



Inspection générale
des affaires sociales

Organisation et fonctionnement du dispositif
de soins psychiatriques,
60 ans après la circulaire du 15 mars 1960

TOME 1
RAPPORT

Établi par

Alain LOPEZ

Gaëlle TURAN-PELLETIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Novembre 2017 –

- N°2017-064R -

SYNTHESE

Un français sur trois souffrira de troubles mentaux au cours de sa vie. Bien d'autres chiffres pourraient être cités pour montrer l'importance et la gravité de ce « fléau », selon l'expression longtemps utilisée par le code de la santé publique. Ses conséquences ne se mesurent pas qu'en termes de mortalité, de handicap, de souffrance, d'années de vie gâchées pour les personnes concernées, ni même de dépenses pour la collectivité. Les répercussions sur les familles et les proches peuvent être considérables, parfois se retrouver sur la génération suivante. Le sujet justifie amplement une évaluation de la politique publique de soins psychiatriques définie et mise en œuvre, afin de savoir si celle-ci est à la hauteur des défis à relever. C'est l'objectif que s'est fixée l'IGAS, dans le cadre de son programme de travail, en limitant ses investigations aux soins hospitaliers et ambulatoires, publics et privés, à destination des adultes et enfants.

Les travaux de la mission ont porté sur l'architecture du dispositif de soins et non sur les objectifs de la psychiatrie et les pratiques de soins. Ils ont concerné le dispositif de soins psychiatriques et, même si certaines questions soulevées pourraient probablement se poser pour d'autres segments du dispositif de soins, la mission n'a pas mené d'investigations en ce sens et ne se prononce donc pas sur la possibilité d'étendre ses constats et recommandations.

La politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960, qui a mis en place la sectorisation, complétée par plusieurs textes législatifs, réglementaires et circulaires. En soixante ans, le dispositif de soins s'est profondément transformé. Les prises en charge se sont diversifiées, accordant une place prépondérante aux soins ambulatoires. Sur les 25 dernières années, le nombre des patients traités par les secteurs de psychiatrie a plus que doublé et ne cesse d'augmenter. Les équipes psychiatriques interviennent dans la cité, en complémentarité avec les services médico-sociaux, sociaux, éducatifs, afin d'accompagner les personnes souffrant de pathologies chroniques dans leur réinsertion, et d'assurer une continuité de leur parcours de soin. Les pratiques médicales ont beaucoup évolué. Le dispositif de soins psychiatriques est loin d'être statique, il fait preuve d'une remarquable capacité à innover et à se redéfinir mais pourrait aussi se replier sur des prises en charge plus traditionnelles dans un contexte de découragement des professionnels et de rationalisation budgétaire. Ces constats ne doivent pas cependant masquer les problèmes d'organisation et de fonctionnement du dispositif existants.

En effet, la politique publique menée depuis 60 ans n'a pas su réduire les fortes inégalités d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire national. Elles s'expliquent par d'importantes différences d'équipements, de moyens, de pratiques soignantes entre les services, les établissements, les territoires. Les délais d'attente pour obtenir une prise en charge en pédopsychiatrie restent inacceptables. La diversification toujours plus grande des types de soins et des modes de prise en charge, leurs références territoriales variables, la multiplicité des partenariats à organiser, forment une représentation complexe du dispositif de soins et, au total, rendent son pilotage difficile. Les acteurs de la santé mentale sont déconcertés face à cinq outils d'organisation à appliquer au dispositif de soins psychiatriques (Projet régional de santé, projet d'établissement, projet médical partagé du GHT, convention constitutive de la CPT, projet territorial de santé mentale), tous à articuler, faisant référence à des territoires différents. Le contraste s'est accentué entre un dispositif public sectorisé dont les lits diminuent, offrant des soins de plus en plus diversifiés répartis dans la cité, et un dispositif privé à but lucratif, non sectorisé, dont les lits augmentent et disposant de peu de structures alternatives à l'hospitalisation temps plein. Les partenariats, nécessaires à la gestion du parcours de la personne souffrant de pathologie psychiatrique et de handicap psychique, peinent à s'organiser et à se développer, avec les médecins

généralistes, les structures sociales et médico-sociales. Les innovations sont nombreuses mais ne sont pas évaluées et leur financement est souvent précaire. La recherche en santé mentale est insuffisante, plaçant la France très en dessous du rang qu'elle devrait occuper sur le plan international.

Il serait inexact d'expliquer cette situation en invoquant une diminution des ressources consacrées aux soins psychiatriques, une diminution du nombre des psychiatres ou des personnels soignants. Les moyens consacrés à la psychiatrie progressent, certes moins que les dépenses de santé, même s'ils n'augmentent que très peu ces dernières années. Le nombre des psychiatres n'a cessé de progresser ces treize dernières années, aussi bien à l'hôpital qu'en ville (même si la distinction entre psychiatres généraux et pédopsychiatres mériterait d'être faite). La baisse est prévisible pour les 5 prochaines années mais elle serait faible (-3,3 % entre 2016 et 2021), dépendant des choix de départ à la retraite, et momentanée avant que les effectifs ne repartent à la hausse. **En revanche, les moyens sont inégalement répartis et cela explique les difficultés dans lesquelles se trouvent certains services ou territoires.**

Il serait tout aussi inexact de considérer que le dispositif de soins psychiatriques serait en proie à un certain désordre expliqué par des querelles d'écoles portant sur la conception de la maladie mentale et de sa prise en charge. Les divergences scientifiques ont toujours existé en psychiatrie. Elles sont nécessaires au progrès des connaissances et des pratiques. Elles cohabitent bien, parfois au sein d'un même service, et le dispositif de soins sait souvent utiliser ces approches différentes de la maladie dans l'intérêt des patients. Les difficultés actuelles du dispositif de soins psychiatriques sont dues à des questions d'organisation et de fonctionnement qu'il est impératif de résoudre pour tirer tous les avantages possibles des efforts faits depuis 60 ans, transformer le dispositif de soins et mieux répondre aux besoins de la population. Les difficultés sont dues aussi, et de plus en plus, aux désaccords sur la pertinence des interventions psychiatriques. L'identification incertaine de l'objet même de la politique publique dans ce domaine, de psychiatrie ou de santé mentale, en est une illustration emblématique. La définition des limites de l'intervention de la psychiatrie concernant la maladie, la souffrance psychique et le handicap psychique est conflictuelle entre la psychiatrie et ses partenaires. Il manque des repères et des outils, admis par tous, pour parvenir à dépasser les controverses sur la nécessité des interventions psychiatriques et leurs conditions.

L'architecture du dispositif de soins psychiatriques est à redessiner, en renforçant certains traits déjà tracés, mais aussi en remodelant son aspect que 60 ans de sectorisation ont profondément fait évoluer. C'est à cette échelle que les recommandations de ce rapport entendent se situer. Un autre sujet est celui des objectifs de santé mentale et des moyens à mobiliser pour les atteindre. Il n'en sera pas question ici.

La loi du 27 janvier 2016 définit largement les missions du dispositif de soins psychiatriques sectorisé. Elle est beaucoup moins diserte sur celles du dispositif non sectorisé limitées à apporter des soins. Le décret du 27 juillet 2017 sur le projet territorial de santé mentale (PTSM) liste un certain nombre d'objectifs à assigner à l'offre de soins. Mais aucun texte ne précise ni ne structure « *les fonctions* » qui seront à exercer par le dispositif de soins dans son ensemble, public et privé, pour mettre en œuvre les missions que la loi lui confère et atteindre les objectifs qui lui sont fixés. Ce défaut ne permet pas de situer aisément les stratégies d'organisation et de développement de l'offre par rapport à un cadre de référence, indispensable pour en mesurer la cohérence d'ensemble. Il ne facilite pas l'identification des orientations à prendre pour être en position d'atteindre complètement les objectifs assignés à l'offre de soins.

La première proposition porte sur l'identification de quatre fonctions à remplir par le dispositif de soins public et privé, pour exercer les missions qui lui sont confiées : les soins, l'urgence, le soutien partenarial, l'action inter-partenariale. A chacune de ces fonctions doivent correspondre des moyens d'intervention et un dispositif de coordination, territorialisés. A partir de cette grille structurant le dispositif dans son ensemble, il devient possible de suivre les ressources précises affectées à la mise en œuvre de chacune de ces quatre fonctions et d'apprécier, le cas échéant, les efforts à conduire pour renforcer telle ou telle d'entre elles. La bonne mise en œuvre de chacune de ces fonctions exige l'organisation d'une coordination efficace, non seulement entre acteurs impliqués dans la réalisation des soins ou dans les interventions en urgence, mais aussi entre partenaires ayant besoin de s'entendre sur la pertinence des interventions psychiatriques, celles assurées en soutien de ceux dont la mission est sociale, médico-sociale ou éducative, comme celles menées en commun avec tous ceux qui participent à la prévention et à la réinsertion des patients.

La seconde proposition vise à organiser une offre de soins ouverte sur un partenariat multiple (médecine somatique, services sociaux, médico-sociaux, éducatifs, usagers...), inscrite dans le groupement hospitalier de territoire (GHT), au sein d'un cadre territorial simplifié. Les services publics de psychiatrie ne sauraient se trouver engagés dans plusieurs appartenances hospitalières ayant chacune leur logique de développement propre. Si cela se produisait, il s'en suivrait une situation de confusion quant aux stratégies suivies et, surtout, un épuisement des professionnels parties prenantes de plusieurs gouvernances hospitalières. **Tous les services publics de psychiatrie membres d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT) devraient appartenir à un même GHT. La CPT doit être la forme d'organisation du partenariat dont les services de psychiatrie ont besoin.**

Convention constitutive de la CPT et projet médical de la psychiatrie au sein du GHT sont à mener de front. Au final, le projet des services publics de psychiatrie aura à s'intégrer dans le projet médical partagé (PMP) du GHT, en totale cohérence avec les orientations générales de ce dernier.

Au sein du GHT, les services de psychiatrie doivent disposer des marges de manœuvre suffisantes pour gérer leurs ressources, leur organisation et leur fonctionnement particuliers, et structurer leur partenariat dans le cadre de la CPT. Un texte réglementaire est nécessaire pour sécuriser ce dispositif.

Il n'est pas possible de s'en tenir à une situation de confusion quant aux références territoriales de l'organisation des soins tiraillée entre différents espaces ayant chacun leur légitimité. Le territoire de santé mentale devrait être celui du GHT, celui où s'organiserait en conséquence la CPT, dans l'idéal c'est le territoire du département. Il serait vain de courir après une cohérence absolue des découpages territoriaux, tous adaptés à chacune des formes de l'action publique. La cohérence de l'organisation territoriale de la santé doit être première. Elle est dictée par les nécessités de la configuration de son dispositif hospitalier. Dans bon nombre de cas, le territoire de santé, celui donc du GHT et de la CPT, correspondra aux découpages retenus par d'autres secteurs de l'action publique. Le travail en commun sera plus facile à construire. Parfois, les périmètres des GHT ne permettent pas de parvenir à cet idéal mais, avec le temps, des progrès devraient être possibles. Parfois, les défauts de correspondances entre découpages seront irréductibles, portant plus ou moins sur les marges. Cela compliquera les constructions de partenariats mais ne peut justifier de renoncer à la cohérence de l'organisation sanitaire.

La troisième proposition entend réduire le contraste actuel entre offre sectorisée et non sectorisée, en favorisant la diversification de l'offre de soins, tout en maîtrisant les dépenses.

La régulation de l'offre de soins obéit aujourd'hui à deux mécanismes de régulation : le régime des autorisations décliné sous forme d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), et la régulation budgétaire appliquée de façon inégale selon le secteur public ou privé. Il y a un paradoxe à limiter la création de dispositifs de soins en ambulatoire avec les OQOS, tout en prônant le virage ambulatoire. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), établi entre l'ARS et les établissements publics et privés, devrait être le seul cadre de définition des objectifs à poursuivre et des moyens à mobiliser en conséquence. L'action publique gagnerait ainsi en simplicité de mise en œuvre et sans doute en efficacité.

La dépense liée à la création de lits ou de places dans le secteur privé est compensée par une augmentation de l'objectif quantifié national (OQN) et/ou une régulation prix-volume conduisant à une baisse générale des prix de journée. Ce mécanisme accentue la place du privé dans l'hospitalisation, quand le public diminue de son côté ses lits et fait l'objet d'une dotation dont l'évolution est inférieure depuis des années à celle de l'OQN (en 13 ans, le nombre des journées d'hospitalisation a diminué de près de 8 % dans les établissements publics et ESPIC, et a augmenté de 22 % dans les cliniques, dont la part est passée de 20 % à 26 %). S'il devait perdurer, il finirait par poser un problème, car le secteur privé lucratif ne prend pas en charge les mêmes malades que le public. Les troubles les plus graves sont traités par le secteur public, qui voit son périmètre de moyens progressivement réduit par rapport à celui du privé lucratif qui n'endosse pas les mêmes charges. Par ailleurs, ce mécanisme de régulation fait supporter par toutes les cliniques la dépense liée à la création de lits et places acceptée dans une région. Il n'incite pas les ARS à une gestion des créations de lits et places privés prenant en compte la nécessaire maîtrise des dépenses.

La contention budgétaire appliquée au privé devrait s'exercer au niveau régional, comme c'est le cas pour le secteur public en psychiatrie. Le niveau national serait responsable de la fixation de l'OQN, de sa répartition entre les régions **sous la forme d'un objectif quantifié régional (OQR) et de la fixation de fourchettes tarifaires.**

Afin de favoriser le développement de dispositifs de soins en ambulatoire, il conviendrait, dans le même temps, d'élargir la grille tarifaire appliquée aux cliniques. Cet élargissement pourrait être l'occasion de qualifier les dispositifs de soins en ambulatoire en types de soins plutôt qu'en termes de structures.

La quatrième proposition cherche à développer les complémentarités entre public et privé. Le contenu **des conditions techniques d'autorisation des cliniques privées doit être revu**, de manière à y inclure des obligations de participation à la permanence des soins et à l'organisation des urgences.

Les inégalités de répartition territoriale de l'offre privée, aussi bien en hospitalisation qu'en psychiatres installés en cabinet, aujourd'hui importantes, devraient progressivement être réduites. Le dispositif privé doit pouvoir venir compléter une offre publique parfois trop faible, et faciliter le dépassement de la contradiction entre le principe de libre choix du patient et celui d'une sectorisation de l'offre de soins. Aussi, les reconstructions et regroupements de cliniques doivent faire l'objet de conditions sur leurs nouvelles implantations. Quant au droit à conventionnement des professionnels libéraux, il devrait être aménagé, soit en le remettant en cause dans les zones de fortes densités, soit en l'assortissant de conditions de participation (notamment en utilisant la télémédecine) à la réponse aux besoins dans des territoires disposant d'une offre psychiatrique insuffisante.

La cinquième proposition porte sur le financement du dispositif de soins psychiatriques. Un consensus existe aujourd’hui sur un financement mixte de la psychiatrie publique, **combinant une dotation, pondérée selon des critères populationnels et d’environnement, avec une rémunération à l’activité** pour quelques actes présentant peu de variabilité dans les coûts. Sur cette base, des travaux à conduire au niveau national sont nécessaires, pour définir des règles de répartition plus équitables des dotations entre les régions, et s’entendre sur un financement partiel à l’activité, pour quelques actes réalisés aussi bien dans le public que le privé. Le dispositif de pondération de la partie dotation du financement devrait être conçu par étapes, avec des règles simples au départ et peu à peu plus ajustées, prenant par exemple en compte dans un premier temps la population **et le niveau de dépenses par habitant**.

Par ailleurs, il faut mieux piloter les innovations pour en faire des expérimentations. Les innovations nombreuses, financées au départ par le fonds d’intervention régional (FIR), doivent pouvoir faire l’objet d’un suivi national et d’une évaluation permettant de leur assurer, en fonction des conclusions tirées, un financement pérenne et une généralisation (les innovations en psychiatrie ne correspondant pas souvent aux critères leur permettant d’être éligibles au dispositif d’évaluation générale des innovations prévu par le PLFSS 2018). Parmi ces innovations, une attention particulière doit être portée à la télémédecine, en concevant un plan de développement.

La sixième proposition concerne la recherche. Pour mieux piloter la politique publique, l’administration de la santé doit disposer des éléments scientifiques nécessaires pour orienter l’organisation et le fonctionnement du système de soins psychiatriques. Or il faut relever le petit nombre de travaux de recherche évaluative, dans un contexte plus général d’insuffisance de la recherche en santé mentale en France.

Il n’existe pas de stratégie du ministère de la santé sur la recherche en santé mentale, la coordination entre les directions d’administration centrale est faible, il n’y a pas de mutualisation des budgets autour d’un projet commun, et le lien entre chercheurs et décideurs n’est pas organisé. Il manque un dispositif spécifique à la santé mentale, comparable à celui mis en place pour le cancer avec l’INCA, permettant de développer la recherche en fléchant des moyens, d’évaluer les innovations, d’obtenir les avis scientifiques dont l’action publique a besoin pour assurer la pertinence de ses décisions.

A défaut de constituer une telle agence, pourrait être créée, au sein du ministère de la santé, une mission consacrée à la recherche et à l’expérimentation, dont l’activité serait orientée par une instance de pilotage stratégique, en redéfinissant la mission du comité de recherche en santé (CORESA) actuel. Un conseil scientifique devrait être constitué pour compléter ce dispositif.

La mission recherche et expérimentation en santé mentale serait chargée de développer et valoriser la recherche et l’évaluation des expérimentations dans les domaines de la santé mentale et en particulier de la psychiatrie. Cela consistera à proposer des projets de recherche, assurer la coordination entre les différents projets portés par les administrations centrales et leurs grands opérateurs et rechercher des mutualisations de moyens possibles pour les financer. Elle assurera aussi le suivi des expérimentations. L’importance du problème de santé publique posé par les pathologies mentales justifie amplement qu’un tel effort en faveur de la recherche soit fait.

La septième proposition insiste sur deux domaines d’action prioritaires : la pédopsychiatrie et l’amélioration des conditions d’hospitalisation. Le constat des difficultés que connaît la pédopsychiatrie est ancien. Pour y porter remède, il conviendrait de s’engager dans l’élaboration d’un plan d’action spécifique national dont quelques axes sont précisés par le rapport (suivi et évolution des financements, organisation de la première ligne...).

De même, les conditions d'hospitalisation devraient faire l'objet d'un plan d'investissement national, à ne définir qu'après avoir procédé dans les régions à un examen précis des problèmes existants dans tous les établissements, et mené une réflexion nationale sur les formes architecturales les mieux adaptées aux prises en charge actuelles.

Quant aux chambres d'isolement, il conviendrait de définir par voie réglementaire les normes auxquelles elles doivent obéir, afin d'assurer une meilleure sécurité des prises en charge et des conditions d'hospitalisation respectueuses de la dignité des personnes.

La huitième et dernière proposition reprend les éléments principaux des propositions précédentes, de façon à fixer les principes devant guider le cadre d'organisation du dispositif de soins.

La référence à la circulaire de 1960 est loin d'être dépassée, mais elle ne suffit plus à guider notre trajectoire compte tenu des changements qu'a connus le dispositif psychiatrique et les demandes qui lui sont aujourd'hui adressées. Il ne s'agit pas de refondre une politique publique de soins psychiatriques mais de lui donner un nouvel élan.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	13
I. LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE	15
1 UNE ORIENTATION CONSTANTE DEPUIS 60 ANS : REDUIRE LA PLACE DE L'HOSPITALISATION ET ACCROITRE LES SOINS EN AMBULATOIRE	16
1.1 Un contexte international de « désinstitutionnalisation » à partir des années 1960	16
1.2 La politique publique de soins psychiatriques mise en œuvre en France ces soixante dernières années	17
1.3 Les impacts de cette politique : moins d'hospitalisation et plus de soins diversifiés en ambulatoire, articulés avec de nombreuses formes d'accompagnement et de réhabilitation.....	19
1.4 Le contraste qui s'accroît entre les composantes sectorisée et non sectorisée du dispositif de soins.....	21
1.5 Un consensus sur l'objectif général de la politique publique depuis 60 ans accompagné de fortes craintes et de méfiance	22
2 LA GESTION TOUJOURS PLUS DIFFICILE D'UN CONFLIT DES LIMITES.....	26
2.1 La limite entre la maladie mentale et la souffrance psychique.....	27
2.2 La limite entre la maladie mentale et le handicap psychique	28
II. LES ECARTS ENTRE LES OBJECTIFS ET LA REALITE.....	29
1 L'EGAL ACCES A DES SOINS DE QUALITE EST LOIN D'ETRE ASSURE	29
1.1 Certaines organisations ne permettant pas d'offrir cette diversité de soins et de prises en charge.....	29
1.2 Une réponse inégale aux besoins de soins de la population	30
1.3 De nombreux obstacles à l'accès aux soins	31
1.4 Des différences de pratiques inexplicables et interrogeant sur la qualité des soins et parfois le respect des droits des patients.....	33
1.5 Des conditions d'hospitalisation trop souvent insatisfaisantes, malgré des progrès importants	34
1.6 Un libre choix du patient inégalement assuré	34
2 UN DISPOSITIF EN PASSE DE DEVENIR ILLISIBLE ET DIFFICILE A PILOTER.....	35
2.1 La complexité du dispositif de soins, pour les usagers, comme pour les professionnels de la psychiatrie et leurs partenaires	35
2.2 Des établissements engagés dans des organisations multiples	36

2.3	L'enchevêtrement des outils d'organisation n'a d'égal que l'enchevêtrement des territoires.	36
3	UN PARTENARIAT A LA FOIS INDISPENSABLE POUR LA FLUIDITE DES PARCOURS, MULTIPLE ET INEGALEMENT DEVELOPPE	37
3.1	La coordination avec les partenaires est centrale pour le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques.....	38
3.2	Les acteurs du soin peinent à établir des relations avec les généralistes même s'il existe des expériences innovantes, dont la pérennité n'est pas assurée.....	38
3.3	La qualité des relations avec les acteurs sociaux ou médico-sociaux dépend de l'accord qui peut être trouvé sur les limites de leurs interventions respectives.....	39
4	UN BESOIN D'EVALUATION AUSSI IMPERIEUX QUE NON SATISFAIT	41
4.1	Les différences de pratiques doivent pouvoir être expliquées, leurs résultats évalués.....	41
4.2	Les efforts pour développer l'évaluation des organisations et des pratiques sont insuffisants... ..	41
III.	LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	44
1	FIXER UN CADRE CLAIR D'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES PERMETTANT L'EXERCICE DE SES MISSIONS	44
2	ORGANISER UNE OFFRE DE SOINS OUVERTE AU PARTENARIAT, ANCREE AU SEIN DU GHT, DANS UN CADRE TERRITORIAL SIMPLIFIE	51
2.1	Simplifier la construction territoriale de l'offre de santé mentale.....	51
2.1.1	Définir trois niveaux territoriaux d'organisation de l'offre de santé mentale	52
2.1.2	Définir au niveau national une méthode d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale.....	54
2.2	Faire de la CPT le centre de gravité du dispositif de soins psychiatriques public ancré dans le GHT, avec un cadre territorial simplifié.....	55
3	FACILITER LE DEVELOPPEMENT DES SOINS EN AMBULATOIRE, PUBLICS ET PRIVES, ET ORGANISER L'OFFRE SOUS FORME DE TYPES DE SOINS.....	58
3.1	Simplifier les conditions de développement des alternatives à l'hospitalisation, tout en maîtrisant les dépenses	59
3.2	Etablir une classification des types de soins, pour décrire l'offre de soins en ambulatoire déployée dans le cadre d'une contractualisation entre l'ARS et les établissements publics et privés	61
4	MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIFS DE SOINS SECTORISES ET NON SECTORISES.....	62
5	MIEUX FINANCER.....	64
5.1	Assurer un financement plus juste des dispositifs de soins psychiatriques	65
5.2	Evaluer les expérimentations en psychiatrie, afin de déboucher sur des dispositifs financés de façon pérenne	67

6	DOTER LE MINISTERE DE LA SANTE DES MOYENS DE DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE	69
7	SOUTENIR DES AVANCEES DANS DEUX DOMAINES PRIORITAIRES	71
7.1	Renforcer le dispositif de pédopsychiatrie	72
7.2	Améliorer les conditions d’hospitalisation	73
8	FIXER LES PRINCIPES GUIDANT LE CADRE D’ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS.....	73
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	77
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	81
	SIGLES UTILISES.....	91

LISTE DES ANNEXES TOME 2 :

Annexes thématiques

- Annexe 1 : Rappel historique sur la politique publique de soins psychiatriques en France
- Annexe 2 : Epidémiologie psychiatrique
- Annexe 3 : Plans nationaux de santé mentale
- Annexe 4 : Politiques menées par les administrations centrales
- Annexe 5 : Organisation des établissements de santé accueillant des patients présentant des pathologies psychiatriques
- Annexe 6 : Outils de planification
- Annexe 7 : Financement
- Annexe 8 : Maîtrise des dépenses des établissements de santé en psychiatrie
- Annexe 9 : Conversion de structures sanitaires en structures médico-sociales
- Annexe 10 : Démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie
- Annexe 11 : conseils locaux de santé mentale
- Annexe 12 : Libre choix du patient
- Annexe 13 : Soins sans le consentement des patients
- Annexe 14 : Les obstacles à l'accès aux soins
- Annexe 15 : Evolution des équipements, des activités en psychiatrie
- Annexe 16 : Analyse des textes législatifs et réglementaires relatifs aux GHT et CPT

Monographies d'établissements

- Monographie 1 : pôle 59G21 de l'établissement de sante mentale Lille-métropole (59)
- Monographie 2 : CH du Vinatier à Bron (69)
- Monographie 3 : secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice, associés au GHT Paris psychiatrie & neurosciences (75)
- Monographie 4 : établissements d'Eure-et-loir (28)
- Monographie 5 : hôpital Sainte Marie au Puy-en-velay (43)
- Monographie 6 : trois établissements de Toulouse : l'hôpital Gérard Marchant, le CHU et la clinique Beaupuy (31)
- Monographie 7 : clinique belle allée à Chaingy (45)
- Monographie 8 : clinique Alliance à Villepinte (93)
- Monographie 9 : pôle de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Albert Chenevier à Créteil (94)
- Données de comparaison entre les sites visités par la mission

INTRODUCTION

L'IGAS a inscrit à son programme de travail une mission portant sur « *l'évaluation de l'organisation et du fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques hospitalier et ambulatoire* ».

La politique française de santé mentale, organisant les soins psychiatriques publics dans le cadre d'une sectorisation et du développement d'activités extrahospitalières, prenant en compte la prévention et la réinsertion-réadaptation des patients, aura bientôt 60 ans. Le dispositif de soins psychiatriques s'est beaucoup transformé. La mission confiée par l'IGAS à Alain LOPEZ et Gaëlle TURAN-PELLETIER avait pour objectif de prendre la mesure de sa situation actuelle en termes d'activité, de financement, d'organisation, afin d'évaluer les difficultés auxquelles il est confronté et d'envisager les réformes dans lesquelles il conviendrait de s'engager pour le faire évoluer, tant dans le domaine hospitalier qu'ambulatoire, pour les patients adultes, enfants et adolescents. Si certaines questions soulevées pourraient probablement se poser pour d'autres segments du dispositif de soins, la mission n'a pas mené d'investigations en ce sens et ne se prononce donc pas sur la possibilité d'étendre ses constats et recommandations.

