

VERS LA PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE :

la création d'un département de prévention et
de promotion de la santé mentale

Diplôme Interuniversitaire
« Santé mentale dans la communauté : étude et applications »

Paris - Lille – Marseille
Année 2012-2013

Mémoire de fin d'étude

Tuteur du mémoire : Docteur Jean-Luc ROELANDT

Jean-Pascal PAREJA
Septembre 2013



Vers la psychiatrie communautaire : la création d'un département de prévention et de promotion de la santé mentale.

Plan

I.	Introduction	2
II.	Le contexte.....	2
A.	Le Centre Psychothérapique de Nancy.....	2
B.	Lunévillois : une expérience territoriale de prévention et de promotion de la santé mentale ...	3
III.	Considérations générales.....	5
A.	Prévention et promotion de la santé mentale	5
B.	Prévention, santé mentale, psychiatrie dans la communauté	6
IV.	Les étapes de la méthodologie	8
A.	Programme médical d'établissement 2007-2011 : les prémices.....	8
B.	2012 : l'exploration de la réalité partenariale, la première étape du projet.....	9
C.	2012 – 2013 : Le « groupe projet prévention »	12
1.	Un projet de développement : Département de prévention et promotion de la santé mentale :	12
2.	Information et formation initiale :	15
3.	Recueil des besoins des partenaires :.....	15
4.	Développement de dispositifs locaux en partenariat :	15
5.	Communication et information continues :	16
6.	Évaluation :	16
D.	Et maintenant ?.....	16
V.	Discussion.....	16
A.	De l'implication personnelle dans le projet.....	16
B.	De la finalité même du projet.....	18
C.	De la méthodologie suivie	19
D.	Des difficultés actuelles et à venir	20
VI.	Conclusion.....	23
VII.	Glossaire des abréviations utilisées.....	24
VIII.	Bibliographie	25
IX.	ANNEXES : Fiches Actions	27
A.	FICHE ACTION N° 1.....	27
B.	FICHE ACTION N° 2.....	28
C.	FICHE ACTION N° 3.....	29
D.	FICHE ACTION N° 4.....	30
E.	FICHE ACTION N° 5.....	31
F.	FICHE ACTION N° 6.....	32

I. Introduction

« Je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties. »

Blaise Pascal ⁽²³⁾

L'objet de ce document est de relater une expérience encore en cours de mobilisation des esprits et des énergies au Centre Psychothérapique de Nancy à Laxou (CPN) autour de l'idée de la psychiatrie dans la communauté.

Son outil est la création d'un département de prévention et de promotion de la santé mentale au service et à l'échelle non seulement de l'hôpital lui-même mais aussi et surtout de la population desservie et des partenaires institutionnels ou professionnels agissant dans cette communauté.

Une telle action a pour but l'inscription dans la communauté desservie de l'action psychiatrique, suivant les conceptions amenées par l'OMS de structurer et de développer le travail en partenariat ⁽²⁴⁾. En tant que telle, elle n'aurait aucun intérêt si elle se développait seule et pour son propre compte : elle ne peut être qu'un élément parmi d'autres d'une politique globale et partagée par tous d'une psychiatrie communautaire. Mais elle peut en constituer une amorce...

L'expérience d'une unité de prévention et de promotion de la santé mentale est déjà éprouvée et a largement montrée ses effets positifs depuis environ quinze ans, pour une partie du bassin de population du CPN, le Lunévillois : deux services de psychiatrie du même territoire (infanto-juvénile et adulte) se sont associés dans sa création et sont partis à la rencontre et à l'écoute des partenaires et de la population.

La généralisation de cette expérience est-elle possible ? Est-elle souhaitable et à quelles conditions ?

II. Le contexte

A. Le Centre Psychothérapique de Nancy

Le CPN (Centre Psychothérapique de Nancy) est un établissement très ancien : il est fondé en 1592, il y a donc plus de quatre cent ans, par la donation d'une bienfaitrice nancéenne, Anne Férié. L'institution d'abord tenue par des religieux, est transformée en asile après la révolution puis en asile départemental depuis promulgation de la loi de 1838 et enfin en centre psychothérapique dans les années 1960 pour devenir un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) appellation certes officielle mais jamais admise par l'usage, l'appellation 'CPN' restant ancrée pour tous.

Passé de 2800 lits à la fin des années 1960 à 345 lits actuellement, le CPN a traversé les mêmes évolutions que l'ensemble du dispositif psychiatrique public français, avec l'application laborieuse mais réelle de l'esprit de la sectorisation et le développement très progressif d'une cinquantaine de structures extra-muros (CMP, CATTP, HJ, équipes mobiles, ...).

La population desservie du sud du département de Meurthe-et-Moselle est de 570.000 habitants, soit la majorité du département (730.000 habitants) : au CPN se trouvent cinq secteurs de psychiatrie générale, trois inter-secteurs infanto-juvéniles, auxquels se jouxent deux autres secteurs de psychiatrie générale : un secteur rattaché à l'hôpital de Saint-Nicolas-de-Port qui est en direction administrative unique avec le CPN et un secteur pour Toul, rattaché au CHUN.

Le regroupement en pôles a permis de réunir les trois intersecteurs en seul pôle infanto-juvénile desservant tout le sud du département de Meurthe-et-Moselle, les trois secteurs pour adultes desservant l'agglomération nancéenne en un seul pôle dit 'du grand Nancy' et les deux secteurs semi ruraux (Lunéville et Pont-à-Mousson) ont chacun constitué un pôle. La référence à l'unité naturelle de bassins de population a donc été le guide dans les choix de constitution des pôles.

Trois des quatre universitaires de la psychiatrie lorraine exercent au CPN en tant que chefs de service, dont deux en tant que chefs de pôle : le pôle infanto-juvénile et le pôle du Grand Nancy.

Le pôle de Lunéville et celui de Pont-à-Mousson se sont engagés dans une politique de secteur la plus sincère possible, aboutissant à une recherche d'inscription dans la communauté : baisse des lits d'hospitalisation, redéploiement vers les équipes de suivi ambulatoire, déplacement des lits au sein même du cœur du secteur dans deux unités (UPM pour Lunéville et UPPAM pour Pont-à-Mousson).

B. Lunévillois : une expérience territoriale de prévention et de promotion de la santé mentale

Le pôle de Lunéville, de concert avec le secteur infanto-juvénile homologue du même territoire, a mis en place depuis treize ans une unité de prévention et de promotion de la santé mentale (acte constitutif présenté au Conseil d'Administration du 19 Mai 2000) qui a pour objectifs de « *promouvoir le bien-être et la santé mentale dans l'arrondissement de Lunéville et de contribuer à la prévention des troubles mentaux, d'évaluer l'impact des actions engagées* ». Cette unité, propre au champ psychiatrique, c'est fondue dans une autre créée à cet effet, l'hégémonie de tel ou tel partenaire ayant pu être écartée dans l'édification d'une structure commune, le **Groupement Lunévillois de Prévention et Promotion de la Santé Mentale** réunissant la psychiatrie de secteur publique et le territoire d'action médico-sociale auxquels peuvent s'associer de façon contractuelle, selon les actions, d'autres partenaires, groupement qui fonctionne sur les modalités d'un réseau et fait l'objet d'une annexe à la convention qui lie le Conseil Général de Meurthe et Moselle et le Centre Psychothérapique de Nancy depuis septembre 2005.

De plus, les deux services de psychiatrie du Lunévillois (infanto-juvénile et pour adultes) participent depuis deux ans, c'est-à-dire depuis sa création, au premier CLSM de Meurthe-et-Moselle et l'un des tout premiers de Lorraine.

Ces actions s'appuient sur le choix d'une démarche de psychiatrie intégrée dans la communauté incluant la participation des usagers et des familles ainsi que des élus et des acteurs du champ médico-social.

Cette expérience a confirmé un certain nombre de points :

- La prévention oblige à prioriser un travail de partenariat avec les acteurs de première ligne que sont les médecins généralistes et les services sociaux.
- La promotion de la santé mentale a confirmé que la santé publique était l'affaire de tous et non des seuls médecins ; elle ouvre l'espace d'intervention en direction des élus, de la population générale, des usagers, des associations, des familles... et place les équipes psychiatriques comme partenaires dans cette démarche.
- Ces divers partenariats facilitent le développement d'une analyse critique de l'offre de soins et permettent plus aisément son évolution.
- Il a été intégré le fait que les équipes de psychiatrie étaient trop souvent stigmatisantes du fait d'un déficit de communication sur leurs pratiques, de représentations négatives, et parfois même du fait de la modalité de certaines prises en charge, pouvant freiner l'accès aux soins le plus précoce possible.
- Le travail d'enquête, donc de recherche, permet de proposer et de structurer des interventions et des actions à partir de la consultation des partenaires au sens large, pour répondre au mieux aux besoins exprimés ou observés.
- L'épidémiologie et la recherche d'une façon générale constituent un des piliers de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

Ainsi cette unité de prévention et promotion de la santé mentale a donné l'occasion sur un territoire donné :

- d'instiller une réflexion sur les pratiques, de les adapter ou de les modifier lorsque nécessaire et possible.
- de structurer des modes de collaboration tels que le REPSEL (Réseau Psychiatrie Social Est Lunévillois), le REPSOL (Réseau Psychiatrie Social Ouest Lunévillois), situations périnatales complexes, formations communes de professionnels...
- de créer des dispositifs passés dans les pratiques habituelles, tels par exemple le RAPP (Réseau d'Alerte Pluri Professionnel) ou le STAPA (Soutien Téléphonique aux Personnes Âgées dans le cadre de la prévention du suicide) et prochainement le RESAAD (Réseau d'Évaluation des Situations d'Adolescents et d'Adultes en Difficulté).
- de mettre en place un modèle d'intervention à 3 voix (patients, familles, professionnels) dans les différentes actions d'information en direction de la communauté.
- de participer à des 'actions – recherche' comme l'enquête OMS : 'Santé mentale en population générale : « Images et Réalités »' en 2006 ⁽²⁷⁾.
- d'intégrer un programme européen INTERREG IV A (création d'une alliance transfrontalière de prévention et promotion de la santé mentale).
- d'initier une action recherche toujours en cours sur la prévention des retards de développement de l'enfant.
- de créer le Groupement Lunévillois de Prévention au sein duquel se retrouvent associés notamment les services du Conseil Général et les services de psychiatrie intervenant sur le territoire.
- de mettre en place un CLSM (Conseil Local de Santé Mentale) en partenariat avec les élus et acteurs de terrain.
- de construire avec les partenaires une réponse aux besoins de la communauté, permettant un véritable travail en réseau fondé sur un partenariat sans hégémonie.

