chaque atelier fonctionne au maximum de sa capacité d'accueil de six personnes. Les usagers ont la possibilité de choisir parmi les ateliers proposés par les soignants. En revanche s'il n'y a plus de place à un atelier le patient doit faire un autre choix. Cinq ateliers sont budgétisés sous une seule appellation Arts Plastiques mais aucune priorité déclarée par un texte n'est donnée à telle ou telle activité. Cette fédération des moyens permet des économies de budgets pour laisser plus d'argent au fonctionnement d'un atelier cuisine hebdomadaire où les patients conviés participent très activement pour un partage du repas confectionné en commun. C'est une infirmière qui fait les achats. Les équipes pratiquent aussi le principe du repas thérapeutique. Des sorties thérapeutiques se font de façon assez régulière à raison à peu près d'une par mois. Des rencontres avec les familles et des liens se construisent avec des associations de ville.

*c - Les ateliers Thérapeutiques/CATTP/HJ intersectoriels de l'Intra Hospitalier*

Le CATTP intra hospitalier, comme son nom l'indique est intégré aux locaux intra hospitaliers du Pôle Santé Mentale sur le même dispositif que celui des ateliers intersectoriels des services d'hospitalisation complète. Ce CATTP fonctionne sans véritable structure CATTP puisqu'il est plus marginal dans l'organigramme hospitalier où il n'apparaît pas. En fait son histoire vient de la construction intersectorielle des ateliers thérapeutiques de l'intra

---

<sup>11</sup> ; Recueil du protocole auprès du Médecin de l'Hôpital de Jour, le Dr Elena Natrella.

hospitalier que le docteur Gérard Oppenheim m'avait confiée. Une fois ces ateliers mis en place en fonctionnement de semaine thérapeutique régulière il s'est avéré que des patients sortants ont fait eux-mêmes la demande de pouvoir revenir sur une heure ou deux aux ateliers de leur choix plutôt que d'aller sur les hôpitaux de jour ( Dr Elisa Henry, médecin référent du s.2 en avait précisé l'origine de la création en réunion de Département : première étape d'une reconnaissance institutionnelle du choix des patients avec ouverture et aménagement du dispositif hospitalier aux demandes des usagers). Puis un mode d'hospitalisation de jour fut mis en place selon la capacité hôtelière des services intra hospitaliers, toujours à la demande des usagers. Ces ateliers son intersectoriels et l'ANACT (Association Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) en avait approuvé le principe puisque ces ateliers fonctionnent en fédération intersectorielle des moyens, avec un coordinateur, un médecin référent mais travaillant sur un des deux services et qui est le même que celui intervenant à l'hôpital de jour du s.2, les infirmiers et les psychologues des services. Malgré ma demande il n'y a pas encore de psychologue attaché à cette structure. C'est moi, en tant qu'infirmier du secteur psychiatrique formé en trois ans, docteur en Histoire de l'Art et Archéologie, qui monte les ateliers et qui en fait la proposition aux soignants et aux patients. De plus en plus des soignants émettent des choix de créations d'ateliers dont je favorise la mise en place suivant les budgets et les plages horaires disponibles sur la semaine thérapeutique, du lundi au vendredi, ces ateliers ne fonctionnant pas le dimanche sont relayés par des activités de services à l'initiative et à l'organisation gérée par chaque service qui sont financés sur le même budget des ateliers thérapeutiques de l'Intra Hospitalier. Les patients en CATTP viennent sur prescription médicale renouvelable tous les trois mois (j'ai dû imaginer ces supports, car comme dit plus haut il n'existe pas de pro-format administratif normalisé). Ces ateliers en CATTP sont nécessairement confrontés à une réinsertion directe puisque les patients, dans la quasi-totalité, viennent de chez eux pour une heure ou plus par semaine. Les prescriptions en Hôpital de Jour sont rares mais elles existent et rendent aussi de grands services car c'est le médecin qui a suivi le patient pendant son hospitalisation qui a un regard direct sur l'évolution du soin en ateliers thérapeutiques, en plus du regard du médecin référent. Ce sont donc des articulations très souples et très peu consommatrices de budgets, puisque les budgets de ce CATTP sont confondus avec ceux des ateliers thérapeutiques des services et sans personnel en supplément du coordinateur qui lui est permanent mais à qui on confie aussi d'autres missions comme la gestion de la Sous-Régie et autres. Nous sommes donc là sur un terrain de réflexion de réinsertion direct, avec des risques très limités de chronicisation et des personnels polyvalents qui offrent un autre regard sur la maladie et une autre prise en charge, qui permettent une autre comptabilité de ces coûts d'ENC. Une probable mise en place sur cette structure d'ateliers de psychoéducation et d'Education Thérapeutiques pourrait permettre de perfectionner le système et d'aller encore plus avant vers le GEM qui articule une permanence avec ce CATTP et de là avec les services d'hospitalisation complète. Les locaux de ce CATTP sont également organisés par une Bibliothèque Médicale qui est aussi la salle d'accueil des associations d'aide au logement, UNAFAM, La Vie Libre (addictions), les assistantes sociales des urgences (violences et abus, maltraitance) dont le médecin référent est toujours le Dr Elena Natrella, soit celui du CATTP Intra hospitalier et de l'hôpital de Jour du s.2 en plus de son travail dans les services d'hospitalisation complète. Un atelier addictions est en cours de construction : il sera en lien avec l'espace des usagers du centre hospitalier de Cannes. Car s'il y a liens dans la structure

du Pôle il y a également élargissement vers les dispositifs du C.H.Cannes. La gestion des outils culturels (œuvres d'art et Bibliothèque patients ainsi que médicale) dépend de cette organisation intersectorielle qui est également encore en train de s'étoffer. Cette structure polyvalente est déjà une petite plate forme de liens permanents entre l'intra hospitalier, l'extra hospitalier (CMP et H.J.) et services intra hospitaliers, dont les services de financements. Aucune association actuelle ne dépend directement des soignants qui interviennent sur cette structure. En revanche les usagers ont de plus en plus de lieux d'accueils dans cette structure et c'est dans ce sens que les responsables de cette organisation constitués en associations indépendante de l'administratif mais coopérantes continuent à travailler.

D'une façon générale les deux hôpitaux de jour sont un lien dans la ville alors que le CATTP Intra hospitalier représenterait plus un lien privilégié entre la ville et l'hôpital dans son ensemble (répondant aux souhaits de l'OMS présenté plus haut).

Les dotations intra hospitalières fournissent également des budgets pour les CMP, pour le Centre d'Accueil des Urgences Psychiatrique (CAUP), pour les addictions et pour la Précarité qui ne réclament que très rarement des budgets de fonctionnement. Ce sont donc des outils, une fois construits, qui sont en lien permanent avec la communauté et qui ne consomment aucun budget de régie. Leurs actions de soins sont donc uniquement quantifiables en Etude Nationale de Coût (ENC) directe avec accroissement des missions sans accroissement des coûts par actes.