La mission a choisi de se centrer sur l'appareil de soins psychiatriques, et de limiter le périmètre déjà bien large de ses investigations en ne traitant pas de la politique de santé mentale dans son ensemble, de la prévention, de la formation, des soins psychiatriques dans les établissements pénitentiaires et les UHSA/UMD¹, ni des activités des médecins généralistes dans le traitement de patients souffrant de troubles psychiatriques.

Elle a procédé à la fois à des analyses générales France entière et à des travaux plus ciblés sur quelques hôpitaux et services, de façon à croiser les enseignements qui pourraient être tirés à partir de chacune de ces deux approches. Il ne s'agissait pas de se livrer à une simple description à partir des données recueillies, mais de situer l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins par rapport à la politique publique de lutte contre les maladies mentales fixée par les textes législatifs et réglementaires, les circulaires et les plans nationaux ou régionaux.

Pour ce faire, la mission a :

- recueilli, analysé et interprété au regard des dispositions de la politique nationale, les données existantes sur les équipements, activités et moyens du dispositif de soins psychiatriques, avec une perspective historique aussi large que possible ;
- pris connaissance des travaux nationaux existant et rencontré les administrations centrales concernées ;
- relevé les points de vue et recommandations des représentants des principaux acteurs, des partenaires et des usagers du dispositif de soins, au niveau national ;

¹ Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) prennent en charge les personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques. Les unités pour malades difficiles (UMD) prennent en charge des personnes « lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » (article L.3222-3 du code de la santé publique).

- visité plusieurs établissements de santé (centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, CHU, centre hospitalier général gérant des services de psychiatrie, ESPIC, clinique privée à but lucratif), implantés dans différentes régions² ;
- consulté divers professionnels de santé ayant différents modes d'exercice.

Dans une première intention, la mission avait envisagé de ne pas examiner les questions relevant de la recherche. Devant le constat des insuffisances dans ce domaine, la mission a considéré nécessaire de faire quelques propositions, sans prétendre traiter l'intégralité de cette problématique.

En premier lieu est examinée la politique publique actuelle sur les soins psychiatriques et les principales questions qui peuvent être soulevées à son sujet. Ensuite sont abordés les écarts entre les objectifs de cette politique et la réalité. Enfin une dernière partie présente les recommandations de la mission.

Le rapport s'appuie sur plusieurs annexes, regroupées en deux parties : annexes thématiques explorant des pans de la politique publique et monographies sur les établissements visités, chacun ayant été sollicité par la mission pour valider ou corriger la présentation le concernant.

A l'issue de son travail, la mission souhaite faire part d'une conviction de portée générale à laquelle elle est arrivée. Depuis toujours la psychiatrie a vu se confronter plusieurs écoles scientifiques adoptant des conceptions parfois très opposées sur la maladie mentale et son traitement. La discipline a progressé ainsi. Ce serait une erreur de penser qu'aujourd'hui ces divergences entre « écoles », toujours existantes, représentent un grave problème. Les désaccords qui ont pu s'exprimer dans les années 1970, et au-delà, ont beaucoup perdu de leur vivacité. Le dispositif de soins aujourd'hui sait s'accommoder de ses différences d'approches théoriques, et même les utilise pour apporter au patient la prise en charge la mieux adaptée à sa situation, à ses souhaits. **Mis à part le cas particulier de l'autisme, les questions posées par la politique de soins psychiatriques ne portent pas tant sur la conception de la maladie mentale et de sa prise en charge que sur l'organisation, le fonctionnement, le financement, et la pertinence des interventions du dispositif de soins.**

² La mission a veillé, sans que les établissements ne puissent constituer un échantillon représentatif, à choisir des établissements publics, privés non lucratifs et lucratifs, disposant de services sectorisés et non sectorisés, intervenant en psychiatrie générale et infanto-juvénile et dans des territoires différents (urbains/ruraux, parmi les mieux/les moins bien dotés).

I. LA POLITIQUE PUBLIQUE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN FRANCE

Les troubles mentaux « affectent un individu sur trois au cours de la vie et représenteront la première cause de perte de qualité de vie d'ici 2020 »³. « En France...il est estimé que les troubles mentaux représentent 14 % du fardeau total [en termes de mortalité et de morbidité] de l'ensemble des maladies et qu'ils constituent la première cause d'invalidité »⁴.

Non seulement les maladies mentales ont une forte prévalence mais elles ont des conséquences sanitaires et sociales majeures. Ainsi, « l'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. De fait, la schizophrénie est un facteur majeur de désocialisation et de précarité, et l'espérance de vie des patients est en moyenne de dix ans inférieure à celle de la population générale »⁵. Cette pathologie psychiatrique touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007)⁶.

Si le constat de l'importance des pathologies psychiatriques et de leurs conséquences sur la morbidité et les handicaps de la population ne suffisait pas pour faire de ce sujet une préoccupation majeure de la politique publique en faveur de la santé de la population, il suffirait de considérer le poids que ces pathologies dans les dépenses de santé et son évolution. En 2015, les maladies psychiatriques et traitement par psychotropes⁷ représentaient 22,5 Mds € de dépenses pour l'assurance maladie⁸. C'est la catégorie de pathologies qui représente le coût le plus élevé (exception faite des « hospitalisations ponctuelles » qui regroupent les dépenses n'étant pas affectées à une pathologie). Les dépenses pour les soins psychiatriques sont donc largement supérieures à celles liées au cancer (16,8 Mds €) ou à des maladies cardio-neurovasculaires (15,8Mds €)⁹.

³ Murray et al., 2012 ; Murray and Lopez, 1997 ; Organisation mondiale de la santé, 2005, 2002. Cités dans rapport de recherche QUAPRI-PSY. Mars 2016. Coralie Gandré, Jeanne Gervais, Julien Thillard, Maxime Oriol, Massinissa Aroun, Jean-luc Roelandt, Jean-Marc Macé et Karine Chevreul.

⁴ Cuerq et al., 2008 ; Organisation de coopération et de développement économique, 2011. Cité par le rapport de recherche QUAPRY-PSY.

⁵ Questions d'économie de la santé N°206 février 2015.

⁶ Voir annexe 2 sur l'épidémiologie psychiatrique.

⁷ Rapport charges et produits de la CNAMTS pour 2018 qui définit ainsi ces deux catégories:

Pathologies psychiatriques : ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

Traitements psychotropes : il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et ou hypnotiques (hors patients ayant déjà une pathologie psychiatrique).

⁸ Dépenses de soins et de prestations en espèces. D'autres travaux ont cherché à établir un coût global. Ainsi, un rapport de la fondation FondaMental et de l'institut Montaigne (Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français, octobre 2014) estime que « Les coûts associés à ces maladies atteignent un total de 109 milliards d'euros par an, répartis comme suit : médical : 13,4 milliards d'euros, soit 8 % des dépenses totales de santé ; médico-social : 6,3 milliards d'euros ; pertes de productivité : 24,4 milliards d'euros ; perte de qualité de vie : 65 milliards d'euros ».

⁹ Voir annexe 7 sur le financement.

En France, la politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960 complétée et approfondie par plusieurs textes législatifs, réglementaires et des circulaires. Elle se traduit par des stratégies qui ont pris la forme de trois plans nationaux¹⁰, le premier datant de 2001. Elle se décline dans les régions avec les projets régionaux de santé (PRS) arrêtés par les directeurs généraux des ARS (DGARS). Elle a permis de profondes transformations du dispositif de soins. Elle est confrontée aujourd'hui à la nécessité de trouver un nouvel élan, afin de s'adapter aux exigences d'une nouvelle configuration de l'offre de soins, radicalement différente de celle qui existait en 1960, et aux évolutions de notre société et de la place prise par la psychiatrie dans les représentations collectives.

1 UNE ORIENTATION CONSTANTE DEPUIS 60 ANS : REDUIRE LA PLACE DE L'HOSPITALISATION ET ACCROITRE LES SOINS EN AMBULATOIRE

La circulaire du 15 mars 1960 a mis en place une politique de sectorisation des soins psychiatriques. Elle considère que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* », et elle développe en conséquence une organisation territoriale des soins dans le cadre de secteurs. Désormais, le soin psychiatrique est à organiser dans le milieu de vie du malade¹¹. Le territoire départemental constitue alors dans son ensemble un secteur. Il doit être découpé en « *sous-secteurs* » géo-démographiques tous reliés au dispositif hospitalier. A chacun de ces « *sous-secteurs* » d'un département correspondra un service hospitalier qui prendra en charge les malades relevant de son territoire en hospitalisation et en ambulatoire. On estimait alors que le nombre de lits d'un secteur de psychiatrie générale de 67 000 habitants devait être idéalement de 200. Aujourd'hui, la plupart des services sectorisés ont quatre fois moins de lits.

La transformation du dispositif de soins psychiatriques entraînée par la politique de sectorisation ne se résume pas, loin s'en faut, à la seule diminution du nombre des lits. Elle ne s'est pas produite qu'en France, et elle a conduit à une configuration de l'offre totalement nouvelle. Il est essentiel de prendre la mesure du changement qui s'est opéré en moins de soixante ans, si nous voulons réorienter de façon pertinente notre politique publique de soins psychiatriques.

1.1 Un contexte international de « désinstitutionnalisation » à partir des années 1960

Dans différents pays occidentaux s'est engagé, à partir des années 1960, un mouvement de désinstitutionnalisation qui n'a pas concerné que la psychiatrie mais a porté sur la sphère sociale dans son ensemble. En psychiatrie, ce mouvement s'est traduit par une diminution des patients hospitalisés et un développement des prises en charge en ambulatoire. Il a été souvent qualifié de « désinstitutionnalisation », du fait de la remise en cause parfois radicale de la place de l'institution hospitalière dans la prise en charge des malades mentaux.

En Italie, la loi a décidé en 1978 la fermeture des asiles et l'organisation des prises en charges des malades souffrant de pathologies psychiatriques dans des structures intermédiaires réparties au

¹⁰ Voir l'annexe 3 sur les plans nationaux de santé mentale.

¹¹ « *Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu* ». Deuxième paragraphe du chapitre 1^{er} de la circulaire du 15 mars 1960.

sein de la communauté¹². Au Royaume-Uni, les services de psychiatrie ont été intégrés dans les hôpitaux généraux. Dans tous les pays comparables au nôtre, l'hospitalisation s'est réduite, parfois davantage qu'en France¹³, les soins se sont diversifiés, l'articulation avec des accompagnements renforcés dans le domaine du social s'est développée, la place des usagers s'est accrue.

L'OMS a défini un plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 qui se fixe notamment pour objectifs de poursuivre les efforts en faveur de l'insertion des soins dans la communauté et de développer la promotion de la santé et la prévention¹⁴.

1.2 La politique publique de soins psychiatriques mise en œuvre en France ces soixante dernières années

Le dispositif de soins psychiatriques est constitué de trois composantes :

- une composante sectorisée¹⁵, la plus importante, faite d'établissements publics (services de psychiatrie dans des hôpitaux exerçant exclusivement cette spécialité, et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux ou de CHU)¹⁶ et d'établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC)¹⁷ ;
- une composante non sectorisée, faite d'établissements publics (une part de certains CHU) et d'établissements privés à but lucratifs¹⁸ (il existe aussi quelques ESPIC non sectorisés) ;
- une composante exclusivement ambulatoire, faite de cabinets de psychiatres libéraux.

Pour autant, la politique de soins psychiatriques s'est principalement intéressée au dispositif sectorisé. En 1960, avec sa politique de sectorisation psychiatrique, la France a en grande partie ouvert la voie de ce mouvement de désinstitutionalisation constaté dans les autres pays occidentaux. Mais, en réalité, la baisse du nombre des malades hospitalisés s'est produite plutôt à partir des années 1970. Dans les années 1960, se construisaient encore des hôpitaux psychiatriques et la circulaire de 1960 y invite, considérant qu'il manquait des lits.

L'architecture générale de la politique publique traitant de la psychiatrie s'organise à partir de quatre grands principes dont les applications sont déclinées par différents textes législatifs, réglementaires, circulaires et les plans :

- le malade mentale est un malade comme les autres, même si sa maladie présente des particularités ;
- le traitement de la maladie mentale doit se concevoir en évitant toute forme de prise en charge qui serait en elle-même facteur d'aliénation ;

¹² Loi du 13 mai 1978 n°180.

¹³ Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

¹⁴ Les quatre objectifs du plan d'action sont les suivants :

- renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale ;
- fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins dans un cadre communautaire ;
- mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale ;
- renforcer les systèmes d'information, les bases factuelles et la recherche dans le domaine de la santé mentale.

¹⁵ En 2014, selon la SAE, il y avait 885 secteurs de psychiatrie générale (il y en avait 800 en 1987 selon une étude réalisée par Bénédicte BOISGUERIN à la DGS), 373 secteurs de pédopsychiatrie et 579 dispositifs intersectoriels formalisés.

¹⁶ Environ 63 % des lits en 2015.

¹⁷ Environ 13 % des lits en 2015.

¹⁸ Environ 24 % des lits en 2015.

- les soins doivent pouvoir être les plus précoces possibles, relever d'une équipe de professionnels pluridisciplinaires intervenant dans la communauté où vivent les personnes ;
- la maladie mentale est une pathologie chronique obligeant à assurer une continuité du projet de soin, à gérer un parcours du patient entre différentes modalités de prise en charge sanitaire, médico-sociale, sociale.

En termes de politique publique, la sectorisation psychiatrique a été d'abord une planification visant à établir la meilleure relation possible entre les besoins de santé mentale d'une population territorialisée et une offre publique de soins, de prévention et de réinsertion-réadaptation. Elle a en cela préfiguré la forme prise par la politique de santé à partir des années 1970, mettant en place progressivement des outils de planification appliqués à des territoires, adoptant une approche globale de la santé incluant la prévention, les soins et la réinsertion-réadaptation. La création des ARS s'inscrit elle aussi dans cette logique, en conférant à une autorité publique déconcentrée des compétences larges permettant de mener une stratégie globale de santé, définie par le projet régional de santé (PRS).

La politique publique de soins psychiatriques, ces soixante dernières années, ne s'est pas construite indépendamment de la politique de santé en général. Le dispositif non sectorisé a d'ailleurs été modelé par cette politique générale même s'il a aussi été influencé par les évolutions de la psychiatrie sectorisée. La politique de soins psychiatriques a ses particularités qui concernent surtout le dispositif sectorisé, notamment la gratuité des soins, justifiées par la spécificité de la maladie mentale, mais, tantôt elle précède, tantôt elle suit, les orientations de la politique de santé et les formes qu'elle prend¹⁹.

La psychiatrie est à bien des égards en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales : quand elle développe l'ambulatoire au détriment de l'hospitalisation, quand elle recrute dans les services des médiateurs de santé-pairs, quand elle est à l'initiative de la constitution de conseils locaux de santé mentale présidés par les maires²⁰, quand elle développe des équipes mobiles intervenant auprès des institutions médicosociales et sociales, quand, avec ses centres médico-psychologiques (CMP), elle répartit très largement sur le territoire des lieux de soins de proximité.

Mais l'application des principes de la politique de santé à la psychiatrie ne se fait pas sans tensions. Le financement du dispositif, déconnecté de l'activité ou des besoins, est toujours inéquitable²¹. Le libre choix du patient est un principe difficilement compatible avec celui qui veut qu'un patient soit traité par le service du secteur géographique qui lui correspond, afin de s'assurer de la continuité du projet de soins²². Le regroupement des établissements de santé publics, au sein des GHT²³, destiné à renforcer la solidarité entre eux pour optimiser la réponse apportée aux besoins de soins de la population d'un large territoire, fait craindre au dispositif psychiatrique de se voir à terme étouffé par la cohabitation avec la médecine somatique dont elle considère que le modèle de soins n'est pas adapté à la prise en charge de la pathologie mentale.

¹⁹ Voir l'annexe 1 sur le rappel historique.

²⁰ Voir l'annexe 11 sur les conseils locaux de santé mentale.

²¹ Voir l'annexe 7 sur le financement.

²² Voir l'annexe 12 sur le libre choix du patient.

²³ Groupements hospitaliers de territoire voulus par la loi du 27 janvier 2016.

Depuis soixante ans, il y a une certaine continuité dans la politique publique de soins psychiatriques, mais aussi d'importantes évolutions dues notamment à son intégration dans la politique de santé.

1.3 Les impacts de cette politique : moins d'hospitalisation et plus de soins diversifiés en ambulatoire, articulés avec de nombreuses formes d'accompagnement et de réhabilitation²⁴.

Le dispositif de soins psychiatriques, pour les adultes comme pour les enfants, s'est profondément transformé à partir des années 1970. Ces transformations n'ont pas concerné que le domaine des équipements hospitaliers. Le nombre des professionnels de santé mentale, notamment les psychiatres, a également augmenté, rapporté à la population²⁵.

► ***En psychiatrie générale, le nombre de lits a été divisé par deux et l'ambulatoire s'est considérablement développé***

Le nombre des lits de psychiatrie générale en France il y a 40 ans était plus du double de celui d'aujourd'hui (-60 % entre 1976 et 2016). Ce sont surtout les lits publics et privés non lucratifs qui ont diminué (-48 % pour le public et le privé non lucratif et -13 % pour le privé à but lucratif). Aussi, la part du privé dans l'équipement en lits de psychiatrie a nettement augmenté en 40 ans, d'autant plus que le nombre de ses lits augmente depuis une dizaine d'années quand celui du secteur public continue de diminuer. Elle représentait 11 % du total des lits en 1975. Elle représente, en 2014, 23 % des lits et 25 % des journées d'hospitalisation.

Des dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation temps plein se sont multipliés : hôpitaux de jour, CATTP (centre d'activité thérapeutique à temps partiel), foyers de postcure, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques, centre d'accueil et de crise, hospitalisation à domicile...

Ces évolutions des équipements ont eu des conséquences importantes sur les activités. En s'ouvrant sur la cité, le dispositif de soins hospitalier sectorisé a fait face à une demande de plus en plus importante qui s'est traduite par un accroissement incessant des files actives (la file active totale a plus que doublé en trente ans). La plus grande part de cette file active est suivie désormais en ambulatoire (80 % en ambulatoire exclusif)²⁶. Mais cette progression des soins ambulatoires et des files actives qui y sont liées a tendance à ralentir²⁷.

Comparée aux autres pays européens, la France a un taux d'équipement en lits de psychiatrie relativement élevé. Malgré le très grand développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein permis par la politique de sectorisation voulue en 1960, le recours à l'hospitalisation en psychiatrie générale continue d'occuper une place importante. Il concerne un nombre de personnes qui diminue peu depuis 13 ans. Sur cette dernière période, ce nombre a baissé de 5 % au total, et les journées d'hospitalisation de 4,3 %. On peut se demander si nous ne sommes pas en train de

²⁴ Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

²⁵ voir l'annexe 10 sur la démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie : le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants est passé de 15 en 1984 à 22 en 2016.

²⁶ La part prise par la file active exclusivement en ambulatoire au sein de la file active totale était de 60 % en 1989 ; elle est passée à 80 % en 2016.

²⁷ La file active en psychiatrie générale a augmenté de 73 % entre 1989 et 20003, et de 32 % entre 2003 et 2016, ce qui est encore un fort taux d'évolution mais qui est nettement plus faible que dans la décennie précédente (voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités).

parvenir au sommet d'une asymptote pour la diminution de l'hospitalisation, mais aussi pour l'accroissement des soins ambulatoires. Deux hypothèses peuvent ici être avancées :

- soit le dispositif psychiatrique est proche de son niveau d'équilibre, compte tenu des besoins de soins de la population et de l'état des connaissances scientifiques ;
- soit la politique publique suivie après 1960 marque le pas et doit être renouvelée pour prendre un nouvel élan.

Cette seconde hypothèse est celle qu'il convient de retenir, étant donné les fortes disparités qui existent entre les établissements et les services, sur le plan des équipements, des organisations et des pratiques.

Toute lecture des impacts de la politique publique de soins psychiatriques, basée sur l'examen de ces évolutions des équipements et des activités, doit cependant se garder de déboucher sur des jugements rapides et définitifs. Il faudrait l'éclairer par des études sur l'évolution de la morbidité et sur les résultats des soins obtenus grâce à ces transformations des organisations et des pratiques. Ces travaux manquent.

➤ ***Les évolutions sont moins marquées en pédopsychiatrie où l'hospitalisation gagne en importance depuis une quinzaine d'années***

Les mêmes évolutions se sont produites en pédopsychiatrie, avec une autre ampleur et quelques différences. La pédopsychiatrie a depuis toujours consacré une part importante de ses activités à des soins ambulatoires. L'accroissement relatif de ces types de soins est donc moindre qu'en psychiatrie générale²⁸. Si globalement, sur trente ans, on retrouve les mêmes fortes diminutions de lits, le grand développement des alternatives à l'hospitalisation, le doublement de la file active, le poids plus élevé des soins en ambulatoire, depuis le début des années 2000 le nombre des lits a ré-augmenté de façon significative, les patients hospitalisés sont beaucoup plus nombreux (le double par rapport à la situation constatée il y a trente ans) et les journées d'hospitalisation ont progressé de 20 % depuis 2003.

Même si les situations sont diverses d'un territoire à l'autre, l'augmentation du nombre de patients suivis en ambulatoire et des séjours hospitaliers plus courts rendent nécessaire le développement des accompagnements tout au long du parcours du patient pour favoriser sa réinsertion-réadaptation. L'extension d'un partenariat multiple entre la psychiatrie, le social, le médico-social, la médecine somatique et l'éducatif est devenu un enjeu majeur, quand d'autres exigences sont aussi à satisfaire, l'implication des usagers dans la conception et la conduite des stratégies de prise en charge et d'accompagnement, l'amélioration constante de la qualité des soins.

²⁸ La file active de la pédopsychiatrie exclusivement en ambulatoire représentait 83 % de la file active totale il y a 25 ans ; elle en représente 96 % en 2016.

1.4 Le contraste qui s'accroît entre les composantes sectorisées et non sectorisées du dispositif de soins

➤ *Le dispositif sectorisé se caractérise aujourd'hui par le développement d'une « palette de soins »*

Les soins proposés dans le dispositif sectorisé sont de plus en plus diversifiés, aussi bien en intra-hospitalier qu'en ambulatoire, répondant aux besoins de territoires à géométrie variable, répartis dans la cité au plus près de la population, articulés avec les services médicaux, sociaux, médico-sociaux, éducatifs.

La création de pôles a permis l'élargissement de la palette de soins. Le regroupement de plusieurs secteurs, sous des formes organisationnelles différentes²⁹, a entraîné la création d'unités de soins spécialisées partagées entre secteurs, pôles ou départements. Ainsi, tous les établissements sectorisés visités par la mission ont spécialisé leurs unités d'hospitalisation. Au-delà de la distinction unités d'admissions / unités de long séjour qui existe souvent encore, les établissements disposent d'unités spécialisées pour les personnes âgées, les autistes, les addictions... Le même phénomène est observé en ambulatoire (spécialisation des hôpitaux de jour, développement de techniques de soins spécialisées). En pédopsychiatrie, il n'existe souvent qu'une unité d'hospitalisation partagée, pour un ou plusieurs établissements.

Cependant, au sein du dispositif sectorisé, les situations sont diverses. Certains secteurs, parce qu'ils fonctionnent de manière très autonome, ne peuvent mobiliser qu'une faible part de leurs moyens pour des activités spécialisées, pour lesquelles ils n'ont d'ailleurs pas forcément une file active suffisante, ce qui entrave la diversification de la palette de soins. On doit aussi souligner que certains établissements sectorisés consacrent encore une forte part de leurs moyens à l'hospitalisation – ce qui limite de fait les efforts qu'ils peuvent consacrer au développement de structures ambulatoires.

Ainsi, même si cette organisation prend une forme plus ou moins aboutie selon les établissements et les services, la diversification des prises en charge est une orientation bien engagée dans l'ensemble du dispositif de soins sectorisé.

➤ *Le dispositif privé lucratif, non concerné par la sectorisation, reste centré sur l'hospitalisation*

Le dispositif non sectorisé se réduit le plus souvent à des lits d'hospitalisation, sans spécialisation particulière, et à une activité de consultation au sein des établissements ou en cabinet libéral³⁰. S'agissant de l'hospitalisation, ce constat est valable pour les services non sectorisés des CHU comme pour les cliniques. Il est cependant plus marqué concernant ces dernières.

Bien sûr, dans le dispositif privé lucratif, de plus en plus de places d'hôpitaux de jour ont été créées³¹. Il n'en reste pas moins que ce nombre de places ne correspond qu'à 7 % du nombre total de places existantes, quand 26 % des journées d'hospitalisation se réalisent dans des cliniques privées à but lucratif. Par ailleurs, ces places d'hôpitaux de jour sont en général installées, pour des

²⁹ Voir annexe 5 sur l'organisation des établissements de santé

³⁰ A noter que cette activité des psychiatres en libéral est importante, puisqu'elle représente 53 % du total des actes de consultation psychiatrique.

³¹ Il y avait 820 places d'hôpital de jour dans des établissements privés à but lucratif en 2011. Il y en avait 1 374 en 2016. Voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

raisons de rentabilité, au sein même de la clinique, même quand celle-ci est éloignée du centre urbain.

De 2003 à 2016, l'activité en hospitalisation temps plein a suivi une tendance contraire entre l'offre sectorisée et l'offre non sectorisée, diminuant pour la première et augmentant pour la seconde³². Le même constat peut se faire sur le nombre de lits³³.

En pédopsychiatrie, le dispositif privé lucratif, quasiment inexistant il y a un peu plus d'une dizaine d'années, prend une place de plus en plus importante. Il réalise 14 % des journées d'hospitalisation en 2016, contre 2 % en 2003.

Les cliniques cherchent à diversifier leurs formes d'hospitalisation en spécialisant certaines de leurs unités, par exemple sur le court séjour ou la psychiatrie du sujet âgé.

Il faut souligner que les établissements sous OQN n'étaient pas concernés par la circulaire de 1960 et sont peu incités à diversifier leur activité. Le modèle tarifaire ne permet que peu de valoriser des prises en charges différentes de l'hospitalisation temps plein et elle n'encourage pas la spécialisation au sein de l'hospitalisation. S'agissant des libéraux, leur activité est uniquement de consultation et il est difficile de mesurer la variété des pratiques (la tarification étant uniforme, les diplômes de spécialisation peu développés).

Un autre aspect de ce contraste est celui de l'implantation géographique de chacun de ces deux dispositifs sectorisé et non sectorisé.

Le dispositif sectorisé est réparti sur tout le territoire national, afin d'assurer un égal accès aux soins. Même si des inégalités de moyens importantes existent, l'ensemble du territoire français dispose d'une offre sectorisée. A l'inverse, les cliniques psychiatriques sont inégalement réparties sur le territoire, en général implantées à proximité des capitales régionales et plutôt dans le sud de la France, en Rhône-Alpes et dans la région parisienne³⁴. La densité de psychiatres libéraux est, elle aussi, très inégale selon les départements et les villes.