Les liens, échanges et travaux avec d'autres partenaires tels par exemple le Centre Collaborateur de l'OMS de Lille Armentières pour la recherche et la formation en psychiatrie, les partenaires frontaliers (Sarrois, Luxembourgeois et Wallons) ont permis de réaliser l'importance du travail d'évaluation (APES Université de Liège), aussi bien pour les pratiques habituelles que pour les actions spécifiques ou de recherche ⁽¹⁸⁾.

Ces liens ont montré également toute l'importance et donc l'intérêt du travail épidémiologique et de recherche d'une façon générale, pour la prévention et promotion de la santé mentale.

L'ensemble de ces constatations est partagé par les partenaires, conforté par des années de travail en commun. Des interventions réitérées de généraliser ce dispositif à tout le sud du département ont été faites auprès des services de psychiatrie du département ou de la direction administrative, notamment, pour nommer les principales interventions de ces deux dernières années : le Conseil Général, les associations de patients (UNAFAM, ESPOIR 54), les services de police et de gendarmerie relayés par la Préfecture du département, l'association des maires de Meurthe-et-Moselle, les médecins généralistes par les associations représentatives. C'est précisément ces interventions qui ont convaincu la direction du CPN et certains collègues médicaux ou paramédicaux d'explorer une possibilité de structurer le travail de partenariat en transposant – ou s'inspirant largement – de l'expérience lunévilloise.

III. Considérations générales

A. Prévention et promotion de la santé mentale

Depuis 1960^(2,19), la prévention au même titre que les soins et la réhabilitation fait partie des missions de la psychiatrie publique. Cependant la culture de la prévention ne s'inscrit que très lentement dans les pratiques. Ainsi, le précédent projet médical d'établissement 2007-2011 comportait un volet prévention en santé mentale mais qui n'a pas su mobiliser l'ensemble des services ou pôles.

Néanmoins, durant ces dernières années, des initiatives ont pu montrer l'intérêt et l'importance des actions de type partenarial engagées dans ce domaine. Ce partenariat facilite la destigmatisation et induit des retombées positives sur la facilitation de l'accès aux soins. Mais au-delà, il interagit aussi indirectement sur la prise en charge globale des patients, l'organisation des soins et la réhabilitation.

Organiser la prévention et la promotion de la santé mentale à l'échelon de l'établissement s'inscrit bien dans le Projet Médical d'Établissement (PME) et dans ses ambitions de poursuivre le développement d'une psychiatrie intégrée dans la communauté :

- Des actions sont déjà effectuées et des liens tissés par chaque pôle avec les différents acteurs de leur territoire.
- L'établissement a acté sa volonté de travailler avec les associations de familles et d'usagers, partenaires indispensables dans le domaine de la prévention au même titre que les acteurs sociaux, médicaux et les élus.

Il convient aussi de rappeler que la santé mentale fait partie de la santé publique et que la santé publique est l'affaire de tous et non des seuls médecins.

La prévention et la promotion en santé mentale sont des concepts difficiles et qui ont évolué mais qui demeurent liés et souvent indissociables dans la pratique.

Concernant la prévention, les classiques catégories de prévention primaire, secondaire et tertiaire ont montré à l'usage qu'elles étaient en fait tellement larges qu'elles englobaient pratiquement toutes les activités des domaines de la santé mentale.

L'évolution des dernières années vise beaucoup plus à désigner les actions de prévention comme celles qui anticipent un désordre. Ainsi c'est la prévention primaire qui est la véritable prévention.

La prévention ^(9,29) *pourrait alors se définir comme ce qui vise la réduction de l'incidence des problèmes de santé mentale en s'attaquant aux facteurs de risque et aux conditions pathogènes. Elle s'adresse à la population générale ou à certains groupes particuliers exposés à de tels facteurs ou conditions.*

La promotion de la santé mentale ^(3,9,18,21) *peut se définir comme ce qui vise l'accroissement du bien-être personnel et collectif en développant les facteurs de robustesse et les conditions favorables à la santé mentale.* Son action porte sur les déterminants de la santé plutôt que sur les facteurs de risque et vise la population générale ou des sous-groupes particuliers. L'*empowerment* en est une composante essentielle ^(8,12,16,17,20,25,30).

Pour ce qui est du **moment de l'intervention**, en prévention il s'agit d'intervenir avant l'apparition des symptômes alors que pour la promotion de la santé mentale, c'est en tout temps que l'on peut intervenir. Les modèles sont épidémiologiques et cliniques pour la prévention. Ils intéressent la psychologie du développement, l'écologie et les aspects socioculturels pour ce qui concerne la promotion de la santé mentale.

Il est possible ainsi de voir quelques différences concernant ces deux concepts :

- la prévention s'inscrit dans une logique de maladies ou de problèmes dont on peut éviter la survenue, que ces problèmes soient de nature psychosociale ou de l'ordre des troubles mentaux caractérisés ;
- concernant la promotion de la santé mentale, celle-ci s'inscrit dans une logique d'accroissement de la santé mentale et du bien-être personnel et collectif.

B. Prévention, santé mentale, psychiatrie dans la communauté

*« Si l'on me demande ce qu'il est, je ne le sais pas.
Si l'on ne me le demande pas, je le sais. »
Saint Augustin, in 'La Cité de Dieu', V^e siècle.*

La circulaire du 15 mars 1960 ⁽²⁾ fondatrice de la sectorisation psychiatrique, introduisait la prévention en santé mentale dans le champ de la psychiatrie. À ce jour, rien ne permet de penser qu'elle en est exclue, bien au contraire, même s'il est évident que jusqu'à ce jour la prévention et la promotion de la santé mentale sont restés les parents pauvres, ayant été plus l'objet d'incantation, de déclaration d'intention que de politiques volontaristes qui faciliteraient le travail des équipes dans un indispensable partenariat ⁽⁴⁾.

Il convient donc de réaffirmer que la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale font partie des missions de la sectorisation et que leur développement est lié de fait directement à la volonté et à la capacité d'ouverture des équipes de secteur psychiatrique sur la

communauté dans laquelle ils interviennent et cela quelles que soient les modalités d'organisation de la psychiatrie publique, c'est à dire qu'il s'agisse de département, de secteur, d'intersecteur ou selon la nouvelle appellation et organisation de pôle de psychiatrie.

Il convient également de rappeler que la sectorisation psychiatrique, telle que définie par la circulaire du 15 mars 1960, est loin d'avoir donné tout ce qu'elle aurait dû, non pas par faute de conception, mais par déficit probable de motivation et de volonté des acteurs. Il est juste de rappeler cependant que les politiques de soins ont été privilégiées pendant trop longtemps au détriment des politiques de réhabilitation psychosociale et de prévention ou de promotion de la santé mentale qui sont restées de ce fait en manque de moyens.

Et pourtant de nombreux rapports n'ont jamais manqué de faire état de l'importance qu'il y avait à se pencher sur des actions de prévention et de promotion en santé mentale ^(22,24,29,9,3,7,10,15,26).

Prenons le simple exemple d'un des rapports des années passées, le rapport Joly⁽¹⁵⁾ où il est souligné clairement que rien ne sera possible tant que l'image de la psychiatrie n'évoluera pas favorablement dans les représentations sociales. Ce rapport insistait à dire pourquoi une politique de communication sur la santé mentale, la maladie mentale, le trouble psychique et la psychiatrie devait être développée au niveau de chaque secteur de psychiatrie auprès des partenaires d'action médicaux et sociaux mais également de la population. **Ce travail de communication devait constituer le préalable à toutes actions**, et entrer directement dans le champ de la promotion de la santé mentale. Ce rapport ajoutait aussi que pour déclencher très tôt le réflexe préventif, il était nécessaire tout en dédramatisant la maladie mentale d'en vulgariser au maximum les symptômes et certains facteurs déclenchant afin que la population s'approprie un rôle actif dans la prévention. Cette action relevait de chaque secteur de psychiatrie qui devait développer son réseau de partenariat avec les professionnels de la santé, les acteurs sociaux, les élus, les associations, la population.

Dans cet état d'esprit, il convient de rappeler qu'en matière de prévention et de promotion de la santé, nous nous trouvons dans le domaine de la santé publique, dont la santé mentale est un des aspects, et qu'à ce titre, il est aussi juste qu'important de redire que la santé publique, donc la santé mentale, n'est pas l'affaire de la seule médecine ou psychiatrie, mais l'affaire de tous.

Ceci étant rappelé, il n'est pas inutile de préciser que le partenariat dont on parle volontiers et notamment lorsqu'il s'agit de constituer des réseaux, ne peut avoir de chance d'être réel et fort qu'à la condition de certains principes. Il s'agit d'abord non pas d'avoir des partenaires, mais d'être partenaire. De plus, un partenariat et plus tard un réseau, ne peut se constituer que librement et dans une démarche volontaire et sans hégémonie. Chaque partenaire est expert dans son domaine, à égalité avec les autres et la force du partenariat réside en l'échange des savoirs et des pratiques de chacun.

