

Cet article est disponible en ligne à l'adresse :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=RFAP&ID\\_NUMPUBLIE=RFAP\\_111&ID\\_ARTICLE=RFAP\\_111\\_0517](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=RFAP&ID_NUMPUBLIE=RFAP_111&ID_ARTICLE=RFAP_111_0517)

---

## Une politique publique : la santé mentale (1970-2002)

par Sylvie BIAREZ

| Ecole Nationale d'Administration | Revue française d'administration publique

2004/3 - N° 111

ISSN 0152-7401 | ISBN | pages 517 à 531

---

Pour citer cet article :

— Biarez S., Une politique publique : la santé mentale (1970-2002), Revue française d'administration publique 2004/3, N°111, p. 517-531.

---

Distribution électronique Cairn pour Ecole Nationale d'Administration.

© Ecole Nationale d'Administration. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## **UNE POLITIQUE PUBLIQUE : LA SANTÉ MENTALE (1970-2002)**

Sylvie BIAREZ

*Directrice de recherche honoraire à la Fondation nationale des sciences politiques,  
chercheur associé au PACTE-CERAT (Institut d'études politiques de Grenoble)*

La politique de santé mentale, de nature médico-administrative, a été confrontée à plusieurs approches sur une cinquantaine d'années. La sectorisation instituant les soins ambulatoires a rompu avec le système asilaire dans les années soixante-dix selon une démarche innovante. Focalisée au départ sur les maladies mentales, la santé mentale s'est élargie dans les années quatre-vingt-dix à la souffrance existentielle et à diverses catégories de populations répondant ainsi à de nouveaux enjeux sociaux. Elle s'est progressivement intégrée aux règles gestionnaires et de management propres à la politique hospitalière. En 2000, la refondation de cette politique est avancée par le gouvernement socialiste. Elle implique des règles de management déjà existantes conciliant économie et qualité, un processus de gouvernabilité (contrat, réseaux, territorialisation éventuelle) de nature plus procédurale que décisionnelle pouvant favoriser la présence de divers acteurs. Deux hypothèses vont dans le sens d'une recomposition de cette action ; l'idée d'éthique et de responsabilisation du soignant et du patient véhiculée par l'OMS et l'Europe, reprise par la loi de 2002 sur les droits des malades, l'existence d'une action publique de plus en plus ouverte à la contractualisation et à la négociation autorisant la personnalisation des soins et une meilleure prise en charge sociale du patient.

### **UNE INNOVATION À LA TRAÎNE, LA SECTORISATION**

Le passage de la folie à la maladie par Pinel, l'internement prévu par la loi du 30 juin 1838 afin d'apporter assistance et soins aux aliénés, la réorganisation de l'asile considérée comme un lieu de promiscuité et de chronicisation, la misère de ces asiles fondés sur le pouvoir médical et portés sur le contrôle social, le développement des

dispensaires d'hygiène sociale et mentale inspirés par la lutte contre la tuberculose, toute cette progression correspond à des critiques et à des discussions au long des années sur des nouvelles conceptions de soins et d'assistance psychiatrique. De 1945 à 1960, des courants de pensée marqués par différentes étapes (expériences de la guerre, création de clubs de malades, réflexion sur le travail, apparition des premiers secteurs avec celui du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris...), de même que la découverte des premiers neuroleptiques en 1952 et l'utilisation des psychothérapies vont aboutir à la création de la sectorisation psychiatrique. L'entente entre quelques psychiatres et les pouvoirs publics a permis l'élaboration de la circulaire du 15 mars 1960 qui donnera lieu à un accueil réservé de la part de leur syndicat <sup>1</sup>. L'effervescence des idées après-guerre favorise, en dépit des conflits, une conception humaniste de la psychiatrie <sup>2</sup> fondée sur les relations bio-psycho-sociales. Tout ce bouillonnement a donné lieu à des expériences qui ont permis la création de la sectorisation psychiatrique <sup>3</sup>.

Selon la circulaire de 1960, « le but du dispositif de la sectorisation est d'entreprendre les soins à un stade précoce, d'éviter les rechutes par un appui médico-social efficace (...) d'éviter les hospitalisations inutiles et la désadaptation entraînée par l'éloignement du milieu naturel. L'hospitalisation dans un lieu de soins spécialisé et non plus dans un asile ne constitue plus qu'une étape du traitement commencé et poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure. Chaque département est divisé en secteurs géographiques de 67 000 habitants dans lesquels une même équipe médico-sociale (médecin, psychologue, assistante sociale, infirmier, secrétaire) devra assurer pour tous les malades la continuité indispensable entre dépistage, traitement et soins avec ou sans hospitalisation et postcure. Le principe essentiel est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu (...) » <sup>4</sup>.

La désaliénation de la psychiatrie, objectif de la politique de secteur, devra attendre 1985 pour être consacrée par la loi. En juillet 1968, la loi incorpore les hôpitaux psychiatriques dans le statut général et les psychiatres, séparés de la neurologie, obtiennent le titre de praticien hospitalier <sup>5</sup>. Le mouvement antipsychiatrique, proche de mai 1968, donne lieu à une effervescence intellectuelle, qui après le livre de M. Foucault <sup>6</sup> (1972), stigmatise, avec d'autres auteurs français et étrangers, l'enfermement asilaire. En dépit de ses excès, ce mouvement a contribué au débat et à la sensibilisation du public, et a accentué la nécessité de réformer les structures psychiatriques.

La légalisation de la sectorisation intervient dans un contexte de rigueur budgétaire à partir des années quatre-vingt. Le IX<sup>e</sup> plan (1984-88) envisage la suppression de 40 000 lits (fermeture de 12 000 lits et reconversion de 28 000 d'entre eux). Les hôpitaux psychiatriques dotés d'un budget global devront prévoir des transferts sur l'extra-hospitalier à moyens constants. La loi du 25 juillet 1985 institue un conseil départemental de santé mentale qui comprend des représentants de l'État, des collectivités territoriales,

1. George (M.-C.) et Tourne (Y.), *Le secteur psychiatrique*, Paris, PUF (Coll. « Que sais-je ? »), 1994, p. 35.

2. Billiard (I.), *Santé mentale et travail*, Paris, La Dispute, 2001, p. 98.

3. Baillon (G.), « La psychiatrie du secteur aura bien lieu », *Santé mentale*, n° 58, juin 2001, p. 20-28 ; Mordelet (P.), *La santé mentale*, Paris, Berger-Levrault, 1987.