## 5. Des coûts comparatifs et estimatifs sur documents de sous-régie et des structures sectorisées et intersectorielle.

Si j'en reviens au Pôle Santé Mentale intégré dans l'hôpital général, je prends le cas en « macro cible » des budgétisations des activités dites « d'art plastique » communes aux trois structures et j'en fais un tableau comparatif structure par structure. Je ne peux toutefois pas prétendre à une exhaustivité du constat vu que la traçabilité des activités et de leurs fréquentations ne sont pas unifiées entre les structures : nous sommes à la base de la recherche, sur un terrain de variations difficilement quantifiables bien que le tableau soit très évocateurs des différences <sup>12</sup>

<b>Mois</b> <b>Année 2013</b>	<b>Hôpital de Jour Isola/CATTP</b> À raison de 1h 45/semaine Pour un nombre variable de patients pouvant représenter suivant la saison le quart ou la moitié de la capacité d'accueil de l'H.J. qui a un jardin de grande contenance et une salle d'atelier plutôt réduite à la capacité de 6 à 8 patients. L'activité dans le jardin réunit 10 à 12 patients (source : patients participants)	<b>Hôpital de Jour les Bosquets:CATTP.</b> Budgets qui regroupent cinq ateliers : Arts graphiques/images Modelage Atelier Créatif/Création Bande Dessinée Chant Chaque atelier est plein et accueille 6 patients. Nous sommes ici sur des accueils réguliers de 30 patients par semaine.	<b>Intra hospitalier Hôpital de Jour/CATTP</b> 3ateliers : 2 x 1h30 = 3 h//semaine, plus un de 1 h Pour un total moyen de 7+12+ 5 patients = 23 patients par semaine, mais la majorité de ces patients provient des services d'hospitalisation complète.
----------------------------------	---	---	--

<sup>12</sup> Ce tableau résulte de mes tenues de compte, mensuels de sous régie, structure par structure.

Janvier	147,50 €		
Février			
Mars	178,43 €	149,70 €	149,65 €
Avril	98,80 €	125,00 €	21,14 €
Mai	76,78 €		
Juin	Demande de budget non validée pour défaut de conformité de la demande	124,58 €	47,40 €
Juillet	198,08 €	124,85 €	
Août	148,16 €	124,14 €	107,00 €
Septembre	442,70 €	224,31 €	
Octobre	49,50 €	131,74 €	92,67 €
Novembre	197,15 €	124,60 €	
Décembre	31,26 €	211,96 €	
<b>Total</b>	<b>1566,36 €</b>	<b>1350,88 €</b>	<b>417,86 €</b>

En lisant simplement le tableau ci-dessus on remarque qu'un hôpital de Jour peut utiliser 1566,36 € par an pour un peu plus d'une heure et demie d'activités avec un effectif d'usagers « saisonniers variables » de 6 patients à 12 patients hebdomadaires (pouvant être optimisée à la moitié de l'effectif d'accueil) des usagers accueillis dans cette structure sur les journées ensoleillées qui sont beaucoup plus nombreuses sur la côte d'azur que sur l'ensemble du territoire national. Le modèle est donc difficilement exportable sur le territoire national.

L'autre hôpital de jour consomme moins avec 1350,88 € pour 5 ateliers hebdomadaires regroupés sous le même budget Arts Plastiques, avec des produits et matériaux comparables sans végétaux toutefois, soit pour la quasi-totalité des patients accueillis dans la semaine à raison de 6 patients par atelier sur cinq ateliers, soit 30 patients réguliers.

Si on passe à l'intra hospitalier avec trois ateliers d'arts-plastiques par semaine et une fréquentation hebdomadaire moyenne d'environ 20 à 25 patients incluant les frais de fonctionnement des ateliers thérapeutiques des services d'hospitalisation complète en intra hospitalier et ceux du CATTP on en arrive à un budget globale 417,86 € en utilisant les mêmes produits (pas de produit végétaux), pour l'année. Ici la traçabilité tant en fréquentation, qu'en type de fréquentation, qu'en coûts est rigoureuse. Mais les patients sortis de l'hospitalisation complète sont beaucoup moins nombreux pour deux raisons : leurs inscriptions sont déjà moins nombreuses et ils ont la possibilité de gérer le rythme de leur fréquentation des ateliers sous réserve d'en informer le coordinateur pour un suivi périodiquement rendu sous forme de tableau diffusé dans tous les services concernés par ces prises en charge.

Pour récapituler, les services d'hospitalisations complètes (médecins, psychologues, soignants) peuvent suivre l'évolution du patient en CATTP lorsqu'il est sorti de l'hospitalisation complète, ce qui ne se fait pas à partir des hôpitaux de jour où la rupture au lien intra hospitalier est complète sauf prise en charge mixte entre Hôpitaux de Jour et

CATTP Intra Hospitalier, sauf médecin intervenant autant en intra qu'en extra. Dans tous les cas les psychologues qui sont en poste sur les Hôpitaux de Jour ont leurs permanences au CMP ainsi que les médecins mais les équipes soignantes des services ont très peu de liens tant avec les hôpitaux de jour qu'avec les CMP. Il y aurait également un travail à faire sur les capacités environnementales des structures et des types de prise en charge qu'on y pratique entre bien être passif et prise en charge thérapeutique active, sur les différents tenues des traçabilités.

Comme présenté plus haut le système régie/sous régie entraîne l'empowerment du soignant vers une rencontre modulée, voire réorientée, des budgets d'établissement vers des usagers devenus à la fois gestionnaires des associations de villes (privé) et participants dans les commissions institutionnelles. C'est un effet interactif à l'avantage des usagers qui se produit alors progressivement. L'utilisateur reste dépendant des offres de soins préétablies par les équipes médicales sans réflexion initiale en termes de « rapport qualité/prix » sur les coûts, mais les usagers rendus à une autonomie de gestion et à des positions décisionnelles au sein de l'établissement ont un regard sur ces budgets jusqu'alors strictement réservés à la gestion d'établissement par les soignants. En fait les budgets de régie/sous-régie échappent, paradoxalement, de plus en plus à l'empowerment des soignants puisque l'utilisateur en réclame une adaptation participative croissante à sa prise de pouvoir sur les structures d'établissements. Les gestions et la sensibilisation aux coûts devrait donc faire partie de l'éducation thérapeutique en rétablissement d'une part pour participer progressivement à la gestion des budgets d'établissement et d'autre part pour les conduire en termes de budgets complémentaires à ceux de leurs associations où ils ont pleins pouvoirs. Le passage de la budgétisation institutionnelle depuis un système associatif jusqu'à un système de régie/sous-régie est le premier pas fait dans le sens d'une prise de pouvoir des budgets associatifs d'utilisateurs sur ceux de l'institution qui, par ailleurs, conserve sa part de vigilance dans l'utilisation utile de ses budgets. Mais sans précautions ces budgets d'établissement peuvent aussi passer en plein pouvoir des usagers. Donc ce qu'on perçoit d'un premier regard comme une reprise en main financière de l'institution est en fait un outil supplémentaire qui sera finalement mis, peu ou prou, dans le magasin des moyens de l'utilisateur.

Pour des représentations en termes d'*empowerment* et de prises de responsabilités des usagers on en revient toujours à la culture hospitalière qui pose la question de la représentation de la folie dans la communauté, aux clichés du paupérisme « ennemi » de la santé mentale. Le gestionnaire national de la précarité doit-elle prendre en compte ces aspects ou doit-elle s'en dégager pour aller vers une stigmatisation plus adulte ?