Enfin, un réseau ne peut se constituer qu'à partir d'un partenariat préalable, éprouvé, appliquant une culture de l'évaluation ^(18,20). Ce réseau ne sera cependant jamais une fin en soi mais un outil mis au service d'objectifs.

Le rapport d'étape de la commission d'orientation prévention présidée par M. Toussaint ⁽²⁹⁾ concernant l'état des lieux des éléments de réflexion sur les démarches de prévention dans le système de soins français et des perspectives concernant les évolutions à court terme qui comprend

Huit thèmes:

- 1) Parcours de prévention et protection sociale
- 2) Inégalités de santé et organisation territoriale
- 3) Promotion de la santé en milieu de travail
- 4) Promotion de la santé en milieu scolaire
- 5) Éducation du patient et maladies chroniques
- 6) Outils et méthodes de dépistage
- 7) Recherche, évaluation, formation
- 8) Déterminants environnementaux

Ce rapport se fonde sur la nécessité d'établir une continuité entre un système de soins encore essentiellement basé sur le curatif et les nouveaux enjeux de prévention. Il cible aussi le décloisonnement entre les nombreux acteurs impliqués par la démarche préventive dans les mondes éducatif, médical, paramédical, social ou de la recherche autour d'un objectif commun : améliorer la qualité de vie des Français. Il vise à assurer l'évaluation à chaque étape de l'ensemble des projets proposés.

Une telle démarche du Centre Psychothérapique de Nancy doit se fonder sur une volonté d'individualiser donc d'officialiser les démarches de prévention et promotion en santé mentale dans un esprit de partenariat avec les autres acteurs de la communauté dans laquelle les équipes de psychiatrie publique interviennent. Cette officialisation oblige alors à présenter des objectifs, des moyens et impose l'évaluation des actions effectuées, évaluation qui doit être confiée à un organisme extérieur ^(18,22).

Le partenariat indispensable en matière de prévention est un préalable à l'édification ultérieure de véritables réseaux dans les principes et règles édictés. La mise en place d'une formation commune à tous les acteurs de ce partenariat, à savoir formation aux concepts, objectifs, moyens, stratégies et actions en matière de prévention et promotion de la santé mentale, paraît indispensable et facilitant l'édification d'une culture de prévention et de promotion en santé mentale. Il ne s'agit cependant pas d'individualiser des spécialistes de la prévention et de la promotion en santé mentale mais de permettre dans ce champ d'actions à chaque professionnel de mettre en œuvre selon ses moyens ou sa place, les principes qui permettent à une psychiatrie publique d'être véritablement communautaire voire citoyenne.

IV. Les étapes de la méthodologie

A. Programme médical d'établissement 2007-2011 : les prémices

Lors d'une journée d'échanges (23 juin 2005) sur la préparation du projet médical 2007-2011 du Centre Psychothérapique de Nancy, ouverte aux professionnels, usagers et représentants des usagers, un atelier a été organisé sur le thème «Prévention et Promotion de la santé mentale ».

Il a permis de faire l'état des lieux suivant :

- Émergence de demandes et multiplication des initiatives et des réalisations.
- En l'absence de politique concertée les réponses sont empiriques.
- L'évaluation n'est pas encore inscrite dans notre culture professionnelle.

- Liens avec les usagers: fortes attentes.
- Réseau interne (secteurs, établissement) : une nécessité pas toujours simple.

Et une analyse des dysfonctionnements mettant en évidence la nécessité de :

- Définir un périmètre d'action.
- Valoriser les capacités, les compétences en interne comme en externe.
- Mieux tenir compte des associations d'usagers et des familles d'usagers.
- Demander aux « autres » (en dehors de la psychiatrie) ce qu'ils peuvent apporter à la santé mentale.

Le projet médical d'établissement de 2007-2011 prévoyait – généreusement ! – l'exploration d'une politique de prévention et éventuellement la création d'une unité de prévention à l'échelle de l'établissement : validé par les instances de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT) ce beau projet est resté à l'état de concept. Toutefois, l'idée étant validée, les esprits étaient ainsi préparés à une nouvelle réflexion sur ce même thème.

C'est précisément la recherche de la mobilisation de tous les esprits autour de l'idée du partenariat qui a été le fil du déroulement des étapes de la méthodologie, tant au sein même de l'établissement qu'en dehors, justement parmi 'les partenaires'.

B. 2012 : l'exploration de la réalité partenariale, la première étape du projet

Une première étape décisive devait mesurer l'impact qu'ont l'idée d'un travail partenarial et sa réalité dans l'action quotidienne des équipes de psychiatrie. Dans ce premier temps de l'exploration, l'étude est tournée vers la mobilisation intérieure de l'hôpital. De ce fait, l'enjeu était d'être exhaustif dans la représentation de toutes les équipes des professionnels de la psychiatrie et dans l'exploration du travail accompli.

Les instances de l'établissement (CME, CTE, CSIRMT) ont validés courant 2012, une « Évaluation du travail partenarial » dans la cadre de la « Prévention et promotion de la santé mentale ». Le but annoncé et validé était « *Promouvoir au niveau institutionnel le travail partenarial* » avec comme objectifs opérationnels sur le terrain de « *Questionner les connaissances, les habitudes de travail, les attentes et motivations des professionnels en matière de travail partenarial* ».

Un groupe de neuf « enquêteurs » a été constitué dans ce but : infirmiers, cadres, psychologue, médecin provenant de l'ensemble des équipes de psychiatrie de l'hôpital.

Ce groupe a tout d'abord réalisé un questionnaire d'enquête explorant les connaissances, les habitudes de travail, les attentes et les motivations en matière partenariales.

Le travail d'enquête lui-même s'est déroulé auprès de soixante-six professionnels de l'établissement tirés au sort et représentatifs de l'ensemble des corps professionnels et des modes d'exercice (intra ou extra muros, équipe infanto-juvénile ou adulte, secteur citadin ou rural) sous la forme d'un échange semi directif directement sur le lieu de travail. Aucun refus ni obstacle à la réalisation pratique n'a été relevé, la validation par les instances de l'hôpital ayant été annoncée.

Les résultats, essentiellement qualitatifs, sont :

1. Les partenaires les plus spontanément cités, (par ordre décroissant) :

- 94% Associations
- 83% Médicosocial
- 69% Conseil Général
- 66% Hôpitaux
- 56% Centres d'hébergement sociaux
- 51% Médecins généralistes
- 51% PMI
- 51% Éducation Nationale
- 43% Aide Sociale Enfance
- 36% Justice
- 34% Police
- 21% Gendarmerie
- 21% Autres
- 13% Pénitentiaire

2. Les aspects positifs du travail en partenariat :

- **98%** des personnes interrogées pensent que le travail en partenariat fait partie de leurs missions professionnelles :
 - 65% le partenariat favorise les échanges de pratiques et permet l'information réciproque
 - 58% le partenariat participe à la qualité de la prise en charge
 - 23% le partenariat fait partie du travail de prévention
 - 20% le partenariat optimise le fonctionnement institutionnel au sens large
- 90% disent que le travail en partenariat est intégré dans la pratique de leur service
- 81% disent que leur formation et leur expérience leur permettent de mener à bien ce type d'action (certains professionnels différencient la formation et l'expérience, certains mettant plus en avant l'expérience).

3. Les aspects à améliorer dans le travail en partenariat :

- 60% des personnes disent que les moyens pour la mise en œuvre du partenariat paraissent adaptés
- Les autres précisent (40%) :
 - Manque de temps dédié
 - Absence de politique structurée et partagée
 - Manque de moyens humains
 - Manque d'information
 - Absence de culture du partenariat chez les nouveaux professionnels
 - Manque de reconnaissance du travail de partenariat
 - Lourdeur du fonctionnement
- Seulement 29 % des personnes disent avoir une information suffisante sur les actions de partenariat menées.

4. Avantages du travail en partenariat

- 74% Échanges de connaissance des pratiques
- 73% Intérêt pour le patient
- 42% Prévention et promotion de la santé mentale
- 29% Enrichissement et qualité du travail

5. Inconvénients du travail en partenariat

- 38% Contraintes matérielles
- 14% Risques déontologiques et autres craintes
- 12% Manque de connaissance du fonctionnement des partenaires
- 7% Absence de reconnaissance
- 5% Manque de continuité

6. Les qualités du concept de partenariat

- 44% Échanges et partage
- 42% Richesse ouverture enrichissement
- 42% Complémentarité collaboration
- 18% Efficacité
- 17% Écoute aide
- 17% Information Connaissance
- 15% Cohésion Cohérence
- 14% Nécessité (14%)
- 9% Disponibilité
- 8% Savoir être
- 6% Prévention

7. Préconisations recueillies

- Recenser les actions de partenariat
- Les rendre lisibles pour l'ensemble des professionnels du CPN et des partenaires
- La mise en place d'informations Intranet - Internet – glossaire
- Définir des axes de formation
- Développer l'information
- Prévoir l'évaluation
- Constituer un groupe ressource pour accompagner ces préconisations

Les résultats de cette enquête sont intéressants à plus d'un titre : outre qu'ils constituent le préalable à la poursuite de l'action, ils constituent une photographie de l'état de l'opinion et des attentes de l'ensemble des équipes de psychiatrie de l'hôpital.

La publication de ces résultats devant les instances (CME, CTE, CSIRMT), notamment syndicales et médicales, mais aussi administratives, a démontré et concrétisé les attentes – mais aussi les difficultés –, de la structuration d'un travail de partenariat.

C. 2012 – 2013 : Le « groupe projet prévention »

Cette enquête initiale, dont les principaux résultats sont ci-dessus, constitue le préalable à la mise en place d'une solution pour concrétiser, structurer, dynamiser un travail partenarial constaté comme déjà existant et important. Toutefois elle a mis en évidence son caractère 'artisanal' voire fragile, dépendant parfois de l'action que d'une seule personne. Si l'importance du partenariat est massivement reconnue par les professionnels interrogés, elle reste au second plan par rapport au « vrai » travail, le soin...