4. George (M.-C.) et Tourne (Y.), *op. cit.*, p. 35-36.

5. Trois circulaires en 1972 vont créer à la fois le conseil de secteur permettant la coordination entre différentes instances, indiquer les missions de l'équipe médico-sociale du secteur et organiser la psychiatrie infantile.

6. *Histoire de la folie*, Paris, Gallimard, 1972.

des caisses d'assurance-maladie, du personnel de santé des établissements d'hospitalisation publique et privée. Ce conseil est chargé dans chaque département de déterminer les secteurs psychiatriques et la planification des équipements. Une autre loi de la même année met le secteur sous la responsabilité de l'établissement hospitalier qui prend en charge les dépenses des services dans la lutte contre les maladies mentales. Les établissements publics et privés sont chargés d'organiser et de gérer l'ensemble des secteurs.

La réforme est loin d'être étrangère à une psychiatrie communautaire puisque le secteur s'intègre dans l'environnement et le tissu social. Pourtant la mise en œuvre de la sectorisation se fera lentement. Les idées-force qui avaient prévalu après la guerre et qui avaient dynamisé la psychiatrie tendront à se scléroser, en dépit d'expériences innovantes. J.P. Martin <sup>7</sup> note les difficultés auxquelles cette réforme s'est heurtée : hostilité des psychiatres, résistance des directions hospitalières, désintérêt des élus locaux, coût économique des investissements. En 1988, la Cour des comptes avait relevé les insuffisances de la planification et les disparités entre les secteurs.

Il faut aussi noter l'absence de cohérence entre la politique de lutte contre les maladies mentales et la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées. Cette loi a apporté des ressources et une protection aux malades mentaux, malgré l'insuffisance des structures. Elle a été critiquée par les psychiatres : elle stigmatisait, d'après eux, les troubles psychiques qui auparavant étaient considérés comme des maladies impliquant des soins et pouvant évoluer. Les soignants y voyaient la négation de la psychiatrie. Les départements n'ont pas accordé toute leur attention à ces maladies entraînant un handicap psychique, d'où souvent un déni de compétence des collectivités locales en matière d'aide au logement et à la vie quotidienne. Cette situation a été aggravée par la répartition des compétences due aux lois de décentralisation. Les enfants handicapés relèvent du conseil général, les actions en faveur des handicapés adultes sont partagées entre l'État et le département, le premier prend en charge leur réinsertion dans les centres d'aide par le travail (CAT), le second assume les frais d'hébergement et les aides à domicile. Les COTOREP <sup>8</sup> sont amenées à prendre des décisions qui engagent les finances du département, alors que les élus n'y sont pas représentés <sup>9</sup>. Si on ajoute les équipements pouvant être développés par la sectorisation psychiatrique, *via* l'institution hospitalière, on comprend les difficultés à établir une politique cohérente en faveur des maladies mentales. La possibilité de voir s'instaurer un vide selon les besoins existe, les différents acteurs pouvant se renvoyer la balle.

## L'EXTENSION DE LA PSYCHIATRIE À LA SANTÉ MENTALE

Les années quatre-vingt-dix voient s'affirmer le passage de la lutte contre les maladies mentales à la santé mentale. La circulaire de 1990, complétée par d'autres circulaires, traite désormais de la santé mentale. Elle relance la sectorisation, élargit les

7. Martin (J.-P.), *Psychiatrie dans la ville*, Ramonville St-Agne, Erès, 2000.

8. Commissions technique d'organisation et de reclassement professionnel.

9. Rémond (B.), Blanc (J.), *Les collectivités locales*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, Dalloz, 1989, p. 95.

populations concernées et prévoit le développement de liens avec les autres praticiens de la santé, les acteurs institutionnels, sociaux, les établissements médico-sociaux. Elle veut développer une prévention ciblée concernant des situations à risque (personnes âgées, adolescents, patients sans domicile, mission auprès de l'hôpital général, dans les institutions sociales, médico-sociales). Elle fait évoluer la psychiatrie vers la souffrance existentielle et vers des phénomènes plus généraux (dépression, victimologie) ou plus visibles (toxicomanie, alcoolisme, précarité). L'insertion dans la santé mentale de la souffrance psychique devient l'écart à la norme ou est liée à la question sociale <sup>10</sup>.

La banalisation des troubles psychiques trouve un écho dans la société par des travaux qui mettent l'accent sur la transformation de l'individu et sur les nouvelles pressions de la société. Le fait de vouloir créer par lui-même sa propre histoire, de ne plus être dépendant des lois impersonnelles, d'être engagé dans l'action à travers sa responsabilité et d'exister dans une culture de la performance conduit à un changement à la fois de la personne et du politique. « L'action politique consiste moins souvent à résoudre des conflits entre adversaires qu'à faciliter collectivement l'action individuelle » <sup>11</sup>. De l'anti-psychiatrie des années soixante, on est passé à des troubles du mal-être qui se manifestent dans le cadre de l'exclusion, de la pauvreté, de la toxicomanie, de la dépression et qui touchent la population en âge de travailler.

Avec le rapport Massé <sup>12</sup> qui incite à accroître la psychiatrie à l'hôpital général et la loi du 27 juin 1990 sur les droits et la protection des personnes hospitalisées <sup>13</sup>, de nature plus sécuritaire que sanitaire, une grande partie des référentiels concernant le dispositif de santé mentale est élaborée.

Des études faites par différents organismes montrent l'inadéquation entre les textes réglementaires et la pratique, ainsi que leur difficulté d'application alors que la demande hospitalière et extra-hospitalière est en augmentation constante <sup>14</sup>. L'élargissement de la lutte contre les maladies mentales à la santé mentale s'est heurté au manque de volonté politique, aux difficultés de pilotage de l'administration centrale, à des rigidités professionnelles. L'insertion dans la santé mentale des problèmes sociaux a fait oublier les importantes lacunes liées à la mise en place du dispositif pour les maladies mentales, sans pour autant dynamiser la prise en charge des souffrances psychiques dues aux difficultés existentielles.