## **6 – Une synthèse articulée avec les 9 recommandations du rapport de Claire Compagnon<sup>xv</sup> vers le texte de J.LRoelandt(2010).**

*« De l'administratif vers le communautaire »*

Pour un retour sur une culture hospitalière réorientée vers le communautaire. Nous

avançons encore plus loin dans le vif du sujet car nous rencontrons tout naturellement les 9 recommandations du rapport de Claire Compagnon pour faire de la démocratie sanitaire, auxquelles j'essaie d'apporter un regard de terrain depuis le bassin cannois. Je m'en réfère à la phrase de conclusion d'un chapitre de la thèse d'Etat d'Hélène Carpentier Duc et Isabelle Guesdon Nicou<sup>xvi</sup> sur les risques de la marginalisation des S.D.F. malades mentaux à partir d'investissements de praticien de santé mentale dans le monde des sans abri :

*« Il est donc avant tout enrichissant d'utiliser le cadre de soin tel qu'il existe, mais avec une meilleure efficacité, au sein d'une plus large collaboration entre intervenants sociaux et médicaux » (vol. II. P.99)*

En jalon commençons par la Recommandation N° 1 : *« mettre en place un mécanisme de concertation obligatoire au cœur des décisions de santé ».* (p.25)

En suivant les expériences menées dans le cadre des stages de la formation CCOMS et en regardant sur le bassin cannois, il y a encore très peu de temps organisé en Département fédérant les secteurs sous l'autorité d'un seul médecin-chef, le secteur revenu à division plus radicale des prises en charges administratives réapparaît comme un outil qui sclérose le dialogue entre l'Intra hospitalier et la communauté, ne serait-ce que par une division territoriale « rigide ». En restant sur une structure intra-hospitalière et donc en évitant le parcours des hôpitaux de jour le patient est directement projeté dans la communauté intersectorielle en lien avec les services auxquels il pourrait s'adresser dans la ville pilotée par un système sanitaire cohérent, adapté et en lien avec l'hôpital et le Pôle Santé Mental. En maintenant ce lien intra hospitalier avec un service CATTP souple et flexible, réaménagé, l'usager garde en autogestion une grande part d'organisation de sa réinsertion sans être « lâché » dans le communautaire pouvant être anxiogène, sans être rivé à un secteur et à ses limites, à ses incohérences. Le cœur des décisions de santé se prennent au moment de ces décisions d'orientation, et, comme dans l'éducation nationale c'est souvent à ce moment et en conséquence de ces décisions que les grands traumatismes sociaux qui accompagneront la personne dans sa vie, se produisent. Il est donc important de réfléchir sur l'aspect « irrémédiable » des décisions qui entraînent l'usager encore tributaire du pouvoir des soignants qui le lâcheront en relais dans la communauté, qui resteront un lien potentiel d'accompagnement de vie.

Recommandation n°2 : *« Positionner les représentants des usagers dans des lieux de décisions ».*(p. 29)

De son côté, à partir d'une organisation qui articule l'intra hospitalier et l'extra hospitalier l'administration peut avoir un meilleur contrôle des budgets qui ne seront pas assujettis à des variations d'empowerment des soignants, avec des concepts d'utilisation de budgets de soins dont on ne peut mesurer l'efficacité ni les résultats car non tracés en termes de réinsertion, voire, qui, à l'analyse, peuvent paraître archaïques et arbitraires et stigmatisants. Contrôler l'impact de l'empowerment des soignants sur celui des usagers, et sur les soins de façon plus élargie, serait une nécessité que seule une gestion centralisée permettrait de coordonner en lien participatif avec les usagers.



Les trois structures : deux hôpitaux de jour dans la ville et le CATTP dans l'hôpital agissent comme des outils ayant rarement des liens entre eux. Les CMP travaillent plus volontiers avec les Hôpitaux de Jour de ville mais sans réelle traçabilité hormis les prescriptions médicales dans les dossiers de soins (d'après les réponses obtenues par les soignants qui travaillent sur ces structures).

Recommandation °3 : « *mettre en œuvre une commission des usagers au sein des établissements de santé à la hauteur des enjeux de qualité, de sécurité des soins et de respect des droits* » (p.32)

La culture hospitalière donne sa pleine puissance sur le plan psychiatrique aux médecins et aux psychologues puisqu'il n'y a plus dans le cycle des IFSI de formation psychiatrique des infirmiers digne de ce nom. Nous entrons donc dans une alternative où des personnels sans compétence sanitaire se trouvent projetés en secteurs hospitaliers – à l'heure où on fait entrer plus résolument la part du somatique dans le psychiatrique – comme des psychomotriciens, des arts thérapeutes de toutes obédiences et inversement des infirmiers sans véritable spécificité psychiatrique concurrentielle. Les psychologues eux-mêmes qui arrivent en outils privilégiés investis de confiance au C.H.Cannes ne sont pas des personnels « pluri-compétents » mais « mono-compétents » car sans compétence sur les aspects somatiques de la pathologie<sup>13</sup>. L'institution hospitalière, surtout en hôpital général, va de paradoxes en paradoxes sans proposer de solution adaptée à une réinsertion en termes d'Etude Nationale de Coût (ENC) élargie à des dotations spécifiques comme les budget de Régie/Sous-Régie, soit un report des coûts de personnels, d'hôtellerie et de soins bi-vectoriels (somatique et psychiques) classés en « *charges rapportées aux pathologies du patient, son état de gravité, les interventions...* » et bien sûr les modes comptables de réinsertion/Destigmatisation.

De leurs côtés les associations intra hospitalières qui finançaient les soins psychothérapeutiques secteur par secteur ont montré leurs limites en prenant en compte seulement les choix des soignants qui, par ailleurs, ne furent pas exemptes de critiques. Reconstituer ces associations irait dans le sens d'un retour à des organisations privées internes à l'hôpital qui posent en plus un grave problème de maintenances conservatoires des outils de soins lorsque ces associations disparaissent. En effet les outils de soins en psychothérapie institutionnelle, réellement payés par l'administration qui a financé les associations pendant de longues ou de très longues années, n'appartiennent pas à l'administration. Ainsi l'administration abandonne une partie de son capital d'argent et d'outils de soins à des privés professionnels de santé qui en ont géré l'utilisation et la répartition, ayant pu, parallèlement, très bien faire profiter de ces outils et budgets à des organismes privés étrangers à l'institution, lucratifs ou non, puisque ces personnels par sièges d'élus dans ces associations – aux déclarations légales pas toujours à jour<sup>14</sup> – peuvent se comporter en tant que « propriétaires » des moyens et ayants droits légaux face à

<sup>13</sup> . Dans une réflexion sur la culture hospitalière, sommes-nous ici les héritiers inconscients de « l'anti psychiatrie des années 70 » dans ses aspects négatifs, de nos jours largement repris par des mouvements sectaires ou des idéologies reconnues en thérapies marginales ?

<sup>14</sup> Les déclarations des assemblées générales annuelles des associations ainsi que les compositions des bureaux, année par année, sont obligatoires en préfecture pour que des administrations puissent les subventionner.

l'administration. Dans ce sens les associations peuvent constituer des dérives graves vis-à-vis des objectifs initialement poursuivis lors de leurs créations. L'administration se retrouve alors avec des cadres de soins totalement vides de moyens. Qu'est-ce alors qu'une démarche qualité dans un tel système où l'utilisateur réclame sa voix participative sur les dispositifs d'une institution qui n'a plus aucun moyen en propre ?

Il conviendrait alors d'aller plus dans ce sens d'invention d'un nouveau commun/communautaire depuis l'intra hospitalier jusque vers la communauté dans la ville avec des médiations construites sur le terrain en rencontres d'organisations associatives et de ville qui viendraient en forum d'échanges participatifs (participation aux réunions de services et de Pôle, pairs aidants, GEM...) dans le Pôle Santé Mentale déjà organisé, structuré pour offrir des espaces de concertation et de travail tel que le mot « forum » les désignait dans la Rome Antique. On en arrive au chapitre 12 de cette Recommandation n°3 : « *Faciliter l'interface entre les usagers et l'établissement.* » (p.39)

Qui nous amène directement à la Recommandation n°4 : « *Favoriser le travail commun entre usagers et soignants au plus près du malade* » (p.42).