En listant les interrogations et les attentes formulées par les professionnels lors de cette enquête liminaire, l'étape suivante était ainsi annoncée. Or, la réflexion lancée par le Directoire au même moment, à partir de la fin 2012, pour instruire le nouveau projet médical d'établissement quinquennal (PME) est tout naturellement le moyen d'inscrire la prévention et la promotion de la santé mentale comme l'un des axes à mettre en place.

Un pilote (moi-même) est désigné pour constituer un groupe de travail dès décembre 2012 et formuler des propositions lors d'une restitution « publique » (c'est-à-dire les salariés de l'établissement) courant mars 2013 (en fait elle aura lieu en avril).

La constitution de ce groupe de travail reprend une partie des « enquêteurs » de la première étude tout en ayant au moins un membre de chaque pôle et de chaque métier parmi les soignants (infirmiers, cadres, cadres supérieurs, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychiatres), et doit maintenant s'élargir à l'extérieur de l'établissement : des représentants de l'UNAFAM, d'ESPOIR 54, trois usagers du GEM 'les amarres' de Nancy (à leur demande reçus qu'une fois), le Conseil Général 54.

La discussion a d'emblée situé que « *la prévention est l'affaire de tous* » et que par conséquent en aucune façon il ne fallait désigner des 'spécialistes' de la prévention, mais des animateurs capables de créer et de maintenir une large mobilisation autour de cette politique. La création d'un département

Huit séances de travail ont été nécessaires avant de finaliser la proposition complète suivante :

1. Un projet de développement : Département de prévention et promotion de la santé mentale :

Fiche action n°1 page 27

La discussion a d'emblée situé que « *la prévention est l'affaire de tous* » et que par conséquent en aucune façon il ne fallait désigner des 'spécialistes' de la prévention, mais des animateurs capables de créer et de maintenir une large mobilisation autour de cette politique. La spécification de moyens doit être minimale dans les propositions afin que la nécessité de s'appuyer sur les moyens existants soit permanente.

On peut maintenant imaginer et proposer que se concrétise au niveau du CPN et de façon intersectorielle, une politique de prévention et promotion de la santé mentale, sous la forme d'un département spécifique. Une telle création marquerait l'importance donnée à ce domaine par le CPN dans le cadre de son projet médical d'établissement.

Certaines conditions de mise en œuvre paraissent importantes à prendre en compte :

- Dans le cadre des missions de la psychiatrie de secteur publique le volet prévention et promotion de santé mentale doit être intégré au même plan que les soins et la réhabilitation.
- Ce département :
 - o Structuré à l'échelle du CPN et non au niveau d'un seul pôle, doit être véritablement ancré dans l'organisation du CPN.
 - o Doit laisser à chaque pôle son initiative et sa créativité en la matière, en fonction des spécificités de chaque territoire ou secteur et de la conception des professionnels y travaillant. Il n'existe pas dans ce domaine de modèle reproductible d'un pôle à un autre.
 - o Doit faciliter les échanges, toujours enrichissants, entre les différents pôles.
- Quant au pilotage de ce département, il apparaît très important qu'un praticien hospitalier en assume la responsabilité, marquant ainsi une volonté médicale forte de l'établissement.
- Il sera secondé par un coordinateur des actions de prévention et promotion de la santé mentale.
- Un comité de pilotage constitué à partir du groupe - projet prévention existant.

a) Les grandes lignes de l'organisation proposée :

Le Département Intersectoriel de Prévention et Promotion de la Santé Mentale peut donc être structuré à partir de la mise en place d'une équipe pluri professionnelle ainsi composée :

- Un comité de pilotage
- Un responsable médical (praticien hospitalier)
- Un coordinateur des actions de prévention et promotion de la santé mentale
- Un secrétaire

b) Rôles et fonctions

(1) Le comité de pilotage :

Présidé par le médecin responsable, le comité de pilotage est animé par le coordinateur.

Il est composé de :

- des représentants de la direction des soins et de la direction de la communication et de l'information du CPN,
- représentants nommément désignés, référents de chaque pôle dont un praticien hospitalier, un cadre de santé, et psychologue, assistant de service social, et/ou infirmier...
- représentants des usagers et familles d'usagers,
- d'un représentant des élus.

Ses missions au niveau de l'établissement :

- réfléchir à la politique de prévention et promotion de la santé mentale de l'établissement et en fixer les objectifs de façon transversale,
- en définir les axes de travail et les actions possibles,
- organiser l'élaboration, la mise en place et le suivi de ces actions communes,
- faciliter l'information et la communication en intra et en extra hospitalier
- maintenir et développer la collaboration avec le CCOMS de Lille Armentières pour la recherche et la formation en psychiatrie

- collaborer avec la future UF de recherche du CPN
- faciliter les échanges entre chaque pôle

Ses missions au niveau de chaque pôle :

- être conseil et facilitateur des choix et actions de prévention et promotion de la santé mentale, de leur mise en oeuvre et de leur évaluation
- proposer un appui méthodologique

Le comité de pilotage n'a cependant pas pour fonction d'individualiser des spécialistes de la prévention, mais de faire en sorte que dans ce champ d'action chaque professionnel du CPN puisse s'investir selon ses moyens et son rôle.

(2) Le médecin responsable :

En liaison avec le Directoire et le président de la CME :

- Il facilite les relations entre les différents chefs de pôle concernant l'élaboration et la pérennisation d'une politique cohérente de Prévention et Promotion de la Santé Mentale.
- Il s'appuie sur le coordinateur et le groupe de pilotage pour définir les axes stratégiques.
- Il soutient dans ses missions le coordinateur des actions de prévention et promotion de la santé mentale.
- Il préside et participe à l'élaboration des actions choisies par le travail du groupe de pilotage.
- Il représente la politique de prévention et promotion de santé mentale du CPN avec le coordinateur.
- Il est le responsable de l'harmonisation de l'action du département au regard du projet d'établissement.

(3) Le coordinateur :

- Il assiste le médecin responsable, dans sa fonction stratégique.
- Il dynamise les liens avec les partenaires extérieurs au CPN.
- Il est responsable de l'animation et de la coordination du groupe de pilotage ainsi que de la coordination des différents groupes de travail choisis par ce comité.
- Il veille à la cohésion des actions de prévention et promotion de la santé mentale déterminées par les pôles ou filières de pôle en fonction de leurs spécificités, besoins et choix.
- Il est le contact privilégié dans son domaine d'intervention pour faciliter les liens avec les différents partenaires externes, locaux, régionaux ou nationaux.
- Avec le médecin responsable, le groupe de pilotage, et les partenaires locaux habituels ou occasionnels, il élabore les actions transversales à développer :
 - actions d'information.
 - actions de communication.
 - recherche – actions.
 - participation à des actions en partenariat avec des structures de recherche (CCOMS, GCS, CHUN...).
 - actions de type promotion de la santé mentale en liaison avec les élus, les partenaires et les associations.
 - actions préventives spécifiques.
 - actions d'évaluation.

Avec le médecin responsable, il rend compte régulièrement aux chefs de pôle ainsi qu'au directoire et à la CME de l'avancée des travaux en matière de prévention et promotion de la santé mentale, directement ou au moyen des comptes rendus réguliers du groupe de pilotage et des groupes de travail à thème.

(4) Le secrétaire :

Outre les tâches propres à sa fonction, il participe à tous les travaux du Département nécessitant son intervention.

2. Information et formation initiale :

Fiche action n°2 page 28

Un tel département ne peut exister sans la mobilisation et l'implication des professionnels du CPN et des étudiants. Il s'avère donc indispensable d'organiser des actions de sensibilisation et de communication sur les thèmes de la prévention et de la promotion en santé mentale, ainsi que sur la démarche de Santé Publique auprès de l'ensemble des stagiaires, étudiants (notamment les IFSI, IFCS, étudiants en médecine, internes, psychologues stagiaires) et nouveaux professionnels. Ceci contribuera à l'engagement des professionnels et garantira la pérennité des actions.

3. Recueil des besoins des partenaires :

Fiche action n°3 page 29

L'enquête liminaire a mis en exergue la nécessité d'un recueil exhaustif des actions partenariales déjà entreprises : elles nécessitent au moins d'être reconnues, et bien sûr d'être valorisées par la continuation de l'action entreprise. Il est fondamental que chaque équipe prenne conscience du travail qu'elle a elle-même déjà entrepris, même si ce travail n'était pas vraiment reconnu jusque-là.

D'autre part, et avant toute action, il est nécessaire de recenser les besoins des partenaires et de la population en fonction des spécificités de chaque territoire. Chaque pôle devra adapter cette démarche de recueil, selon les pratiques de partenariat en cours.

4. Développement de dispositifs locaux en partenariat :

Fiche action n°4 page 30

Suivant les préceptes de la psychiatrie communautaire et dans une étape de création de compétences collectives, chacun amène ses moyens et ressources dans la construction d'actions et de dispositifs communs au réseau partenarial, ceux-ci devant répondre aux besoins identifiés sur chaque territoire.

L'éventail des réalisations déjà existantes est très large, ce qui permet une adaptation au plus près des besoins de la population au service de laquelle le dispositif doit se placer.

L'habitude étant prise de travailler en commun, dans un climat de confiance réciproque, autour d'objectifs communs doit amener naturellement la création de CLSM (conseils locaux en santé mentale). Mais cette création doit suivre le travail en réseau et non pas le précéder. Le CLSM n'est que l'aboutissement de la volonté de travailler ensemble dont son point de départ !

5. Communication et information continues :

Fiche action n°5 page 31

La Prévention et la Promotion de la Santé mentale ont notamment pour mission de faciliter l'accès aux soins. Pour ce faire, il est indispensable de développer la communication et l'information destinée à l'ensemble des acteurs (professionnels, partenaires, usagers et grand public), dans un but de destigmatisation. Cette démarche est à concevoir de façon permanente et répétitive.