Les rédacteurs des circulaires comme les experts ne se sont guère étendus sur les contraintes d'un système qu'ils voulaient modifier. Comment développer une sectorisation sous la dépendance d'un professionnalisme et d'une logique hospitalière sans incitation financière ou d'une autre nature ? Comment promouvoir l'installation de conseils de secteur et de conseils départementaux de santé mentale sans impliquer les élus et les autres professionnels ? Comment favoriser l'installation de lits à l'hôpital général sans comprendre les nécessités d'une profession fondée sur l'existence de plateaux techniques riches en personnel ? On ne trouve guère de réflexions concernant

10. Furtos (J.), « La psychiatrie publique en question », *Rhizome*, bulletin édité par l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité, 9 septembre 2002, Lyon.

11. Ehrenberg (A.), *La fatigue d'être soi*, Paris, O. Jacob, 1998, p. 241.

12. La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale, 1992.

13. Cette loi consacre l'hospitalisation libre à côté de l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office.

14. De 1987 à 1997, le nombre de lits a diminué de 36 %, le nombre de patients hospitalisés s'est accru d'environ 13 %. Les patients suivis par les secteurs ont progressé de 46 % pour la psychiatrie générale et de 49 % pour la psychiatrie infanto-juvénile.

autant les logiques du métier que la façon dont on peut amorcer des changements de comportement dans un secteur public ayant sa spécificité. De plus, la confrontation entre des experts médicaux et l'administration centrale s'est faite en dehors d'une véritable médiation professionnelle et de l'existence de scènes publiques<sup>15</sup>. Or l'absence de ces scènes, l'inexistence d'une mise en réseau ou en discussion des débats, sans qu'une régulation des questions soulevées intervienne, marquent la politique de santé mentale jusqu'aux environs des années 2000. À l'échelon national, le débat qui avait pu alimenter les réformes après les années cinquante a été remplacé par l'arrivée d'associations à l'origine de la création d'équipements et d'un savoir spécifique, mais ce n'est qu'en 1984 que le conseil consultatif des personnes handicapées a été créé. La faible ouverture des secteurs face à leur environnement social, l'hospitalo-centrisme et l'absence de scènes publiques ont contribué à conforter le silence autour de la maladie mentale. Ainsi, on a pu passer de l'exclusion asilaire à une forme d'exclusion dans la cité, en dépit de l'apport de la sectorisation.

## LE PILOTAGE ADMINISTRATIF

Depuis 1997, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie déterminent, dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements publics et privés participant au service public sous forme de budget global.

En 1998, la Cour des comptes indiquait que si les états généraux de la santé avaient retenu la santé mentale parmi les quinze thèmes soumis à débat, cette priorité n'intervenait pas dans les objectifs de santé publique proposés par le gouvernement au vote du Parlement dans le cadre des lois de finance de la sécurité sociale. Lorsqu'on parcourt le projet de loi de finances pour 2001<sup>16</sup>, la santé mentale n'apparaît pas en tant que telle, alors que les dispositifs de lutte contre la toxicomanie, le sida et les maladies transmissibles font l'objet de programmes. Au ministère de la santé, deux directions, la direction générale de la santé (DGS) et la direction de l'hospitalisation et de l'offre des soins (DHOS) sont concernées par les questions sanitaires. Au sein de la direction générale de la santé apparaît le bureau de la santé mentale au côté des bureaux consacrés à la lutte contre le VIH, aux pratiques addictives, à la précarité et à l'exclusion. La DGS définit avec la DHOS les objectifs et les priorités de la politique en santé mentale (prévention, prise en charge des pathologies mentales, coordination avec les programmes spécifiques). Il appartient à la DHOS d'organiser l'offre de soins psychiatriques en optimisant les moyens avec le secteur privé et en apportant aux agences régionales de l'hospitalisation, aux services déconcentrés et aux établissements, l'aide technique nécessaire. Les orientations et les méthodologies sont données par le ministère. Le suivi et la mise en œuvre appartiennent aux agences régionales d'hospitalisation (ARH) dans le cadre des schémas régionaux de psychiatrie.

15. Dammame (D.) et Jobert (B.), « Pluralités des répertoires et genèse d'un référentiel », Congrès de l'Association française de sciences politiques, Rennes, 1999.

16. *Santé et solidarité*, projet de loi de finances pour 2001, Paris, Imprimerie nationale.

On peut se demander comment s'articulent les orientations nationales et régionales. Une note technique du ministère <sup>17</sup> indique qu'une somme de 129 MF (19,6 M€) pour 2001 doit permettre d'accompagner les orientations prévues par les 22 schémas régionaux de psychiatrie. L'amélioration de l'accessibilité aux soins est une priorité des régions. Le renforcement du dispositif en faveur des adolescents est un objectif à atteindre. Elle ajoute la réduction des disparités inter et intra-régionales qui est une priorité de l'État. La note en déduit des priorités nationales qui sont l'accroissement du dispositif d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile, la mise en place des secteurs nouvellement créés par la carte sanitaire de psychiatrie et le renforcement des secteurs les moins équipés.

L'utilisation de ces crédits pour l'application de ces orientations doit intervenir dans chaque région en fonction des priorités régionales et du degré de maturité des projets. Le procédé est souple articulant ensemble priorités nationales et régionales. Cependant les marges de manœuvre restent faibles pour les régions en raison des montants peu importants alloués à ces priorités.

Si les orientations et la méthodologie émanent du ministère, la mise en œuvre et le suivi appartiennent à l'échelon régional. Face à une situation de progrès médicaux et de demande croissante, on est passé dans le système de santé à une mise en relation progressive du coût, de la qualité et de la performance. La politique de gestion et de maîtrise des dépenses hospitalières s'est traduite par la création des ARH <sup>18</sup> qui doivent mettre en œuvre la programmation et l'allocation des ressources aux établissements hospitaliers.

Les ARH définissent la politique régionale, analysent, coordonnent et déterminent les ressources des établissements de santé publique. À côté de la carte sanitaire qui établit les indices de besoin, interviennent les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) qui déterminent la répartition des installations et des activités. Il existait, jusqu'à une date récente, un schéma régional propre à la psychiatrie <sup>19</sup>. L'annexe du SROS indique les créations, les regroupements, les transformations ou les suppressions des installations, elle est opposable aux établissements.

La carte sanitaire et le SROS sont arrêtés après avis de certains organismes : le comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) qui comprend des représentants de l'État, de l'assurance maladie, des établissements publics, privés, des élus, etc, les conférences sanitaires de secteur regroupant les représentants de tous les établissements publics et privés.