Le dispositif de soins sectorisés et celui de soins non sectorisés ont donc suivi des évolutions divergentes qui s'expliquent largement par les effets de la politique qui leur est appliquée, tant réglementairement que financièrement.

1.5 Un consensus sur l'objectif général de la politique publique depuis 60 ans accompagné de fortes craintes et de méfiance

L'ambivalence est bien connue. La peur de la maladie mentale conduit à vouloir mettre à l'écart de la société les patients inquiétants. Et le spectacle de toute atteinte à la liberté de l'autre, fût-il malade mental, est insupportable. Mais, au-delà des contradictions qui peuvent s'exprimer au sein du corps social, réduire la place de l'hospitalisation et accroître les soins en ambulatoire fait l'objet d'un consensus. Professionnels de santé, usagers, administration de l'Etat et élus partagent ces deux objectifs, seules des divergences existent sur leur bon degré d'atteinte. Pourtant, cette politique peu

³² Le nombre des journées d'hospitalisation au sein des services sectorisés a diminué de 8,5 % en 13 ans, et a augmenté de 8 % au sein des cliniques privées. Voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

³³ Le nombre des lits a diminué de 12 % entre 2003 et 2016 dans les établissements sectorisés, et a augmenté de 24 % dans les cliniques privées.

³⁴ Voir annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

contestée dans l'ensemble est le lieu de vives tensions entre tous ceux qui la mettent en œuvre, attisées par des craintes durables et difficiles à dépasser.

➤ **La crainte d'un appauvrissement de la psychiatrie**

Le propos est général, tenu à la mission dans tous les établissements publics et privés où elle s'est déplacée : « *les moyens de la psychiatrie ne cessent de diminuer, et celle-ci ne peut plus faire face à ses missions qui elles ne font qu'augmenter* ». Pour beaucoup, cet appauvrissement ne serait que la conséquence du peu de considération dans laquelle la société a depuis toujours tenu la maladie mentale et ceux qui en souffrent.

La réalité est plus nuancée. Les maladies psychiatriques et traitements par psychotropes représentent le premier poste de dépense pour l'assurance maladie (22,5Mds€ en 2015), avant le cancer et les maladies cardio-vasculaires. La dotation annuelle de financement (DAF), versée chaque année aux établissements publics et ESPIC, a augmenté de 8,4 % entre 2009 et 2016. Entre 2012 et 2016, période étudiée de plus près par la mission, cette progression de la DAF a nettement fléchi (en 2014, 2015 et 2016), mais, au total, elle est restée supérieure à l'inflation et au taux d'augmentation du PIB³⁵. Enfin, l'objectif quantifié national (OQN) qui finance les cliniques psychiatriques a augmenté lui de 25,4 % entre 2009 et 2016. Quant aux honoraires des psychiatres libéraux, ils ont progressé de 2,1 % par an entre 2012 et 2015, alors que l'ONDAM de ville augmentait de 1,6 % par an sur la même période.

La file active des établissements sectorisés a augmenté de 2,1 % en moyenne chaque année entre 2012 et 2014, alors que les journées d'hospitalisation sont restées globalement stables. Il est cependant impossible de faire un lien entre la dépense et l'évolution de l'activité des établissements. Le mode de financement ne le permet pas.

Les effectifs de psychiatres ont quant à eux augmenté davantage que ceux des autres médecins (entre 1984 et 2016) même s'il faudrait distinguer entre psychiatres généralistes et pédopsychiatres. Le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants est passé de 15 en 1984 à 22 en 2016.

En tout cas, la dépense consacrée au traitement des pathologies psychiatriques, liée aux soins hospitaliers et ambulatoires, publics et privés, n'a pas diminué ces dix dernières années. Elle a régulièrement augmenté, dans des proportions variables selon les années, à un niveau différent selon les composantes publiques ou privées du dispositif, toujours plus que la progression de l'inflation et du PIB.

Il est donc inexact de parler d'un appauvrissement de la psychiatrie. Cependant, la progression des dépenses de psychiatrie de service public (la DAF) est inférieure à celle de l'ONDAM³⁶ (et croît de manière différenciée selon le statut de l'établissement). Il existe donc des transferts de la psychiatrie vers les autres dépenses de santé, notamment les soins en MCO. Et certains établissements ont connu des diminutions de moyens, dues à des rééquilibrages opérés pour réduire les inégalités de répartition existant entre les régions et en intra-régional.

Dans le secteur privé à but lucratif, les prix de journée dans certains établissements ne couvrent pas la dépense et baissent depuis une dizaine d'années. Selon les interlocuteurs de la mission, ce sont les recettes supplémentaires liées à diverses prestations offertes aux patients (notamment la

³⁵ Voir l'annexe 7 sur le financement.

³⁶ Entre 2012 et 2015, l'évolution moyenne de l'ONDAM a été de 2,2 %, de 0,6 % pour l'ONDAM Etablissement, de 1,6 % pour l'ONDAM Etablissement et FIR et de 0,7 % pour la DAF.

chambre particulière), prises en charge souvent par les mutuelles, qui permettent à ces cliniques de couvrir leurs frais et de faire des bénéficiaires. Pourtant l'OQN augmente de plus de 3 % chaque année depuis 2009 (sauf en 2015 et en 2016 où la progression a été respectivement de 1,9 % et de 1,7 %). Cela s'explique par une progression de l'activité (création de lits et places d'où un « effet volume ») plus rapide que celle de l'OQN qui amène les ARS à appliquer aux cliniques des baisses de prix de journée, pour contenir la progression de l'enveloppe.

Il y a donc bien un sujet de débat à propos du financement du dispositif de soins psychiatriques. Mais il convient pour le traiter, de bien le poser. La question n'est pas celle de la diminution des moyens, mais elle pourrait être de leur progression inférieure à l'ONDAM, inégale selon les composantes publiques et privées du dispositif, sans lien avec le niveau des activités, mais elle doit surtout être celle de l'intentionnalité de ces évolutions qui n'obéissent pas à des orientations stratégiques clairement identifiables mais résultent vraisemblablement de la puissance des leviers de régulation.

► ***La crainte d'une perte d'identité de la psychiatrie par non reconnaissance de sa spécificité***

La circulaire de 1960 recommandait la création de services de psychiatrie en hôpital général pour faciliter l'accès aux soins. Faut-il pour autant que tous les services de psychiatrie soient implantés dans des hôpitaux généraux ? Les professionnels de santé sont divisés sur la réponse à apporter à cette question. Les opposants à l'implantation de toute la psychiatrie à l'hôpital général redoutent une perte d'identité pour leur discipline. Ils considèrent que la conception de la maladie et de son traitement portés par le modèle des soins somatiques finirait par s'imposer à la psychiatrie, quand la pathologie psychiatrique a une spécificité exigeant des approches médicales adaptées. La psychiatrie est une médecine du sujet, quand les autres disciplines médicales ont affaire à des objets de soins. Par ailleurs, il est craint qu'au sein de l'hôpital général les besoins de développement de la psychiatrie soient toujours jugés moins prioritaires que ceux des autres disciplines médicales. Sur le plan de la politique publique, le débat n'a jamais été tranché et les établissements spécialisés en psychiatrie cohabitent, dans les secteurs publics et privés, avec des établissements polyvalents.

La création des GHT, avec la loi du 27 janvier 2016, a réveillé ces craintes, quand il a été question d'inclure dans ces groupements des établissements spécialisés en psychiatrie. Aussi, un peu moins du tiers des établissements spécialisés en psychiatrie ne sont pas entrés dans de tels groupements, en général pour préserver leur spécificité et protéger leurs moyens³⁷. Les conditions d'adhésion à un GHT ont fait l'objet de critiques. Un centre hospitalier spécialisé se retrouvait dans un ensemble qui certes rapprochait de lui les services de psychiatrie de l'hôpital général, mais le plaçait sous la conduite de celui-ci, seul à pouvoir servir d'établissement support pour la constitution du groupement, avec comme perspective de voir un jour se constituer une direction commune. Le GHT est apparu comme une forme d'intégration à l'hôpital général d'une grande partie de la psychiatrie, qui a toujours refusé cette organisation.

La possibilité pour les établissements assurant le service public en psychiatrie, de constituer une communauté psychiatrique de territoire (CPT), associant notamment leurs partenaires sociaux et médico-sociaux, est alors apparue comme un moyen de reconstituer un dispositif de soins

³⁷ Quatorze établissements ont obtenu une dérogation, pour 4 ans, les dispensant de s'intégrer à un GHT. Et sur 135 GHT, 4 sont des GHT psychiatriques, regroupant au total 11 établissements.

psychiatriques solidaire, capable d'affirmer ses besoins particuliers. Mais cette double appartenance, au GHT et à la CPT, n'est pas simple à concevoir³⁸.

➤ **La crainte d'un « détricotage »³⁹ du secteur**

Depuis des années se développent des structures intersectorielles remettant en question un principe « d'autosuffisance » du secteur pour répondre aux besoins de la population de son territoire. Difficile de faire autrement, quand les moyens forcément limités d'un secteur ne lui permettent pas de proposer aux patients une palette de soins de plus en plus diversifiés. Cette évolution intersectorielle est longtemps restée contenue, mais la constitution des pôles hospitaliers a ouvert le champ vers un plus grand nombre de dispositifs, conçus pour répondre aux besoins de populations appartenant à des territoires à géométrie variable, tout en simplifiant le fonctionnement de ces structures⁴⁰. Le risque de voir s'effacer la responsabilité d'une équipe de soins vis-à-vis d'une population d'un secteur de 70 000 habitants, territoire limité facilitant les interventions de proximité, est apparu plus grand.

Cette crainte a pu être nourrie par la disparition, en 2003, du fondement législatif du secteur quand la carte sanitaire a été supprimée⁴¹. Alors que la loi du 25 juillet 1985 avait donné une définition du secteur psychiatrique, lui qui s'était développé pendant 25 ans sur la base de circulaires et de textes réglementaires, cette disparition a donné à penser que la politique publique était en train de revenir sur l'orientation qui avait été la sienne depuis 1960 avec la sectorisation psychiatrique. La loi du 27 janvier 2016 a mis fin à cette situation en redonnant une base législative au secteur.

Développement de l'intersectorialité, spécialisation de plus en plus grande des soins, évolutions législatives sur la définition du secteur, expliquent la crainte d'un « détricotage » de la sectorisation psychiatrique, et le besoin souvent exprimé des représentants de la psychiatrie d'obtenir des réassurances sur le cap donné à la politique publique.

➤ **La crainte d'une dilution de la psychiatrie dans un ensemble plus large, la santé mentale**

La loi du 27 janvier 2017 définit la politique publique comme étant de « *santé mentale* ». Les missions du dispositif de soins psychiatriques s'inscrivent dans le cadre de cette politique de santé mentale. Pourtant, tout de suite après le vote de cette loi, deux commissions de concertation sont créées au niveau national, certes articulées entre elles mais distinctes, au point d'être consultées séparément sur les mêmes sujets⁴² : le conseil national de santé mentale (CNSM) et le comité de pilotage de psychiatrie (COPIL psy). Cela peut laisser penser que psychiatrie et santé mentale sont deux objets différents, le premier recouvrant alors le domaine du soin, et le second celui de la prévention et de la réinsertion-réadaptation.

L'ambiguïté n'est pas nouvelle. Alors que le premier plan national s'intitule en 2001 : « plan de santé mentale », les deux plans suivants vont s'intituler « *plan de psychiatrie et santé mentale* ». Incluse dans la santé mentale, la psychiatrie redoute de finir par être mise au service d'un champ d'intervention aux contours très flous, d'être détournée de sa mission principale, celle d'apporter des soins aux malades psychiatriques, et plus particulièrement à ceux qui sont les plus aliénés, les

³⁸ Voir annexe 6 sur les outils de planification.

³⁹ Le terme a été employé par un des interlocuteurs de la mission.

⁴⁰ Voir l'annexe 5 sur l'organisation des établissements de santé et les monographies.

⁴¹ Ordonnance du 4 septembre 2003

⁴² Le projet de décret sur l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) a fait l'objet d'un avis de chacune de ces deux commissions.

psychotiques. Pourtant, la mission du secteur portait en 1960 déjà sur les soins, mais aussi sur la prévention et sur ce qui, à l'époque, était appelée la postcure.

➤ ***Une méfiance réciproque opposant souvent les représentants de la psychiatrie à l'administration de l'Etat***

D'accord sur l'essentiel, à savoir la volonté de réduire la place de l'hospitalisation et d'accroître celle des soins ambulatoires, de la prévention, de la réinsertion-réadaptation, les professionnels de la psychiatrie et l'administration de l'Etat expriment pourtant entre eux une méfiance réciproque.

Du côté de la psychiatrie, on vient de le voir, les craintes sont nombreuses et fortes, difficiles à dépasser.

Du côté de l'administration prévaut la conviction que le dispositif de soins n'en fait pas assez, et fait même parfois preuve de résistance, pour réduire le nombre des lits, limiter les séjours inadéquats, éviter les longues hospitalisations, diversifier ses modes de prise en charge, intervenir dans la cité le plus largement possible. La conception de la maladie mentale et de sa prise en charge portée par la circulaire de 1960 a aujourd'hui largement triomphé. Au point que ce sont les représentants de l'administration qui souvent en rappellent les termes aux psychiatres médusés⁴³.

L'importance des disparités constatées entre les établissements et les services, sur le plan des équipements, des activités et des pratiques, explique les réactions des représentants de l'administration. Pourtant, le dispositif de soins psychiatriques est loin d'être statique, se transforme en permanence et n'a pas fini de le faire. Toutes ces évolutions demandent du temps. Un temps de conception, un temps d'adhésion collective aux projets, un temps de mise en œuvre quand il faut, notamment, prendre des dispositions concernant les locaux, redéployer des personnels. Il faut aussi du temps pour faire évoluer les pratiques de toute une équipe de soins et mesurer leur efficacité. Il faut du temps pour changer les formes de coopération avec les partenaires de la psychiatrie.

Trouver les moyens de dépasser ces craintes et cette méfiance réciproque est un impératif.

2 LA GESTION TOUJOURS PLUS DIFFICILE D'UN CONFLIT DES LIMITES

La maladie mentale suscite généralement des sentiments de peur, de honte, d'incompréhension contre lesquels il convient de lutter, pour éviter les réactions de stigmatisation et de mise à l'écart dont sont souvent victimes les personnes souffrant de troubles psychiatriques. Mais ces représentations sociales ont beaucoup changé et le recours à la psychiatrie est devenu plus facile. En témoignent la progression incessante des files actives des secteurs, l'augmentation de l'activité des psychiatres libéraux, l'inflation des demandes d'intervention multiples adressées à la psychiatrie.

Si, en 1838, il s'agissait de reconnaître les malades mentaux, parmi ceux que la justice entendait condamner, et de justifier les soins nécessaires, aujourd'hui la psychiatrie semble se positionner à front renversé et accorder de façon parcimonieuse ses interventions réclamées par de nombreux acteurs sociaux et par les familles des patients.

⁴³ L'observation en a été faite à la mission à l'occasion de ses déplacements dans plusieurs établissements, les psychiatres rencontrés considérant que souvent les représentants de l'administration leur donnent des conseils sur la meilleure façon de traiter leurs patients.

Policiers, enseignants, travailleurs sociaux, représentants de la justice, élus, interpellent les professionnels de la santé mentale, pour qu'ils leur apportent des éléments de compréhension sur les situations difficiles auxquelles ils sont confrontés dans l'exercice de leur métier, et pour qu'ils les aident à trouver des solutions⁴⁴. Dernier exemple en date, la déclaration du ministre de l'intérieur attendant des psychiatres leur concours pour mieux détecter les risques de passage à l'acte terroriste parmi les personnes que la police suspecte. Le fait psychique est devenu l'explication de tous les comportements humains. Il est logique que, pour agir sur lui, l'on s'adresse à ceux qui ont fait profession de le connaître.

Face à ces demandes souvent pressantes, les professionnels de la santé mentale ont généralement adopté une position défensive, redoutant de voir « psychiatriser » à l'excès des questions qui, à leurs yeux, devraient relever de l'éducation, de l'action sociale et économique ou de la justice. Ils craignent, faute de moyens suffisants pour tout faire, de ne plus pouvoir consacrer toutes leurs forces au traitement des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

Une double insatisfaction s'est donc installée entre les professionnels de la santé mentale et l'ensemble des acteurs sociaux. Tous se plaignent de ne plus pouvoir exercer correctement leur métier, les uns à force de trop de sollicitations jugées indues, les autres du fait de l'absence de réponses à leurs appels réitérés⁴⁵.

Le dispositif de soins psychiatriques est face à la question de la limite de ses interventions, dont la gestion apparaît conflictuelle, faute de repères consensuels pour la traiter.

2.1 La limite entre la maladie mentale et la souffrance psychique

Les institutions et acteurs sociaux ne sont pas les seuls à presser la psychiatrie d'intervenir pour les aider à résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés du fait des comportements des personnes en contact desquelles ils se trouvent. Les individus eux-aussi attendent des professionnels de la santé mentale des conseils, un soutien, des recettes pour surmonter leurs difficultés existentielles, leurs échecs professionnels ou relationnels et leurs traumatismes liés à des événements douloureux.

Ces souffrances psychiques, que tout un chacun connaît dans sa vie, peuvent avoir des effets très délétères. Parfois, elles vont ébranler les équilibres psychoaffectifs constitutifs d'une personnalité au point d'entraîner l'apparition d'une pathologie mentale. Deux thèses à ce sujet s'opposent entre tenants d'une continuité entre ces états divers et la maladie mentale, et ceux qui estiment qu'il y a entre eux une différence de nature. Peu importe ce débat scientifique qu'il ne s'agit pas ici d'examiner davantage. La question est de savoir si ces souffrances psychiques, précurseurs ou non d'une pathologie mentale, compte tenu de leurs conséquences sur la vie des personnes, justifient ou pas les interventions des professionnels de la santé mentale, et plus particulièrement du dispositif de soins psychiatriques financé par la solidarité collective.

⁴⁴ « Ce à quoi est donc confrontée la psychiatrie, ce n'est plus tant à un débat autour des orientations théoriques et techniques permettant de mieux répondre aux maladies mentales, mais à un débat qui la déborde, autour du principe même de la pertinence de la réponse psychiatrique ». Marcel JAEGER. L'articulation du sanitaire et du social. Editions DUNOD 2012. Page 37.

⁴⁵ Les propos tenus à la mission par plusieurs de ses interlocuteurs ont insisté sur ces points. Voir aussi le rapport IGAS (n°2006 020), IGA, IGSJ sur « la prise en charge des patients susceptibles d'être dangereux ». Février 2006.

La réponse à cette question dépend de la forme prise par notre société⁴⁶. Il apparaît en tout cas plutôt compliqué, et sans doute contestable, de vouloir tracer une stricte frontière entre ces deux types de souffrances, les unes liées à la difficulté d'être dans notre monde contemporain, les autres dues à une pathologie. Il faut sans doute s'accommoder de devoir gérer une zone de flou qui conduit à s'interroger en permanence sur la pertinence des interventions psychiatriques, sur fond de désaccords qu'il s'agira à chaque fois de dépasser. Définir les moyens de cette gestion est un des objectifs à se donner en configurant l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques.

2.2 La limite entre la maladie mentale et le handicap psychique

Le handicap psychique, en se distinguant du handicap mental, porte une représentation dynamique de la personne ayant souffert d'une pathologie mentale, affirme ses potentialités dont il faudra faciliter la réalisation. Le handicap psychique ne succède pas forcément dans le temps à la maladie psychiatrique, il en est la conséquence, exprimée en termes de limitation des capacités, et évolue. Dès lors, est requise l'implication des équipes médicales pour soutenir son projet de vie, empêcher le processus morbide de venir le compromettre⁴⁷. Equipes psychiatriques, sociales et médico-sociales interviennent donc souvent sur la même période auprès de la personne qui est en même temps malade et handicapée.

La reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 définit un objet d'intervention commun aux domaines du médico-social, du social et du médical. Inévitablement se pose donc la question des complémentarités nécessaires entre les équipes relevant de chacun de ces différents domaines, et, par conséquent, celle des limites respectives de leurs interventions. Tantôt le dispositif de soins psychiatriques va être pressé d'intervenir au domicile des patients, au sein de structures médico-sociales ou sociales, en accompagnement de leurs équipes. Tantôt il va être incité à transférer, le plus rapidement possible, des personnes hospitalisées dont l'état de santé est stabilisé, vers des structures médico-sociales ou sociales.

Par ailleurs, l'accord entre les équipes médico-sociales, sociales, les familles et les professionnels de santé mentale, sur la nécessité et les conditions d'intervention d'une équipe psychiatrique n'est pas toujours facile à obtenir. Si des interventions médicales, sociales et médico-sociales sont nécessaires, il faut néanmoins tracer les responsabilités respectives des acteurs. Déterminer les voies et moyens permettant d'établir cet équilibre dans l'action collective est là aussi un objectif à se donner en configurant l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques.

⁴⁶ « Plus l'individu est considéré comme un tout autonome, qui doit être capable de décider et d'agir par lui-même, plus la question de son intériorité devient une préoccupation politique » Alain EHRENBURG. *Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale*. Revue Française des Affaires sociales N°1 Janvier-Mars 2004. Psychiatrie et santé mentale. La documentation Française.

⁴⁷ « 1. du côté du handicap psychique, les capacités strictement intellectuelles peuvent rester vives, tandis que du côté du handicap mental, la déficience est toujours présente,
2 - du côté du handicap psychique, les soins restent très importants, tandis que du côté du handicap mental, ils peuvent être marginaux,
3 - et surtout, du côté du handicap psychique, la variabilité des manifestations de la maladie crée constamment une incertitude qui demande des ajustements incessants. Ces derniers peuvent épuiser les meilleures volontés. Du côté du handicap mental, la fixité des incapacités est, a priori, plus compatible avec des solutions durables. ». Le livre blanc des partenaires de santé mentale. Publication faite par l'UNAFAM. Edition revue en avril 2006. Page 12

II. LES ECARTS ENTRE LES OBJECTIFS ET LA REALITE

Les insuffisances du dispositif de soins psychiatriques sont anciennes. Il y a exactement 20 ans, le Haut comité de la santé publique dressait le constat suivant de la situation de la psychiatrie en France : « *Bien des problèmes persistent. L'offre de soins – dans et hors institutions – peut paraître insuffisante aujourd'hui. La prévention primaire, celle qui serait susceptible d'agir sur l'incidence, reste balbutiante. La prévention secondaire parvient à réduire l'évolution et la durée de la maladie en fonction du développement des diverses composantes publiques, libérales et associatives, variables selon les lieux. La prévention tertiaire apparaît victime de l'articulation médico-sociale défailante : la présence de réseaux véritablement coordonnés avec les dispositifs sociaux et la pratique médicale privée demeure l'exception. Les perspectives de restructuration et d'avenir reposent sur une conception datant de plus de trente ans qui, si elle demeure valable sur bien des points, n'a pas supprimé un dispositif général hétéroclite et profondément inégalitaire* »⁴⁸. Il est frappant de constater que l'on peut aujourd'hui formuler le constat en des termes quasiment identiques.

1 L'EGAL ACCES A DES SOINS DE QUALITE EST LOIN D'ETRE ASSURE

Le dispositif de soins s'est beaucoup diversifié et la part de l'ambulatoire s'est accrue, cependant l'accès des patients aux soins demeure inégal. Aux inégalités liées au dispositif de soins s'ajoutent celles tenant à l'information des patients sur celui-ci.

1.1 Certaines organisations ne permettant pas d'offrir cette diversité de soins et de prises en charge

Le dispositif sectorisé offre désormais une palette de soins, plus ou moins diversifiée selon les territoires, alors que le dispositif non sectorisé s'organise autour de l'hospitalisation et de la consultation. Il convient de s'interroger sur les avantages respectifs de chacun de ces deux types d'offre, pour retenir le meilleur modèle de prise en charge des patients. Ou alors, il faudrait s'assurer que les services qu'ils rendent sont bien complémentaires et n'instaurent pas une inégalité de traitement des patients.

La coexistence de deux modèles pose la question de leur pertinence l'un vis-à-vis de l'autre ou en complémentarité.

On peut d'abord se demander quel est le bon modèle d'organisation des soins. De façon schématique, faut-il promouvoir une offre diversifiée, répartie au plus près de la population, bien répartie sur le territoire national, ou une offre hospitalo-centrée, concentrée sur quelques villes importantes, avec une forte activité de consultation ?

⁴⁸ Actualité et dossier en santé publique. n°15 juin 1996. Page I

Ces deux modèles d'organisation prennent en charge des profils pathologiques en partie différents. Les cliniques traitent une forte proportion de patients hospitalisés pour des troubles de l'humeur et peu de psychotiques⁴⁹. Les patients présentant d'importants troubles du comportement sont plutôt hospitalisés dans des établissements sectorisés. Mais, si le profil général de la clientèle de chacun de ces deux dispositifs n'est pas le même, il n'en reste pas moins qu'une bonne part de la clientèle de l'offre non sectorisée pourrait bénéficier d'une palette de soins diversifiés et d'un accompagnement tout au long de leur parcours de soins et de réinsertion-réadaptation⁵⁰.

On pourrait cependant considérer que les différences entre soins sectorisés et non sectorisés sont complémentaires et contribuent à la diversification globale de l'offre. Cela n'est pas le cas car les parcours des patients entre dispositif sectorisé et non sectorisé ne sont pas fluides. En effet, les patients du dispositif non sectorisé ne peuvent que rarement bénéficier de la palette de soins sectorisée, seulement quand une entente existe avec les secteurs psychiatriques, ce qui est apparu très aléatoire à la mission lors de ses déplacements dans plusieurs régions.

Ainsi, selon son point d'entrée dans le dispositif de soins, un patient souffrant de la même pathologie sera en effet probablement pris en charge de manière différente – sans que cela ne repose sur son choix éclairé. Cela est d'autant plus vrai que l'élargissement de la palette de soins a rendu plus difficile la connaissance, par les patients et leurs familles, de toutes les options de soins qui s'offrent à eux. Pour certains patients, l'élargissement de la palette de soins reste fictif et la complémentarité entre les deux dispositifs reste à organiser.

1.2 Une réponse inégale aux besoins de soins de la population

► *Les disparités d'équipements, de professionnels de santé et de moyens financiers entre territoires sont anciennes, bien connues mais persistantes*

Les capacités de prise en charge varient considérablement d'un département à l'autre. En 1997, les écarts de capacité en lits et places, pour la psychiatrie générale, variaient de 1 à 9 selon les départements⁵¹. En 2015, l'écart était de 1 à 3,5⁵². La densité des professionnels de santé est également très variable⁵³. Ainsi, les écarts de densité de psychiatres vont de 1 à 4 en 2016, ce qui était déjà le cas en 1997⁵⁴.

Ces écarts s'accompagnent de différences de financement⁵⁵. Les dépenses de psychiatrie en établissement (DAF et OQN) par habitant variaient, en 2015, de 125€ à 167€ selon les régions. Les différences entre départements sont plus fortes encore : la DAF par habitant allant de 47 à 292€.