La politique de communication demande l'intervention de compétences spécifiques : il n'est pas souhaitable de s'improviser 'communicateur' au risque de réduire à néant tout un travail en amont par une communication bien intentionnée mais mal faite.

6. Évaluation :

Fiche action n°6 page 32

Toute démarche évolutive ne peut pas être conçue sans la mise en place parallèlement d'une logique évaluative, portant tant sur les dispositifs que sur les actions menées.

Cette logique évaluative demande l'intervention de compétences spécifiques extérieures. Le recours à des partenaires compétents et spécialisés dans ce domaine est indispensable pour une évaluation aussi crédible que solide : l'adhésion à un GCS pouvant fournir et garantir la méthodologie évaluative est donc souhaitable.

D. Et maintenant ?

Le Directoire s'est spécialement réuni courant avril 2013 pour examiner ce projet à l'échelle de l'établissement, et a donné un avis favorable à sa réalisation durant le déroulement du Programme Médical d'Établissement.

La phase ultérieure, le financement des moyens proposés par le projet, nécessite l'avis de chaque direction de pôle. Une première réunion des chefs et des cadres de pôle en présence de la Direction (Direction des Soins et Direction de la Communication et de la Qualité). Le projet est accepté avec le peu d'enthousiasme habituel, comme chaque fois qu'une immobilisation de moyens est demandée. Au moment de la rédaction de ce mémoire, le chiffrage proposé prévoit de financer 0,2 ETP par chaque pôle, fournir 8h cumulées par mois d'immobilisation de professionnels pour participer au comité de pilotage ...

Mais la mobilisation prend forme !

V. Discussion

A. De l'implication personnelle dans le projet :

En tant que responsable du pôle Lunévillois de psychiatrie, j'ai personnellement œuvré et contribué à inscrire la psychiatrie de ce pôle toujours plus dans la communauté, à être à l'écoute des attentes, à fonder l'action soignante sur l'*empowerment* appuyée sur les ressources de la communauté même où évolue le sujet. Ce but, jamais vraiment atteint et toujours en

devenir, est le moteur même de l'esprit d'équipe du pôle et bien compris et partagé par les partenaires.

Pourquoi vouloir généraliser ce modèle ?

Pendant les neuf années de présidence de CME (2003 à 2012) j'ai pu voir de près les difficultés propres à chaque organisation de pôle, et elles sont nombreuses, et m'imprégner du contexte économique et politique où la psychiatrie évolue et va être appelée à s'adapter. La 'sélection naturelle' (!) va être impitoyable du fait de la concurrence au sein du service public, entre le service public et l'offre privée, du fait d'une opinion publique de plus en plus concernée et regardante du fonctionnement et de l'efficacité de sa psychiatrie. Il semble bien que le temps du choix de s'organiser à sa guise avec des fonds publics toujours présents est déjà révolu et le sera de plus en plus de façon irrévocable. De ce fait, organiser une psychiatrie souple, adaptable, réactive, efficace, bien admise et considérée par la communauté est une évolution qui apparaît comme inéluctable sous peine de disparition pure et simple. Or, un pôle ne peut pas se considérer comme isolé du navire dans lequel il est, et, si naufrage il y a, il en sera...

Le mouvement d'après-guerre, qui a abouti à la création de la notion de travail de secteur⁽²⁾ et l'abandon supposé de l'hospitalo-centrisme par la psychiatrie, a été mis en place très progressivement et même parfois laborieusement depuis les années 1960 : ce travail n'est pas achevé⁽²⁸⁾ à l'heure actuelle. Curieusement, ce mouvement de sectorisation, parti de France, s'est plus lentement mis en place que dans les pays limitrophes de la Lorraine (la Sarre allemande notamment). L'inscription de l'action psychiatrique dans la communauté, prônée par l'OMS^(21,22), n'est que le prolongement naturel de cette politique, son développement le plus logique et direct. Il apparaît très décevant que nombre de confrères considère comme 'dépassée' cette politique de sectorisation et retourne de façon plus ou moins annoncée à une définition de leur action centrée sur l'hôpital.

Pour illustrer en pratique ce propos, les équipes chargées des soins à la population de Nancy ont souhaité s'équiper d'appartements thérapeutiques. Ceux-ci ont été installés dans l'enceinte de l'hôpital lequel est très en périphérie de l'agglomération, pour des raisons 'évidentes' d'économie de moyens, mais « avec une entrée spécialement aménagée sur l'extérieur pour montrer que l'on est ouvert sur la ville » ! Le militantisme pro secteur reste pour moi une motivation que l'on ne peut pas nier.

Une autre considération est encore plus prosaïque : c'est l'organisation d'un service la moins performante dans un domaine qui 'déteint' ou entraîne le fonctionnement de tous les autres a priori mieux placés dans ce domaine. Cela peut se mesurer si l'on compare quelques chiffres clefs, comme le nombre de lits par habitants, le taux d'occupation et de rotation de ces lits, celui du recours aux hospitalisations sous contrainte, le recours à « la chambre d'isolement thérapeutique », l'influence est alors évidente de ces différences d'organisation.

Par exemple, par obligation administrative, une chambre d'isolement équipe depuis trois années le pôle de Lunéville qui s'arc-boutait jusque-là dans son refus : depuis son installation son taux d'occupation dépasse les 90% d'utilisation pour des patients hors du secteur de Lunéville, c'est-à-dire dont l'indication est posée par un autre médecin que celui qui assurera ledit isolement ! Un autre exemple, le taux d'occupation des lits régulièrement en baisse avec le corollaire d'une activité 'ambulatoire' en hausse constante permettrait tout naturellement pour le pôle de Lunéville de déployer ses effectifs vers l'ambulatoire aux dépens de

l'hospitalisation : non, car les lits du pôle ont été utilisés en 2012 à 50% par des admissions d'autres secteurs, la solidarité hospitalière oblige à surseoir tout redéploiement significatif sous peine de mettre les autres pôles en difficulté (qui ont jusqu'au double de capacité hospitalière rapportée à la population servie !).

Une plus grande homogénéité des prises en charge est très régulièrement réclamée par les associations d'usagers de la psychiatrie. Elles remarquent – et le font savoir ! – la trop grande disparité de réactivité dans le déclenchement des soins, de cohérence du parcours, d'écoute et d'attention aux proches, de suivi en cas d'interruption par le sujet, etc.

Toutes ces différences ne sont pas attribuables à une plus grande vertu professionnelle des uns par rapport aux autres, mais très simplement parce que les usagers (individuels ou institutionnels), lorsqu'ils sont entendus, savent très bien souligner les défauts d'une organisation. Encore faut-il se rencontrer à égalité, de façon régulière et dépassionnée : c'est le plaidoyer vers une structuration d'un partenariat, dont un des aboutissements serait le Conseil Local en Santé Mentale.

B. De la finalité même du projet :

Si la finalité démontrée tout au long de ce travail est d'établir des rapports de partenariat structurés et fondés sur une estime et une écoute réciproques, quel besoin y-a-t-il de passer par la mise en place d'un département de prévention et de promotion en santé mentale ?

L'expérience du Lunévillois est éclairante sur ce point. Il n'est pas du tout efficient de se déclarer partenaire et encore moins de baptiser « partenaire » une institution avec laquelle des rapports pourtant réguliers existent. Même une concrétisation par des conventions d'accord dûment signées et validées ne change pas la réalité des échanges.

Pourquoi ?

Une longue phase d'approche et de fréquentation est toujours nécessaire, littéralement pour voir si chacun est « fréquentable ». En effet, ne serait-ce qu'en ce qui concerne la psychiatrie, a-t-elle toujours été fréquentable ? Stigmatisée par des décennies d'asile, de rejet, d'exclusion, parfois de violences institutionnelles, comment lui faire confiance quand on est aussi encombré de représentations effrayantes ?

Le fonctionnement de chaque institution ou association, sa culture propre en quelque sorte, doit être appréhendée, comprise, acceptée et même intégrée avant de véritablement pouvoir parler d'échanges partenariaux.

Enfin, la parole libérée par ce climat de confiance réciproque si longuement obtenu, s'adresse à « l'écoute risquée », particulièrement pour les équipes de psychiatrie. Elles ont tellement la certitude de bien faire, d'être au mieux de leur dévouement et de leur disponibilité, qu'entendre les critiques tellement vraies mais si décevantes, si blessantes, si incompréhensibles et donc si douloureuses mais constitue un risque réel de défiance voire de rupture.

L'apport d'un travail continu ou répété d'exploration, d'enquêtes, d'écoute et de compréhension sur une base épidémiologique est indispensable et permet l'ensemble à l'ensemble de ces phases ainsi décrites de se dérouler dans un climat plus serein, en tout cas

moins passionné car plus objectif. C'est précisément l'un des objets de la prévention et de la promotion de la santé.

C. De la méthodologie suivie :

La méthodologie utilisée ici paraît longue dans son déroulement, multiplier les étapes peut-être inutilement, contacter trop d'acteurs différents. D'autre part elle semble tournée vers l'hôpital et se détourner ou mettre à la portion congrue les partenaires que justement le projet a pour but de rencontrer, ce qui semble paradoxal.

L'ensemble de ces critiques est juste, mais la réalité qu'elles soulignent est-elle évitable ?

L'expérience Lunévilloise d'une politique de prévention remonte à une quinzaine d'années environ, son officialisation à treize ans. Très motivée dès le début, l'équipe pensait tout mettre en œuvre par le simple fait de le vouloir ! C'est là qu'a commencée la découverte que le rapport aux partenaires ne se décrète pas, surtout unilatéralement, mais qu'il s'établit progressivement, au fur et à mesure d'actions communes patiemment construites, parfois loin de l'objectif de départ : c'est à ce prix que la solidité des rapports de confiance réciproque s'établissent. La longueur du temps en elle-même n'est d'aucune utilité, mais la multiplication des expériences prend, elle, du temps.