17. Aux agences régionales de l'hospitalisation, 13 décembre 2000.

18. C'est l'ordonnance d'avril 1996, nouvelle étape de la réforme de l'hospitalisation publique et privée, qui crée les ARH. Les agences sont la nouvelle tutelle des établissements de soins au lieu et place des directions départementales de l'action sanitaire et sociale, des directions régionales, des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses régionales qui y sont intégrées. Elles sont constituées sous forme d'un groupement d'intérêt public entre l'État et les organismes d'assurance maladie.

19. À côté de la médecine, chirurgie et obstétrique, dite MCO.

## UNE NOUVELLE GESTION PUBLIQUE

Les ARH se situent dans l'essai de renouvellement de la gestion publique apparu dans les années quatre-vingt dans les pays industrialisés sous le terme de *New Public Management*. Trois modèles sont décrits<sup>20</sup>. Le modèle démocratique est fondé à la fois sur la diversité, le pluralisme et la délibération. Les institutions jouent un rôle important dans la mise en place du débat. Le modèle latéral est basé sur la problématique de réseaux, les acteurs sont interdépendants, l'institution a plus un rôle d'orientation de l'action publique que d'action. Le modèle structurel a trait à la création d'une agence qui se dote d'une structure et d'un fonctionnement selon les besoins de contrôle, de coordination et de traitement de l'information. Dans ce cas, diverses modalités existent. Les rapports entre l'instance de régulation et les organisations sont des rapports de contrôle dans un cadre hiérarchique. Dans le deuxième cas, il s'agit d'une structure souple de régulation pour résoudre les questions d'organisation. Le troisième modèle s'apparente à une forme de conseil offrant des services spécialisés.

Le modèle structurel se rapproche du système sanitaire français qui évolue entre une instance hiérarchique de régulation avec les ARH et un processus souple dans la mesure où la recherche des résultats peut rester indéterminée. La création des agences renforce la position de l'État et les capacités de contrôle par une structure spécialisée dans le domaine sanitaire. Une certaine forme de décentralisation se manifeste par la consultation élargie qui est prévue lors de l'élaboration des SROS. On ne peut cependant parler de scénario démocratique, mais d'un scénario technico-bureaucratique à l'intérieur duquel les nouveaux outils de management devraient jouer un rôle important. De plus, la déconcentration n'est pas la décentralisation. Elle rend difficile une coordination avec les départements et les élus chargés du médico-social favorisant ainsi une organisation sous forme de tuyaux d'orgue dénoncée par certains<sup>21</sup>.

Le contrat d'objectif et de moyens est un outil adapté aux établissements qui doivent faire l'objet de transformations importantes. Il accompagne la restructuration et le transfert d'une partie des lits d'hospitalisation en psychiatrie dans les centres urbains. Le contrat reste au centre des préoccupations. J. Caillosse et J. Hardy<sup>22</sup> montrent la contradiction entre le droit public, articulé autour des concepts de service public et d'intérêt général, qui va permettre la domination de l'État, et la conception libérale de droit privé du contrat fondée sur les principes d'égalité et de réciprocité des partenaires. On ne peut, disent les auteurs, ignorer le droit public qui donne à l'État une puissance hiérarchique et unilatérale en dépit des règles contractuelles du management. Les agences ont des moyens de contrainte de par leur rôle sur les établissements (diminution des enveloppes financières, pression sur l'avancement des directeurs ou des praticiens hospitaliers...). Néanmoins, en dépit de leur pouvoir déconcentré, elles ne peuvent faire fi de l'environnement auquel elles sont confrontées. Comment concilier les orientations proposées et les logiques ou les rapports de force issus des établissements, des mouvements des professionnels et de l'influence des élus ?

20. Denis (J.-L.), « Trois modèles et trois terrains pour penser la décentralisation », in Claveranne (J.-P.), Lardy (C.) (dir.), *Santé Demain. Vers un système de santé sans murs*, Paris, Economica, 1999, p. 50-66.

21. Jaeger (M.), *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 2000, p. 12.

22. Caillosse (J.), Hardy (J.), *Droits et modernisation administrative*, Paris, La Documentation française, 2000.

Si les départements ou les bassins de vie ont souvent été des lieux de cadrage, le principe égalitaire qui consiste à tenir compte de la population selon son nombre et à donner à ceux qui ont moins en enlevant à ceux qui ont plus, ne répond guère à la diversité locale<sup>23</sup>. C'est tout le problème de la transversalité et de la subsidiarité qui est en jeu et qui rendrait possible la consultation des élus et des populations. L'absence d'emboîtement des compétences de l'échelon central, local en passant par le conseil régional, le découpage des secteurs selon le nombre d'habitants et non selon les instances politico-administratives (région, pays, agglomérations) tendent à soustraire cette action à la responsabilité des élus. L'État a la responsabilité des orientations, des priorités et des règles qui sont mises en œuvre par les agences. La question se pose de savoir comment peut se faire une déclinaison locale et quels sont les territoires de mise en œuvre.

Les agences exercent une régulation qui peut être définie comme un ensemble de règles et de conventions disciplinant les tendances des acteurs pour aménager des zones de négociations<sup>24</sup>. L'application des SROS dépend à la fois de la diversité régionale, du consensus des établissements et des professionnels, et de la greffe éventuelle sur les échelons régionaux ou locaux. Cette situation permet de comprendre, outre les réticences des personnels, les difficultés rencontrées pour la mise en œuvre des contrats d'objectif et de moyens qui concernent la transformation des grands hôpitaux psychiatriques, d'où un échelonnement dans le temps qui risque de dépasser la durée du SROS.

Néanmoins, la régionalisation ne s'arrête pas aux soins hospitaliers. Les programmes régionaux de santé (PRS) établis par les préfets de région après avis de conférences régionales de santé<sup>25</sup> sont plus aptes à considérer en amont la prévention, en aval la réadaptation et la réinsertion pour les maladies de longue durée. L'hospitalo-centrisme propre à la psychiatrie et l'absence de visibilité des maladies mentales<sup>26</sup> n'ont guère permis jusqu'à présent leur prise en compte dans ces programmes.