En cohérence avec ces éléments, le taux de recours aux soins psychiatriques est extrêmement variable entre départements : en 2015, il allait de 135 à 425 journées d'hospitalisations pour 1 000 habitants et de 40 à 471 actes ambulatoires pour 1 000 habitants⁵⁶.

⁴⁹ Parmi les patients hospitalisés dans des cliniques, environ 54,3 % présentent des troubles de l'humeur et 11,7 % une psychose ; alors que dans les établissements sectorisés ces pourcentages sont respectivement de 23,8 % et 24,6 %.

⁵⁰ Cette position n'a été contestée par aucun des interlocuteurs de la mission, y compris appartenant au dispositif non sectorisé qui reconnaît les avantages offerts par le dispositif non sectorisé.

⁵¹ Etudes et Résultats n°48. Janvier 2000. DREES ; Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les écarts en matière d'hospitalisation partielle étaient de l'ordre de 1 à 20.

⁵² Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

⁵³ Voir l'annexe 10 sur la démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie.

⁵⁴ Etudes et Résultats n°48. Janvier 2000. DREES. ; Dans les 15 départements où les capacités d'hospitalisation sont les plus élevées, la densité en infirmiers est supérieure à 150 pour 100 000 habitants. Dans les 15 départements où les capacités sont les moins élevées, la densité en infirmiers est proche de 80 pour 100 000 habitants

⁵⁵ Voir l'annexe 7 sur le financement.

➤ ***La pédopsychiatrie est chroniquement défavorisée***

Le diagnostic des difficultés propres à la pédopsychiatrie est partagé et des travaux récents l'ont documenté⁵⁷. Pourtant, il est difficile de déterminer dans quelle mesure la pédopsychiatrie est défavorisée par rapport à la psychiatrie générale, faute d'indicateurs permettant cette comparaison. On peut toutefois souligner que les délais d'accès aux soins pour les enfants sont, dans les sites visités par la mission, 2 à 6 fois supérieurs à ceux constatés pour les adultes alors même que la précocité de la prise en charge est considérée comme déterminante.

Il est difficile de déterminer quelle part des moyens est consacrée à la psychiatrie infanto-juvénile par rapport à la psychiatrie générale⁵⁸, et on ne dispose pas non plus de cible dans ce domaine. On peut indiquer qu'au sein des établissements, 25 % des médecins et 19 % du personnel non médical exerce en psychiatrie infanto-juvénile⁵⁹. Pour mémoire, il y a 30 ans, une publication émanant du SESI⁶⁰ observait un suréquipement en psychiatrie générale au regard des objectifs de planification qui avaient été fixés avec la carte sanitaire. En revanche, en psychiatrie infanto-juvénile, il était relevé un sous-équipement⁶¹.

La persistance du constat des inégalités – et des difficultés de la pédopsychiatrie – amène à s'interroger sur la manière dont ces constats sont pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques qui ne semblent pas parvenir à y apporter de réponses.

1.3 De nombreux obstacles à l'accès aux soins

Il existe des obstacles pour les patients qui demandent des soins (délais, horaires, etc.) et il n'existe que peu de dispositifs permettant d'« aller vers » ceux qui n'en demandent pas (dénis de la maladie, grande précarité)⁶². En revanche, l'accès financier est assuré du fait de la gratuité des soins par les établissements sectorisés.

➤ ***Les délais d'attente peuvent être longs, surtout en psychiatrie infanto-juvénile***

Il existe des délais d'attente tant pour une hospitalisation, une consultation que pour des soins spécifiques. Ainsi, en CMP adulte, l'attente moyenne entre la prise de contact et le premier rendez-vous avec un psychiatre peut atteindre trois mois. Beaucoup de CMP ont donc mis en place un rendez-vous d'accueil, souvent par un infirmier, qui permet d'apporter rapidement une première réponse au patient et de détecter les situations qui nécessitent une prise en charge en urgence.

En psychiatrie infanto-juvénile, les délais d'attente sont considérablement supérieurs à ceux observés en psychiatrie générale. En 2000, France entière, le délai minimal d'attente pour avoir un premier rendez-vous avec un médecin était de trois mois et plus pour 15,9 % des demandes. Il était

⁵⁶ Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

⁵⁷ De façon non exhaustive : rapport du Sénat relatif à la psychiatrie des mineurs d'avril 2017, *Bien-être et santé des jeunes*, Marie-Rose Moro et Jean-Louis Brison, novembre 2016 ou encore le rapport relatif à la santé mentale de Michel Laforcade, octobre 2016.

⁵⁸ Les retraitements comptables auxquels sont astreints les établissements publics et ESPIC devraient le permettre. Ainsi, l'ARS Ile-de-France a réalisé ce travail et mis en évidence que 21,6 % de la DAF était consacrée à la pédopsychiatrie (75,8 % à la psychiatrie adulte, 1 % à celle des détenus et 1,6 % à des « activités spécifiques »).

⁵⁹ Voir l'annexe 10 sur la démographie médicale et des autres professions intervenant en psychiatrie.

⁶⁰ Solidarité Santé. Etudes statistiques, n°5, 1988 – septembre-Octobre. Service des statistiques des études et des systèmes d'information du ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

⁶¹ 0,23 lits ou places pour 1 000 habitants, alors que l'arrêté du 3 juin 1980 fixait le besoin en lits ou places dans une fourchette allant de 0,25 à 0,30.

⁶² Cf. annexe 14 sur les obstacles à l'accès aux soins

de 16,6 % en 2003⁶³. Les structures visitées par la mission présentaient des délais largement supérieurs, allant de 3 à 12 mois, parfois plus⁶⁴. On peut donc penser que les délais moyens en 2017 sont très largement supérieurs à ceux de 2003. Systématiquement, les délais d'attente sont deux à six fois plus longs pour les enfants que pour les adultes⁶⁵. Cela a souvent conduit les équipes à définir, localement, des critères de priorisation des patients. Les délais moyens recouvrent donc des situations très différentes, allant jusqu'à l'absence de prise en charge de certaines demandes. Les soins d'orthophonie sont particulièrement difficiles d'accès : au mieux, les délais sont longs (par exemple 6 mois pour un bilan, 1 an pour une prise en charge au Puy-en-Velay), souvent les patients sont renvoyés vers une prise en charge libérale (avec également de longs délais d'attente et qui peut poser des difficultés de remboursement par la CPAM).

➤ ***L'accès aux structures de soins peut être difficile du fait de leur implantation ou de leurs horaires***

Les structures de soins ambulatoires, et les CMP en particulier, sont le plus souvent ouverts du lundi au vendredi de 9h à 17h, ce qui est difficilement compatible avec une vie professionnelle. Ils sont parfois mal desservis par les transports en commun et certains regroupements de structures, répondant à des contraintes organisationnelles et budgétaires, réduisent la proximité de l'offre pour les patients.

➤ ***L'accès aux soins en urgence est parfois difficile, notamment à domicile***

L'accès aux soins en urgence est toujours possible à travers les urgences somatiques et, souvent, il existe aussi des centres de crise. Les nouveaux patients ne les connaissent cependant pas toujours, ce qui pose des difficultés d'accès. Celles-ci sont plus aigües pour les patients qui, dans le déni de leur maladie, refusent une prise en charge et pour lesquels les familles ne parviennent pas à obtenir une intervention au domicile. Que ce soit en raison d'un manque de moyens (absence d'équipe mobile) ou pour un motif clinique (consentement du patient aux soins requis), l'intervention en urgence au domicile est souvent limitée aux cas de danger imminent. Ce sont alors souvent le SAMU ou les forces de l'ordre qui interviennent, pas les équipes de psychiatrie.

➤ ***L'accès aux soins repose sur une demande que les plus vulnérables peinent à formuler***

Les personnes isolées ou les plus précaires ne disposent souvent pas de l'accompagnement nécessaire et ne formulent pas de demande de soins par eux-mêmes. Pour les personnes sans domicile fixe (vivant dans la rue ou hébergées), les difficultés sont renforcées par la sectorisation qui, en l'absence de domicile stable, ne garantit pas la continuité des soins. Etant donné la forte prévalence des troubles psychiatriques parmi cette population, des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont parfois été mises en place. Elles ne permettent cependant généralement pas de couvrir les besoins de toute la population concernée.

➤ ***La télémedecine n'est pas utilisée comme un levier pour améliorer l'accès aux soins***

La télémedecine pourrait améliorer l'accès aux soins, notamment lorsque les patients vivent éloignés des lieux de consultation ou se déplacent difficilement. Elle constitue une alternative aux déplacements en personnels. Ainsi, la mise en place de téléconsultations au bénéfice de patients à leur domicile ou en établissement ou même le télé-conseil, au bénéfice des équipes pourrait être

⁶³ Source : Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, DREES.

⁶⁴ Les délais sont parfois supérieurs, par exemple, au CHU à Toulouse, dans un des hôpitaux de jour, le délai est de 1 à 2 ans. A Lyon, des délais supérieurs à un an ont également été mentionnés.

⁶⁵ Par exemple, au CHU de Toulouse, le délai de prise en charge en CMP est de 6 mois alors qu'il n'est « que » d'un mois en psychiatrie générale.

efficace. Toutefois, les initiatives dans ce domaine sont limitées ou interrompues en raison de difficultés d'équipement ou d'absence de valorisation de l'activité⁶⁶.

1.4 Des différences de pratiques inexplicables et interrogeant sur la qualité des soins et parfois le respect des droits des patients

Les différences de pratiques s'incarnent d'abord dans le recours à l'hospitalisation⁶⁷ : en moyenne 80 % de la file active des adultes est prise en charge uniquement en ambulatoire, 96 % pour les enfants. A titre d'illustration, dans les établissements visités par la mission, ces taux varient de 58 à 87 % pour les adultes et de 77 à 96 % pour les enfants⁶⁸. Les taux de recours rapportés à la population, pour les prises en charge à temps plein comme en ambulatoire, sont également variables. Sauf à faire l'hypothèse d'une forte différenciation de l'état de santé des patients d'un territoire à l'autre, ces écarts sont difficilement explicables, dus sans doute à des différences d'équipements et/ou de pratiques. Ils posent d'autant plus question que des travaux ont montré que le développement des prises en charge ambulatoires semble s'accompagner d'une réduction de la durée de séjour⁶⁹ et du taux de ré-hospitalisation⁷⁰.

La part des patients soignés sans leur consentement varie selon les départements⁷¹. Ainsi, en 2009, l'écart entre les départements était de 1 à 5,7 pour le nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement rapporté à 100 000 habitants de 20 ans et plus⁷². Ces écarts ne découlent probablement pas que des pratiques soignantes, mais aussi des pratiques des partenaires, des relations avec eux et de l'organisation de l'offre. De même, le plus ou moins grand recours à certains modes légaux de soins sans consentement est difficilement explicable. Par exemple, en 2015, parmi les 260 établissements publics autorisés en psychiatrie, 40 n'ont déclaré aucun patient admis en soins pour péril imminent alors que 40 autres ont déclaré avoir accueilli plus de 35 % des patients en soins sans consentement sous cette modalité⁷³. Il en va de même pour le recours aux programmes de soins : 25 % des programmes de soins sont effectués par cinq établissements seulement⁷⁴.

Le recours à la contention et à l'isolement est très variable selon les services ainsi que le mettent en évidence les travaux du Contrôleur général des lieux de privation de liberté⁷⁵. Les données recueillies par la mission, concernant le nombre et le taux d'occupation des chambres d'isolement, le montrent aussi. Il en va de même pour les privations de droit des patients hospitalisés sans leur

⁶⁶ Voir la monographie 8 sur la clinique l'Alliance et la monographie 3 sur les secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice

⁶⁷ Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités.

⁶⁸ En excluant un établissement qui porte une unité d'hospitalisation à vocation départementale.

⁶⁹ « Lorsque le niveau de développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein augmente, on constate une diminution significative de la durée de séjour en hospitalisation temps plein ainsi que des hospitalisations à temps plein et des hospitalisations sans consentement chez les patients de la file active », Rapport de recherche QUAPRI-PSY financé par la DREES. Mars 2016. Coralie Gandré, Jeanne Gervais, Julien Thillard, Maxime Oriol, Massinissa Aroun, Jean-luc Roelandt, Jean-Marc Macé et Karine Chevreul. Recherche faite à partir des données recueillies auprès de 122 établissements publics et ESPIC, correspondant à 413 secteurs

⁷⁰ « Les taux de ré-hospitalisation en psychiatrie sont plus faibles dans les établissements à l'activité ambulatoire élevée », Questions d'économie de la santé N°206 février 2015.

⁷¹ Voir l'annexe 13 sur les soins sans le consentement des patients.

⁷² DGS, Rapports d'activité des CDHP 2009, traitement DREES ; INSEE, estimation 1^{er} janvier 2009.

⁷³ Coldefy M., Fernandez S., « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 222 - février 2017

⁷⁴ Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 ». *Irdes Questions d'économie de la santé* n° 205 - janvier 2015

⁷⁵ *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, 2016

consentement (interdiction des communications téléphoniques, des visites, port du pyjama) qui sont systématiquement appliquées dans certains services et jamais dans d'autres quelles que soient les pathologies et les patients.

La question de l'évolution de ces pratiques peut également être posée. Par exemple, entre 2012 et 2015, le recours aux soins sans consentement a augmenté de 15 %, quand la file active en psychiatrie n'augmentait que de 5 % (les patients hospitalisés sans leur consentement représentent 5,4 % du total, contre 4,8 % en 2012)⁷⁶.

1.5 Des conditions d'hospitalisation trop souvent insatisfaisantes, malgré des progrès importants

Les déplacements de la mission lui ont permis de constater la forte hétérogénéité des conditions d'hébergement offertes par les unités d'hospitalisation, et plus largement les lieux de soins psychiatriques (cf. monographies de sites). Beaucoup de travaux ont été conduits par les établissements permettant parfois des conceptions architecturales adaptées aux besoins des prises en charge. On peut citer par exemple la construction de chambres à double entrée, permettant un accès vers la partie fermée ou vers la partie ouverte du service (cf. monographie 6 concernant trois établissements de Toulouse).

Cependant de nombreux bâtiments – parfois récemment construits – présentent une architecture inadaptée : unités de soins entièrement fermées, alors que beaucoup de patients sont en hospitalisation libre, du fait de l'impossibilité de moduler les accès ; espaces extérieurs grillagés ; unités pour personnes âgées sur deux étages limitant la circulation des patients et contraignant les soignants à interdire l'accès aux chambres en journée. Par ailleurs, la vétusté de certains bâtiments ne permet pas de bonnes conditions d'hospitalisation (mauvais état des locaux, salles de bain communes).

Les chambres d'isolement sont représentatives de cette hétérogénéité. Alors que certaines offrent de bonnes garanties de sécurité et de confort (double entrée, mobilier spécialement conçu, accès possible à l'extérieur, sanitaires), d'autres entraînent des conditions d'hébergement indignes (sceaux hygiéniques, aspect cellulaire de la chambre, caméras de surveillance).

1.6 Un libre choix du patient inégalement assuré

Le libre choix par un patient de son lieu de soins et de son médecin est un principe sans cesse réaffirmé. Les divergences dans les pratiques et les différences de conditions d'hospitalisation entre dispositifs de soins sont telles que le choix apparaît déterminant. Pourtant, **cette liberté ne peut être pleinement exercée car elle entre en contradiction avec le principe de la sectorisation**⁷⁷.

Pour les soins libres, un patient peut choisir de s'adresser aux structures de son secteur ou aux structures non sectorisées (cliniques privées, certains services des CHU ou unités ayant une vocation territoriale élargie, praticiens libéraux). L'exercice de cette liberté ne se fait alors pas sans conséquences financières. Il peut aussi choisir son médecin parmi ceux exerçant dans la structure à laquelle il s'adresse. En revanche, les équipes d'un autre secteur le renverront le plus souvent vers les structures de son secteur. Cette pratique – qui s'oppose de fait à la règle du libre choix – est

⁷⁶ Coldefy M., Fernandez S., « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 222 - février 2017

⁷⁷ Voir l'annexe 12 sur le libre choix du patient.

appliquée de façon variable : certains secteurs prennent en charge les patients qui travaillent sur leur territoire ou continuent à suivre des patients même après leur déménagement, d'autres adressent leur patient vers un autre secteur après son admission dans un établissement social ou médico-social, quand bien même cet hébergement est temporaire⁷⁸.

Pour les soins sans consentement, la prise en charge est systématiquement confiée au secteur. Les seules rares exceptions rencontrées par la mission sont liées à la prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement dans des cliniques, par conventions avec certains hôpitaux et donc uniquement pour les patients relevant des secteurs de ces hôpitaux (exemple des cliniques de l'Alliance à Villepinte et Beaupuy à Toulouse).

Dans les faits, il faut souligner que l'élargissement des secteurs et le développement de structures spécialisées ayant une vocation intersectorielle ou inter polaire conduit à faciliter la liberté de choix du patient, sans remettre en cause la continuité du projet de soins et sans causer de déséquilibre de ressources entre secteurs.

2 UN DISPOSITIF EN PASSE DE DEVENIR ILLISIBLE ET DIFFICILE A PILOTER

La diversification toujours plus grande des types de soins et des modes de prise en charge, leurs références territoriales variables, la multiplicité des partenariats à organiser, forment une représentation complexe du dispositif de soins et, au total, rendent son pilotage difficile.

2.1 La complexité du dispositif de soins, pour les usagers, comme pour les professionnels de la psychiatrie et leurs partenaires

Les établissements sectorisés font cohabiter une organisation des soins permettant de répondre aux besoins dans la proximité, évitant que certains patients à la demande si fragile finissent par être laissés pour compte, avec le développement d'une « *palette de soins* » couvrant des territoires à géométrie variable, pas vraiment graduée, au sens où elle n'établit pas une hiérarchie selon la gravité des cas pris en charge. Certaines structures de soins intersectorielles répondront aux besoins de la population d'un pôle, ou de plusieurs pôles, ou de la zone territoriale d'un établissement, ou d'une ville, ou d'un département ou d'une région. S'y ajoute l'offre de soins non sectorisée, parfois conçue comme une alternative, parfois comme un recours spécialisé (c'est le cas par exemple des centres experts). Cette construction de l'appareil de soins, faite de composantes rapportées à des territoires formant entre eux des cercles concentriques de plus en plus larges ou inter-sécants, devient difficile à cerner par les professionnels de santé mentale eux-mêmes, qui ont besoin désormais de procéder à un inventaire des solutions thérapeutiques à leur disposition dans leur environnement plus ou moins proche. Elle forme de plus en plus pour les patients une sorte de labyrinthe au sein duquel il ne leur est pas simple de se diriger eux-mêmes.

⁷⁸ Il faut par ailleurs noter que c'est l'adresse de domiciliation qui est prise en compte, ce qui n'est pas sans poser un problème de proximité aux personnes hébergées.

2.2 Des établissements engagés dans des organisations multiples

Tous les établissements publics sont membres obligatoirement d'un GHT (groupement hospitalier de territoire)⁷⁹. Tous les établissements publics et les ESPIC peuvent aussi s'associer au sein d'une CPT (communauté psychiatrique de territoire). Les espaces de développement du GHT et de la CPT ne coïncident pas forcément. Ainsi, un même établissement peut être membre d'un GHT et membre d'une CPT à laquelle appartiennent également des établissements d'un autre GHT, ce qui conduit à les associer à d'autres GHT. Ces multiples appartenances possibles risquent fort de conduire les établissements à s'épuiser à élaborer plusieurs projets d'organisation et de fonctionnement plus ou moins compatibles entre eux, ou à se perdre dans trop d'engagements différents.

2.3 L'enchevêtrement des outils d'organisation n'a d'égal que l'enchevêtrement des territoires

Pour déterminer la stratégie locale de l'offre de santé mentale, il va falloir mettre en cohérence les résultats de l'application de cinq outils de planification⁸⁰, employés à des échelles territoriales différentes, associant plus ou moins d'acteurs. Chacun devra aboutir à un contenu qui, à la fois, devra nourrir celui produit par l'autre et se conformer à lui⁸¹. Cette situation voulue par la loi de 2016 est nouvelle. Elle pose, avec acuité, la question de l'ordre temporel selon lequel devraient se conduire les travaux d'élaboration et de finalisation des stratégies résultant de l'emploi de ces cinq outils d'organisation :

- *le projet d'établissement de l'hôpital*, sur la base duquel est défini un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS ;
- *le projet médical partagé (PMP) du groupement hospitalier de territoire (GHT)*, arrêté par l'instance de gouvernance du GHT, faisant partie d'une convention constitutive soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS. Il ne concerne que les établissements publics de santé même si d'autres membres peuvent y être associés ;
- *le projet régional de santé (PRS)* arrêté par l'ARS, qui englobe le public et le privé, l'hospitalier et l'ambulatoire, le soin, le médico-social et la prévention ;
- *la convention constitutive de la CPT*, qui fixe des objectifs et des mesures à prendre en conséquence, associe la psychiatrie de service public et ses partenaires (privés et/ou médico-sociaux, sociaux) ;
- *le projet territorial de santé mentale (PTSM)* qui porte sur l'organisation des soins, mais plus largement sur les dispositions opérationnelles dans le domaine de la santé mentale.

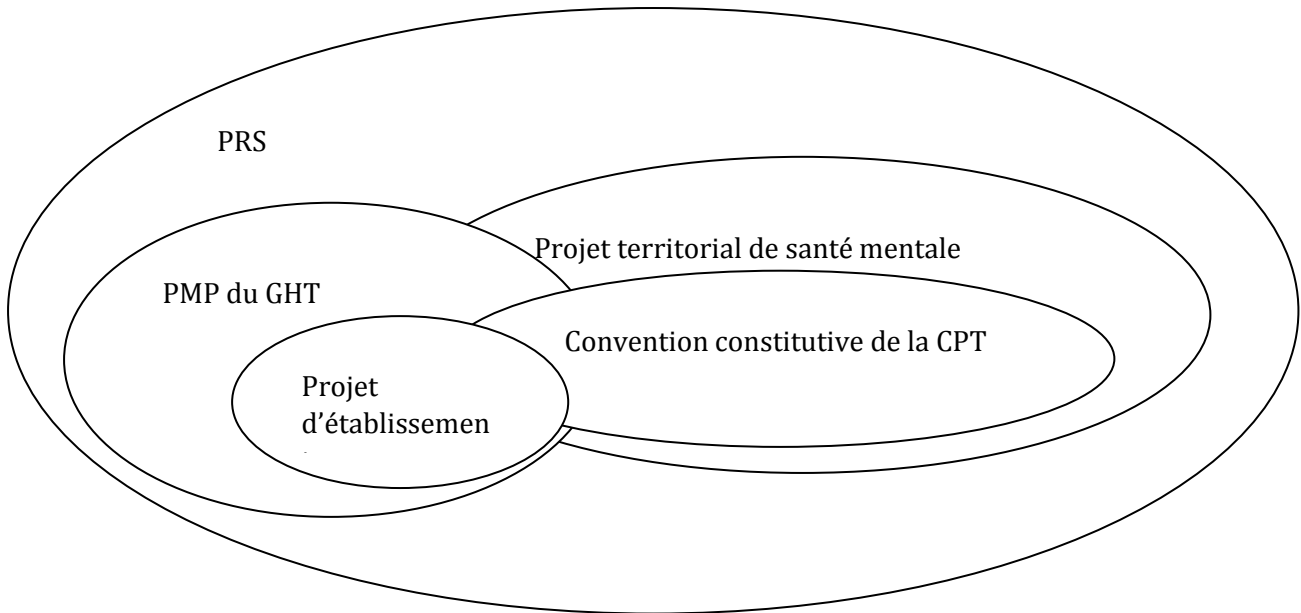
Tous ces outils sont conçus pour une durée de cinq ans, mais par quoi faut-il commencer ? Dans quel ordre temporel devraient se succéder chacun de ces outils d'organisation ? Se pose la question de la méthode et du processus de concertation à dérouler pour parvenir à une cohérence globale de ces travaux.

⁷⁹ Il existe des exceptions à ce principe. Ainsi, quatorze établissements spécialisés en psychiatrie ont obtenu une dérogation, pour 4 ans, les dispensant de s'intégrer à un GHT. Par ailleurs, sur 135 GHT, 4 sont des GHT psychiatriques, regroupant au total 11 établissements.

⁸⁰ La planification est ici entendue comme une méthode permettant, sur la base d'une étude des besoins de santé d'une population donnée, de projeter dans le temps les mesures destinées à remédier aux problèmes constatés.

⁸¹ Voir l'annexe 6 sur les outils de planification.

Schéma 1 : Représentation schématique de l'enchevêtrement des outils de planification en psychiatrie



Source : mission

A défaut de simplification du cadre territorial et de la méthode d'articulation de ces outils d'organisation, toutes ces démarches risquent de s'engager et de se dérouler de façon confuse. Les acteurs qui y participent pourraient vite être incapables de repérer les logiques complémentaires de ces différents travaux et perdre courage en ne parvenant pas à situer leurs concours dans un ensemble. Ils ne pourront pas s'engager sur autant de fronts en même temps. Aussi, il faudra certainement étaler les travaux sur de longues périodes. Peu à peu, les implications de ces acteurs iront probablement en faiblissant. Autant il est indispensable de prendre le temps de définir les stratégies d'organisation et de fonctionnement du dispositif de soin ainsi que son articulation avec la politique de santé mentale, autant il ne serait pas raisonnable de se retrouver en permanence occupés à de telles tâches de planification car cela finirait par leur ôter tout crédit.

3 UN PARTENARIAT A LA FOIS INDISPENSABLE POUR LA FLUIDITE DES PARCOURS, MULTIPLE ET INEGALEMENT DEVELOPPE

La psychiatrie comme toutes les disciplines médicales – mais peut-être plus encore en raison de l'objectif d'inclusion dans la cité des malades mentaux et des missions de prévention et de postcure confiée au secteur dès l'origine⁸² – doit établir des partenariats avec les autres acteurs du parcours du patient. Ces partenariats sont essentiels pour que l'hôpital, éclaté entre de nombreuses structures de prise en charge en ambulatoire, ne finisse pas pourtant par dessiner une forme « d'asile dans la ville » en gérant tous les aspects de la vie quotidienne du patient (hébergement, repas, loisirs, activités sportives et culturelles), comme prétendait le faire l'asile à son origine.

⁸² cf. annexe 1 sur le rappel historique

3.1 La coordination avec les partenaires est centrale pour le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques

La plupart des établissements disposent de partenariats avec des structures sociales, médico-sociales mais aussi avec des établissements sanitaires (pour des soins spécialisés ou somatiques). Ils reposent parfois sur des conventions mais l'existence de celles-ci dit peu de la qualité des relations. Il existe peu de lieux d'échange et de construction de ces partenariats. Les conseils locaux de santé mentale ont vocation à jouer ce rôle⁸³. Leur action est cependant triplement incomplète : beaucoup de territoires ne sont pas couverts, ils ne regroupent pas tous les acteurs (la psychiatrie libérale ou des cliniques ne sont qu'exceptionnellement associées), ils ne permettent parfois qu'une meilleure interconnaissance des acteurs, sans toujours entraîner la mise en œuvre de véritables partenariats autour d'actions conduites en commun (même si des progrès concernant le logement sont souvent cités). Les commissions de cas complexes, qui permettent la coordination autour de situations individuelles, sont aussi des exemples à souligner.