L'organisation du Pôle Santé Mentale du C.H.Cannes permet cette réflexion à partir de ses trois CATTP et de sa plaque tournante – qu'il faudrait développer et restructurer – du dispositif interne élargi en CATTP intra hospitalier en lien renouvelés avec les CMP.

Le CATTP Intra Hospitalier, par l'organisation de ses locaux et de ses équipements, est donc un outil déjà intégré entre hôpital et communauté urbaine. C'est un lieu qui peut à la fois se moduler en aire d'accueil des usagers et des familles et en aire d'atelier de psychothérapie institutionnelle. C'est donc un lieu privilégié qui fait le lien entre la crise et le rétablissement. C'est un lieu qui peut être également un terrain normatif d'accueil propre à destigmatiser toutes la chaîne des prises en charge des soins autour de la personne, le service social devant y être plus incorporé.

Le CATTP Intra Hospitalier de Cannes est également un lieu culturel avec des bibliothèques et une pinacothèque dont la capacité de réception d'œuvres pourrait être accrue et redistribuée en expositions temporaires dans l'hôpital lui-même, acceptant une culture gérée par le Pôle Santé Mentale par des personnels compétents et non pas autoproclamés, avec une reconnaissance professionnelle statutaire, mais aussi dans les services de la ville qui en feraient la demande un peu à la façon d'un fond d'art contemporain de prêt ou d'expositions qui entraînerait les usagers à être co-gestionnaires et participer à l'arbitrage des constitutions des fonds à partir de formations spécifiques aux métiers d'art, en lien direct avec la communauté sachant que dans bien des cas, et pour reprendre la réflexion d'un usager artiste rencontré dans un GEM original à Paris<sup>15</sup>, ARTAME GALLERY Groupe d'Entraide Mutuelle, qui a cette réflexion très pertinente « *Pour nous les usagers la seule activité par laquelle nous pouvons être reconnus et qu'on nous accepte c'est l'art* ». Voici le lien tout trouvé avec les associations de la ville. Pour une ville de la dimension de Cannes la reconnaissance des associations passe par l'inscription à la Maison des Associations.

---

<sup>15</sup> : dans le cadre de la semaine de formation CCOMS à Paris.

Certaines de ces associations sont d'Intérêt Public et les coûts d'adhésion peuvent être pris en charge par le secteur social. On voit alors les liens se profiler depuis l'intra hospitalier. Un CATTP ouvert sur les rencontres avec les familles et les usages, leur proposant par ailleurs des outils aidants comme l'Education Thérapeutique ou la Psychoéducation, la Prévention, parallèlement aux poursuites de soins adaptées aux souhaits des patients, en lien si nécessaire avec les secteurs de prise en charge somatique de la maladie, de toute façon avec une présence infirmière pluri-compétente, dans des ateliers communs de soins entre l'intra et l'extra qui permettent aussi une première éducation thérapeutique aux patients encore hospitalisés à temps plein avec des usagers uniquement inscrits sur une heure ou deux par semaine, voire dans certains cas en Hôpital de jour. L'utilisateur reprenant le contrôle de sa propre chaîne du soin de sa réinsertion, par une information construite et gérée fait des propositions et va vers des associations et services de la ville. Dans ce cas les maigres budgets de Régie et Sous-Régie qui permettent à l'établissement – surtout en période de crise – de contrôler les dépenses, voire de solliciter le Pôle pour harmonisation les dépenses budgétaires des prestations de soins proposées, sont directement impliqués dans les processus de relais avec les subventions et les outils de Santé-Ville dont les CLSM. C'est alors une implication complète à la fois des services sociaux, des services infirmiers et médicaux ainsi que des services psy du Pôle - et non pas secteur par secteur - qui serait sollicités dans un dialogue permanent entre les ressources de la ville et celles du soin institutionnel avec ses structures d'ouvertures.

On peut dès lors envisager, par une traçabilité adaptée à ce type de prise en charge active dès l'admission, des supports de traçabilité patients, soignants, acteurs sociaux.

Les hôpitaux de jour de ville demeurant essentiellement des structures de soins actives qui généreraient des situations encore aiguës en voie de rémission et non pas des lieux de maintien par chronicisation ou des ateliers à illusion de confort de vie pour des gens qui doivent apprendre à gérer leur quotidien avec des moyens qui sont différemment répartis entre leurs moyens personnels et ceux offerts par les différents services de la ville. Nous abordons certaines ambiguïtés actuellement revendiquées par certains hôpitaux de jour soit le réapprentissage du quotidien à la maison et dans la vie culturelle, sans toutefois aller jusqu'à la formation, à la psychoéducation, à l'éducation thérapeutique, à la mise en pratique et en commun des savoirs et savoirs faire des usagers.

Nous sommes la sur ce lien qu'articule les 5° et 7° Recommandations : « *Développer une politique de formation et de recherche en faveur de la participation des usagers à destination des professionnels et des représentants des usagers* » (p.46)

« *Permettre aux plus vulnérables de s'impliquer dans les mécanismes de participation au système de santé et garantir ainsi l'effectivité de leurs droits* » (p.59)

C'est cette voie sur laquelle nous travaillons en mode voilé, en clandestins de l'inter secteur officieusement maintenu pour raisons d'objectifs, non sans certains échecs surtout générés par les modes institutionnels actuels et les directives de l'ARS, sur l'hôpital de Cannes depuis la création des ateliers thérapeutiques intersectoriels intra hospitaliers et les

CATTP/H.J intersectoriels. Qui plus est si les patients en SDRE doivent être intégrés à des gestions ouvertes sur la communauté, suivant les choix du SROS, on voit tout à fait que seul un dispositif complet en intra hospitalier peut travailler en corrélation avec un service complet et complémentaire multi-vectorel de ville, dont le secteur social, géré par la ville et les associations de ville (GEM, Associations pour le logement, aide au travail, Ateliers Santé-Ville et CLSM) et le secteur privé des cliniques et des foyers qui envoient leurs résidents pour des réajustements ou évaluations sur cette structure sans passer par des hospitalisations à temps complet ou des inscriptions en hôpitaux de jour qui n'ont pas toujours la capacité de recueillir ces demandes à cause des longueurs des prise en charge qui peuvent durer de très nombreuses années et qui sclérosent les capacités d'accueil, voir le regard sur la réinsertion et le soin.

Des outils de flexibilité sur un dispositif adapté aux demandes locales est encore un argument pour faire des locaux de l'intra hospitalier des plaques tournantes adaptables et ajustables. Les services sociaux retrouvant alors une place pleinement intégrée dans le dispositif et non pas en service « à part ». La Recommandation n°6 est intégrée.

On comprend alors qu'une fois de plus, que si toutes ces étapes s'articulent sur un terrain qui est un lieu de dialogue entre les institutions, les outils de ville, les outils de soins et les mises en places des CLSM au sein des ASV en lien avec les associations d'usagers et de ville que les moyens en termes de budgets sont fédérés autour de la « *Démocratie participative et dialogue avec les acteurs de la société civile : se doter des outils d'une citoyenneté active* » (p.65) de la Recommandation n°8

Le monde associatif doit donc se déplacer, se dégager de l'hôpital, tout en allant de l'institution à la communauté, de l'institution pour rendre à l'utilisateur sa place dans le choix de ses orientations de vie et de prise en charge de son handicap jusqu'à son rétablissement dans la communauté. Une association institutionnelle rétablirait inévitablement des liens de dépendance à l'empowerment des acteurs statutaires de l'institution hospitalière, il est donc préférable de réfléchir sur des gestions restreintes de Sous-Régie que de créer des systèmes expansionnistes consommateurs de gros budgets sans efficacité réelle. Cette nouvelle capacité intégrée dans la ville, de Pôle intégré dans la ville par sa propre dynamique interne d'ouverture et de liens avec la ville, peut être un facteur puissant de stigmatisation surtout si le patient arrive à faire les liens entre le culturel intra hospitalier et celui de la ville qu'il modulera de toute façon. Ayant personnellement testé ces capacités de rétablissement avec des usagers, ou pressentis comme tels, qui viennent dessiner avec moi dans mon académie libre de nus du lundi soir dans une association de la ville de Cannes, j'ai pu mesurer combien cette intégration dans un atelier dit de dessinateurs « normaux » a pu être un facteur de rétablissement, de reprise de confiance et d'apprentissage au regard de l'autre, à la reconnaissance de sa richesse et de sa valeur, à sa remise des angoisses, en fait à sa présence normalisée et destigmatisée (voir sur mon blog « L'atelier Claude Peynaud » <http://coureur2.blogspot.fr/2013/09/nus-2012-2013-abac-nus-2012-2013-2012.html>).