Peut-on parler d'un équilibre entre la contractualisation et le management par le haut ? Si l'État définit les orientations de la politique de santé mentale, il laisse le soin aux organismes déconcentrés, les ARH, de négocier avec les centres hospitaliers de leurs possibilités de transformation (décentralisation et réduction des lits, création de secteurs, prise en charge des patients dans la cité, etc). La négociation conduit à des compromis avec pour sanction des réductions financières ou des mouvements concernant la direction des établissements. Pourtant, ces processus ouvrent la possibilité d'une participation démocratique, d'une éventuelle planification ascendante, car les représentants de la psychiatrie peuvent faire des propositions localisées (exemples des réseaux qu'on abordera par la suite), les élus et les usagers peuvent intervenir. Une forme de gouvernance est amorcée dont il y a lieu de suivre le développement. Le risque est un fractionnement des pratiques de soins sur le territoire faute d'une vision d'ensemble de l'État.

23. Biarez (S.), *Quelle politique pour la santé mentale ?*, Convention Mire, 2000.

24. Friedberg (E.), *Le pouvoir et la règle*, Paris, Seuil, 1993, p. 169.

25. Les conférences régionales de santé composées de 50 à 300 membres se réunissent chaque année, leurs séances sont publiques. Elles établissent des priorités de santé publique selon certaines données. Les PSR sont élaborés par le préfet de région avec les services déconcentrés lesquels sont maîtres de la programmation.

26. Pourtant la pathologie mentale représente chez les jeunes adultes le premier groupe de maladies chroniques lourdement invalidantes (voir *La santé en France*, 2002, Haut comité de la santé publique, Paris, La Documentation française, 2002, p. 99). Les suicidés comportent un fort pourcentage de troubles mentaux (*L'Information psychiatrique*, mai 2002).

## D'AUTRES OUTILS GESTIONNAIRES

D'autres outils ont été mis en place. Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) a son origine dans la constitution de groupes homogènes de malades (GHM) et dans les ressources mobilisées afférentes aux soins, auxquels est adjoint le coût de séjour par GHM et par hôpital. Les coûts moyens sont transformés en point ISA (index synthétique d'activité) permettant aux organismes de tutelle d'estimer les points ISA d'un établissement hospitalier et de les comparer aux autres dans le cadre de la région.

Le PMSI a fait l'objet depuis plusieurs années d'une réflexion afin de l'adapter à la spécificité de la psychiatrie. Si des régions pilotes ont été désignées en 2002 à titre expérimental, son utilisation reste peu probable. Dans l'ensemble, il est mal accueilli par les professionnels qui estiment, à côté du travail supplémentaire exigé par cet outil, qu'il perd de vue la qualité des soins et l'être humain, lequel ne peut se confondre avec les symptômes. La demande du patient dépend de son évolution, de sa trajectoire dans la maladie. L'offre de soins varie selon le savoir-faire des psychiatres. Pour certains, le PMSI risque d'être un relevé des apparences, une dérive technocratique. Pour les pouvoirs publics, il s'agit d'un réajustement entre les établissements, afin de comparer leurs dépenses et d'établir une répartition équitable. E. Beau<sup>27</sup> indique que la base de données du PMSI décrit des séjours en hospitalisation temps plein concernant des patients dans des établissements. Les soins cliniques sont fournis par les médecins, les infirmiers, les personnels éducatifs et sociaux à partir du temps consacré à chaque patient et du coût horaire standard de chaque catégorie de personnels. Cependant le PMSI n'a, d'après l'auteur, aucune capacité à évaluer les résultats de santé, ni l'opportunité des soins.

Un autre outil, l'évaluation de la qualité, dépend de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)<sup>28</sup>. Cette agence organise ou labellise des recommandations pour la pratique clinique. Des conférences de consensus sur les thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques interviennent. L'ANAES est compétente pour mettre en œuvre la procédure d'accréditation prévue par l'ordonnance de 1996.

Procédure externe à l'établissement de soins, elle est effectuée par des professionnels. Cette évaluation doit assurer la sécurité et la qualité des soins donnés au malade et promouvoir le développement continu de la qualité. L'accréditation repose sur une construction technique, elle est appliquée dans les établissements psychiatriques. Le développement de la qualité des soins implique l'existence d'un dispositif extérieur capable de dépasser la singularité des interactions individuelles et les représentations qui biaisent l'évaluation. En fait, cette procédure est à la fois une incitation à la qualité et un mode de reconnaissance externe de cette qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé. Le changement est fondé sur le manuel d'accréditation. Le même référentiel concerne tous les secteurs d'activités. Un des premiers résultats est la connaissance réciproque des acteurs et de leurs métiers. L'autre effet est la possibilité d'établir une performance collective qui s'imposera à l'établissement. « L'accréditation

27. Beau (E.), « Quelques réflexions sur le temps, la performance et la qualité », *Perspectives psy.*, vol. 4, n° spécial, janvier 2001, p. 27-30.

28. La direction de l'ANAES est assurée par le directeur général nommé par arrêté du ministre chargé de la santé. Celui-ci élabore un programme pluriannuel de travaux qu'il soumet au conseil scientifique et, pour l'accréditation, au collège d'accréditation, puis au conseil d'administration. Le conseil scientifique d'accréditation et d'évaluation comprend une majorité de médecins.

devrait conduire les établissements de santé en psychiatrie à examiner leur système pour l'actualisation des connaissances, la mise à jour de leurs procédures diagnostiques et la cohérence entre les pratiques et les organisations »<sup>29</sup>. Dernièrement la Cour des comptes avait regretté que l'accréditation ne porte pas sur la qualité des soins. Des exemples<sup>30</sup> montrent que cette démarche peut donner lieu à des réflexions concernant de nombreux domaines de la psychiatrie : respect des patients, satisfaction et information des malades, amélioration du dossier, coordination des soins.

Pilotage de l'État et déconcentration régionale indiquent que la politique de santé mentale dépend de plus en plus d'une régulation technico-gestionnaire soumise à des impératifs budgétaires. Cependant, à travers ces procédures mises en œuvre par les ARH interviennent des référentiels (intersectorialité, réseaux, redéploiement des lits, qualité...) qui peuvent changer cette action en profondeur.