La longueur de la méthodologie employée s'explique par les étapes qui sont autant de possibilités de découvrir le champ à investir, de se connaître entre acteurs, d'établir des rapports de confiance.

Intégrer la culture du lien avec la communauté est véritablement une mutation des conceptions, du rapport à l'autre, notamment de l'utilisateur comme partenaire et non plus seulement comme « objet de soins ». Une telle mutation nécessite une large audience, le contraire de la confidentialité : la multiplication d'acteurs différents, leur implication à des degrés divers tout au long du déroulement de ce projet est une nécessité pour mobiliser, créer un mouvement d'acceptation en profondeur.

Le monde hospitalier, et psychiatrique encore plus que tout autre, a profondément ancré la notion du repli sur son monde, notamment l'asile pratiquement autosuffisant en toutes choses, avec sa boulangerie, sa ferme, sa blanchisserie, son service radiologique, ... Quand l'évolution modernisatrice ferme l'une après l'autre chacune de ces entités pour faire appel au monde extérieur, il est toujours des plaintes pour déplorer ces « pertes ». La résistance au changement est particulièrement marquée dans le monde hospitalier, et nécessite qu'un effort spécifique lui soit consacré, sous peine d'échouer la tentative de mouvement.

Le '*primum movens*' de ce projet présenté ici dans ce mémoire est l'appel des partenaires à ce que les équipes de psychiatrie évoluent, offrent des contacts plus ouverts et plus fréquents, soient à l'écoute, soient à la portée des patients et de leur famille. Le projet n'aurait pas même commencé si cette injonction des partenaires n'avait pas eu lieu : comment s'étonner que les efforts de convaincre et d'entraîner favorisent pour l'instant le monde psychiatrique au cours de ce travail ?

D. Des difficultés actuelles et à venir :

Pour anticiper les étapes ultérieures, il convient d'examiner quelques-unes des questions les plus fréquemment retrouvées lors des rencontres ou débats avec les soignants de la psychiatrie concernant la démarche de prévention et de promotion de la santé mentale, et le plus souvent dans cet ordre chronologique :

- Nous sommes des soignants avant tout, pas des préventeurs !
- Est-ce vraiment utile ?
- On le fait déjà !
- Donneur de leçon !
- Ça coûte cher en temps et en moyens !
- C'est trop long et compliqué !

- « Nous sommes des soignants avant tout, pas des préventeurs ! »

C'est probablement là que la résistance se trouve la plus fortement ancrée chez les soignants. Le seul 'vrai' travail, l'activité noble, ce pourquoi chacun choisi une carrière dans le « soin » (justement nommé !) c'est le contact passé auprès du malade. Toute autre activité est suspecte de déviance qu'elle soit administrative, de concertation clinique, de saisie d'information, etc. Rencontrer et échanger avec des partenaires professionnels extérieurs au monde de la psychiatrie est hautement suspect a priori !

L'impact d'un tel changement de paradigme, et même de culture ne peut pas être minimisé : il n'est pas aisé de concevoir de lâcher la relation centrale de soignant d'un 'objet de soin' vers une position plus périphérique d'un partenaire, parmi d'autres, participant à la trajectoire d'intégration d'un 'sujet'.

Devant une telle mutation de la conception soignante, seule une patiente appropriation de ce que sont réellement les missions de secteur, l'intégration que l'évolution de la société en matière d'opinion sur la maladie mentale est en cours, l'acceptation que la compétence est aussi réelle qu'enrichissante de toute la société sur la santé mentale permet de dépasser – ou de contourner - cette résistance. Là encore, le temps – l'attente - n'est pas la solution, mais la multiplication des expériences de terrain, qui prennent du temps mais font évoluer les conceptions.

- « Est-ce vraiment utile ? »

Outre la résistance déjà évoquée de l'utilité de soigner autrement sans pour autant « s'éloigner du soin », la question réelle d'une utilité d'une telle démarche est fréquemment posée.

La preuve par l'exemple pourrait a priori être la réponse idoine. Montrer par exemple que ce n'est pas par hasard si le taux de recours aux hospitalisations sous contrainte est le plus bas de la région rapporté à la population servie, que le nombre de lits est de moitié moindre que les autres services tout en étant encore excessif, que le suivi ambulatoire est le double que tout autre service,... La résistance est loin d'être aussi facilement vaincue : « c'est parce que *la population est différente* » (il est vrai que 'homo lunévillensis' devrait passionner les anthropologues !), ou, plus soupçonneux, « *les chiffres ne sont pas exacts !* », ou encore le rejet catégorique « *ce qui marche à Lunéville n'est pas transposable !* ».

Cette résistance au changement n'est vraiment pas exceptionnelle : par exemple, les publications scientifiques psychiatriques regorgent d'expériences intéressantes d'organisation nouvelle des soins. Et pourtant, rarissimes sont les lieux où elles sont transposées immédiatement ! Il est même heureux que le monde soignant ne suive pas une mode soignante ou l'autre de façon aussi massive que peut être le prêt-à-porter : « *La mode, c'est qui se démode* » nous rappelle Jean COCTEAU.

Et pourtant, le changement reste possible et se produit constamment dans le domaine des soins psychiatriques : une appropriation prudente, par petites touches, en regardant l'expérience d'autres ...

- « On le fait déjà ! »

Cet argument tout à fait recevable a justement guidé la première phase de ce projet et conduit à la nécessité d'un inventaire le plus exhaustif possible comme l'une des premières actions du département de prévention et de promotion de la santé mentale.

Toutefois, l'étude menée montre la fragilité de l'action partenariale, le caractère secondaire voire quasi clandestin face aux activités qualifiées de 'soins', c'est-à-dire celles s'adressant directement au patient.

Cette étude a également montré la grande disparité sous l'appellation « travail partenarial » des concepts, des réalités, des intérêts, des attentes.

Enfin, et c'est l'argument le plus important, les attentes des soignants sont très clairement ressorties : le travail partenarial est unanimement (98%) avéré comme nécessaire, et les actions entreprises doivent être reconnues et rendues visibles c'est-à-dire organisées et « professionnalisées » : un argument autant qu'une invitation à aller de l'avant.

- « Donneur de leçon ! »

C'est là le reproche le plus fréquent après que ceux qui précèdent ont été épuisés ou contournés et le plus dur car le plus clairement porteur de rejet.

Il ne s'adresse plus au projet, mais à ceux qui le portent, par un glissement rhétorique aussi pervers que classique. En un mot, en un instant, peut se coaliser tout ce qui ressent une résistance face au changement et en une fronde réunie par la même émotion de rejet. La juste révolte du 'colonisé' face aux abus du 'colonisateur' ! Et tout dialogue peut se trouver clos en un instant.

Cette réaction passionnée est inévitable si la fougue de convaincre est seule en place. Le projet de département tient compte de ce travers en étant le plus modeste possible dans son organisation et ses ambitions : il ne peut rien faire sans la mobilisation de ceux pour qui une action est sollicitée. Si 'colonisateur' il y a, il n'est plus que 'au service' ou au mieux 'aide' en matière méthodologique. Aucune action de prévention ne peut se faire sans que les protagonistes en soient les principaux acteurs, et c'est un point aussi fondamental qu'irrévocable : le département ne doit pas avoir les moyens ou l'ambition de se substituer à quiconque, de 'faire à la place', lorsqu'une action dans son domaine est souhaitable.

Cette volonté annoncée suffira-t-elle pour contourner ce reproche ? C'est précisément l'enjeu et l'espoir de la réussite d'un tel projet.

- « Ça coûte cher en temps et en moyens ! »

Voilà un argument tellement classique dans le domaine hospitalier mais, aussi, dans bien d'autres : « *on n'a pas assez de moyens et pas assez de personnel [de temps soignant] pour telle ou telle action pourtant indispensable !* ». Il a pour vertu d'exonérer de responsabilité facilement avant toute entreprise, chargeant en contrepartie le bailleur de moyens désigné ou potentiel de la responsabilité de l'échec à venir. Il est heureux que les ancêtres de l'humanité actuelle ne se soient pas arrêtés à ces arguments pour construire l'avenir de leur espèce !

Toutefois, l'argument doit être vu comme plus profond et solide que ce premier aspect : si des moyens existent en psychiatrie publique comme dans la plupart des autres institutions, il est du devoir de chaque responsable gestionnaire des fonds qui lui sont confiés de les utiliser au plus juste pour un maximum d'efficacité. La réforme médico-économique de la santé depuis ces trente dernières années, pour douloureuse qu'elle soit, n'a pas d'autre visée.

Le contre-argument du « retour sur investissement » est indiscutable, même s'il est peu habituel de l'utiliser en milieu de soin : c'est là une réalité économique avérée, encore que le lien n'est pas immédiatement évident entre, par exemple, le travail partenarial et la possibilité de redéployer des équipes sur des actions ambulatoires en baissant le nombre des lits devenus excédentaires.

La méthodologie suivie, en plusieurs phases et mobilisant de nombreuses personnes : une dizaine d'enquêteurs et environ soixante-dix enquêtés, puis un groupe d'une vingtaine de personnes venant du monde de la psychiatrie et en dehors... Aurait-il été possible de bâtir ce projet avec moins de personnes ? À l'évidence, oui ! Et pourtant, c'est précisément la capacité mobilisatrice, la publicité qu'une telle série d'actions suscite, la construction par tout un mouvement qui est recherchée, et jusque-là, obtenu.

Il y a également un dernier argument d'ordre qualitatif concernant : il y a dans l'opinion publique occidentale, et bien sûr tout autant en France, le souhait « d'être soigné debout », mettant notamment en cause la facilité du recours à l'hospitalisation, à l'immobilisation prolongée, à la dépendance au monde soignants dans un univers vécu comme trop artificiel. Ce phénomène touche tous les secteurs de la santé, de la chirurgie ambulatoire, la médecine « séquentielle » jusqu'aux maternités (par exemple, le projet 'Prado' d'aide au retour à domicile des jeunes accouchées, expérimenté en 2010, étendu en 2013). Les soins psychiatriques n'en sont pas épargnés, et doivent s'organiser en fonction de cette aspiration sous peine d'être durement sanctionnés par l'opinion publique qui s'intéresse de plus en plus près à sa psychiatrie.