L'établissement de partenariats revêt une dimension spécifique pour la psychiatrie qui, par l'héritage de l'aliénisme, peut avoir tendance à prendre en charge l'ensemble des besoins du patient, pas seulement sanitaires mais également sociaux et culturels. Ainsi, face à l'absence de partenaires ou à la difficulté des articulations à mettre en place, certaines structures de soins ont aussi pris en charge elles-mêmes des interventions éloignées du soin et organisent l'hébergement de leurs patients (souvent à travers des associations) et d'autres aspects sociaux ou culturels de leur vie. Sans nier la contribution de ces interventions à la bonne santé mentale, on peut se demander si elles sont toujours réellement thérapeutiques et ne seraient pas tout autant bénéfiques au patient assurées par des partenaires de la psychiatrie. Par exemple, la prise des repas en commun peut constituer un travail sur la sociabilité, tout comme les ateliers socio-esthétiques contribuent à l'estime de soi, mais ils pourraient sans doute être aussi efficaces en dehors des structures sanitaires, dans bien des cas.

3.2 Les acteurs du soin peinent à établir des relations avec les généralistes même s'il existe des expériences innovantes, dont la pérennité n'est pas assurée

Les médecins généralistes prennent en charge une part importante des soins psychiatriques⁸⁴. L'établissement de bonnes relations avec la psychiatrie est donc nécessaire pour que le relais de prise en charge soit assuré lorsque l'état du patient le nécessite, mais aussi pour que les médecins traitants participent à la prise en charge des patients ayant par ailleurs un suivi psychiatrique (surveillance somatique, relais pour le traitement, etc.).

Or, les acteurs du dispositif de soins psychiatriques regrettent unanimement leurs difficultés à travailler avec les généralistes et réciproquement. Des travaux montrent que les généralistes jugent que la psychiatrie est peu disponible (délais d'obtention de rendez-vous, absence de retour au médecin adresseur notamment)⁸⁵. La mission n'a pas eu connaissance de travaux expliquant les

⁸³ Cf.annexe 11 sur les conseils locaux de santé mentale.

⁸⁴ A titre d'illustration, en 2016, les honoraires totaux des psychiatres (777M€) étaient équivalents aux honoraires de généralistes remboursés au titre de la psychiatrie (774M€).

⁸⁵ Selon une étude de la DREES (Etudes et Résultats N°810 de septembre 2012) deux tiers des généralistes « déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients ». Selon cette étude, 6 % des généralistes déclarent ne pas adresser leurs patients dépressifs au CMP pour plusieurs raisons : du fait des délais d'obtention d'un rendez-vous

difficultés des psychiatres à travailler avec les généralistes mais les interlocuteurs de la mission ont souvent pointé leur indisponibilité et leurs connaissances insuffisantes en psychiatrie. Dans certains territoires, c'est surtout l'absence de médecins généralistes qui pose problème (un tiers des patients du CH de Dreux n'a pas de médecin traitant).

Ainsi, les relations sont souvent distendues et se résument à des envois de courriers (pour adresser le patient vers le CMP, à la fin d'une hospitalisation). Certains services de psychiatrie font un retour systématique au médecin traitant (pour toute prise en charge) et essaient de faire de lui le prescripteur des médicaments. D'autres communiquent auprès des médecins des numéros d'appel. Généralement, les réunions organisées par la psychiatrie de secteur à destination des généralistes connaissent une faible affluence. La mission a relevé l'exemple de réseaux de généralistes qui invitaient les psychiatres à intervenir dans leurs réunions, ce qui semble produire de meilleurs effets.

La mission a également eu connaissance de quelques dispositifs plus structurés :

- A Lyon, au CH du Vinatier, un des pôles de l'établissement a mis en place un dispositif appelé CORESO qui permet de faire un bilan des problèmes de santé somatiques des patients et de les accompagner vers une prise en charge par la médecine générale libérale (cf. monographie 2) ;
- A Toulouse, le CH Gérard Marchant, le CHU et l'URPS ont mis en place un dispositif de soins psychiatrique partagé (DSPP)⁸⁶. Il s'agit d'une plateforme qui permet à la psychiatrie (médecins des hôpitaux, libéraux, psychologue et infirmiers) de répondre aux demandes d'avis des médecins généralistes en difficulté dans la prise en charge de leurs patients. Une permanence téléphonique est assurée tous les jours de la semaine et le patient peut également être reçu en consultation pour une évaluation. L'objectif est de faire en sorte que le médecin généraliste puisse poursuivre sa prise en charge. Il s'agit d'un dispositif « apprenant » (transferts de compétences psychiatriques au généraliste). Ce dispositif expérimental (débuté en février 2017) est financé par le FIR et par la facturation de consultations (3C de l'heure). En l'absence de procédure expérimentale claire et de financement permanent, sa pérennité n'est pas garantie.

3.3 La qualité des relations avec les acteurs sociaux ou médico-sociaux dépend de l'accord qui peut être trouvé sur les limites de leurs interventions respectives

Les relations entre psychiatrie et établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)⁸⁷ s'articulent autour de deux problématiques :

- pour la psychiatrie, la recherche de solutions d'aval pour ses patients ;
- pour les ESSMS, l'accès aux soins psychiatriques pour leurs résidents ou bénéficiaires – notamment quand ils estiment ne plus être en mesure de prendre en charge la personne.

(66 %), de l'absence de retour d'information quand le patient est pris en charge par un CMP (59 %), le manque de collaboration avec le CMP (57 %), la réticence des patients à s'y rendre (47 %).

⁸⁶ Un DSPP existe aussi au pôle de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Albert Chenevier à Créteil. Et un dispositif similaire a été mis en place par le réseau Sud Yvelines.

⁸⁷ Sont visés ici principalement les EHPAD, établissements accueillant des personnes avec un handicap psychique, CHRS, mais aussi d'autres structures : à titre d'exemple, la mission a rencontré une équipe intervenant auprès des missions locales (cf. monographie Armantières).

Au-delà du besoin de fluidité et du manque de disponibilité (trouver une place, obtenir un avis psychiatrique, voire une hospitalisation en urgence), se pose la question sous-jacente de savoir quelle est la prise en charge la plus adaptée et qui peut le déterminer.

Ainsi, la psychiatrie juge parfois que les ESSMS lui adressent des demandes d'intervention excessives. Les secteurs de psychiatrie sont pressés d'intervenir, pour une consultation ou une hospitalisation, dès que ces établissements ne parviennent plus à jouer leur rôle, et – selon les interlocuteurs de la mission – leur seuil de tolérance va en s'abaissant. En miroir, les ESSMS hésitent à prendre en charge des patients psychiatriques redoutant de ne pas trouver l'appui médical nécessaire lorsqu'ils en ressentiront le besoin.

La pratique habituelle est bien que les équipes du secteur interviennent auprès des patients hébergés dans des ESSMS. Parfois l'équipe de psychiatrie pouvant intervenir est bien identifiée, notamment lorsqu'il existe une équipe mobile dédiée, et ne se pose alors que la question de sa disponibilité. Parfois, les ESSMS peinent à trouver le bon interlocuteur ou ont affaire à plusieurs interlocuteurs pour leurs différents résidents (secteur où est localisé l'établissement ou secteurs qui suivaient le patient avant qu'il ne soit hébergé). Du point de vue des ESSMS, la psychiatrie n'intervient finalement qu'en cas de crise – souvent à travers le dispositif d'urgence.

Face à ces difficultés, certains établissements ont choisi de dédier des moyens à ce rôle de soutien à leurs partenaires. Cela peut passer par :

- Des relations institutionnalisées : des infirmiers passent une journée par mois dans chaque EHPAD pour faire le point sur leurs patients en résidence. Tous les deux ou trois mois, une réunion est organisée avec tous les EHPAD du secteur (20 établissements) pour faire le point sur les difficultés rencontrées. Des visites de pré-admissions dans les ESSMS sont réalisées par le médecin avant que le patient n'y soit résident (cf. monographie 2 sur le CH du Vinatier).
- Des équipes dédiées :
 - une unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES) de pédopsychiatrie, qui intervient auprès des partenaires (éducation nationale notamment et structures médico-sociales) pour les aider à prendre en charge la situation difficile de certains enfants ou adolescents, mais qui n'intervient pas directement auprès des patients auprès desquels une autre équipe mobile peut être mobilisée (cf. monographie 6 sur trois établissements de Toulouse) ;
 - une équipe mobile de pédopsychiatrie qui travaille spécifiquement avec l'aide sociale à l'enfance : elle intervient auprès des adolescents accueillis dans des foyers et auprès des jeunes mères admises avec leurs enfants en foyers d'urgence ou d'hébergement (cf. monographie 3 sur les secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice).
- Un fonctionnement intégré :
 - création d'équipe conjointe composée de travailleurs sociaux et d'infirmiers qui prennent en charge les résidents d'un CHRS (cf. monographie 3 sur les secteurs parisiens des hôpitaux de Saint-Maurice) ;
 - recrutements de psychiatres par un GCSMS réunissant établissement de santé et ESSMS, ce qui facilite l'accès de ces derniers à des compétences spécifiques (psychomotricien, psychologue) mais aussi le transfert de compétences (développé en Nouvelle Aquitaine).

Parfois des conventions prévoient que les ESSMS réservent une partie de leurs places aux patients d'un secteur ou d'un établissement, en échange de l'intervention de celui-ci dans ses locaux.

Evidemment, la présence de psychiatres dans les ESSMS (plus encore quant ils partagent leur temps entre ESSMS et établissement de santé) ou, plus encore, le fait que ces ESSMS fassent partie d'un établissement de santé⁸⁸ ou du même groupe privé facilitent les relations.

4 UN BESOIN D'ÉVALUATION AUSSI IMPÉRIEUX QUE NON SATISFAIT

Les établissements ont, dans bien des cas, élaboré des démarches pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Pour autant la recherche évaluative sur les pratiques est peu développée.

4.1 Les différences de pratiques doivent pouvoir être expliquées, leurs résultats évalués

Les différences de prise en charge sont très importantes d'un établissement à l'autre (différences d'équipements rapportés à la population, différences de recours aux soins, différences du taux de patients traités sans leur consentement selon les départements, différences de pratiques sur le recours à l'isolement, sur la place donnée à l'hospitalisation, sur les modalités d'intervention à domicile...). Or il existe peu d'évaluation de pratiques ou de l'organisation et du fonctionnement des dispositifs sectoriels pour expliquer ces différences.

De nombreux acteurs mettent en place des innovations – qualifiées souvent à tort d'expérimentations dans la mesure où aucune évaluation n'est réalisée. Le rapport de Michel Laforcade de 2016 en a dressé une longue liste. Ces innovations sont, le plus souvent, financées par le FIR (fonds d'intervention régional), sans faire l'objet d'évaluations dont les résultats permettraient de décider de leur pérennisation voire de leur généralisation. Elles restent le plus souvent locales, sans suivi national qui permettrait d'organiser leur diffusion. Ainsi, nombre de ces innovations, *a priori* intéressantes, pourraient n'avoir aucune suite.

4.2 Les efforts pour développer l'évaluation des organisations et des pratiques sont insuffisants

L'évaluation des organisations et des pratiques est peu développée en psychiatrie. Au-delà de la dispersion des systèmes d'information non spécifique à la psychiatrie et à laquelle le système national des données de santé répondra au moins en partie, **l'évaluation des organisations et des pratiques souffre encore d'un manque de légitimité culturelle et d'un déficit d'investissement dans la recherche.**

Ainsi, Michel Laforcade, dans son rapport relatif à la santé mentale, indique que : « l'investissement dans ce domaine est encore très faible et représente 2 % de toute la recherche médicale, 1 % de la dépense annuelle en psychotropes, 0,3 % de la dépense annuelle en hospitalisation ». La recherche clinique en psychiatrie est également marginale : « Les crédits de recherche réservés à la psychiatrie s'élèvent à seulement environ 2 ou 3 % (11 % aux USA et 7 % en Grande Bretagne) ». La recherche clinique est portée par les praticiens hospitalo-universitaires, qui ne suivent que 10 % des patients, alors même que figure parmi les missions du secteur la participation à des programmes de recherche et à l'évaluation des pratiques professionnelles.

⁸⁸ Ce cas n'est pas rare, à titre d'exemple, le CH de Bonneval (Eure-et-Loir) compte des foyers, un EHPAD, un ESAT et un FAM.

Pourtant, différentes **structures interviennent dans le champ général de l'évaluation et de la recherche en psychiatrie et en santé mentale** :

- La **HAS** dispose d'une commission psychiatrie et santé mentale. Elle a formulé quelques recommandations dont une concernant l'« isolement et contention en psychiatrie générale », en février 2017⁸⁹.
- Le **centre de preuve en psychiatrie et santé mentale**⁹⁰ a pour but l'analyse critique de la littérature de façon à dégager des bonnes pratiques et à accompagner leur appropriation par les acteurs. Alors que la HAS formule des recommandations sur les pratiques de soin, le centre de preuve a vocation à en formuler sur les organisations⁹¹.
- **FondaMental** est une fondation de coopération scientifique créée en 2007. Elle a une mission de soins, de recherche et de formation consacrée à la santé mentale. Son activité de recherche est principalement clinique. Elle s'appuie sur un réseau de 43 centres experts⁹² répartis sur 17 CHU. Elle conduit une forte activité de publications internationales.
- Le **CCOMS** (centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale) a notamment pour objectif le développement de la santé communautaire (via des expérimentations telles que les pairs aidants ou l'appui à la mise en place de CLSM).
- Le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) et la Conférence des Présidents de CME de CHS ont initié une **coordination nationale de la recherche en psychiatrie – santé mentale**⁹³ qui coordonne des dispositifs régionaux⁹⁴ associant des établissements publics et privés, universitaires et non universitaires, servant généralement de lieux d'échanges sur les pratiques, voire permettant des études évaluatives. En lien avec cette coordination, des groupes de recherche en soins infirmiers ont été constitués dans plusieurs régions.
- L'**observatoire national du suicide** qui va devenir l'observatoire du suicide et de la santé mentale. Il est porté par la mission recherche de la DREES et a un rôle d'harmonisation des données, d'identification de thèmes de recherche pertinents et de production de recommandations dans le champ de la prévention du suicide. Il est prévu qu'il fournisse des données au CLSM.
- Un **observatoire de l'isolement et la contention** devrait être institué avant la fin de l'année 2017 au sein du COPIL psy. Ses missions et son fonctionnement ne sont pas précisées.

⁸⁹ D'autres recommandations récentes ont porté sur l'amélioration de la prise en charge somatique, les courriers entre psychiatres et généralistes.

⁹⁰ Il existe un centre de preuve par discipline médicale. Celui concernant la psychiatrie la santé mentale relève d'une convention entre la HAS et l'université de Versailles Saint Quentin en Yvelines.

⁹¹ Le centre de preuve a notamment publié, en 2015, un rapport intitulé *Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique*. Un autre rapport est en préparation pour 2018.

⁹² Quatre types de centres experts spécialisés : les troubles bipolaires, la schizophrénie, la dépression résistante, l'autisme Asperger.

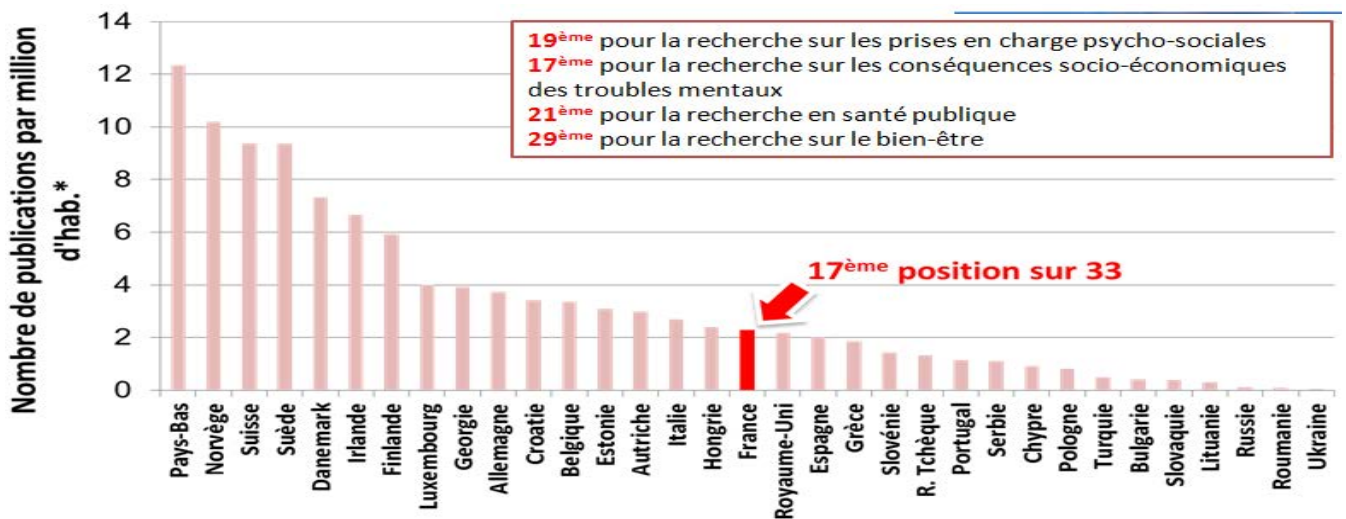
⁹³ La DGS finance un temps de secrétariat.

⁹⁴ Les Dispositifs Territoriaux de Recherche et de Formation en psychiatrie (DTRF) sont issus d'un projet initié par le Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP) et la Conférence des Présidents de CME de CHS. Ils ont pour but de créer un partenariat de recherche et de formation entre des établissements de santé, de formation et de recherche, Il existe actuellement une dizaine de DTRF sur le territoire national. Par exemple, en 2015 a été créée une fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale dans la région Midi-Pyrénées (FERREPsy - Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Midi-Pyrénées). Elle compte aujourd'hui 21 membres issus du secteur public et privé et entend développer des activités de recherche en santé mentale.

A ces structures, s'ajoutent **les financements de la recherche par l'Etat** : comme pour les autres domaines de la santé, la part financée par les pouvoirs publics est partagée entre les programmes du ministère de la recherche (ANR notamment) et celles du ministère de la santé⁹⁵ : via le **PHRC** (programme hospitalier de recherche clinique, piloté par la DGOS), la **DREES** et l'**IRESP** (Institut de Recherche en Santé Publique – groupement d'intérêt scientifique, dont le DGS préside le comité directeur). Parmi ces financements, aucun n'est fléché vers la psychiatrie ou la santé mentale.

La mission n'a pas procédé à un inventaire complet des opérateurs en matière de recherche portant sur la santé mentale mais toutes ces activités de recherche ou d'évaluation, exigeant un fort engagement de ceux qui les portent, malgré la qualité et le nombre des travaux réalisés, sont loin de permettre à la France de combler son retard dans le domaine de la recherche en santé mentale par rapport aux autres pays du monde, et pas seulement anglo-saxon⁹⁶.

Graphique 1 : Place de la France dans la recherche en psychiatrie à partir du nombre de publications



*la distribution des publications par pays a été estimée sur un échantillon de publications européennes entre 2007 et 2011 et non sur l'ensemble des publications pour ce champ de recherche

Source : Données transmises à la mission par la fondation Fondamental, issue d'une enquête internationale sur la recherche en santé mentale (ROAMER).

⁹⁵On peut aussi noter que des travaux de recherche sur l'hospitalisation sans consentement ont été commandés à l'IRDES par le ministère.

⁹⁶ En 2011, la France a consacré à la recherche en santé mentale 4,1 % du total des budgets recherche en santé, quand le Royaume-Uni en consacrait 7 %, l'Espagne 5,6 % et la Finlande 9,7 % (données transmises par Fondamental à la mission, à partir de l'étude ROAMER).

III. LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Le dispositif de soins psychiatriques a beaucoup évolué depuis 1960 et la politique de secteur a porté ses fruits. Parfois les transformations peuvent paraître trop lentes. Les expériences les plus abouties en France de psychiatrie dans la communauté ont exigé patience et longueur de temps, des dizaines d'années. On ne change pas brutalement les pratiques soignantes, les regards de la population sur la maladie mentale, les logiques d'action de tous ceux qui doivent concourir à la prévention des troubles psychiatriques et au rétablissement de ceux qui en souffrent. Aller plus loin et partout dans la réduction de la place prise par l'hospitalisation, intervenir davantage dans la communauté, donner plus d'emprise à l'utilisateur dans l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins, mieux articuler les soins avec l'accompagnement médico-social et l'action sociale, sont bien sûr des progrès toujours à rechercher. La conception de la maladie mentale et de sa prise en charge à partir de laquelle s'est définie la politique de secteur n'a pas été modifiée, et aucune découverte scientifique majeure en psychiatrie n'est survenue. Il ne s'agit donc pas de refondre une politique publique de soins psychiatriques mais de lui donner un nouvel élan afin d'assurer un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

1 FIXER UN CADRE CLAIR D'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS PSYCHIATRIQUES PERMETTANT L'EXERCICE DE SES MISSIONS

Le dispositif de soins psychiatriques dans son ensemble, public et privé, hospitalier et ambulatoire, est au service de la politique de santé mentale définie par la loi du 27 janvier 2016. Celle-ci précise de façon plus détaillée la mission et les objectifs principaux d'une partie de ce dispositif, la psychiatrie de secteur. Cependant, ne sont pas clairement identifiées les fonctions à exercer pour la mettre en œuvre, avec leurs organisations correspondantes. Cette situation ne facilite pas la définition d'une stratégie claire de développement des dispositifs permettant d'assurer ces fonctions, et la détermination des moyens relatifs à leur consacrer.

Un cadre général d'organisation du dispositif de soins, dans son ensemble, est à définir, avec deux grands objectifs :

- se doter des moyens de gérer le conflit des limites abordé dans la première partie du rapport, afin de rendre pertinente l'intervention psychiatrique ;
- identifier les manques, les insuffisances dans la mise en œuvre des fonctions à assurer par l'offre de soins, pour guider les stratégies des acteurs de santé et de l'ARS visant à améliorer la réponse aux besoins.

Pour mener à bien la mission qui lui est confiée au service de la politique de santé mentale, l'offre de soins publique et privée, destinée aux enfants et aux adultes, doit exercer quatre grandes fonctions : de soins, d'urgence, de soutien partenarial, d'action inter-partenariale.

Le contenu de ces fonctions se retrouve peu ou prou dans les textes réglementaires et les circulaires déterminant la politique publique. La mission a procédé à un travail de formalisation et de structuration de ces fonctions. Elle livre ici un outil devant permettre tant au régulateur (ARS) qu'aux offreurs de soins de guider l'évolution du dispositif de soins psychiatriques. A chacune de ces fonctions doit correspondre un dispositif organisationnel, fait d'une coordination structurée et de moyens d'intervention, et un territoire de mise en œuvre. Toutes les composantes du dispositif de soins psychiatriques, publiques et privées, doivent concourir, selon des modalités différentes, à l'exercice de ces grandes fonctions.

➤ **La fonction de soins**

○ *Ses objectifs :*

Les objectifs correspondant à l'exercice de cette fonction de soins sont définis par la loi du 27 janvier 2016 pour les établissements et services chargés de la mission de psychiatrie de secteur⁹⁷. De fait, le dispositif de soins non sectorisé concourt aussi, selon des modalités pratiques différentes, à la poursuite de tels objectifs, sans que la loi ne le spécifie. C'est l'ensemble du dispositif de soins qui apporte des prises en charge de proximité, plus ou moins relative, dans le cadre du parcours suivi par des patients souffrant de pathologies chroniques. Cette fonction de soins doit donc s'exercer en utilisant les complémentarités possibles entre toutes les composantes de l'offre, publiques ou privées, hospitalières ou ambulatoires.

○ *Le dispositif organisationnel : des moyens d'intervention et une coordination structurée*

Pour remplir la fonction de soins, le dispositif de soins doit offrir une palette de soins et un dispositif organisationnel, permettant d'assurer la pertinence du traitement apporté à chaque patient et sa continuité, qu'on peut intituler « plateforme de coordination des soins ».

⁹⁷ Le dispositif de psychiatrie de secteur doit assurer : un recours de proximité ; une accessibilité territoriale et financière ; la continuité des soins (article L. 3221-3 du code de la santé publique).

Encadré 1 : Précisions relatives au fonctionnement du dispositif organisationnel concernant la fonction de soins

La palette de soins composant l'offre psychiatrique publique et privée, faite de différentes structures et types de prises en charge, hospitaliers et ambulatoires, relevant d'approches théoriques parfois différentes, est à concevoir de façon à répondre à des besoins à des échelles territoriales variables, allant du secteur de proximité à la région, voire au-delà pour les cliniques privées.

Cependant, le dispositif de soins doit aussi être organisé de façon à apporter des réponses « polyvalentes » dans la proximité.

Une « *plateforme de coordination des soins* » est nécessaire pour que chaque patient puisse bénéficier de la palette de soins de façon à assurer la pertinence de son traitement et sa continuité. Il convient pour cela, à partir de l'équipe médicale responsable de la prise en charge globale, d'organiser :

- une concertation entre soignants pour décider de la meilleure orientation de la prise en charge ;
- la coordination des divers intervenants ;
- le suivi du projet de soins, de manière à l'adapter en permanence en fonction de l'évolution du patient.

Cette organisation est classiquement celle mise en place dans les secteurs sous la forme de réunions de service périodiques et de réunions de synthèse. Elle prend une forme d'autant plus élaborée, s'appuyant sur des moyens de communication à distance, que le dispositif sectoriel est très dispersé dans la communauté⁹⁸. Elle doit pouvoir s'ouvrir à des acteurs extérieurs au secteur (notamment privés), de façon partielle ou permanente, dès lors qu'il est souhaitable de les associer à la concertation autour de la prise en charge d'un patient et qu'ils réalisent une part du projet de soins⁹⁹. Alors, le terme de « *plate-forme de coordination des soins* » lui correspond mieux. Il est aujourd'hui d'autant plus facile de structurer de telles coordinations du soin qu'elles peuvent s'appuyer sur des dispositifs de visioconférence évitant les déplacements. De telles plates formes peuvent servir de support à des réunions de concertation professionnelle (RCP), associant le représentant d'un centre expert.

Source : *mission*

○ *Le territoire de mise en œuvre :*

La palette de soins et ses composantes sont à positionner par rapport à des territoires à géométrie variable. En effet, une part de l'offre doit être de proximité, une autre plus spécialisée peut répondre aux besoins d'un large territoire.

En revanche, la « *plate-forme de coordination des soins* » est à organiser au niveau de l'espace des soins de proximité. Pour le dispositif sectorisé, il s'agit du pôle hospitalier chargé de service public, assurant une obligation de réponse sur un territoire sectoriel de proximité. C'est aussi à cette échelle territoriale que doit s'organiser la réponse sectorielle « polyvalente ».

Dès lors que le dispositif non sectorisé développera une offre de soins diversifiés, ou organisera l'accès de ses patients au dispositif sectorisé, il peut être utile d'organiser pour les patients qu'il prend en charge une telle coordination, ou de s'associer en fonction des besoins à la plate forme structurée par le pôle hospitalier.