## VERS UNE REFONDATION

La période 2000 marque une prise de conscience par le pouvoir central des insuffisances de la politique de santé mentale. Le plan d'actions pluriannuel présenté par Bernard Kouchner en conseil des ministres en novembre 2001 était fondé sur le rapport Piel et Roeland<sup>31</sup>, sur les travaux des groupes de travail mis en place au ministère et sur la mission du député-maire M. Charzat<sup>32</sup> concernant le développement des services aux personnes handicapées psychiques. La lutte contre la stigmatisation des maladies mentales (campagnes d'information auprès des professionnels non spécialisés et du grand public), le renforcement des droits des malades atteints de troubles psychiques (révision de la loi du 27 juin 1990, subventions aux associations d'usagers et de familles), l'amélioration des pratiques professionnelles (évaluation des stratégies thérapeutiques, formation des infirmières, des professionnels du champ sanitaire et médico-social ou éducatif) étaient à l'ordre du jour. Ce plan proposait également de poursuivre les programmes prévus pour des pathologies ciblées (suicide, précarité), d'amplifier les actions d'insertion sociale et professionnelle pour les adolescents et les adultes en situation de handicap psychique. La planification serait rénovée par l'élaboration d'un schéma régional d'organisation sanitaire unique.

Les prochains schémas d'organisation sanitaire (2005-2010) devraient permettre de promouvoir le travail en réseau dans une perspective ville-hôpital, santé mentale et sociale, de relocaliser les unités d'hospitalisation dans les centres hospitaliers de proximité, de renforcer les alternatives à l'hospitalisation avec des interventions à domicile et une répartition des moyens de 40 % pour l'intra-hospitalier et de 60 % pour le dispositif ambulatoire. Des centres d'accueil intersectoriels de 72 heures seraient créés

29. Terra (J.L.), « Démarche qualité et accréditation : leviers de changement des pratiques ? », Journée mondiale de la santé mentale, Ministère de la santé, avril 2001.

30. Caria (A.) (dir.), *Démarche qualité en santé mentale*, Paris, Éditions in Press, 2003.

31. Ce rapport propose de créer un service territorial de psychiatrie devenant un établissement public communal ou intercommunal auquel serait rattaché un réseau territorial de santé mentale comprenant des acteurs sanitaires, culturels et des représentants des citoyens. Piel (E.), Roeland (J.-L.), *De la psychiatrie vers la santé mentale*, Rapport remis au ministre délégué à la santé, 2001.

32. Mars 2002.

à proximité des services d'urgence en vue de la prise en charge des situations de crise et de la diminution du recours à l'hospitalisation sans consentement. Plusieurs orientations étaient nouvelles : la reconnaissance des usagers et des associations en santé mentale, l'importance donnée pour la première fois au handicap psychique, le désir d'impliquer les élus dans la politique de santé mentale par la conclusion de contrats pluriannuels.

Une partie de ces dispositions a été reprise par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'objectif de ce texte est de donner une place aux droits et à l'expression des usagers, d'établir un équilibre entre la responsabilité des patients, des soignants et des institutions sanitaires de l'État, de développer la démocratie sanitaire, d'améliorer la qualité des soins et de réparer les risques. L'affirmation des droits individuels se double de l'accès des personnes à l'ensemble des informations concernant la santé. Désormais la relation entre le malade et les professionnels devrait reposer sur un partenariat faisant du malade un acteur de sa santé. Ces droits s'appliqueraient aux personnes hospitalisées pour troubles mentaux en hospitalisation libre ou sans consentement, selon certaines modalités.

L'application de cette loi dépend des décrets que le gouvernement mettra en œuvre. La priorité accordée au handicap par le Président de la République lors des dernières élections, la réforme de la loi de 1975 concernant cette politique et l'ordonnance de septembre 2003 apportent des éléments qui ne modifient guère les évolutions en profondeur de la politique de santé mentale.

## DES TENDANCES NOUVELLES

Deux tendances sont à l'œuvre : l'intérêt porté à l'utilisateur et au mouvement associatif, et la problématique des réseaux. La démocratie sanitaire (consentement libre et éclairé du patient, refus du traitement, accès au dossier médical) est une source de division au sein de la psychiatrie. Le passage du paternalisme médical à une négociation contractuelle est difficile dans cette discipline. L'utilisateur se heurte au fait que sa parole est disqualifiée, que ses droits sont liés à la nature de la maladie mentale. Il existe une autre attente qui est d'avoir des informations, d'établir avec le soignant des échanges constructifs, d'accéder au dossier médical. La psychiatrie, plus que toute autre discipline, a du mal à entrer dans cette démarche. Elle invoque sa compétence, sa légitimation par rapport au patient dont la subjectivité est en difficulté. Des comportements contradictoires se manifestent au sein des professionnels ; celui d'une coopération avec les pouvoirs publics et celui d'une opposition systématique à toute réforme portant atteinte à l'organisation des soins, d'où l'immobilisme. Si on définit le corporatisme comme un groupe de pression soucieux de préserver ses avantages, on s'aperçoit que les revendications syndicales portent surtout sur la diminution en personnel et en moyens financiers, dissimulant les profondes divergences concernant l'offre de soins. Les réformes se heurtent aussi à l'organisation hiérarchique des centres hospitaliers. « La disparition des asiles serait (...) la disparition des bastions syndicaux des médecins comme des personnels hospitaliers (...) »<sup>33</sup>.

33. Hardy-Baylé (M.-C.), Bronnec (C.), *Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner*, Paris, O. Jacob, 2003, p. 55.

Depuis un certain nombre d'années, le modèle délibératif apparaît dans le cadre des actions publiques. Dans le domaine de la santé, des associations de malades et de familles ont pu être à l'origine d'une transformation de la décision publique<sup>34</sup>. La participation des usagers et des associations à divers organismes (conseils d'administration des hôpitaux, commission de conciliation, conseils départementaux de santé mentale...) a permis l'information, mais est restée plus formelle que réelle<sup>35</sup>. Les associations d'usagers en psychiatrie ont revendiqué le droit au respect et à la dignité face à des soignants enclins à considérer plus la maladie que la personne et à des contraintes hospitalières peu adaptées aux libertés et au confort du patient. Dans certains pays<sup>36</sup>, l'information et la formation des patients sont au cœur des préoccupations de ces associations. Elles visent à donner des pouvoirs aux intéressés afin de ne pas être assujéti à la seule compétence médicale et de rester sujet et citoyen. L'UNAFAM (Union nationale des amis et des familles des malades mentaux), tournée vers des maladies lourdes et chroniques, considère que la vie dans la cité des personnes souffrant de troubles psychiques reste un espace inorganisé dont la psychiatrie demeure pratiquement absente. Le Livre blanc<sup>37</sup> des partenaires de la santé mentale publié par l'UNAFAM avec la FNAP-Psy<sup>38</sup> et les principaux organismes soignants insiste sur la situation urgente et précaire des handicapés psychiques de plus en plus présents dans la cité et soumis à un isolement qui se transforme en exclusion. Un plan d'urgence a été prévu par l'UNAFAM<sup>39</sup> dont les propositions sont discutées au niveau du ministère au moment où s'élaborent la loi d'orientation en santé publique et la réforme de la loi de 1975 sur le handicap.