Enfin, l'évitement de l'hospitalisation ou le retour précoce en milieu ordinaire, les soins 'in situ', la 'défragmentation' de la prise en charge⁽²⁸⁾ par utilisation des ressources familiales, sociales, communautaires sont autant de gains qualitatifs avant même d'être des économies de moyens.

- « C'est trop long et compliqué ! »

Cet argument arrive souvent en apothéose d'une longue liste préalable. Il n'est pas dépourvu de réalité et même de bon sens commun. Dès l'école primaire, le théorème est appris que « la ligne droite est le plus court chemin entre deux points » !

Plus que tout discours, un exemple vient à point nommé pour illustrer qu'en matière partenariale, le plus court chemin n'est pas forcément la ligne droite. Le dispositif de concertation urgente autour d'une situation à haut pouvoir d'évolution défavorable, le 'RAPP' (Réseau d'Alerte Pluri Professionnel) existe depuis environ douze ans dans le Lunévillois, animé conjointement par l'antenne territoriale du Conseil Général et le pôle de psychiatrie générale du même territoire. Environ 120 situations de ce type ont pu être examinées, avec un taux très intéressant d'évitement d'hospitalisations sans consentement, généralement le recours habituel dans ce genre de situation.

La Préfecture de Meurthe-et-Moselle, avec l'appui de l'ARS, souhaite depuis 2012 que l'expérience du RAPP soit étendue à l'agglomération de Nancy. Il a fallu plusieurs réunions de concertation avec l'ensemble des partenaires concernées (mairies, CUGN [communauté urbaine du grand Nancy], Police, associations de patients, Conseil Général et bien sûr la psychiatrie du territoire concerné). Les arguments lunévillois de développer au préalable la confiance et l'habitude de travailler ensemble n'ont pas été retenus comme une temporisation inutile, une charte a été élaborée, des relais ont été désignés, des protocoles en trois étapes pour des signalements mis en place. Outre que l'aspect sécuritaire est au premier plan, la lourdeur du dispositif conduit à ce qu'aucun 'signalement' n'ait pour l'instant été traité en six mois de fonctionnement, alors que dans le même temps, dans un territoire Lunévillois quatre fois moins peuplé, trois situations ont pu être examinées par les partenaires concernés et la réponse adaptée mise en place pour chacune...

La confiance ne se décrète pas, elle s'acquiert : ce truisme est particulièrement important dans le domaine partenarial avec la psychiatrie. Un lourd passif institutionnel historique stigmatise la psychiatrie comme une entité d'exclusion sociale, notamment par le passé asilaire. Un travail considérable préalable doit être fait pour s'approprier une confiance réciproque qui est la seule base possible pour toute construction commune ultérieure. Une écoute croisée des attentes et des besoins constitue un bon moyen de se connaître : la politique de prévention et de promotion de la santé mentale se trouve ainsi justifiée.

VI. Conclusion

Ce mémoire constitue un bilan d'étape d'un processus : celui de l'appropriation d'une démarche d'inscription dans la communauté de l'action psychiatrique par les acteurs eux-mêmes.

Le moment est important : les partenaires potentiels de Lorraine manifestent de façon répétée leur souhait d'un travail en commun ; la psychiatrie mondiale – et donc française - est appelée par l'OMS à s'inscrire mieux et plus dans la communauté qu'elle sert ; l'opinion publique souhaite un recours le plus limité à l'hospitalisation et une meilleure inscription des soins dans la proximité.

Toutefois, l'interface entre tous ces courants est nécessaire mais n'est pas en place à l'heure actuelle. Le risque de méconnaissance entre des partenaires d'horizons différents est grand, le réflexe de repli toujours présent, surtout si d'inévitables déceptions liées à l'incompréhension sont rencontrées.

Pour répondre à l'ensemble de ce contexte, et après une mobilisation de nombreux soignants et utilisateurs de la psychiatrie en plusieurs étapes, le mouvement ainsi généré a pu aboutir à la construction d'une proposition :

Tout d'abord, la création d'un département de prévention et de promotion de la santé mentale commun à l'ensemble des équipes de psychiatrie.

Ses moyens seront volontairement minimalistes, pour qu'il ne soit qu'un catalyseur au service de tous et que ne soit utilisées que les ressources de la communauté.

Dans un premier temps, il permet d'assurer un rôle de plateforme d'information et de communication, ainsi que de participer à la formation initiale dans le monde professionnel.

De plus, il permet de réaliser les études et enquêtes préalables à toute action de prévention en organisant le recueil des besoins et attentes des partenaires, en incluant dès le départ la démarche d'évaluation.

Le cœur de l'action vise ensuite au développement de dispositifs locaux en partenariat, tout un éventail d'expériences à faire connaître existant déjà. La création et le dynamisme de CLSM (conseils locaux en santé mentale) devant en être la base et l'aboutissement naturel.

Au départ comme durant l'ensemble du processus, le département assure le rôle continu de communication et d'information, tout en maintenant l'évaluation des actions dont la sienne propre.

VII. Glossaire des abréviations utilisées

- APES : Appui en Promotion et Éducation pour la Santé en communauté française de Belgique.
- ARS : Agence régionale de santé de Lorraine.
- CATTP : Centre thérapeutique d'accueil à temps partiel.
- CCOMS : Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (à Lille).
- CHUN : Centre hospitalo-universitaire de Nancy.
- CLSM : Conseil local en santé mental.
- CME : Commission médicale d'établissement.
- CMP : Centre médico-psychologique.
- CPN : Centre psychothérapique de Nancy (à Laxou).
- CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médicotechnique.
- CTE : Comité Technique d'établissement.
- CUGN : Communauté urbaine du grand Nancy, réunissant vingt communes formant l'agglomération.
- ESPOIR 54 : association depuis 1998 en Meurthe-et-Moselle afin de permettre à la personne en situation de handicap psychique de retrouver sa place dans la cité.
- ETP : fractionnement d'un emploi converti en équivalent temps plein.

- GCS : Groupement de coopération sanitaire (association entre entités hospitalières différentes).
- GEM : Groupe d'entraide mutuelle.
- HJ : Hôpital de jour.
- IFCS : Institut de formation des cadres de santé (deux à Nancy dont un sur le site du CPN).
- IFSI : Institut de formation aux soins infirmiers (trois à Nancy dont un sur le site du CPN).
- OMS (WHO) : Organisation mondiale de la santé (World Health Organisation).
- PME : Projet Médical d'Établissement.
- PMI : Service de la protection maternelle et infantile.
- RAPP : Réseau d'alerte pluri-professionnel (concertation unique et urgente de tous les professionnels concernés par une situation à haut pouvoir d'évolution négative).
- REPESEL : Réseau de concertation psychiatrie – professionnels socio-éducatifs de l'Est Lunévillois.
- REPSOL : Réseau de concertation psychiatrie – professionnels socio-éducatifs de l'Ouest Lunévillois.
- RESAAD : Réseau d'Évaluation des Situations d'Adolescents et d'Adultes en Difficulté (à Lunéville, avec les professionnels des services sociaux des mairies et du Conseil Général, bailleurs locatifs, associations d'entraides, professionnels de la psychiatrie).
- STAPA : Soutien téléphonique aux personnes âgées (à Lunéville, pour les habitants du Lunévillois).
- UNAFAM : Union Nationale des amis et familles de malades Psychiques dans le département 54 (Meurthe-et-Moselle).
- UPM : Unité de Psychologie Médicale (14 lits hospitaliers de psychiatrie implantés à Lunéville).
- UPPAM : Unité de Psychiatrie de Pont-à-Mousson (19 lits hospitaliers de psychiatrie implantés à Pont-à-Mousson).

VIII. Bibliographie

1. Agence régionale de santé de lorraine :. *Projet Régional de Santé 2012-2017 en Lorraine (Synthèse) : Ensemble pour la santé des lorrains*, 2013 ; Nancy.: ARS Lorraine;.
2. Chenot P :. *Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*,. *Bulletin Officiel Santé*. 1960 ; (1960.12 bis) . Paris
3. Clery-merlin P, Kovess V, Pascal J :. *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*,. 2003 ; Paris.: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé;.
4. Coldefy M :. *L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice mais contrastée et inachevée*,. *La santé de l'homme*. 2011 ; mai-juin :16-17p. Saint-Denis.: INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé);.
5. Couty E :. *Circulaire DHOS/O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération*,. *Bulletin Officiel*. 2004 ; Paris.: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé;.
6. Couty E, Cecchi-Tenerini R :. *Missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie*,. 2009 ; Paris.: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé;.
7. Couty E, Scotton C :. *Le Pacte de confiance pour l'hôpital (Synthèse des travaux)*,. 2013 ; Paris.: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé;.
8. Daumerie N :. *Empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques*,. *La santé de l'homme*. 2011 ; mai-juin :8-10p. Saint-Denis.: INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé);.
9. Desjardins N, D'amours G, Poissant J, Manceau S :. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*,. 2008 Québec.: Institut National de Santé Publique du Québec;.