Ces quelques pas faits de l'hôpital vers la ville enseignent également que la culture qui permettrait une intégration et une destigmatisation de personnes souffrant ou ayant souffert de

pathologie mentale jusqu'à l'empowerment des usagers est non seulement possible dans un contexte économique très difficile mais que ces difficultés budgétaires sont de précieux outils de réflexions qui nous permettent de remédier aux incohérences des textes et des services, voire des soignants, investis ou investis de manière profondément inadaptée au rétablissement des handicaps psychiques en héritages de clichés d'images désuètes portées sur le soin en psychiatrie. A ce versant « budgets » je voudrais ajouter le versant « humain » de « l'image humaine » de renversement des paradigmes en citant cet extrait de la 5<sup>o</sup> journée de psychothérapie institutionnelle de Marseille (15-16 novembre 1991)

...à propos de l'image, ça me rappelle une histoire que m'avait raconté un collègue d'un hôpital, à l'époque récemment ouvert, à qui avait été adressé, à contrario des règles habituelles ou couramment admises, toute une série de vieux patients, supposés chroniques ou chronicisés, d'un autre établissement, et de surcroît d'ailleurs avec souvent des placements médico-légaux. On avait transmis les patients mais pas les dossiers. Il pense que c'est grâce à ça, que dans les deux ans, 18 sur 20 de ces patients ont quitté l'hôpital, qu'ils ont pu être insérés ou pris en charge de façon différente – pas dans une structure lourde et répétitive [...]. On était partis de rencontre en milieu découvert, à un niveau à priori géographique, et on arrive finalement à une rencontre en milieu fermé, où la fermeture, c'est celle de l'image, l'image qui enferme et qui conduit à l'enfermement (p.85 et 86)

On passe encore de l'empowerment des soignants à celui des usagers par des outils et des formations repensées comme celle des infirmiers qui doivent nécessairement acquérir les deux compétences somatiques et psychologiques pour être des aidants de terrains (de l'intra aux CMP à la ville) depuis la prise en charge de la crise jusqu'aux premiers pas de la réinsertion par le CATTP intra hospitalier en premier et pour des orientations pluri-vectorielles d'autre part dont bien sûr celles en Hôpitaux de Jour de Ville/CATTP, pour former des aidants et inventer des stratégies pour mettre en œuvre et en communauté le savoir et le savoir faire des usagers, pour l'aider à se perfectionner et donner accès aux usagers à la Formation Continue d'Etablissement, associative ou de ville, pour avoir une vigilance nécessaire sur l'ensemble de la personne accompagnée dans son rétablissement. Dans la ville les psychothérapeutes de mono-compétence <sup>xvii</sup> auront leur plein emploi, surtout auprès des associations de ville pour des actions d'information et d'aide sans cibler les personnes. Les services sociaux restent bien sûr des outils accompagnants et de résolutions des actes sociaux en lien entre l'hôpital, la ville et les associations de ville, et les budgets passifs de sorties thérapeutiques sont de façon plus pertinente déplacés en budgets actifs de réinsertions : ainsi une chaîne de remise en question des archaïsmes actuels peut avec un certain optimisme se mettre en route à l'économie des budgets fédérés et clairement répartis entre budgets de Régie Intra Hospitalière, budgets spécifiques d'établissement comme les droits ouverts à la Formation Continue, les budgets d'associations de ville et des ateliers de Santé-Ville dont les CLSM intégrés. La pluri-compétence des médecins et des infirmiers pouvant être le plus direct et le meilleur atout à cette réussite de liens entre la communauté et la rémission de la maladie.

Je conclue avec la 9<sup>o</sup> Recommandation dans son intitulé seulement : « *Donner les*

*moyens de la participation aux usagers et aux citoyens* », revenant sur les observations de la circulaire de 1958 «...la manipulation de l'argent a, en soi, dans la plupart des cas, une valeur thérapeutique, et, au surplus, constitue un contexte de sociabilité de premier ordre, complémentaire, de celui que représente l'exécution même de la tâche confiée au malade » (p.9 du présent mémoire) vers mon introduction se terminant par : « Une réflexion plus élargie pourra alors peut-être s'auto-construire » en lien avec l'article du Dr Jean-Luc Roelandt (novembre 2010) « *Question ouverte – De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution* » .

## CONCLUSION

Si nous suivons simplement la petite dynamique que j'ai exposée au premier grand paragraphe de la page 31 de ce mémoire, sur la prise des pouvoirs de l'utilisateur sur les clivages administratifs les plus rigides et les plus conservateurs des établissements dont ceux de Régie/Sou-régie, nous changeons progressivement et réellement de paradigme. Nous quittons le système paternaliste institutionnel centré pour un système où l'utilisateur prend peu à peu le contrôle, ou une part du contrôle des moyens institutionnels sans pour autant que l'institution soit dépossédée de ses moyens, de ses acquis, contrairement au système associatif de gestion interne des établissements : une sorte de modeste ébauche de remise en ordre de la circulaire du 4 février 1958 jusqu'à 2013 avec le passage des financements en Régie/Sous-Régie, d'un côté, et d'une autre côté la libération des associations d'utilisateurs du joug financier de l'hôpital ou de l'institution (sur le bassin cannois), voir de la prise en charge du handicap depuis la loi d'intégration des personnes handicapées du 30 juin 1975. Chacun gardant ses outils en actes conservateurs mais tous au service de l'utilisateur. L'utilisateur prend le pouvoir, avec cet avantage que l'institution n'a qu'un très faible droit de regard sur les moyens associatifs de l'utilisateur et qu'elle n'a aucun moyen d'accroître ce droit de regard. Mais évidemment ceci est pris dans une gangue de culture institutionnelle hospitalière, voire d'Etat avec une difficile compréhension des entraves que le secteur oppose à la réinsertion et à la destigmatisation, que j'ai présentée dans de nombreuses digressions nécessaires à l'exposé car il faut changer les paramètres et les usages archaïques pour changer efficacement les paradigmes, et sur le terrain ce n'est pas le plus simple.

Une claire décision de lister les archaïsmes culturels institutionnels de soins en pathologie mentale serait utile dans des textes qui gèreraient les pratiques en soins psychothérapeutiques en rapports avec les outils financiers – très fréquemment omis dans les textes - dont, en exemple le plus significatif, la transformation au moins dans une large part des budgets souvent prohibitifs et sans efficacité thérapeutique réelle des « *sorties thérapeutiques* » en budgets maîtrisés et directement utiles de « *sorties de réinsertions* » orientées par les utilisateurs.