⁹⁸ Voir l'exemple du pôle 59G21 (monographie 1).

⁹⁹ Si bien des spécialités médicales pourraient s'inspirer de l'exemple de la psychiatrie dans la territorialisation des prises en charge et la gestion de la continuité du projet de soins, la psychiatrie pourrait tout autant s'inspirer de l'exemple de la lutte contre le cancer qui a su développer, avec ses consultations avancées, une forme de coordination publique et privée permettant une concertation pluri-professionnelle avant la prise de décision et le suivi du projet de soins.

➤ **La fonction d'urgence**

○ *Ses objectifs :*

La psychiatrie doit pouvoir délivrer des soins en urgence. Elle participe donc au fonctionnement des urgences médicales, au sein des établissements de santé. Cela exige d'organiser une permanence des soins et l'orientation du patient en post-urgence. Cela devrait impliquer aussi bien le dispositif public que le privé, d'une part parce que l'exercice de la fonction d'urgence intéresse forcément l'ensemble de l'offre de soins, et, d'autre part, parce que se posent des problèmes de démographie médicale en psychiatrie sur certains territoires.

Elle doit aussi pouvoir intervenir auprès des patients à l'extérieur de l'hôpital. Or, les urgences au domicile du patient sont en général mal prises en charge. Au-delà des clarifications nécessaires pour définir les relations à organiser entre tous les acteurs de l'urgence (SAMU, police, pompiers), il faut pouvoir développer des dispositifs psychiatriques intervenant à domicile dans les situations de crise, d'autant plus que se pratiquent des soins contraints en ambulatoire.

○ *Le dispositif organisationnel : des moyens d'intervention et une coordination structurée*

Interventions psychiatriques au sein du service des urgences, unités d'hospitalisation de courte durée, centres de crises, équipes mobile d'intervention à domicile dans les situations de crise¹⁰⁰, constituent les moyens d'exercer cette fonction d'urgence à laquelle doivent participer les dispositifs publics et privés.

Pour faciliter la coordination des implications des intervenants psychiatriques et l'orientation des patients en post-urgence, une « *plate-forme d'urgences psychiatriques* » est nécessaire. Un exemple de plateforme existe à Toulouse où a été mis en place un dispositif d'information et d'orientation des patients en post-urgence (CIR), constitué avec des moyens du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie et du CHU – dans les locaux duquel sont situées les urgences – et dans lequel sont impliquées deux cliniques privées à but lucratif. Par ailleurs, les psychiatres du CH spécialisé en psychiatrie et du CHU participent à la permanence des soins psychiatriques au service des urgences.

○ *Le territoire :*

Le territoire est celui qui correspond à la zone d'attraction d'un service d'urgence hospitalier.

➤ **La fonction de soutien partenariale**

○ *Ses objectifs :*

L'organisation d'espaces de contact, de dialogue entre la psychiatrie et ses différents partenaires relevant du sanitaire (notamment les généralistes), du médico-social, du social, de l'éducatif, du judiciaire..., doit permettre :

- d'examiner collectivement la pertinence d'une intervention psychiatrique ;
- d'aider un partenaire à exercer ses propres missions, et à gérer lui-même une situation complexe et perturbante pour son fonctionnement ;
- d'évaluer la situation clinique d'une personne et l'orienter éventuellement vers la prise en charge sociale et/ou médicale nécessaire, voire lui apporter les soins nécessaires.

¹⁰⁰ Exemple de l'Equipe rapide d'intervention de crise (groupe urgence ERIC) dans les Yvelines (CH Charcot).

Il s'agit de se donner les moyens de remédier à cette double insatisfaction, des partenaires de la psychiatrie se plaignant de la faiblesse de son soutien, et de la psychiatrie se plaignant d'être sollicitée à tort.

- *Le dispositif opérationnel : une organisation du contact partenarial et des moyens d'intervention*

De nombreux dispositifs différents peuvent faciliter le contact et le dialogue entre la psychiatrie et ses partenaires. Ce dialogue permet de bien expliciter la demande s'adressant à la psychiatrie, d'identifier les difficultés rencontrées par un partenaire, et d'apprécier la pertinence d'une intervention psychiatrique. Il peut prendre la forme d'une permanence téléphonique, ou de réunions périodiques, éventuellement sous la forme de visioconférences. Ces dispositifs sont dotés de moyens d'intervention auprès du partenaire lui-même, ou auprès des personnes présentant des troubles. Ils sont différents selon les partenaires qu'ils concernent : établissements sociaux et médico-sociaux, médecins généralistes...

L'organisation de ces contacts entre psychiatrie et partenaires peut impliquer le dispositif sectorisé et non sectorisé de la psychiatrie¹⁰¹. C'est pourquoi il serait souhaitable d'employer le terme de « *plate-forme de contact partenarial* » pour l'identifier. La constitution de la CPT peut être le cadre permettant d'organiser de tels dispositifs de contact et de dialogue.

Plate-forme de contact partenarial et moyens d'intervention peuvent être, dans bien des cas, des fonctions exercées par une même équipe naturellement¹⁰².

Encadré 2 : Exemples de dispositifs d'intervention en soutien partenarial

Quelques exemples permettent de mieux comprendre les différents dispositifs pouvant exister :

- *l'unité mobile de soutien et d'évaluation portée par la pédopsychiatrie du CH Gérard Marchant à Toulouse* intervient auprès des partenaires, notamment l'Education nationale, pour l'aider à gérer des situations complexes ;
- *les réunions régulières entre psychiatres et médecins généralistes organisées dans le cadre de l'ASM 13 à Paris* permettent également de soutenir les généralistes dans la prise en charge de leur patient ;
- *les équipes mobiles intervenant au sein des EHPAD* permettent d'évaluer les résidents et d'adapter, si nécessaire, leur prise en charge ;
- *le DSPP (dispositif de soins partagés en psychiatrie) de Toulouse* est une permanence téléphonique permettant de répondre aux questions des généralistes, de discuter avec eux des difficultés auxquelles ils sont confrontés, de les aider à prendre eux-mêmes en charge le patient qu'ils envisageaient d'adresser en psychiatrie (dispositif apprenant), ou de proposer une consultation pour évaluer la situation clinique de la personne et l'orienter, éventuellement, vers des soins spécialisés (voir la monographie 6 sur trois établissements de Toulouse). Il associe, dans son fonctionnement des psychiatres du CHU, du CH spécialisé en psychiatrie et des libéraux.

Source : *Mission*

¹⁰¹ C'est le cas du DSSP à Toulouse, cf. encadré

¹⁰² Comme c'est le cas avec l'équipe de liaison du réseau sud-Yvelines.

○ *Le territoire :*

Cette fonction est à structurer au niveau du territoire de santé mentale. Elle peut ensuite prévoir des dispositifs organisés par rapport à des échelles territoriales différentes, selon les contextes locaux et les partenaires concernés : le pôle-secteur éventuellement, le plus souvent la zone de responsabilité d'un établissement de santé¹⁰³ ou le territoire de santé mentale¹⁰⁴.

➤ **La fonction d'action inter-partenariale**

○ *Ses objectifs :*

Cette fonction s'exerce dans les domaines de la prévention et de la réinsertion-réadaptation. Les actions relevant de cette fonction impliquent la psychiatrie publique et privée au même titre que d'autres partenaires. Ce sont des actions inter-partenariales qui ne sont pas forcément organisées par la psychiatrie, mais auxquelles celle-ci participe.

○ *Le dispositif opérationnel : une coordination organisée et des actions conjointes*

Le Conseil local de santé, ou de santé mentale, et ses sous-commissions, peut constituer la « *plate-forme d'action inter-partenariale* » qui va permettre d'identifier les actions nécessaires et leur mise en œuvre dans le cadre de contrats locaux de santé par exemple. Elles porteront sur la prévention et la promotion de la santé mentale, sur la réinsertion-réadaptation.

La CPT peut aussi servir de cadre à la structuration de cette fonction d'action inter-partenariale.

Sur le plan des moyens d'action dans le domaine de la réinsertion-réadaptation, le rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale¹⁰⁵ préconise la mise en place d'un « *case management* », une « *plate-forme territoriale des équipes sociales* », qui serait, en quelque sorte, le pendant social de l'équipe de secteur et qui, collaborant étroitement avec elle, assurerait, dès le début de la prise en charge des patients, l'accompagnement social de proximité nécessaire en faveur de leur rétablissement.

○ *Le territoire :*

Pour exercer cette fonction d'action inter-partenariale, le plus efficace est de laisser les logiques et ententes locales déterminer le territoire le plus pertinent. Ce pourrait être le secteur ou le territoire de santé, mais le plus souvent ce sera la commune ou l'intercommunalité.

¹⁰³ Coordonnateur social pour tous les pôles du CH Gérard Marchant à Toulouse.

¹⁰⁴ C'est le cas pour l'équipe de liaison du réseau Sud Yvelines.

¹⁰⁵ Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale. Marie-Christine HARDY-BAYLE. 10 septembre 2015.

Tableau 1 : Récapitulatif des fonctions du dispositif de soins psychiatriques, de leurs dispositifs organisationnels et de leurs territoires d'application

Fonctions	Dispositifs organisationnels		Territoire(s)
	Plate-forme de coordination	Moyens d'intervention	
Fonction de soins	Plate-forme de coordination des soins (à l'échelle du pôle pour le dispositif sectorisé)	Dispositif de réponse polyvalent aux besoins dans la proximité Palette de soins hospitaliers et ambulatoires Dispositifs d'évaluation et centres experts	Le Pôle et territoires à géométrie variable
Fonction d'urgence	Plate-forme d'urgences psychiatriques	Permanence des soins psychiatriques Unité d'hospitalisation de courte durée Centre de crise Equipe mobile Orientation en post-urgence	Le territoire d'attraction du service d'urgence hospitalier
Fonction de soutien partenarial	Plate-forme de contact partenariale (à l'échelle du territoire de santé ou du pôle)	Equipe mobile, selon les partenaires, orientée pour aider le partenaire à mener à bien ses missions Equipe mobile pour évaluer situation clinique et orienter éventuellement vers des soins, voire délivrer des soins	Pôle (parfois) Zone territoriale de l'établissement (le plus souvent) Territoire de santé (le plus souvent)
Fonction d'action inter-partenariale	Conseil local de santé ou CLSM, ou CPT.	Actions de prévention et de réinsertion-réadaptation en vue du rétablissement de la personne Activités coordonnées entre équipe psychiatrique et plate-forme territoriale des équipes sociales	La commune ou les inter-communes pour les conseils locaux de santé Le territoire de santé pour la CPT

Source : Mission

Ce tableau pourra servir de grille de lecture d'un dispositif de soins psychiatriques public et privé territorialisé, pour situer et guider son développement par rapport à l'exercice de ces fonctions lui permettant de remplir sa mission au service de la politique de santé mentale. **Il devient possible de mettre en regard de ces différentes fonctions, les moyens financiers mobilisés pour permettre leur exercice, provenant de la DAF et de l'OQN.**

Cet outil pourra être utilisé par les ARS pour orienter le dispositif de soins, tant public que privé. Il doit contribuer à la réduction des inégalités entre territoires – en s’assurant que toutes les fonctions sont bien assurées partout – et à la complémentarité des dispositifs publics et privé.

Ce cadre d’organisation pourrait être défini par une circulaire. Vu l’importance de son effet structurant sur le dispositif de soins psychiatriques, il serait préférable de le formaliser par un texte réglementaire, notamment pour fonder juridiquement les exigences que l’ARS pourrait avoir vis-à-vis des offreurs de soins pour qu’ils exercent ou participent à l’exercice de ces fonctions (ce point est décliné *infra* par la mise en place de conditions techniques aux autorisations).

Recommandation n°1 : Définir, par un texte réglementaire, les fonctions qui doivent être exercées par le dispositif de soins psychiatriques dans son ensemble, en obéissant à un principe de territorialisation des dispositifs opérationnels, afin de mettre en œuvre les missions fixées par la loi du 27 janvier 2016.

2 ORGANISER UNE OFFRE DE SOINS OUVERTE AU PARTENARIAT, ANCRÉE AU SEIN DU GHT, DANS UN CADRE TERRITORIAL SIMPLIFIÉ

Le dispositif de soins psychiatriques est riche de diversités. Diversité des soins possibles ; diversité des organisations et des formes de prise en charge sectorisées ou non sectorisées, publiques ou privées ; diversité des partenariats facilitant la réinsertion-réadaptation des personnes souffrant de troubles psychiatriques, impliqués dans les actions de prévention. Cette diversité est un formidable avantage pour répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiatriques, si elle s’exprime dans le cadre d’une solidarité plus ou moins forte entre tous ceux qui la constituent.

Mais cela ne suffirait pas à améliorer la santé de la population si ce dispositif de soins psychiatriques n’était pas territorialisé, dans des conditions favorisant la proximité du soin et permettant un accès le plus équitable possible à des prises en charge de qualité.

2.1 Simplifier la construction territoriale de l’offre de santé mentale

Depuis la loi du 27 janvier 2016, cinq outils d’organisation s’appliquent au dispositif de soins psychiatriques¹⁰⁶. L’emploi de ces outils doit être articulé, c’est ce que demandent les textes qui les définissent. Leur enchevêtrement risque cependant de rendre la tâche difficile, d’autant plus que ces outils s’appliquent à des territoires aux découpages plus ou moins différents. Il faut donc simplifier le cadre territorial de mise en œuvre des outils d’organisation des soins psychiatriques, et plus largement de la santé mentale, et déterminer la méthode qui permettra leurs articulations, avec pour objectifs de :

- renforcer la cohérence générale de l’offre de soins et ses relations avec ses partenaires ;
- éviter les travaux redondants, la confusion des stratégies, l’éparpillement entre trop de lieux d’appartenance et les contradictions qui pourraient s’en suivre.

¹⁰⁶ Le PRS, le projet d’établissement, le projet médical partagé du GHT, la convention constitutive de la CPT, le projet territorial de santé mentale ; cf. annexe 6 outils de planification.

2.1.1 Définir trois niveaux territoriaux d'organisation de l'offre de santé mentale

Le dispositif de soins psychiatriques a, en quelque sorte, un pied dans le sanitaire et un pied dans le social et le médico-social. Soins et accompagnement en vue d'une réinsertion-réadaptation ne se séparent pas de façon tranchée, même s'il ne s'agit surtout pas de les confondre¹⁰⁷. Aussi, la référence territoriale pertinente pour organiser l'offre de soins psychiatriques, permettant ensuite des coordinations faciles entre partenaires différents, est difficile à établir de façon incontestable. Les découpages territoriaux « sanitaires » (territoire de santé, territoire du GHT, secteurs) ne coïncident pas forcément avec les découpages territoriaux « sociaux » (département, circonscriptions d'action sociale, communes), pas plus qu'ils ne coïncident toujours avec d'autres découpages territoriaux qui concernent la psychiatrie, ceux de la justice, ceux des bassins d'emploi. Dans ces conditions, tout choix de référence territoriale pour organiser la psychiatrie fera l'objet de controverses. Il faut pourtant en faire un.

La psychiatrie appartient au dispositif de soins. Le plus logique est donc de l'organiser dans le cadre territorial de celui-ci. Elle a à nouer de nombreux partenariats et à inscrire son action dans le cadre d'une stratégie de santé mentale. Pour cela, elle devra travailler ses articulations avec des organisations qui se conçoivent en référence parfois à d'autres espaces territoriaux. Plus ces derniers seront différents des territoires sanitaires, plus ces articulations seront complexes à établir parce que multiples. Mais il serait utopique d'espérer parvenir à un découpage de territoires faits pour tous s'emboîter quand il s'agit de tant d'actions publiques qui se complètent, et qui se construisent aussi selon des logiques propres.

La mission propose de retenir trois échelons d'organisation de l'offre de santé mentale :

- **La région.** C'est le territoire de définition de la stratégie de réponse aux besoins de santé mentale de la population.

L'outil d'organisation de l'offre est, à ce niveau territorial, le projet régional de santé (PRS), élaboré par l'ARS dans le cadre d'un large partenariat, articulé avec les autres outils de définition de stratégies concourant à la santé de la population, portés par d'autres autorités publiques, notamment décentralisées.

- **Le territoire de santé.** Dans l'idéal, il devrait correspondre au territoire du GHT. C'est souvent le cas. Et, généralement, il correspond peu ou prou au département, avec des exceptions¹⁰⁸. L'existence de ces exceptions ne devrait pas empêcher d'affirmer une règle générale. Elles peuvent se réduire pour certaines d'entre elles, et pour les autres être acceptées quand elles se justifient par la nécessité de prendre en compte des réalités locales particulières.

Pour organiser l'offre de soins psychiatriques et structurer le partenariat nécessaire, la mission propose donc de retenir le territoire du GHT, correspondant au territoire de santé, identique à celui de la CPT et au territoire de santé mentale.

¹⁰⁷ « Le fondamental qui s'est imposé, pour les patients présentant un trouble mental sévère et persistant, dans tous les pays étrangers de référence est celui d'un partenariat fort, à tous les temps et dès le début du parcours, entre professionnels du champ sanitaire et professionnels du champ social ». Page 128 du rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale déjà cité.

¹⁰⁸ Un grand département peut être divisé en deux (cas des Yvelines). Un territoire de santé peut mordre sur deux et plus rarement trois départements.

Selon les textes, le territoire de santé mentale doit être défini par les acteurs de santé mentale eux-mêmes qui, en quelque sorte, s'auto-constituent. Le directeur de l'ARS doit veiller à la cohérence de ce choix¹⁰⁹. Il appartient donc au directeur de l'ARS de retenir les propositions qui feront coïncider territoire de santé mentale et territoire de santé.

Cette logique d'organisation territoriale peut s'appliquer progressivement, afin de laisser le temps de revenir sur certains choix qui ont déjà été faits¹¹⁰, ou de mieux apprécier les contraintes locales existantes.

- **Le secteur ou le pôle**, selon les organisations retenues localement¹¹¹. C'est le territoire de mise en œuvre des soins de proximité par les acteurs du service public.

A l'heure actuelle, la région et le secteur/pôle sont des échelons déjà clairement définis. En revanche, il est nécessaire d'assurer la cohérence des outils utilisés à l'échelon intermédiaire, celui du territoire de santé :

- en constituant des CPT ayant le même périmètre que les GHT ;
- en définissant le territoire de santé mentale comme étant le territoire de santé ;
- en envisageant la redéfinition des GHT dont le territoire actuel ne correspond pas à celui du territoire de santé.

En particulier, la mise en cohérence des territoires des GHT et des CPT exige une disposition législative le précisant, et d'abroger le V. de l'article L. 6132-1 qui autorise le contraire et l'article D 6136-8 du code de la santé publique qui en prévoit l'application¹¹².

Cette disposition générale sera d'application difficile, compte tenu de la configuration des GHT parfois retenue dans certaines régions. Il sera donc nécessaire, en affirmant ce principe, d'accepter une mise en œuvre progressive de cette disposition législative nouvelle.

Territoire du GHT et de la CPT doivent être les mêmes. Mais des exceptions doivent être acceptées qui, avec le temps, pourraient diminuer en reconsidérant la configuration de certains GHT.

Deux cas de figure peuvent se présenter pouvant conduire à des adaptations du principe général de coïncidence entre territoire du GHT et territoire de la CPT :

- le territoire du GHT peut être très large, parfois recouvrir plusieurs territoires de santé, et départements. La CPT pourrait alors être constituée de sous-ensembles organisant des partenariats locaux propres à tel ou tel établissement de santé constitutif du GHT ;
- l'aire de partenariat logique d'un établissement de psychiatrie peut déborder la stricte limite du territoire du GHT auquel il appartient. Pourrait alors être accepté que le territoire de la CPT lié à un GHT morde sur une partie du territoire d'un autre GHT, pour associer des acteurs médico-sociaux ou sociaux. Cela ne modifierait en rien le principe qui veut que tous les établissements publics membres d'une CPT soient dans le même GHT.

La CPT devient la construction du partenariat dont le dispositif de soins psychiatriques faisant partie d'un GHT a besoin avec le social, le médico-social, le monde associatif. Au sein d'une CPT, une association plus forte peut même se concevoir entre la partie psychiatrique du GHT et certains partenaires, notamment du médico-social. Ainsi pourraient se constituer au sein de la CPT des

¹⁰⁹ Article R. 3224-2 du code de la santé publique.

¹¹⁰ Exemple de Paris où le territoire du GHT et celui de la CPT ne coïncident pas. Exemple de la CPT Alpes-Dauphiné.

¹¹¹ Cf. annexe 5 organisation des établissements de santé.

¹¹² Voir annexe 16 sur l'analyse des textes législatifs et réglementaires concernant les GHT et les CPT.

«groupements de coopération sanitaire et médicosociale» (GCSMS) permettant de mutualiser certains moyens ou équipements¹¹³.

2.1.2 Définir au niveau national une méthode d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale

Pour déterminer la stratégie locale de l'offre de santé mentale, il va falloir mettre en cohérence les résultats de l'application de cinq outils de planification, et pour cela en simplifier les conditions de mise en œuvre, sur le plan de la méthode d'élaboration et sur celui du processus de concertation, en échappant à une logique de construction trop linéaire.

Il faut définir les grands principes auxquels devront obéir l'élaboration et l'articulation de ces différents outils d'organisation sont ainsi que la méthode à suivre pour les appliquer.

➤ **Les grands principes d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale :** S'agissant de l'articulation PRS-PTSM

- les travaux sur les besoins réalisés pour préparer le PTSM doivent venir alimenter le diagnostic établi en vue de l'élaboration du PRS ;
- les orientations prises par le PRS doivent être respectées par les dispositions du PTSM ;
- l'avis local sur le PTSM doit être rendu par la sous-commission santé mentale de la conférence territoriale de santé¹¹⁴ ;

Pour la bonne réalisation de ces travaux, les dispositions suivantes doivent être prises :

- la sous-commission santé mentale de la conférence territoriale de santé doit être élargie à des membres extérieurs, avec voix délibérative, certains d'entre eux représentant les comités locaux de santé ou de santé mentale, afin de se conformer aux dispositions du IV de l'article L. 3221-2 de la loi du 26 janvier 2016 ;
- l'article 2 du décret du 27 juillet 2017 doit être abrogé et le délai d'élaboration du PTSM doit être fixé à 18 mois par voie de circulaire¹¹⁵.

S'agissant de l'articulation des projets des GHT, CPT et des établissements qui en font partie

- la convention constitutive de la CPT et la partie du projet médical partagé du GHT traitant de la psychiatrie doivent être élaborés en même temps ;
- le projet d'établissement n'est que la déclinaison du projet médical partagé du GHT.

¹¹³ Par exemple, un temps de psychomotricien ou de psychologue ou de cadre administratif peut être partagé entre plusieurs établissements psychiatriques et médico-sociaux.

¹¹⁴ Aucun texte ne prévoit actuellement l'instance de concertation qui devrait être appelée à donner un avis sur le PTSM. Seul l'article L. 3221-2 cite plusieurs instances partenariales « associées » à l'élaboration du PTSM. Mais il faut distinguer la question de l'association qui va avec une co-construction, de celle de l'avis à rendre sur un PTSM quand celui-ci, *in fine*, est arrêté par l'autorité sanitaire, en l'occurrence le DGARS. Cette seconde question n'a pas été traitée par les textes en vigueur.

¹¹⁵ L'article 2 du décret du 27 juillet 2017 prévoit que « *Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l'article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret* ». Le décret ne précise pas les conséquences qui sont alors tirées de ce constat. Hors le même décret prévoit que l'ARS « *anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant* ». Si l'ARS anime la démarche d'élaboration, elle doit faire en sorte qu'elle aboutisse, dans un délai de 18 mois, pour rester compatible avec l'élaboration par ailleurs du PRS.

➤ **La méthode et le processus d'élaboration :**

Une circulaire pourrait permettre de définir les recommandations à suivre, en termes de méthode et de conduite du processus de concertation, pour élaborer les cinq outils d'organisation de l'offre de santé mentale et articuler leurs résultats entre eux. Elle porterait sur les sujets suivants :

- le déroulé général des étapes de chacun de ces exercices de planification, selon une méthode ascendante-descendante entre le niveau régional et le niveau local ;
- les conditions d'élaboration des besoins de santé mentale, afin d'éviter les travaux redondants. Il conviendra notamment de s'appuyer sur les travaux déjà bien avancés de l'ANAP sur la préparation des PTSM ;
- les conditions d'élaboration en même temps de la convention constitutive de la CPT et de la partie du projet médical partagé du GHT traitant de la psychiatrie ;
- les échanges à prévoir entre d'un côté le GHT et la CPT, et de l'autre l'ARS, pour arriver à un PMP qui prenne sa place dans le cadre des orientations du PRS ;
- les temps de concertation avec les différentes instances (CRSA et sous-commission de la conférence territoriale de santé) aux différentes étapes de ces démarches de planification.

Recommandation n°2 : Définir les grands principes d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale, dans un cadre fait de trois niveaux territoriaux (région, territoire de santé et secteur psychiatrique) ¹¹⁶.

Recommandation n°3 : Abroger le V. de l'article L. 6132-1 et l'article D 6136-8 du code de la santé publique. Et remplacer l'article de loi par un article disant que tous les établissements publics membres d'une CPT sont adhérents à un même GHT, en prévoyant une mise en œuvre progressive.

Recommandation n°4 : Définir par voie de circulaire la méthode et le processus de concertation à mettre en œuvre pour concevoir de façon articulée les différents outils d'organisation de l'offre en santé mentale.

2.2 Faire de la CPT le centre de gravité du dispositif de soins psychiatriques public ancré dans le GHT, avec un cadre territorial simplifié

La psychiatrie est une discipline médicale. Les établissements et services de psychiatrie sont des composantes du dispositif hospitalier, et, depuis la loi du 27 janvier 2016, ils font partie de groupements hospitaliers de territoire (GHT). Mais le dispositif de soins psychiatrique a sa spécificité, expliquée par celle de l'objet de son action. Tout entier dans l'ensemble sanitaire, il doit pouvoir aussi ne pas se retrouver modelé par des logiques d'organisation et de fonctionnement qui ne lui seraient pas adaptées. Il doit aussi pouvoir s'associer, au sein des CPT, à de nombreux partenaires pour gérer le parcours du patient.

En prévoyant une double appartenance pour les établissements et services de psychiatrie, au GHT et à la CPT, la loi de 2016 a voulu prendre en compte la double nécessité d'un ancrage sanitaire de la psychiatrie et de son implication dans un large partenariat extérieur au sanitaire. Cependant, les conditions de cette double appartenance à deux dispositifs organisationnels restent imprécises,

¹¹⁶ Voir en annexe 16 sur l'analyse des textes législatifs et réglementaires concernant les GHT et les CPT la liste des dispositions à prendre.

peut entraîner des associations à de multiples gouvernances. C'est pourquoi la mission a recommandé (*infra*) que le GHT et la CPT aient le même territoire de référence. Pour que cette organisation soit opérationnelle, sans renoncer aux objectifs poursuivis, la mission recommande de préciser l'articulation entre ces deux appartenances comme suit :

➤ ***Consolider la gouvernance de la partie psychiatrique du GHT, sans pour autant l'autonomiser***

Il faut sortir d'un différent qui n'a que trop duré sur la place de la psychiatrie au sein ou en dehors de l'hôpital général. La revendication d'une spécificité de la psychiatrie ne doit pas servir à l'isoler, à la tenir à l'écart du dispositif de soins général avec lequel des liens nombreux sont à développer (les urgences, la psychiatrie de liaison, la prise en charge des pathologies somatiques des malades mentaux...). L'intégration de la psychiatrie dans le dispositif hospitalier général ne doit pas conduire à nier l'approche du sujet qui caractérise l'exercice de la psychiatrie et ses conséquences sur les pratiques et les organisations. La constitution des GHT, au sein desquels se retrouvent des établissements spécialisés en psychiatrie et des services de psychiatrie implantés en hôpital général, est une opportunité à saisir pour dépasser ce débat. Pour cela, un équilibre est à trouver entre la nécessaire inclusion de la psychiatrie au sein des GHT et l'indispensable prise en compte des particularités de son organisation et de ses fonctionnements.