Les réseaux de santé et de soins<sup>40</sup> sont un moyen d'innovation dans le domaine de la santé mentale, car ils permettent une coordination entre des secteurs complémentaires. Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, l'interdisciplinarité pour des populations spécifiques et pour certaines pathologies ou activités sanitaires. Ils doivent assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne dans le domaine de l'éducation, de la prévention, du diagnostic et des soins. Constitués entre des professionnels de santé publique et libéraux, des établissements, des institutions sociales ou médico-sociales, des organismes sanitaires ou sociaux, ils bénéficient des subventions de l'État, à condition que des actions d'évaluation garantissent la qualité de leurs prestations. La politique de réseau s'est développée pour le Sida et la toxicomanie, ce sont les réseaux ville-hôpital. Pour le VIH, le réseau intègre des médecins généralistes pour assurer une continuité par le suivi ambulatoire. Des réseaux ville-santé ont été

34. Barral (C.), Paterson (F.), « L'association française contre les myopathies : compensation des incapacités ou éradication de la maladie », in Barral (C.) *et al.* (dir.), *L'institution du handicap*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2000, p. 349-365 ; Löwy (J.), « Entre contre-expertise et consommation avertie : le mouvement associatif anti-sida et les essais thérapeutiques », *Mouvements*, janv.-fév. 2000, p. 32-38.

35. P. Lascoumes considère que la participation mise en place dans le domaine sanitaire s'apparente à un outil de communication destiné à assumer les décisions (*L'information, arcane politique paradoxale*, École nationale supérieure des Mines de Paris, 1998, pp. 15-34).

36. « Le rôle des associations d'usagers », Journée mondiale de la santé mentale, Ministère de la santé, avril 2001. Les institutions européennes développent des référentiels en rapport avec les droits de l'homme et la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

37. UNAFAM, 2001.

38. Fédération nationale des associations d'ex-patients.

39. Six objectifs sont indiqués : permettre l'accès à des soins, garantir des ressources suffisantes, assurer un hébergement adapté, mettre en place un accompagnement, si nécessaire prévoir une protection juridique et des activités allant jusqu'au travail.

40. Prévus déjà par l'ordonnance de 1996 et confirmés par la loi de 2002.

lancés par l'Organisation mondiale de la santé afin d'associer les élus et les responsables locaux avec des succès mitigés sur la politique urbaine.

Des exemples de réalisation existent en santé mentale <sup>41</sup>, mais l'unanimité n'est pas faite autour des réseaux par les soignants. Certains <sup>42</sup> y voient le moyen de pallier la séparation entre le sanitaire, le social et le médico-social, d'autant que la notion de réseau est étendue à la lutte contre les exclusions. Les réseaux sont aussi une des préoccupations de la mission nationale d'appui en santé mentale <sup>43</sup>. Deux modes d'intervention des réseaux sont cités : le réseau autour du patient qui implique le secteur avec les familles, les services sociaux, des conseils généraux et des mairies pour les adultes, et la psychiatrie infanto-juvénile de secteur en lien étroit avec le PMI, les écoles, les services d'éducation surveillée, la sauvegarde de l'enfance, les établissements médico-sociaux, les parents. Le réseau entre les acteurs et les institutions peut s'appliquer à des populations ciblées ou se construire autour de thématiques (souffrances psychiques pour la précarité, conduite addictive, suicide, délinquance...). Ces formes d'intervention dépassent les secteurs. Le travail ne peut être qu'intersectoriel ou départemental. Dans ce cadre, la mise en réseau provient souvent des difficultés rencontrées : faiblesse des moyens, augmentation de la demande, contraintes financières, opération de restructuration. D'autres considèrent qu'il s'agit d'une atteinte possible à l'intérêt du patient et à l'esprit même de la sectorisation. Une seule équipe soignante est nécessaire pour toutes les pathologies psychiatriques d'un groupe humain lié par une histoire et par des préoccupations civiques communes <sup>44</sup>.

Le réseau par son caractère polysémique se heurte à des obstacles (disparités des pratiques, dualité entre le secteur public et privé). La méthode hospitalo-centrée conduit à l'hospitalisation et tend à éviter des réponses coûteuses en activités <sup>45</sup>. Pourtant des exemples montrent que la problématique du réseau se situe au cœur d'un redéploiement des hôpitaux psychiatriques et d'une nouvelle conception de la prise en charge du patient. Le réseau des Yvelines-Sud <sup>46</sup> apparaît comme l'une des expériences les plus abouties. Les promoteurs invoquent l'existence d'une offre de soins diversifiée et éclatée (développement de la psychiatrie libérale, présence des généralistes, place des cliniques privées, explosion de la demande, rôle d'associations dynamiques) et l'inadéquation des équipements souvent vidés de leurs projets de soins. Le réseau est fondé sur la complémentarité des pratiques et sur un partage des expériences des différents acteurs.

41. Hardy-Baylé (M.-C.), Bronnec (C.), « Le réseau de santé mentale des Yvelines-Sud », Hardy-Baylé (M.-C.), « Le réseau : exposé des motifs », *Pluriels*, n° 14, Roelandt (J.-L.), « La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale », Rapport au ministre, 2002.

42. Jaeger (M.), *L'articulation du sanitaire et du social*, Paris, Dunod, 2000, p. 105-127.

43. Cette mission est un organe de conseil et d'intervention à l'échelon national et local.

44. Baillon (G.), Renévot (M.-A.), « Le réseau du politiquement correct », *Pratiques en santé mentale*, Fédération d'aide à la santé mentale, *Croix Marine*, n° 3, août 2001, p. 13-19.

45. *Pluriels*, n° 19, Lettre de la Mission nationale d'appui en santé mentale.

46. Ce réseau couvre un territoire de 600 000 habitants : 8 secteurs et 4 établissements de santé. Il est composé d'associations de médecins généralistes, de psychiatres libéraux, de psychologues libéraux. Il travaille en partenariat avec les acteurs sociaux. (Voir Hardy-Baylé (M.-C.), Bronnec (C.), *op. cit.*, p. 209-241).