Au Pôle Santé Mentale de Cannes, la réorganisation des articulations entre l'hospitalisation complète et le communautaire par des structures intra hospitalières adaptées en soins et en réinsertions, principalement gérées par des infirmiers et quelques médecins, à la rencontre des CLSM au tout début de sa construction sur le bassin cannois, est un outil sur lequel nous poursuivons la réflexion avec des associations déjà présentes sur le pôle comme le GEM.(association Phénix), à partir de la structure déjà étoffée des Ateliers

Thérapeutiques/CATTP/HJ intersectoriels intra hospitalier.

---

## NOTES

<sup>i</sup> J'informe dès maintenant le lecteur au sujet d'associations qui semblent avoir des intitulés amis mais qui n'ont rien à voir avec l'esprit de ce mémoire. Je peux évoquer entre autres la « *Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme* » qui est une association créée par l'Eglise de Scientologie dont l'esprit général serait plus sur un versant antipsychiatrique. Ce qui bien sûr n'est pas mon propos.

<sup>ii</sup> Au Pôle Santé Mentale de Cannes, dans le cadre du Centre Hospitalier général, le principal obstacle rencontré par l'encadrement pour entrer dans le cadre de la T2A est la très difficile définition de groupes homogènes de malades. D'une façon générale sur le site [santé.gouv.fr](http://santé.gouv.fr) (site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé) ont lit en introduction

Financement des établissements de santé 8 juillet 2014 / La tarification de l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés.

Lance en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation des dépenses.[...].

Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation des recettes[ ...].

L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012...

(suit le texte sur la psychiatrie exposé au paragraphe de cette note ii).

<sup>iii</sup> . Au cours de ce mémoire j'aurai l'occasion de revenir sur le T2A par Edouard Couty, Claire Scotton, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des Travaux –Rapport* » Février 2013, p.21,22,23. , en abordant avec prudence et retenue des observations sur les « *ENC signifie généralement Etude (ou Enquête) Nationale de Coût. C'est une enquête auprès d'établissements volontaires, dotés d'une comptabilité analytique et représentatifs des établissements français permettant de rapporter les coûts (répartis en terme de personnel soignant, lingerie, examens sanguins...) aux activités produites (généralement classés par prises en charges rapportées aux pathologies du patient, son état de gravité, les interventions réalisées...)*. Réponse du Dr Pierre-Luc Genillier, DIM du C.H.Cannes.

<sup>iv</sup> J.L.Roelandt : dans, « *L'Information Psychiatrique 2012 ; 86 : 77-83* ». N°9 – novembre 2010.

<sup>v</sup> Note de service n°2013-06, relative à l'organisation interne du pôle santé mentale – établie le 25 juin 2013  
N.REF : JFL/CH 2013 136

<sup>vi</sup> On se rend compte combien cette spécialité des compétences du médecin psychiatre institutionnel a été très longtemps négligée, méconnue, et combien elle pose encore de problèmes quand il s'agit de faire des prescriptions d'ateliers comme je les ai mises en place à l'hôpital de Cannes (formulaire de prescription que j'ai dû d'ailleurs inventer et composer car il n'en n'existe aucun pro-format de l'administration).

vii Pour l'intra hospitalier de Cannes, en 2004 le Médecin-Chef m'avait délégué cette fonction (sous son contrôle bien sûr) et il ne voulait aucun autre intermédiaire entre son « responsable » et lui. Lorsque nous avons changé de médecin-chef, face à l'ampleur qu'avait pris le processus de soin qui avait pratiquement atteint le niveau d'un service autonome et face à la responsabilité médicale de plus en plus prégnante au regard des structures extérieures qui nous envoyaient leurs pensionnaires en CATTP pour réajustement ou évaluation, j'avais fait la demande d'un médecin désigné en responsabilité médicale et d'une psychologue spécialisée dans les arts et sur le corps. Pour l'instant je n'ai obtenu que le médecin que le retour à la sectorisation pure et dure pourrait hélas remettre en cause. La psychologue est trouvée mais même en vacances je n'ai toujours pas de résultat.

viii Ce rôle évoqué, voire mis en avant des cadres de proximité et autres cadres en soins infirmiers que les textes ministériels modernes veulent renforcer est déjà une mesure sujette à réexamen surtout au regard des formations accélérées de ces cadres qui sont déjà diplômés infirmiers en équivalences universitaires sur des cours principalement dispensés par des moniteurs à-peine plus formés que les infirmiers, et en master 1 et 2 sur 10 mois de formation accélérée. On imagine mal le secteur médical ou l'Ordre des Médecins accueillant dans ses rangs des médecins formés en 10 mois pour deux ou trois ans de programmes universitaires en face de médecine. Ce sont là des travers importants, de plus en plus visibles, qui montrent que les dérives causées par des volontés politiques qui ne tiennent pas forcément compte des intérêts des qualités des formations au service de l'Etat, sont conséquentes : la fonction administrative statutaire primant la qualité et le respect de la formation universitaire n'est pas une bonne pratique. On diminue les niveaux de formation au fur et à mesure qu'on s'élève dans les nominations titres et statutaires de l'administration, voire directoriales : là encore on sent la gestion politique politicienne de précarité ouvrant la porte à tous les abus vis-à-vis des personnels dûment titrés employés en personnels ressources : cette stigmatisation négative des formations universitaires nécessaires. Ces aspects paradoxaux des reconnaissances des valeurs d'Etat entraînant l'aggravation de la fracture sociale et participant à la normalisation de la réception de toutes les autres fractures, dont celles liées à la stigmatisation.

ix Pour un historique des associations en Santé Mentale j'ai utilisé, comme base, le texte disponible sur la page internet consacrée aux chapitres ouverts à partir de la recherche « Société d'hygiène en Santé Mentale ». Ce texte intitulé « Les associations en santé mentale » est référencé dans ce même texte non signé de la façon suivante en note de fin de texte :

- pour les citations de Jean Vignat : Réflexions sur la sociothérapie. Dans Annexes 50 relecture Revue pratique Croix Marine op.cit. L'opus citation devant renvoyer selon toute logique au Croix Marine N°4/1997.

- pour les citations de Jean Blandin Les comités hospitaliers Croix Marine in Annexes 50 relecture op.cit. A une première association « La Croix Brune » créée en 1935 fait suite la création en 1952 et la « Fédération des Associations Croix Marine d'Aide à la Santé Mentale » : « Les associations Croix Marine ».

En conséquence pour mes références de citations dans mon texte j'utilise « Croix Marine 50, p. )

x « Les droits du patient dans la loi du 4 mars 2002 - Guide méthodologique - Fédération hospitalière de France ». Cet article est vivement exposé à des observations en termes de « paternalisme ».

xi Acte Constitutif d'une Sous-Régie d'Avances au Centre Hospitalier de Cannes « service de psychiatrie adulte » Décision n° 2012/04.; et Acte de nomination du sous régisseurs de la sous régie d'avances, service de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier de Cannes - Décision nominative n°2012/05 . 19 décembre 2012

xii Voir le concept de « La Santé Mentale est devenue un outil de néolibéralisme » dégagé par Sophie Dufau dans « Médiapart.fr » du samedi 21 juin 2014, à partir de l'ouvrage de Mathieu Bellahsen « Santé Mentale – Vers un bonheur sous contrôle ». Préface de Jean Oury, Editions La Fabrique, 2014.