Particularité du fait psychique avec ses conséquences sur les pratiques et les organisations soignantes, mode de financement différent entre disciplines somatiques et psychiatrie, liens étroits de la psychiatrie avec le social le médico-social, l'éducatif, gestion d'une tension permanente entre objectif de soins, droits des personnes et obligations d'ordre public, sont des traits suffisamment distinctifs pour, qu'au sein des GHT, la psychiatrie dispose d'une relative individualisation. Ainsi, la partie psychiatrique du GHT doit avoir des marges de manœuvre suffisantes pour pouvoir s'organiser elle-même et construire des liens étroits avec ses nombreux partenaires. Sans disposer d'une autonomie budgétaire, elle devrait en conséquence avoir la responsabilité de la gestion de des moyens qui lui sont propres.

Le pilotage de cette partie psychiatrie du GHT devrait être assuré par un binôme, directeur-médecin, chargés de présider une commission psychiatrique composée de représentants des établissements et services qui la composent. Le directeur membre de ce binôme devrait pouvoir être celui de l'établissement disposant des services et moyens en psychiatrie les plus importants au sein du GHT, même si ce n'est pas l'établissement support. Dans le cas d'un GHT avec direction commune, ce directeur chargé du pilotage de la partie psychiatrique du GHT devrait bénéficier d'une délégation de la part du directeur général.

D'un autre côté, le dispositif de soins psychiatriques doit inscrire son organisation et son évolution dans le cadre de celles du GHT, de façon à développer les liens nécessaires avec les autres services de MCO et les urgences. Le projet médical de la partie psychiatrique du GHT doit donc s'inscrire dans le projet médical partagé (PMP) du GHT et donc être validé par celui-ci.

En conséquence, il conviendrait de mettre fin à la possibilité de constituer un GHT psychiatrique et à celle d'attribuer des dérogations autorisant à ne pas faire partie d'un GHT.

Cet équilibre entre inclusion et prise en compte d'une particularité est difficile à établir. Aussi, un texte réglementaire devrait en fixer les principes, afin de faciliter sa mise en œuvre dans tous les GHT. Il permettrait à la fois de garantir l'inclusion de la psychiatrie dans le GHT, et d'assurer la prise en compte de particularités auxquelles aucune autre discipline médicale ne peut prétendre.

➤ ***Faire de la CPT le centre de gravité du dispositif de soins psychiatriques public ancré dans le GHT***

La partie psychiatrique du GHT doit avoir pour mandat de constituer autour d'elle une CPT. La convention constitutive de la CPT et le volet psychiatrique du PMP devront être élaborés en parallèle.

➤ ***Autoriser la création d'une CPT, quels que soient le statut et le nombre des services publics psychiatriques sur le territoire de santé (public ou ESPIC)***

Dans certains GHT, il n'y a qu'un seul établissement public autorisé en psychiatrie. Or la loi de 2016 emploie un pluriel pour désigner « les établissements de service public hospitalier » pouvant constituer entre eux une CPT. Ce pluriel ne saurait empêcher la constitution d'une CPT, même si un seul établissement public autorisé en psychiatrie est implanté dans un territoire, et même si cet établissement est un ESPIC (ce qui est le cas dans plusieurs territoires)¹¹⁷. La loi n'empêche pas en effet cet ESPIC de piloter la constitution d'une CPT, en s'associant à un établissement de service public hospitalier MCO. Elle ne précise pas que cet établissement doit être autorisé en psychiatrie.

Cependant, le décret N°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire précise que ce sont des établissements autorisés en psychiatrie qui créent une CPT. Il conviendrait donc de procéder à des amendements de ce décret, pour rendre possible une CPT constituée à partir d'un seul établissement autorisé en psychiatrie quand c'est le cas dans un GHT, ou constituée entre un ESPIC et un hôpital général ne disposant pas de service psychiatriques, mais gérant les urgences (exemple du département de la Haute-Loire vu par la mission).

➤ ***Faciliter au sein d'un GHT la constitution de pôles inter-établissements***

La constitution d'un pôle inter-établissements au sein d'un GHT peut se révéler pertinente. La mission a pu le constater notamment dans l'Eure et Loir¹¹⁸.

La loi prévoit la possibilité d'un tel dispositif au sein d'un GHT¹¹⁹, destiné à faciliter la mutualisation de services et d'équipements. Cela suppose que les établissements concernés conçoivent ensemble un contrat de pôle, cosigné à plusieurs, établi à partir des contributions équitables de chacun.

De telles expériences sont à suivre par la DGOS pour en tirer les enseignements utiles à tous les GHT, analyser les difficultés à surmonter, faire connaître largement les solutions mises en œuvre.

Recommandation n°5 : Définir par un texte réglementaire l'organisation et le fonctionnement de la gouvernance de la partie psychiatrique d'un GHT, de façon à lui assurer des capacités de gestion suffisantes et à lui permettre de structurer les partenariats nécessaires au sein de la CPT, dans le cadre des dispositions prises par le PMP du GHT. Donner aux ARS les instructions nécessaires pour mettre fin à la possibilité de GHT psychiatriques et de dérogation.

Recommandation n°6 : Amender le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 de façon à permettre la constitution d'une CPT dans les cas où un GHT ne comprend qu'un seul établissement autorisé en psychiatrie, ou quand seul un ESPIC est présent sur un département où est constitué un GHT.

¹¹⁷ Exemple de la Haute-Loire.

¹¹⁸ Voir monographie 4 de trois établissements d'Eure-et-Loir.

¹¹⁹ Article L6132-3 du code de la santé publique

3 FACILITER LE DEVELOPPEMENT DES SOINS EN AMBULATOIRE, PUBLICS ET PRIVES, ET ORGANISER L'OFFRE SOUS FORME DE TYPES DE SOINS

Le développement de soins en ambulatoire, qui fait l'objet d'une orientation forte de la politique publique de soins psychiatriques depuis 60 ans, obéit à un régime des autorisations qui, paradoxalement, le limite. L'ARS, dans son PRS, fixe les implantations des équipements et services de psychiatrie publics et privés susceptibles d'être autorisés, sous la forme d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS). En fonction des implantations constatées vacantes, les établissements publics et privés peuvent proposer un projet de création d'une structure de soins qui fera l'objet d'une autorisation par l'ARS, à la suite d'une procédure d'instruction comportant l'avis d'une commission régionale. Cette procédure permet de maîtriser la dépense en contenant le développement de l'offre. Elle explique en partie la difficulté de création de dispositifs ambulatoires, notamment par les cliniques privées.

Cette offre des soins en ambulatoire est définie sous la forme de structures depuis l'arrêté¹²⁰ du 14 mars 1986. A son origine, le dispositif de soins psychiatriques est une structure, l'asile. Depuis, sa configuration s'est diversifiée mais se décrit toujours en termes de structures. Et l'arrêté du 8 juin 2005, qui précise les OQOS appliqués aux activités et équipements faisant l'objet d'une autorisation¹²¹, prévoit pour la psychiatrie une liste, non pas des activités de soins, mais des équipements et services.

Cette évolution, de l'asile à son éclatement au travers de nombreuses structures représentant des alternatives à l'hospitalisation temps plein, a été un progrès vers plus de prises en charge en ambulatoire. Aujourd'hui, le dispositif de soins s'est considérablement diversifié. Il conviendrait sans doute de décrire maintenant l'offre moins sous la forme de structures que de types de soins, afin de laisser d'autres acteurs, notamment du social, apporter aux patients les accompagnements nécessaires pour assurer les différentes dimensions de leur vie quotidienne.

¹²⁰ Cet arrêté, « relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement », a été pris en application de l'article 3 de la loi du 31 décembre 1985 « relatif à la sectorisation psychiatrique ». Il classe en deux catégories ces équipements et services :

- ceux qui ne comportent pas d'hébergement : centres médico-psychologiques, centres d'accueil permanent, hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques à temps partiel, services d'hospitalisation à domicile ;
- ceux qui comportent un hébergement : unités d'hospitalisation à temps complet, centres de crise, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, centres de postcure, services de placements familial thérapeutique.

Cette liste s'est depuis allongée avec notamment les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

¹²¹ Arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L.6121-2, L.6114-2 et L.6122-8 du code de la santé publique et du décret n°2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L.6121-2 du code de la santé publique. Il prévoit la liste suivante des équipements et services psychiatriques : structures d'hospitalisation complète ; structures d'hospitalisation de jour ; structures d'hospitalisation de nuit ; services de placement familial thérapeutique ; appartements thérapeutiques ; centres de crise ; centres de postcure psychiatriques.

3.1 Simplifier les conditions de développement des alternatives à l'hospitalisation, tout en maîtrisant les dépenses

Pour les soins psychiatriques en établissements, la maîtrise des dépenses aujourd'hui s'exerce en employant deux mécanismes : le régime des autorisations (les OQOS) et la régulation budgétaire (dotation limitative pour le public, prix de journée encadré par l'OQN pour le privé)¹²². Un seul suffirait et cela simplifierait la mise en œuvre de l'action publique. Puisque les établissements doivent, en s'appuyant sur les dispositions du PRS, contractualiser avec l'ARS leurs objectifs et leurs moyens, en signant un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens), il serait plus simple de laisser ce seul dispositif contractuel réguler le développement des soins ambulatoires, en conservant bien sûr le principe d'une autorisation générale à délivrer des soins psychiatriques, fixant des conditions techniques de réalisation particulières pour l'hospitalisation temps plein.

La suppression des OQOS, et des autorisations de chaque structure ambulatoire, serait une simplification qui faciliterait le développement des soins ambulatoires, renvoyé à une procédure de contractualisation (CPOM) qui préciserait le volume en places des alternatives à l'hospitalisation à mettre en place par un établissement. Mais elle ne changerait que peu de choses pour le dispositif privé si la régulation budgétaire n'évolue pas en parallèle.

La régulation budgétaire pour les cliniques privées diffère de celle mise en œuvre pour les établissements et services publics avec la DAF. Elle repose sur des prix de journée dont le montant est fixé par l'ARS, dans des conditions déterminées par la DGOS, permettant de respecter le taux de croissance de l'OQN. La création de nouveaux lits ou de nouvelles structures est supportée financièrement à la fois par une évolution du taux de progression de l'OQN¹²³ et par une baisse des prix de l'ensemble des établissements : une clinique a donc davantage intérêt à accroître son offre (ouvrir une structure alternative sans fermer de lits) qu'à la transformer (alors que les établissements publics ne voient pas leur DAF augmenter s'ils décident de développer les soins ambulatoires, ou des soins à destination de publics particuliers, qu'ils doivent financer par redéploiement). D'autre part, une clinique est contrainte dans la construction de son offre ambulatoire par les tarifs existants qui ne couvrent pas la variété possible de soins en ambulatoire.

Il faut pouvoir à la fois favoriser le développement d'une offre privée de soins diversifiés en ambulatoire, et maîtriser la dépense de façon juste. Cela n'est possible que si l'ARS négocie avec les cliniques de sa région l'évolution de l'offre ambulatoire et en hospitalisation temps plein, dans le cadre du CPOM. Et si, en même temps, elle est tenue par le niveau central de respecter un objectif quantifié régional, tout en respectant des fourchettes tarifaires destinées à harmoniser, autant que possible, le niveau de rémunération des établissements sur le plan national. Le respect des dispositions du PRS et de l'objectif quantifié régional seraient les deux leviers dont disposerait l'ARS, dans le cadre de la négociation du CPOM, pour permettre le développement de projets répondant aux besoins et compatibles avec la maîtrise des dépenses, ou de s'opposer à ceux qui s'écarteraient de ces exigences.

¹²² Voir l'annexe 8 sur la maîtrise des dépenses des établissements de santé.

On peut souligner que cela n'est pas vrai pour les autres disciplines financées par la T2A. Le mode de financement spécifique à la psychiatrie est une condition nécessaire de la cohérence de la proposition.

¹²³ Défini l'année N+1, ou défini l'année N en tenant compte des prévisions de créations de structures privées conformément à l'article L162-22-3 du code de la sécurité sociale. Ce mécanisme de régulation a ses limites. Le taux de progression de l'OQN est nettement supérieur à celui de la DAF depuis plusieurs années. Il serait logique de progresser davantage vers plus de convergence entre les deux. En conséquence la régulation prix-volume ne peut que prendre une place de plus en plus importante.

L'ARS est déjà tenue de ne pas dépasser un objectif de dépense régional pour les établissements publics et ESPIC (la DAF répartie par région). La même logique pourrait être appliquée pour les cliniques relevant de l'OQN. On ne voit pas en effet très bien pourquoi la responsabilité budgétaire de l'ARS n'existerait que pour la partie publique du dispositif de soins psychiatriques et ne pourrait pas s'étendre à sa partie privée. Cela aurait pour avantages de mettre fin au recours à une régulation prix-volume jouant à l'échelle nationale en aveugle, de conduire plus fortement les acteurs régionaux à s'entendre sur la dynamique générale d'évolution du dispositif de soins privé. Cet objectif quantifié régional pourrait prendre la forme d'une simple indication donnée aux ARS. Il pourrait, de façon préférable, prendre la forme d'une obligation faite aux ARS de respecter cette contrainte budgétaire en devenant un OQR¹²⁴.

Du côté des établissements privés, la logique de l'OQR peut apparaître plus vertueuse en mettant fin au mécanisme selon lequel des créations intervenant dans une région ont des conséquences sur les prix de journées des établissements de toutes les autres. Et un établissement privé peut être intéressé par le développement de soins en ambulatoire pris en charge en totalité par l'assurance maladie, contrairement au prix de journée en hospitalisation qui suppose la facturation de prestations complémentaires au patient (ou à son assurance complémentaire). Ainsi, il pourrait entrer dans la négociation que lui proposera l'ARS conduisant à redéfinir en conséquence ses capacités en lits, dès lors que par ailleurs est redéfinie la grille tarifaire des soins en ambulatoire selon des fourchettes déterminées au niveau national.

Cette évolution du mode de régulation budgétaire appliqué aux cliniques privées exige un texte législatif et réglementaire. Elle doit aller avec une révision de la grille tarifaire, de façon à élargir l'éventail des soins en ambulatoire que les cliniques pourraient développer, dans des conditions, notamment de complémentarité avec la psychiatrie sectorisée, fixées dans le cadre du CPOM (cf. infra).

Recommandation n°7 : Réviser la loi et les règlements pour mettre en place un nouveau mode de régulation des établissements privés sous-OQN donnant une place centrale à la contractualisation dans le cadre des CPOM en :

- **simplifiant le régime des autorisations ;**
- **supprimant le dispositif des OQOS appliqué aux établissements autorisés en psychiatrie ;**
- **organisant le mode de régulation budgétaire appliqué aux établissements privés à but lucratif, de façon à fixer à l'ARS un OQR à respecter, tout en appliquant des fourchettes tarifaires définies au niveau national.**

¹²⁴ Les effets liés au recrutement de patients venant d'autres régions sont minimes en psychiatrie, les cliniques sont en général implantées dans les grandes villes et admettent surtout des patients de la région, et les cas d'établissements implantés en zone frontalière sont rares. Il serait facile de prendre en compte ces effets d'attractions.

3.2 Etablir une classification des types de soins, pour décrire l'offre de soins en ambulatoire déployée dans le cadre d'une contractualisation entre l'ARS et les établissements publics et privés

Passer d'une classification des dispositifs de traitement en ambulatoire sous la forme d'un inventaire de structures à une liste de types de soins inverse la logique de construction de l'appareil de soins. Dans le cadre de la négociation de leur CPOM avec l'ARS, les établissements publics et privés devront préciser les types de soins qu'ils développeront. Ils indiqueront ensuite les conditions de leur réalisation, notamment les lieux de leur mise en œuvre.

Cette classification doit être commune aux établissements publics et privés, et devenir la grille tarifaire utilisée pour les cliniques. Aujourd'hui, la grille tarifaire pour les établissements privés à but lucratif comprend 4 disciplines médico-tarifaires (DMT)¹²⁵. S'ajoute à ces DMT une tarification particulière pour l'hospitalisation de jour qui se décompose en 8 catégories tarifaires (PY0 à PY7), en fonction de l'intensité de la prise en charge.

La pertinence de la DMT « Arriérés profonds » est à réexaminer. Elle sert, dans certaines régions, à tarifier des activités de psychiatrie du sujet âgé, dont le cahier des charges n'est pas établi au niveau national. Quant à la DMT sur les soins sans consentement, elle pourrait être libellé autrement et se retrouver dans une catégorie intitulée « hospitalisation avec soins intensifs » qui pourrait comprendre aussi les unités de très courte durée. Par ailleurs, pourraient être rajoutées des catégories tarifaires nouvelles permettant d'élargir la palette de soins ambulatoires proposés par le secteur privé.

A chacun des types de soins de cette classification nouvelle des prises en charge en ambulatoire, relevant pour les cliniques d'une catégorie tarifaire, devrait correspondre un cahier des charges. Celui-ci devrait notamment comporter des obligations de complémentarité entre les établissements publics et privés implantés sur un même territoire, qui pourrait trouver leur forme dans le cadre de la CPT.

¹²⁵ Psychiatrie générale (230) ; Psychiatrie infanto-juvénile (236) ; Arriérés profonds (803) ; Soins sans consentement (313).

Hypothèse d'une classification par types de soins en hospitalisation et en ambulatoire servant aussi de grille tarifaire pour les cliniques privées à but lucratif :

1. Hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale
2. Hospitalisation à temps plein en pédopsychiatrie
3. Hospitalisation à temps plein avec une grande intensité de soins (par exemple pour des hospitalisations sans consentement du patient ou des unités de très courte durée...)
4. Hospitalisation en psychiatrie du sujet âgé
5. Hospitalisation à temps plein avec une faible intensité de soins et une présence soignante allégée (correspondant aux foyers de postcure actuels et à l'hospitalisation de nuit)
6. Hospitalisation à domicile
7. Thérapies de groupe en ambulatoire (dont il faudra préciser la nature et les conditions de réalisation)
8. Accueil spécialisé en ambulatoire de patients présentant des troubles particuliers (adolescents et jeunes adultes, troubles du comportement alimentaire, addictions...)
9. Soins exigeant une forme technique particulière (sismothérapie, remédiation cognitive...)

Pour chaque type de soins qu'un établissement entendra développer, il conviendra de préciser dans le cadre de la contractualisation relevant du CPOM, le volume d'accueil auquel il correspondra, en termes de lits, de places ou de patients traités.

Pour le dispositif sectorisé, à cette classification s'ajoutent les soins en ambulatoire relevant des activités de consultations et des visites à domicile d'intensité variable.

Cette classification ici proposée par la mission doit être conçue comme une hypothèse à discuter et à affiner avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée.

Recommandation n°8 : Définir par voie réglementaire une classification des soins en hospitalisation et en ambulatoire sous la forme de type de soins et pas de structures, comportant chacun un cahier des charges à établir au niveau national, servant de fondement à la grille tarifaire pour les cliniques privées.

4 MIEUX ARTICULER LES DISPOSITIFS DE SOINS SECTORISES ET NON SECTORISES

Les établissements privés à but lucratif sont inégalement répartis sur le territoire national et il en est de même pour les psychiatres libéraux. Cette situation conduit à des surdensités médicales et d'équipements relevant du secteur privé dans certains territoires, en général les grandes villes, les régions du sud de la France et Paris.

Le dispositif public est lui-aussi inégalement réparti sur l'ensemble du pays mais, globalement, est présent dans tous les territoires. Il peut parfois être en difficulté pour répondre aux besoins de la population, quand il n'y a pas dans son environnement proche de cliniques ou des psychiatres libéraux. Mais il peut aussi être en difficulté pour répondre aux besoins de la population, notamment dans le cadre des urgences, là où le secteur privé est très étoffé, en nombre de lits de cliniques et de psychiatres installés, et ne participe pas ou peu aux charges qui pèsent sur le public (c'est par exemple la situation constatée à Toulouse).

Par ailleurs, l'existence d'un dispositif non sectorisé est un avantage pour permettre plus facilement l'exercice par le patient de son libre choix¹²⁶, couplé aux possibilités qu'offre un dispositif sectorisé organisé selon une échelle territoriale plus grande correspondant au pôle hospitalier.

Dans le chapitre précédent, il est recommandé de faciliter la diversification de l'offre de soins relevant du secteur non sectorisé privé à but lucratif. Mais, diversification de l'offre privée, meilleure répartition territoriale de l'offre et complémentarité des deux dispositifs sectorisé et non sectorisés entre eux doivent aller ensemble, dans un cadre de ressources contraint. Plusieurs exemples existent d'établissements privés à but lucratif ayant pris conscience de cette nécessité de travailler plus en complémentarité avec le dispositif sectorisé et engagés dans des articulations très élaborées avec ce dernier¹²⁷.

➤ ***Utiliser le régime des autorisations des établissements privés à but lucratif pour mieux répartir l'offre et développer des réponses complémentaires avec le service public***

Tout regroupement de cliniques ou de reconstruction devrait être autorisé sous condition d'une implantation sur un territoire où l'offre privée est inexistante ou faible au regard de la situation régionale¹²⁸.

Le contenu des conditions techniques d'autorisation des cliniques privées doit être revu, de manière à y inclure des obligations de participation à la permanence des soins et à l'organisation des urgences. L'exercice de cette obligation doit naturellement faire l'objet d'une rémunération.

Recommandation n°9 : Réviser les textes sur le régime des autorisations de façon à assurer une meilleure répartition de l'offre privée à but lucratif sur un plan territorial, afin de mieux répondre aux besoins et faciliter le libre choix des patients, et permettre son implication dans le dispositif de permanence des soins psychiatriques et l'organisation des urgences.

➤ ***Le droit à être conventionné des psychiatres libéraux doit faire l'objet d'aménagements***

Des aménagements au droit à conventionnement des psychiatres libéraux sont nécessaires, pour assurer une réponse plus équitable aux besoins de la population sur l'ensemble du territoire. Deux scénarios sont envisageables :

- ne pas conventionner de nouveaux psychiatres libéraux dans des zones où la densité de ces spécialistes est élevée. La détermination de ces zones relèvera d'une décision prise par le directeur de l'ARS. Le choix de ce premier scénario conduirait à étendre le questionnement à l'ensemble à toutes les spécialités médicales pour lesquelles l'accès aux soins est difficile dans certains territoires ;
- accepter le conventionnement de nouveaux psychiatres libéraux dans des zones où la densité de ces spécialistes est élevée, sous conditions. La détermination de ces zones et des conditions à remplir pour pouvoir être conventionné relèvera d'une décision du directeur de l'ARS. Ces conditions pourraient être par exemple de consacrer une part de son activité à des soins prodigués dans des zones où la densité de psychiatre est faible, soit en se déplaçant soit en utilisant un dispositif de télé-médecine.

Recommandation n°10 : Prendre des dispositions législatives et réglementaires pour aménager le droit à conventionnement des psychiatres libéraux.

¹²⁶ Voir l'annexe 12 sur le libre choix du patient.

¹²⁷ Voir les monographies 6 et 8 la clinique de Beupuy et la clinique l'Alliance.

¹²⁸ Cette stratégie peut-être renforcée par une modulation de l'OQR entre les régions décidée au niveau national.

5 MIEUX FINANCER

Depuis près de trente ans de nombreuses études et rapports ont constaté de fortes inégalités de répartition d'équipements et de moyens en psychiatrie relevant de la DAF, selon les territoires départementaux et les établissements¹²⁹. Il existe un consensus pour considérer que ces inégalités doivent être corrigées et ne sauraient durer davantage. Les moyens d'y parvenir font l'objet de débats. Les tentatives pour répartir plus équitablement les financements entre régions et au sein des régions, quand elles ont eu lieu, ont fait l'objet de critiques.

Le financement à l'activité, sur le modèle de la T2A, est généralement considéré inapplicable à la psychiatrie.

La répartition de la DAF par l'autorité sanitaire, pour les établissements de service public, pourrait s'envisager selon une base populationnelle, puisque ces dispositifs sont territorialisés (hors quelques rares services de CHU et ESPIC non sectorisés mais financés par la DAF), tant entre les régions qu'au sein des régions. Mais nombreux sont ceux qui souhaitent des pondérations pour tenir compte de l'importance du secteur privé hospitalier et ambulatoire, de la vocation départementale ou régionale de certaines unités de soins, du nombre des médecins généralistes, de l'équipement médico-social, du flux des patients, de critères sociodémographiques portant sur le degré de précarité de la population et son vieillissement, voire sur des indicateurs de morbidité. Cette piste semble faire consensus et mérite d'être explorée, de façon à parvenir à un modèle acceptable le plus largement possible. Cependant, plus le nombre des critères de pondération sera grand, plus il sera difficile de s'entendre sur leurs poids respectifs et donc leurs effets différents sur la modulation de la DAF.

L'ADESM¹³⁰ propose un financement mixte. Une partie serait allouée sous la forme d'une dotation, en fonction de la population avec des pondérations. Une autre partie proviendrait d'une rémunération à l'activité, pour des domaines qui peuvent s'y prêter (passages aux urgences, actes médico-techniques tel l'électro-sismothérapie...). Cette piste mérite certainement d'être étudiée. Sur la partie financement à l'activité, cette solution mixte peut permettre de déboucher sur des financements en partie harmonisés entre le public et le privé.

Pour les cliniques privées, il paraît difficile d'envisager un financement sur la base d'une dotation établie en fonction de la population, même pondérée par plusieurs critères. Ces établissements ne sont en effet pas sectorisés. La seule voie pertinente serait de faire progresser leur financement à l'activité en affinant leur grille tarifaire, tout en restant dans le cadre d'une régulation prix-volume pour respecter l'OQN.

L'existence d'une différence de financement entre la psychiatrie de secteur et les cliniques privées est acceptable en psychiatrie, dans la mesure où leurs missions ne sont pas les mêmes et où le profil général des patients traités n'est pas le même sur le plan médical.

¹²⁹ Voir l'annexe 15 sur l'évolution des équipements et des activités et l'annexe 7 sur le financement de la psychiatrie.

¹³⁰ Association des établissements participant au service public de santé mentale.