10. Direction générale santé & protection des consommateurs :. Livre Vert "Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne"., 2005 (26) :p. Bruxelles: Commission européenne;
11. Evin C :. Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale,. JORF (Journal Officiel de la République Française). 1990 ; :p. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé ;
12. Fayard A, Caria A, Loubière C :. Empowerment et santé mentale,. La santé de l'homme. 2011 ; mai-juin Saint-Denis: INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé);
13. Greacen T, Jouet E :. Le projet Emilia : l'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion,. Information psychiatrique. 2008 :923-929p. Paris: . ;
14. Greacen T, Jouet E :. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie,. 2012 ; :341p. Toulouse: ERES;
15. Joly P :. Le système de santé français : un défi pour tous,. 1993 ; Paris: CNPF;
16. Jouet E, Favriel S, Greacen T :. Emilia : un programme d'empowerment en santé mentale,. La santé de l'homme. 2011 ; mai-juin :26-28p. Saint-Denis: INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé);
17. Jouet E, Flora L :. Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France,. La santé de l'homme. 2011 ; mai-juin :12-15p. Saint-Denis: INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé);
18. Lafontaine C :. La promotion de la santé, une utopie bien réelle, une réalité bien utopique,. Éducation Santé. 2004 ; Liège: APES;
19. Ministère des affaires sociales et de la santé :. Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015,. 2012 Paris: . ;
20. Ninacs W :. Empowerment : cadre conceptuel et outil d'évaluation de l'action sociale et communautaire,. 2003 ; Québec: LA CLE (coopérative de consultation en développement);
21. OMS :. Charte d'Ottawa pour la promotion de la Santé,. 1986 Genève: OMS;
22. OMS :. Rapport sur la santé dans le monde : La santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs,. 2001 ; Genève: OMS;
23. Pascal B :. Œuvres de Blaise PASCAL : Pensées,. 1925 ; XII :432p. PARIS: Hachette;
24. Piel E, Roelandt JL :. De la psychiatrie vers la santé mentale, rapport de mission,. 2001 ; :p. Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé;
25. Rhenter P :. Le Conseil Local en Santé Mentale : un nouvel outil au service de l'Empowerment des usagers ?, La santé de l'homme. 2011 ; mai-juin :34-36p. Saint-Denis: INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé);
26. Roelandt JL :. La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité,. 2002 ; Paris: Ministère des Affaires Sociales et de la Santé;
27. Roelandt JL, Caria A, Mondières G :. La santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête,. L'Information Psychiatrique. 2000 ; :279-292p. . ;
28. Topor A :. La psychiatrie fragmentée, . Information psychiatrique. 2007; 83(10) :844-845p
29. Toussaint JF: . Stratégies nouvelles de prévention - Rapport d'étape, . . 2006; septembre, PARIS: . La documentation Française; .
30. Wallerstein N :. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ?, Health Evidence Network Report. 2006 ; (E88086) Copenhagen: WHO Regional Office for Europe;

IX. ANNEXES : Fiches Actions

A. FICHE ACTION N° 1	
THEME	Département de prévention et promotion de la santé mentale sur le CPN orienté vers le soutien et le développement du réseau du partenariat
ETAT DES LIEUX	<ul style="list-style-type: none"> - Forte demande des partenaires + PRS 2012 + CPOM 2012 - Demande formulée dans le Projet Médical d'Établissement 2007-2011 mais partiellement réalisée
POINTS FORTS	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe 2012 projets prévention « connaissance du travail en partenariat » - Existence d'actions de prévention multiples sur les différents pôles - Existence d'une unité identifiée pour un pôle depuis 10 ans
POINTS FAIBLES	<ul style="list-style-type: none"> - Actions de prévention mal structurées et peu identifiées - Absence de temps dédié - Action de prévention sur initiatives individuelles et d'équipes pas toujours inscrites dans la politique de pôle ou d'établissement. Travail peu reconnu
PROPOSITION D'ACTION	Création et structuration d'un département de prévention et de promotion de la santé
MOYENS D'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un groupe ressource et d'appui - Temps dédiés (ETP) pour le département prévention - Représentativité du groupe relais au niveau CPN (modèle de l'AFT) - Mise en valeur des actions et des partenariats existants.
INDICATEURS DE RESULTAT	<p>A travers l'activité de chaque pôle :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions pour la communauté - Nombre d'heures dédiées par pôle - Nombre de personnels impliqués - Nombre de créations de réseaux, de dispositifs et de partenaires mobilisés

B. FICHE ACTION N° 2	
THEME	Mission d'information et de sensibilisation de prévention et de promotion de la santé mentale à l'échelle de l'établissement
ETAT DES LIEUX	<ul style="list-style-type: none"> - Formation initiale IFSI IFCS en santé publique - Plusieurs colloques ces dernières années sur le thème
POINTS FORTS	Volonté de l'établissement à travers le programme médical d'établissement 2013-2018
POINTS FAIBLES	Les concepts prévention, promotion sont mal connus des professionnels (cf. groupe projet travail partenarial 2012)
PROPOSITION D'ACTION	Organiser des actions auprès : <ul style="list-style-type: none"> - des professionnels en interne - des étudiants sur les 3 IFSI et IFCS Des étudiants dans les formations initiales (professionnels paramédicaux et médicaux)
MOYENS D'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Journées de sensibilisation en interne et en externe Journées d'information et de formation
INDICATEURS DE RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participants - Nombre de temps d'information et de formation

C. FICHE ACTION N° 3	
THEME	Recueil des besoins des partenaires
ETAT DES LIEUX	Contacts multiples mais discontinus Peu d'outils permettent un recueil exhaustif Stigmatisation de la psychiatrie
POINTS FORTS	<ul style="list-style-type: none"> - Partenaires demandeurs en attente de réponses - Volonté de l'établissement d'être partenaires
POINTS FAIBLES	<ul style="list-style-type: none"> - Partenariat insuffisamment développé - Pas d'objectivation des besoins des partenaires
PROPOSITION D'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Recensement des partenaires - Construction d'outils et élaboration d'une démarche propre à chaque territoire
MOYENS D'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Annuaire partenaires - Pratiques de territoire - Charte du partenariat - Accompagner les actions de prévention - Enquêtes de recensement des besoins des partenaires
INDICATEURS DE RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Recueil - Nombre de réunions avec les partenaires - Dispositifs mis en place en lien avec les partenaires intersectoriels <p>Nombre de partenaires mobilisés</p>

D. FICHE ACTION N° 4

THEME	Développement de dispositifs locaux en partenariat
ETAT DES LIEUX	<ul style="list-style-type: none">- Confusion partenariat préventif et partenariat thérapeutique (cf. enquête 2012)- Absence d'inventaire des actions entreprises par le territoire
POINTS FORTS	<ul style="list-style-type: none">- Possibilités nombreuses de la communauté- Contexte différent d'un lieu à l'autre- Habitude de travail en partenariat- Utilité reconnue du travail en partenariat
POINTS FAIBLES	<ul style="list-style-type: none">- Charge de travail en augmentation en ambulatoire- Stigmatisation toujours présente
PROPOSITION D'ACTION	<ul style="list-style-type: none">- A déterminer sur chaque territoire :- Après inventaire préalable des actions entreprises- Recenser localement les besoins d'une population
MOYENS D'ACTION	<ul style="list-style-type: none">- Enquête spécifique des besoins de la population visée et du territoire (à déterminer sur chaque pôle)- Désigner des professionnels- Inscrire la démarche : niveau établissement, niveau pôle et niveau service ou UF.
INDICATEURS DE RESULTAT	<ul style="list-style-type: none">- Nombre de dispositifs- Conventions par pôle

E. FICHE ACTION N° 5	
THEME	Action continue de communication et d'information du département
ETAT DES LIEUX	<ul style="list-style-type: none"> - Supports de communication existants en interne - Site Internet et Intranet réactualisés - Communication plus orientée sur la psychiatrie puis sur la santé mentale
POINTS FORTS	<ul style="list-style-type: none"> - Direction de la communication existante - Volonté de communiquer
POINTS FAIBLES	<ul style="list-style-type: none"> - Stratégie de communication à perfectionner (cf. plaquette) - Peu de supports de communication en externe
PROPOSITION D'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Professionnalisation de la communication à conforter - Analyse des besoins en communication et en formation - Recenser les différents supports et les adapter au public destinataire
MOYENS D'ACTION	<ul style="list-style-type: none"> - Diversifier les supports et les adapter au public destinataire
INDICATEURS DE RESULTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure de l'amélioration de la connaissance des dispositifs en psychiatrie et en santé mentale.

F. FICHE ACTION N° 6	
THEME	Évaluation de l'action prévention et promotion en santé mentale
ETAT DES LIEUX	- Peu de démarches d'évaluation
POINTS FORTS	- DIM existant : Entretien Démarches Groupe Accompagnement Réunion
POINTS FAIBLES	- Culture de l'évaluation existante à consolider - Pas de valorisation d'actions dans la communauté - A priori négatif face à la démarche d'évaluation
PROPOSITION D'ACTION	- Intégrer la démarche d'évaluation dans chaque dispositif
MOYENS D'ACTION	- Proposer un accompagnement dans la définition des critères d'évaluation - Enquêtes de satisfaction
INDICATEURS DE RESULTAT	- Saisi de tous les indicateurs dans un rapport annuel - Intégration « Volet Promotion et Prévention » dans chaque action

Docteur Jean-Pascal PAREJA
Chef du pôle de Psychiatrie Générale de Lunéville
Centre Psychothérapique de Nancy
BP 1011
54521 LAXOU cedex

jeanpascal.pareja@cpn-laxou.com

Tél 03.83.92.51.42

Fax 03.83.92.50.53

Résumé : La psychiatrie communautaire est une évolution nécessaire signalée par l’OMS depuis la charte d’Ottawa en 1986. Cette mutation se fait de façon variée, souvent discontinue d’un lieu géographique à l’autre. Pour synchroniser dans une telle démarche plusieurs équipes de psychiatrie d’une même région géographique, la création d’une unité de psychiatrie et de promotion de la santé mentale pourrait permettre un travail d’exploration des demandes et attentes de l’ensemble des partenaires ainsi que des usagers et de leurs familles. La création de dispositifs de coordination et d’actions adaptées ciblant des situations cliniques et sociales serait une étape vers la mise en place de conseils locaux en santé mentale.

Key-words: Community psychiatry, social network, prevention, mental care promotion