xiii Sans refaire le travail de Charles de Foucault sur l'histoire de la folie il est bon de se questionner sur les



définitions et les concepts que nous utilisons dans le vocabulaire commun qui pourrait être historiquement et philosophiquement issu du traité de Descartes « *Les passions de l'âme* » publié en 1649, dit « *Traité des passions* » qui, en instituant une distinction de fonctionnement entre celle du corps et celle de l'âme, arrivent en précurseur de la neurophysiologie dans le cadre de la manifestation des passions perturbatrices de l'âme. Au siècle suivant M.Lecat, toujours sur des bases physiologiques isole des « tempéraments » suivant les sexes et les âges : « *Sanguins, bilieux, flegmatiques, mélancoliques* ». Le Docteur Philippe Pinel produit son œuvre écrite de 1798 à 1817 en affirmant que les fous peuvent être compris et soignés, à l'origine de la réglementation psychiatrique de 1838 elle-même également issue du Code Napoléon sur l'ordre public. On parle encore de médecins aliénistes. Le passage du mot « folie » au mot « maladie » se trouverait pour une première fois dans la littérature française par l'œuvre de George Sand autour de 1835/40 dans « *Pauline* » « *Combien d'hommes, dans notre époque de romantisme, ont été réputés penseurs et poètes, rien que pour avoir l'orbite creuse et le front dévasté avant l'âge ! Combien ont paru hommes de génie qui n'étaient que malades* ». « *Pauline* », écrit à partir de 1832, fut continué en 1839 pour être publié en 1852.- Pour mémoire, c'est à cet écrivain que nous devons les premières descriptions cliniques d'une pathologie mentale lorsqu'elle met en scène les crises d'hystérie dissociatives d'Alfred de Musset dans « *Elle et Lui* » (1854). En 1853 Gérard de Nerval publie « *Sylvie* », la nouvelle écrite à l'envers, qui est un phénomène de réminiscence involontaire de la mémoire fondée sur les mécanismes des sensations et du souvenir, prototype de la recherche du temps perdu et l'initiatrice de la madeleine de Proust. La littérature dans le second tiers du XIX<sup>e</sup> siècle, à partir des maladies de l'âme entraînées par le poète André Chénier avant la Révolution française, puis amenée dans le champ Romantique par Châteaubriand (1804) – Le Génie du Christianisme parallèle à la filiation des « passions maladies de l'âme » d'héritage stoïcien et chrétien d'où Descartes l'avait écartée - met en route ou prépare le terrain culturel sur lequel vont éclore les grandes recherches et les principaux concepts de la psychiatrie et de la psychanalyse moderne qui vont transformer l'image sociale de la folie en maladie puis en maladie guérissable.

<sup>xiv</sup> Ces dispositions sont cependant exposées dans le compte rendu OMS *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 - Document OMS*.

Planifier en fonction des besoins mesurés et allouer, dans tous les secteurs concernés, un budget qui soit à la mesure des besoins recensés en matière de ressources humaines et autres pour mettre en œuvre des politiques, des lois et des services de santé mentale au moyen d'une structure/d'un mécanisme formel.[...] Planification des ressources : offrir un appui technique aux pays pour la planification multisectorielle des ressources, la budgétisation et le suivi des dépenses en matière de santé mentale. (p.13)

Repris de façon contrastée dans le texte de Geoff Shepherd, *Mise en pratique du rétablissement – Une méthodologie en vue du changement organisationnel*. Policy, Centre of Mental Health – Edition Québécoise

« Il s'agit de modifier les façons plutôt que d'injecter de nouvelles ressources » (p.4)

« Il y a une évolution marquée vers davantage de personnalisation et de choix [...] Il y a eu une augmentation considérable du recours aux paiements directs et aux budgets personnels. » (P.19)

<sup>xv</sup> Claire Compagnon, Véronique Ghadi, *Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé. Pour l'an II de la démocratie sanitaire – 14 février 2014* ». Rapport présenté par Claire Compagnon en collaboration avec Véronique Ghadi.

<sup>xvi</sup> Hélène Carpentier et Isabelle Guesdon Nicou, « *Regards sur la santé mentale des personnes sans-domicile-fixe – Revue bibliographique et Etude épidémiologique lilloise – Thèse pour le Diplôme d'Etat de docteur en médecine, sous la direction du Docteur Jean-Luc Roelandt*. Volumes .I et II, présentée et soutenue publiquement le 03 juin 1996. Faculté de Lille II – Droit et santé – Faculté de Médecine de Lille.

<sup>xvii</sup> Ce passage d'Eric Piel et de Jean-Luc Roelandt extrait de leur rapport, 2001, op.cit. P. 32, est éloquent quand

aux positions qui peuvent accompagner les appréciations sur la sectorisation :

*Les professionnels de santé publique de terrain attendent depuis des lustres de voir la DATAR, l'INSEE ou le Commissariat général au Pla, proposer à l'ensemble des partenaires des zonages géographiques qui pourraient être communs à tous les intervenants en s'emboîtant les uns dans les autres de l'aire la plus petite à la plus grande.*

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) distinguent les activités de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) de la psychiatrie. Même si l'on peut noter un frémissement avec l'adoption récente de quelques SROS de deuxième génération unifié. L'espace sanitaire régional, tout comme les territoires pertinents ou bassins de santé, militent pour une planification régionale. L'unicité du SROS (MCO, psychiatrie) gagnerait alors en cohérence

<sup>xvii</sup> Il y a là une réflexion à mener si la situation donnée par le rapport Piel et Roelandt , op.cit., 2001, p.18, est à peu près la même en 2014 qu'en 2001, soit 1 psychologue pour 15 infirmiers dont 80% sont dans le secteur public. C'est bien la ville, le communautaire qui inversement pourrait absorber les mono-compétences et redéployer un dispositif sur lequel le terrain spécialisé hospitalier en multi-compétences pourrait avoir son rôle spécifique de socle de l'administratif vers le communautaire (Roelandt), et non pas tout mélanger entraînant la prise en charge du rétablissement dans des vecteurs sur lesquels les usagers se perdent actuellement sans aucune efficacité et en tiraillements des avis « spécialisés » (vu sur le terrain).

## **BIBLIOGRAPHIE**

Acte Constitutif d'une Sous-Régie d'Avances au Centre Hospitalier de Cannes « service de psychiatrie adulte » Décision n° 2012/04; et Acte de nomination du sous régisseurs de la sous régie d'avances, service de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier de Cannes - Décision nominative n°2012/05 . 19 décembre 2012

Angius Marie - Ministère de l'Emploi et de la solidarité. DREES. Avec la collaboration de Jean-Luc Roelandt et Aude Caria: « *La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites* ». Dans, « *Direction de la Recherches des Evaluations et des Statistiques . Etudes et Résultats*». N° 116, mai 2001, Edition revue et corrigée

Avis du CCNE n°101, « *Santé, éthique et argent : les enjeux de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier* » , 26 juin 2008.

Basaglia Franco « *Corps, regard et silence – l'Enigme de la subjectivité en psychiatrie* ». Dans, « *L'Evolution Psychiatrique* ». 1965, tome 30, fascicule 1.

Bellahsen Mathieu « *Santé Mentale – Vers un bonheur sous contrôle* ». Préface de Jean Oury, Editions La Fabrique, 2014.

Blandin Jean, « *Les comités hospitaliers Croix Marines* ». Dans, « *Annexes Années 50 relecture Revue pratique Croix Marine n°4/1997* ».

---

Bonnet Clément, « De la circulaire de février 1958 à la loi de mars 2002 ». Clément Bonnet psychiatre des hôpitaux, président de la FASM Croix Marines. 2002.

Bureau Eve, Hermann-Mesfen Judith, « *Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire* ». Anthropologie et santé. En ligne, mai 2014.