## CONCLUSION : ENTRE INCERTITUDES ET QUESTIONNEMENT

Si les grands hôpitaux psychiatriques ont été, pendant des années, en dépit de la réduction des lits <sup>47</sup>, un lieu d'asile et de soins, si l'extra-hospitalier avec son système ambulatoire a été un progrès, le dispositif de santé mentale dont la réglementation n'a jamais été entièrement appliquée se trouve à un tournant critique <sup>48</sup>. La santé mentale comme la santé en général est aux prises avec la crise des finances publiques, l'accroissement de la demande, la diminution de la démographie médicale <sup>49</sup>, les difficultés de coordination avec le secteur médico-social du ressort du département. La réduction du temps d'hospitalisation, le fonctionnement très inégalitaire et au ralenti de la sectorisation contribuent à laisser pour compte la prévention, les malades psychiques chroniques et à augmenter leur nombre dans les prisons <sup>50</sup> et dans la rue. Une association comme l'UNAFAM, qui tente de combler avec l'aide des départements les graves lacunes dans la cité (services d'accompagnement à la vie sociale, foyers, clubs, CAT), demande à l'État et aux élus de prendre le relais.

La refondation de la politique de santé mentale se heurte au corporatisme des soignants, à l'absence de mesures suffisamment incitatives, aux divisions internes, et aux difficultés des soins psychiatriques dont les recherches restent encore pauvres en France. L'absence de clarification des procédures et leur manque d'articulation sont aussi un obstacle. Certes l'adoption de règles managériales appropriées aux situations et acceptées par les professionnels peut permettre une amélioration de la qualité et de l'efficacité. Cependant, les ARH n'ont qu'un pouvoir de négociation avec les établissements hospitaliers et souvent aucun lien avec les départements chargés du médico-social.

La prise en compte des problèmes socio-sanitaires dans la proximité est mal ou peu assurée, la discrimination due à l'histoire asilaire est toujours présente. La mise à jour des besoins n'est pas résolue <sup>51</sup>. C'est l'organisation territoriale de la politique de santé mentale qui est questionnée à travers l'enchevêtrement des procédures et l'absence de cohérence. « Il n'y a pas de dispositif territorial efficace si l'on ne peut connaître avec suffisamment de précision les besoins des populations et des publics concernés par les politiques » <sup>52</sup>. Les observatoires régionaux de santé (ORS) pourraient permettre la connaissance de ces besoins, car ils sont différents selon les régions, les départements, les agglomérations. Il en est de même pour conduire une action en faveur des handicapés psychiques qui passe le plus souvent par le taux d'équipement régional et départemental ou par le poids de la population par rapport à la population totale. Les départements laissent la création de structure médico-sociale à la dynamique associative ou à des personnes morales indépendamment d'une évaluation des besoins.

L'existence de pathologies lourdes et invalidantes pour lesquelles les soins médicaux doivent être complétés par une approche psychosociale donne à la proximité un poids qui s'apparente aux soins de ville. Il est difficile de ne pas responsabiliser les

47. Depuis 1970, 50 % de lits auraient été supprimés. La DREES (Direction de la recherche, des études et des statistiques) indique que 1,2 million de français seraient suivis en médecine ambulatoire pour troubles psychiques (*Santé mentale*, n° 78).

48. Lepoutre (R.), de Kervasdoué (J.) (dir.), *La santé mentale des Français*, Paris, O. Jacob, 2002.

49. D'après une enquête de l'association des directeurs des hôpitaux psychiatriques, 10 % des postes de psychiatres-hospitaliers sont vacants. La DREES fait état d'une baisse de 30 % en 2002.

50. Un quart des détenus présente des troubles mentaux.

51. Kovess (V.) *et al.*, *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Flammarion, 2001.

52. *Rapport annuel*, 2002, IGAS, Paris, La Documentation française, p. 239.

élus dans le cadre des politiques sociales permettant des mesures d'intégration de ces populations. Les textes fondateurs de la sectorisation prévoyaient le développement d'actions de prévention, de proximité des services, ainsi que la coordination des acteurs de santé et des intervenants sociaux dans la communauté. Soit de nouveaux moyens sont donnés à l'extra-hospitalier en articulation avec les acteurs publics et privés (rapport Piel et Roelandt), soit à côté des soins hospitaliers se créent des réseaux dans la communauté<sup>53</sup> favorisant des soins psycho-sanitaires et des mesures sociales, et autorisant une guérison ou une stabilisation de maladies qui atteignent des adolescents et de jeunes adultes<sup>54</sup>. La reconnaissance des troubles psychiques, souvent dissimulés, le partenariat entre tous les acteurs concernés pourraient atténuer une discrimination ayant son origine dans l'ignorance du grand public.

Peut-on émettre des scénarios dans une discipline fragmentée où les causes des maladies sont soumises à des hypothèses de nature bio-psycho-sociales et où les conflits restent importants parmi les professionnels ? S'il faut tenir compte de ces composantes, il a lieu de considérer les transformations propres à la gestion étatique. L'existence d'un État creux<sup>55</sup> ou modeste s'articule à des politiques managériales et contractuelles qui permettent de s'ouvrir à des expériences nouvelles. Or le terrain montre la présence de nombreuses initiatives dans le domaine de l'offre de soins ou de la prise en charge du patient. Face à la désinstitutionnalisation, les réseaux ou les partenariats entre différents acteurs existent, même s'ils peuvent être soumis à une certaine précarité. Il appartiendrait aux ARH<sup>56</sup> de considérer ces expériences, de les aider, de les évaluer et de les faire remonter vers les administrations centrales. Cette démarche vers une planification ascendante aurait le mérite d'intégrer la diversité et d'amener l'État à une régulation n'ignorant ni les choix appropriés, ni les compensations égalitaires, ni la capacité informative.

53. Voir *Santé mentale au Québec*, Les réseaux intégrés de services, vol. 25, n° 2.

54. Toutes les réformes devraient donner lieu à des évaluations concernant autant les coûts que la qualité des prestations.

55. Leca (J.), « La gouvernance de la France sous la V<sup>ème</sup> République », in D'Arcy (F.), Rouban (L.) (dir.), *De la V<sup>ème</sup> République à l'Europe*, Paris, Presses de Science Po, 1996, p. 350.

56. Devenues des agences régionales de santé.