Caldas de Almeida Jose Miguel, Killaspy Helen « Long-Term Mental Health Care for people with severe mental disorders ». Avec la collaboration de Angelo Fioritti (Italy), Filipe Costa (Sweden), Jean Luc Roelandt (France), Marcelino Lopez (Spain) and Jan Pfeiffer (Czech Republic).. La démocratie sanitaire à l'épreuve de la psychiatrie : commente » faire une place » à un « usager » dans un réseau de professionnels de santé mentale», Union Européenne 2011.

Carpentier Hélène, Guesdon Nicou Isabelle, « Regards sur la santé mentale des personnes sans-domicile-fixe – Revue bibliographique et Etude épidémiologique lilloise – Thèse pour le Diplôme d'Etat de docteur en médecine, sous la direction du Docteur Jean-Luc Roelandt. Volumes .I et II, présentée et soutenue publiquement le 03 juin 1996. Faculté de Lille II – Droit et santé – Faculté de Médecine de Lille.

Centre Hospitalier de Cannes Note de service n°2013-06, relative à l'organisation interne du pôle santé mentale – établie le 25 juin 2013 N.REF : JFL/CH 2013 136.

Centre Hospitalier de Cannes, « associations de patients, un autre regard sur l'hôpital ». Dans « La Palme – Le journal du personnel de l'hôpital de Cannes ». N°255 – juillet/août 2014.

CCOMS, 4° Rencontres Internationales du CCOMS (Lille, 30 et 31 janvier 2014)

Circulaire Elaboration du volet psychiatrique et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération. Circulaire DHOS/O2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 – Région Paca - volet psychiatrique et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération

Compagnon Claire, Ghadi Véronique, « *Rapport à la ministre des affaires sociales et de la santé. Pour l'an II de la démocratie sanitaire - 14 février 2014* ». Rapport présenté par Claire Compagnon en collaboration avec Véronique Ghadi.

C.P.H. Un texte de la CPH (Confédération des Praticiens des Hôpitaux – La Spécificité de la Psychiatrie Publique)

Cour des comptes « La fiscalité liée au handicap : un empilement de mesures sans cohérence » - Rapport Public Annuel 2014 – Février 2014.

Couty Edouard, Scotton Claire, « Le pacte de confiance pour l'hôpital – Synthèse des

---

Travaux –Rapport » Février 2013. DHOS/O2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004.

Dardot Pierre, Laval Christian, « Commun – Essai sur la révolution au XX<sup>e</sup> siècle ». Paris, 2014.

Delaunay Alice, *Un demi- siècle de Croix-Marines*. Dans, Pour une psychiatrie sociale. ERES, 2002, p.9-9.

Dufau Sophie dans « Médiapart.fr » du samedi 21 juin 2014.

Favrod Jérôme, Rexhaj Shyhrete, Ronsack Charles, « *Psychoéducation et cours de rétablissement* ». Dans, « Santé Mentale – Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie La psychoéducation en question. Janvier 2014, n°184, p.24 à 2

Fédération Hospitalière de France « Les droits du patient dans la loi du 4 mars 2002 - Guide méthodologique - Fédération hospitalière de France ».

Instruction n°131 du 20 août 1954.

Houphouët-Boigny Félix, Ministère de la Santé Publique et de la population. Direction générale des Santé Publique – 7<sup>e</sup> bureau – Circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail aux malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques (non parue au Journal Officiel)

La psychiatrie dans la cité ...Etayage social et/ou approche thérapeutique ? – 5<sup>e</sup> journées de Psychothérapies institutionnelle. Marseille 15-16 novembre 1991, p.85 et 86.

La représentation des usagers dans les établissements de santé : bilan et propositions -Actes du 8<sup>e</sup> congrès de la Réhabilitation. 7 mars 2014.

Les associations en santé mentale » texte pris sur le net – aucune référence précise malgré son caractère historique précis.

Le Sommer-Péré Myriam, « Ethique et pratiques soignantes. L'expérience de la gérontologie » Seli Asram, 2012.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Massé Gérard, HoussinXavier, Service social et psychiatrie de secteur. Préface de Roger Ropert. Paris, 1983.

Peynaud Claude, Nus – 2013-2014 – ABAC – 2013-2013. Septembre 2013. Claude Peynaud, Nus – 2013-2014 – ABAC62013-2104 septembre 2013 - <http://coureur2.blogspot.fr/2013/09/nus-2012-2013-abac-nus-2012-2013-2012.html>.

---

PIEL Eric, Roelandt Jean-Luc « *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale* » Rapport de Mission – Juillet 2001 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la santé.

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 - Ministère chargé de la Santé.

Roelandt Jean.Luc.: dans, « *L'Information Psychiatrique 2012 ; 86 : 77-83* ». N°9 – novembre 2010.

Shepherd Geoff, *Mise en pratique du rétablissement – Une méthodologie en vue du changement organisationnel*. Policy, Centre of Mental Health – Edition Québécoise.

Supligeau Marie-Odile, « *Clubs Thérapeutiques et « groupes d'entraide mutuelle » - Héritage ou rupture ?* ». Dans, « *VST N°95 - Collectif - Groupe et institution* ». 2007/3, p. 54 à 63

Tétard Françoise, « *« Pour une psychiatrie sociale ; La psychiatrie « associative » en mouvement. De la Société d'hygiène mentale du Centre à la Fédération des Sociétés de Croix-Marine (1947-1958)* ». Paris, 2002

T2A du 10 juillet 2010 – Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Mis en ligne août 2010, Actualisation juillet 2014.

Veil Simone, « *Les clés du social – un regard sur le social. L'intégration des personnes handicapées : la loi du 30 juin 1975* ». Document disponible sur le net.

Vignat Jean-Pierre, « *Réflexions sur la Sociothérapie* ». Dans « *Annexes années 50 relecture Revue pratique Croix Marine* ». Psychiatrie et socialité. Erès 1993.

---

## 4° DE COUVERTURE

La réflexion sur l'empowerment des usagers face aux financements et aux choix des soins en institution hospitalière n'est pas sans repositionner l'histoire de la psychiatrie en France. La reconnaissance participative active des usagers en termes de budgets, de destigmatisation et de reconnaissance citoyenne est impliquée. La création des associations avait permis de dégager des axes de recherches qui, gérés et administrés par des soignants ou des personnels hospitaliers, ne rendaient pas aux usagers les places qui leur revenaient au sein de la démocratie sanitaire émergente.

On restait dans l'empowerment des soignants sans atteindre à l'empowerment des usagers.

La crise économique qui touche actuellement de nombreux pays a entraîné certaines administrations à revoir leurs modes de financements à la baisse avec un regard plus acéré sur leurs utilités thérapeutiques en supprimant les subventions aux associations intra hospitalières au profit d'une prise en charge par des budgets de régie auxquels les usagers ne participent toujours pas. Parallèlement les associations de ville, les GEM, les ASV sur lesquels se greffent les CLSM, permettent de dégager une plus réelle participation des usages à leur réinsertion dans la communauté, ainsi que de leurs aidants. Inversement, la restriction des budgets de l'administration permet de générer un autre regard sur l'emploi des budgets institutionnels hospitalier vers ceux des associations communautaires. Ces articulations passent alors par une remise en question du dispositif de prise en charge de la pathologie mentale vers la santé mentale dans la communauté. C'est sur ce terrain confronté à de multiples incohérences que j'ai posé un début de réflexion fondée sur l'histoire et le présent, vers un avenir moins archaïque, selon mon expérience au Centre Hospitalier de Cannes, à travers la gestion des petits budgets dont j'ai la charge en Sous-Régie de Pôle et en Ateliers Thérapeutiques intersectoriels intra hospitaliers que je coordonne.

Mots clés : Santé Mentale,

Associations,

Budgets,

Communauté,

Secteur,