La mission n'était pas en mesure dans le cadre de ce rapport de fournir une solution clé en main à ces questions de financement. La construction d'un modèle de financement réclame des travaux qui sont à mener, s'appuyant sur ceux qui ont déjà été réalisés, notamment par l'ATIH. Cependant, quelques principes directeurs peuvent être fixés, avec deux objectifs :

- assurer un financement plus juste des dispositifs de soins psychiatriques, car c'est le passage obligé pour améliorer l'équité de traitement des patients sur tout le territoire national et faire disparaître de trop criantes disparités ;
- financer et soutenir le développement des expérimentations en psychiatrie, et permettre leur pérennité et leur diffusion, dès lors qu'elles auraient fait la preuve de leur efficacité.

5.1 Assurer un financement plus juste des dispositifs de soins psychiatriques

Avant toute chose, il convient de travailler à un modèle de répartition plus juste de la ressource financière après s'être entendu sur une solide conviction : dans ce domaine, comme dans bien d'autres, le mieux est l'ennemi du bien. Poursuivre un objectif de justice absolue serait une erreur. Il faut accepter, et particulièrement en psychiatrie où il existe une variabilité nécessaire des pratiques, un mode de financement qui laisse des zones de flou, en quelque sorte ne prétende pas réduire totalement ce que les médecins nomment « le bruit » dans un système. Les indicateurs de répartition ne sont jamais entièrement parfaits, mais aujourd'hui ces écarts sont trop grands. Il faut progresser dans leur réduction, en mesurant les effets qui en résulteront, pour déterminer en chemin le bon niveau de différence admissible, reflet de nos incertitudes scientifiques.

Plusieurs observations et recommandations peuvent être faites pour guider les travaux à conduire afin de déboucher sur un modèle de financement plus juste :

- *le modèle de répartition des financements doit être national.* Il servira à opérer un rééquilibrage entre régions. Chaque ARS pourra le perfectionner, mais à partir d'un dénominateur commun établi par le niveau national, pour moduler intra-régionalement les dotations ;
- *le modèle mixte proposé par l'ADESM,* pour la partie du dispositif relevant de la DAF, combinant une part de financement par dotation à une autre à l'activité est le plus raisonnable ;
- *La part financée sous la forme d'une dotation doit être rapportée à la population et pondérée, mais peut-être pas entièrement.* Les missions du secteur portent principalement sur les soins, mais aussi sur la prévention. Cette part d'activité n'est pas dépendante de l'existence ou pas, sur les territoires, de cliniques ou de psychiatres libéraux ou de généralistes ou d'établissements médico-sociaux. Elle peut faire l'objet d'un financement sur une base populationnelle, sans critères de pondération. Elle doit pouvoir se retrouver dans ce que la mission a qualifié de fonction inter-partenariale, dans la grille des fonctions permettant au dispositif d'exercer ses missions voulues par la loi ;

- *La pondération appliquée au critère populationnel doit être aussi simple que possible.* Le plus simple serait sans doute de partir d'une valorisation budgétaire, rapportée à la population, des différentes composantes du dispositif sanitaire et médico-social constituant l'environnement d'un établissement psychiatrique, sur son territoire, en prenant en compte les attractions de patients hors région. La prise en compte de ce volume de dépenses viendrait en correction plus ou moins importante de la DAF allouée sur une base populationnelle. Cela pourrait constituer une première étape. Dans une seconde étape, des indicateurs sociodémographiques pourraient être introduits, une fois qu'auront été étudiés les impacts qu'ils peuvent avoir sur la demande de soins.
- *La part de financement à l'activité doit pouvoir s'envisager dans le respect des objectifs de l'ONDAM.* Elle devra porter sur des activités présentant peu de variabilité dans les coûts, et se superposant au moins en partie avec la grille tarifaire appliquée aux cliniques privées, afin d'harmoniser autant que possible les financements de ces deux composantes du dispositif de soins (on peut ainsi penser à l'activité de psychiatrie aux urgences, à l'hospitalisation à domicile, à la sismothérapie etc.) ;
- *La répartition de la DAF entre les régions par le niveau national, sur une base populationnelle pondérée, pose ensuite la question de la prise en compte par les ARS des activités intersectorielles dépassant le cadre de la zone desservie par l'établissement.* Cela ne présente pas de difficulté quand ces activités pourront être financées sur la part de financement liée à l'activité. Pour les activités intersectorielles financées par une dotation (service non sectorisé d'un CHU par exemple), l'établissement concerné devra négocier avec l'ARS les moyens qui, sur la DAF, pourront lui être alloués, sans disposer d'une règle de calcul préétablie assurant une totale justice dans le financement accordé. C'est au fond le maintien, sur ce plan là, du statu quo ;
- *La grille tarifaire utilisée pour les cliniques privées doit être plus diversifiée,* dans le cadre d'une régulation prix-volume permettant le respect de l'OQN ;
- *Le financement de la pédopsychiatrie devrait être identifié et suivi.* Cela devrait déjà être possible compte tenu des obligations de retraitement comptable des établissements publics et ESPIC¹³¹. Il n'est pas souhaitable pour autant d'en faire une sous-enveloppe qui introduirait des cloisonnements au sein de l'enveloppe de financement consacrée à la psychiatrie, ce qui compliquerait les ajustements nécessaires en son sein, différents selon les régions.
- *L'application de tout nouveau modèle de financement doit s'envisager de façon progressive,* afin de permettre aux établissements de s'adapter à d'éventuelles baisses de dotation.

Recommandation n°11: Afin de rendre plus juste l'allocation de ressources faite au dispositif de soins psychiatriques, élaborer au niveau national un projet d'évolution du modèle de répartition des financements, en fixant au préalable ses principes directeurs et un calendrier de réalisation.

¹³¹ Article R6145-7 du code de la santé publique

5.2 Evaluer les expérimentations en psychiatrie, afin de déboucher sur des dispositifs financés de façon pérenne

De nombreux dispositifs en psychiatrie sont financés par des crédits nationaux fléchés (exemple des centres experts), par le FIR, par des crédits isolés par l'ARS au sein de la DAF régionale. Toutes ces « innovations » parfois anciennes ne sont pas évaluées et leur avenir reste incertain, à la merci de restrictions budgétaires soudaines ou, s'agissant du FIR, du besoin de l'ARS de retrouver sa marge de manœuvre principale.

Il faut passer de l'innovation à l'expérimentation. Pour ce faire, il convient, au niveau national, d'organiser un suivi de ces expériences et de définir, dès leur lancement, les règles de leur évaluation et les modalités de leur généralisation. Cette évaluation sera conduite ensuite par les ARS, ou au niveau national quand il s'agit d'un réseau sur l'ensemble du territoire (cas des centres experts). Dès lors qu'elle permettra de reconnaître l'efficacité du dispositif, sa généralisation doit être rendue possible, dans le cadre d'un financement pérenne¹³².

Dans le domaine de la télémédecine, les appels à projet financés par le FIR ne règlent pas la question du financement durable de ces activités, surtout quand elles sont réalisées par des praticiens libéraux. Ces expériences, la mission a pu le constater à deux reprises, ont donc tourné court, alors qu'une dépense publique avait été engagée.

➤ **Organiser au niveau national un suivi et une évaluation des expérimentations en psychiatrie**

Les ARS ont à déterminer les projets d'expérimentation qu'elles entendent soutenir financièrement avec le FIR. Elles ont à s'organiser pour le faire en s'appuyant localement sur une procédure de sélection transparente. Le niveau national doit quant à lui organiser une remontée d'informations sur ces expériences et mettre à leur disposition un outil d'évaluation de leur impact et de leur efficacité.

Une procédure de validation de l'efficacité d'un nouveau dispositif est à définir, à l'issue de laquelle celui-ci peut être inclus dans les modalités de prise en charge ou de coordination financées par la DAF, l'OQN ou à un tarif négocié conventionnellement avec l'assurance maladie. Le FIR ne devrait servir qu'à initier de telles expériences, jusqu'à ce que leur degré d'efficacité ait été établi.

Le cas échéant, des expérimentations ne nécessitant pas de financement *ad hoc* pourraient également faire l'objet d'une évaluation.

L'article 35 du PLFSS 2018 prévoit un dispositif d'évaluation des expérimentations dérogatoires notamment à certaines dispositions de financement. Quand une expérimentation en psychiatrie relèvera de ces conditions, elle devra pouvoir entrer dans le cadre des dispositions d'évaluation prévues par cet article du PLFSS. Mais, le plus souvent, les innovations en psychiatrie ne nécessitent pas de dérogations mais seulement un financement par le FIR. Or, ces évaluations doivent également pouvoir faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation. Par ailleurs, elles sont nombreuses et

¹³² L'exemple des centres experts est emblématique de ce défaut de procédure d'expérimentation et des conséquences négatives qui en découlent. Depuis dix ans, ce réseau s'est mis en place et concerne 15 CHU (43 centres experts mis en place). Pour produire tous ses effets une coordination a été mise en œuvre, son financement relevant du mécénat s'interrompt dans un an. De l'argent public a été donc investi depuis dix ans dans un dispositif toujours inscrit dans un statut expérimental, au financement incertain. Si ce dispositif est jugé pertinent, il faut déterminer les conditions de sa généralisation sur tout le territoire. S'il n'est pas jugé intéressant, il faut cesser de le financer. Or aucune disposition n'est prise pour sortir de cet entre deux.

leur suivi et examen, par le comité technique prévu par le PLFSS, risquent d'être difficiles. Un dispositif de suivi et d'expérimentation adapté à la situation de ces innovations psychiatriques, pour au moins une grande partie d'entre elles, serait donc souhaitable (cf. *infra*).

Recommandation n°12 : Définir au niveau national un suivi et une évaluation des innovations en psychiatrie qui ne relèveraient pas des dispositions de l'article 35 du PLFSS 2018, et une procédure permettant de passer d'un financement par le FIR à un financement pérenne.

➤ ***Préparer un plan de développement de la télémédecine en psychiatrie***

La télémédecine peut permettre une activité de téléconsultation, mais aussi faciliter le travail partenarial avec les équipes des établissements médico-sociaux, ou avec par exemple les médecins généralistes dans les maisons de santé. Il est indispensable de développer ces techniques, ne serait-ce que pour faire face aux problèmes de démographie médicale qui se posent, et pour faciliter les contacts, sans organiser de trop longs déplacements coûteux en temps soignants.

Les dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (PLFSS 2018) qui prévoient le basculement dans le droit commun du financement des téléconsultations et de la télé-expertise¹³³ pourraient faciliter la mise en place de telles solutions.

Recommandation n°13 : Réaliser un plan national de développement de la télémédecine en psychiatrie.

➤ ***Financer les innovations notamment en leur affectant les excédents des conversions d'unités de soins en structures médico-sociales***

Lors de la conversion d'unités de soins en structures médico-sociales, qui ont pour but de réduire les inadéquations constatées dans les établissements de soins psychiatriques, un redéploiement est opéré entre l'ONDAM établissements et l'ONDAM médico-social¹³⁴. Le plus souvent, l'opération est calibrée pour que les besoins de financements de la nouvelle structure soient équivalents à ceux de l'ancienne. Il arrive cependant que le montant nécessaire à la nouvelle structure médico-sociale soit inférieur à celui consacré à l'unité de soins fermée. Dans ce cas, la pratique est que l'ARS conserve les crédits « excédentaires » dans la DAF. Il faut en faire un principe et assurer que ce financement permette un renforcement des moyens de la psychiatrie, au travers notamment de la création de structures innovantes, de façon à développer la palette de soins nécessaire pour répondre à des besoins en augmentation.

Ces conversions sont encore peu nombreuses mais des travaux sont en cours pour permettre un plus large recours, l'intéressement des établissements de santé à cette conversion semble être un moyen de les y inciter.

¹³³ L'article 36 du PLFSS 2018 prévoit notamment de compléter le code de la sécurité sociale (1° du I de l'article L. 162-14-1) : « La ou les conventions définissent également le tarif et les modalités de réalisation des actes de télémédecine. Les actes de téléconsultation sont effectués par vidéotransmission ; »

¹³⁴ Cf. annexe 9 sur la conversion de structures sanitaires en structures médico-sociales

6 DOTER LE MINISTERE DE LA SANTE DES MOYENS DE DEVELOPPER LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE

Pour mieux piloter la politique publique, l'administration de la santé doit disposer des éléments scientifiques nécessaires pour orienter l'organisation et le fonctionnement du système de soins psychiatriques.

Le dispositif de soins psychiatriques est fait de nombreuses différences, souvent importantes, sur le plan de ses équipements, de ses organisations, de ses fonctionnements, de ses activités. Par ailleurs les innovations thérapeutiques se multiplient. Que penser de ces innovations et de ces différences, qu'elles soient liées à des inégalités de moyens ou à une pluralité d'options thérapeutiques ? Faute de travaux de recherche évaluative, il n'est pas possible de tirer la moindre conclusion et il est bien difficile d'envisager les évolutions des organisations et des fonctionnements qui seraient les plus pertinentes.

Le faible nombre de travaux de recherche évaluative s'inscrit dans un contexte plus général d'insuffisance de la recherche en santé mentale en France. Cela a déjà été souligné par des rapports parlementaires, sans que la situation n'évolue. Ainsi, le dernier appel d'offre dédié à la psychiatrie lancé par l'agence nationale de la recherche (ANR) date de 2013¹³⁵. On peut regretter que l'effort financier de la France en faveur de la recherche en santé mentale soit si faible, eu égard au problème majeur de santé publique qui se pose¹³⁶ et cela d'autant plus qu'il n'est pas toujours possible de s'appuyer sur les résultats d'une recherche internationale, quand les questions à étudier sont très dépendantes du contexte socioculturel particulier dans lequel elles apparaissent.

La mission s'est intéressée, non pas aux moyens alloués globalement à la recherche en santé mentale mais à ceux dont disposent le ministère de la santé, gérés par différentes administrations centrales¹³⁷.

Il n'existe pas de stratégie du ministère de la santé sur la recherche en santé mentale, la coordination entre les directions d'administration centrale est faible¹³⁸, il n'y a pas de mutualisation des budgets autour d'un projet commun, et le lien entre chercheurs et décideurs n'est pas organisé, ce qui ne permet pas de s'appuyer sur les connaissances scientifiques existantes pour procéder aux choix d'organisation et de fonctionnement du dispositif de santé mentale nécessaires. Par ailleurs les données administratives ou médico-administratives sont dispersées¹³⁹.

Il manque en France un dispositif spécifique à la santé mentale, comparable à celui mis en place pour le cancer avec l'INCA, permettant de développer la recherche, d'évaluer les innovations, d'obtenir les avis scientifiques dont l'action publique a besoin pour assurer la pertinence de ses décisions.

¹³⁵ Rapport d'Alain MILON en 2012 et rapport de Denys ROBILIARD en 2013.

¹³⁶ Un français sur trois affecté par un trouble psychiatrique au cours de sa vie (voir l'annexe 2 sur l'épidémiologie psychiatrique).

¹³⁷ La DGOS avec le PHRC, la DGS, la DREES.

¹³⁸ Le CORESA (comité de recherche en santé), mis en place au ministère de la santé, présidé par le DGS, porte sur la recherche en santé et pas spécifiquement sur la santé mentale. C'est davantage une instance d'échange d'informations que de pilotage collectif de la recherche voulue par le ministère de la santé.

¹³⁹ S'ajoutent à cela trois difficultés structurelles pour décrire et analyser l'activité psychiatrique : un problème de structuration des systèmes d'informations hospitaliers qui ne permet pas de chaîner les données d'activité des CMP avec le reste des informations dans le SNIRAM; une absence de données sur couvrant l'activité de ville ; des disparités de codage des actes en CMP.

- ***Les données principales sur la psychiatrie, aujourd'hui dispersées, doivent pouvoir être rassemblées sous la forme d'un tableau de bord utile au pilotage de ce dispositif***

Les données concernant les équipements, les activités et les moyens du dispositif de soins psychiatriques, public et privé, hospitalier et ambulatoire, les données sur les pathologies traitées, sont dispersées entre plusieurs institutions : l'ATIH, la DREES, la CNAMTS. Il n'existe pas de tableau de bord croisant les indicateurs les plus significatifs, selon une perspective temporelle, permettant de piloter l'évolution de ce dispositif de soins engageant pourtant des dépenses non négligeables de l'assurance maladie.

Recommandation n°14: Structurer au niveau de la DGOS un tableau de bord utile au pilotage du dispositif de soins psychiatriques, regroupant des données principales issues de l'ATIH, de la DREES, de la CNAMTS, avec une perspective temporelle.

- ***Créer une agence sur la santé mentale ou constituer au niveau du ministère de la santé « une mission recherche et expérimentation en santé mentale », orientée par une instance stratégique, s'appuyant sur un conseil scientifique***

A défaut de constituer une agence chargée, à l'image de l'INCA, de développer la recherche sur la santé mentale, pourrait être au moins organisé, au sein du ministère de la santé, éventuellement dans une première étape, un dispositif formalisé permettant d'orienter la recherche et d'organiser l'évaluation des expérimentations. Il pourrait être constitué de trois composantes :

- *Une mission recherche et expérimentation en santé mentale*, placée auprès du secrétaire général des ministères sociaux, constituée par une petite équipe dirigée par un délégué à la recherche et à l'expérimentation en santé mentale nommé par le ministre de la santé.

Elle serait chargée de développer et valoriser la recherche et l'évaluation des expérimentations dans les domaines de la santé mentale et en particulier de la psychiatrie. Cela consistera à proposer des projets de recherche dont les résultats sont nécessaires au pilotage de la politique publique. Elle devra aussi assurer la coordination entre les différents projets de recherche portés par les administrations centrales et leurs grands opérateurs (DGOS, DREES, IRESP¹⁴⁰...) et rechercher des mutualisations de moyens possibles pour les financer. S'agissant des expérimentations, elle travaillera avec les ARS pour définir des modalités d'évaluation pertinentes et des possibilités de conversion des financements d'expérimentation en financements pérennes.

- *Une commission stratégique sur la recherche et l'expérimentation en santé mentale*, présidée par le DGS, sera chargée de définir la stratégie de recherche du ministère en ce domaine, d'orienter les travaux de la mission recherche et expérimentation, de choisir les projets de recherche devant faire l'objet d'un financement et de mutualiser, autant que possible, les financements existant autour de projets de recherche proposés par la mission, constituée par les directeurs d'administration centrale et un représentant des DGARS, la CNAMTS, Santé Publique France et la HAS. Elle aura pour rôle de décider de la pérennisation et du financement des expérimentations concluantes.

Cette commission stratégique pourrait être l'actuel comité de recherche en santé (CORESA), réunie spécifiquement sur les questions de recherche et d'évaluation des expérimentations en santé mentale, avec pour secrétariat le délégué à la recherche et à l'expérimentation en santé mentale.

¹⁴⁰ Institut de recherche en santé publique

- *Un conseil scientifique en santé mentale*

Ce conseil est réuni par le délégué à la recherche et à l'expérimentation en santé mentale. Il contribue à l'élaboration de la stratégie de recherche en santé mentale du ministère de la santé et donne son avis sur les conditions de sa mise en œuvre. Il apporte des éclairages scientifiques sur les projets de recherche prioritaires par l'administration et sur les décisions d'organisation et de fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques que l'administration centrale envisage de prendre. Il donnera également un avis sur les méthodes d'évaluation et l'impact des expérimentations.

Une des premières tâches de la commission stratégique devrait être de déterminer une cible concernant la part des financements totaux, consacrés à la recherche par le ministère de la santé, à allouer à la santé mentale.

Si cette structuration de la recherche en santé devait être élargie sur ce modèle aux autres champs de la santé, il conviendrait de s'assurer que la santé mentale fasse l'objet de séances du CORESA dédiées, dispose d'un conseil scientifique spécifique ainsi que d'une cible de financement (déclinée par source de financement du ministère de la santé : part du PHRC, part des crédits de l'IRESP etc.)

Recommandation n°15 : Créer une agence sur la santé mentale ou constituer, par voie réglementaire, une mission recherche et expérimentation en santé mentale et les instances stratégiques et scientifiques pour la piloter

7 SOUTENIR DES AVANCEES DANS DEUX DOMAINES PRIORITAIRES

Depuis des années tous les rapports qui se sont succédés sur la psychiatrie, de toutes origines, ont constaté les difficultés dans lesquelles se trouve la pédopsychiatrie, et chacun s'accorde à souligner l'importance de prendre en charge, dès l'enfance, un certain nombre de troubles qui, sans cela, évolueront de façon péjorative à l'âge adulte

Sur le plan des conditions d'hospitalisation, des progrès ont été faits ces dernières années et plus particulièrement depuis le « *plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008* ». Cependant, il reste des locaux d'hospitalisation encore à rénover, des chambres d'isolement qui offrent des conditions de prise en charge peu sûres et peu dignes¹⁴¹, des services d'hospitalisation qui ne sont pas toujours adaptés à l'évolution de la population accueillie¹⁴².

¹⁴¹ Chambres sans toilettes, avec un sseau hygiénique, pas de double entrée...Voir en annexe certaines monographies sur les établissements visités par la mission.

¹⁴² La moitié des patients hospitalisés peuvent l'être en soins sans consentement, ce qui oblige souvent à fermer tout le service pour éviter les fugues, faute de conceptions architecturales permettant d'adapter des parties de service à des circulations plus ou moins limitées des patients, avec des espaces extérieurs.

7.1 Renforcer le dispositif de pédopsychiatrie

Il est difficile de connaître les moyens financiers consacrés à la pédopsychiatrie. Par ailleurs, il y a des difficultés à recruter des pédopsychiatres dans les établissements, et peu de psychiatres libéraux exercent dans ce domaine d'activité¹⁴³. Enfin, certains soins sont peu accessibles, telles les séances d'orthophonie, les établissements publics peinant à recruter les professionnels nécessaires du fait de revenus plus attractifs en libéral et les professionnels libéraux étant mal répartis sur le territoire.

La pédopsychiatrie doit pouvoir faire l'objet d'un plan national spécifique pour résoudre des problèmes qui perdurent. Ce plan devrait prévoir une mobilisation de la DAF réservant un pourcentage de ce financement au soutien de la pédopsychiatrie. Il devrait notamment traiter de :

- les conditions de suivi des moyens consacrés à la pédopsychiatrie ;
- l'organisation de la pédopsychiatrie au sein des GHT et de la CPT, les besoins d'hospitalisation et les meilleures modalités de réponse ;
- le recrutement possible de médecins non spécialisés en pédopsychiatrie, ayant une compétence dans la prise en charge des enfants, formés en cours d'emploi, et les modalités de reconnaissance de cette qualification – ce qui doit être pris en compte dans la réforme des études médicales ;
- la transition entre les prises en charge en pédopsychiatrie et en psychiatrie générale ;
- l'organisation et le renforcement de la première ligne spécialisée en pédopsychiatrie (regroupement des CMP et des CMPP dont les activités sont semblables...) pour réduire les files d'attente (et les recommandations du rapport du Sénat relatif à la psychiatrie des mineurs) ;
- la possibilité de double prise en charge, dans le dispositif de soins sectorisés et en dehors, notamment lorsque certains soins (orthophonie) ne sont pas accessibles au sein du secteur (la CNAMTS a indiqué à la mission qu'elle menait une réflexion à ce sujet) ;
- la formation des psychiatres : dans le cadre de la réforme du troisième cycle des études médicales, il est prévu la création d'une option « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » accessible aux psychiatres. Deux questions peuvent être posées : l'intérêt de créer une formation spécialisée transversale (FST) de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui pourrait par exemple être accessible aux pédiatres ; le nombre de places pertinent à ouvrir dans l'option ou dans le FST¹⁴⁴.

¹⁴³ Par ailleurs, peu de psychiatres généralistes reçoivent des enfants et adolescents en consultation, en Ile-de-France, 13 % de la file active en libéral a moins de 20 ans et, à l'échelon national, 16 % des psychiatres disposent d'un savoir-faire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (RPPS) et ils sont plus fréquemment libéraux que les psychiatres généralistes, il est donc probable qu'une majorité des enfants et adolescents pris en charge le soient par des pédopsychiatres.

¹⁴⁴ Sachant qu'il s'agit d'un plafond et que les places ne seront occupées que dans la mesure où elles répondent aux choix des étudiants en 3^{ème} cycle.

- la possibilité d'élargir les possibilités de prise en charge en libéral via une meilleure prise en charge par l'assurance maladie (par des psychologues selon les résultats de l'expérimentation en cours¹⁴⁵ ; par des psychiatres généraux, selon le succès rencontré par la majoration prévue par la dernière convention médicale s'agissant de consultations d'enfants associant la famille¹⁴⁶).

Recommandation n°16: Elaborer un plan national sur la pédopsychiatrie.

7.2 Améliorer les conditions d'hospitalisation

Un plan national de soutien aux investissements hospitaliers en psychiatrie est nécessaire¹⁴⁷. Il ne doit pas commencer par prévoir des crédits nécessaires, avant d'avoir procédé à un état des lieux précis des problèmes existants et à une réflexion sur les modalités architecturales les mieux adaptées à l'exercice de la psychiatrie aujourd'hui. Il conviendrait aussi de définir des normes pour les chambres d'isolement, assurant des conditions d'hospitalisation en toute sécurité pour le patient et présentant un minimum de confort.

Recommandation n°17: Préparer un plan d'investissement hospitalier en faveur de la psychiatrie, à partir d'un état des lieux réalisé par les ARS, s'appuyant sur une réflexion nationale portant sur les modalités architecturales les mieux adaptées aux formes prises aujourd'hui par l'hospitalisation psychiatrique.

Recommandation n°18: Définir par voie réglementaire les normes auxquelles doivent répondre les chambres d'isolement.

8 FIXER LES PRINCIPES GUIDANT LE CADRE D'ORGANISATION DU DISPOSITIF DE SOINS

La mise en œuvre des propositions requerra une forte implication des ARS. L'objectif est de guider, par voie de circulaire, les prises de décision des établissements et des ARS, sans pour autant opter pour un modèle d'organisation et de fonctionnement unique, applicable sur tout le territoire national.

Le dispositif de soins psychiatriques, surtout sectorisé, se transforme en permanence. Ses évolutions modifient les pratiques soignantes, les représentations collectives de la maladie mentale et les attitudes des partenaires de la psychiatrie, rendant possibles de nouvelles formes d'organisation et de fonctionnement. Il faut pouvoir à la fois faciliter l'innovation portée par cette dynamique et tenir un cap assurant le respect des objectifs de la politique publique de soins psychiatriques.

¹⁴⁵ Cf. annexe 14 sur les obstacles à l'accès aux soins.

¹⁴⁶ La convention médicale du 25 août 2016 prévoit l'augmentation de deux majorations (MAF et MCF) de 10 à 20€ au 1^{er} novembre 2017. Ces majorations sont applicables lorsqu'un psychiatre ou pédopsychiatre reçoit en consultation un enfant avec sa famille.

¹⁴⁷ Il pourrait s'articuler avec le Grand Plan d'Investissement dont une part devrait être consacrée à la transition écologique des bâtiments publics.

Cette circulaire précisant la politique publique de soins psychiatriques devrait traiter principalement des sujets suivants :

- ***Fixer un cadre clair d'organisation du dispositif de soins psychiatriques permettant l'exercice de ses missions***
 - les formes que peut prendre une palette diversifiée de soins, susceptible d'être développée pour répondre aux besoins de population relevant de territoires à géométrie variable, tout en précisant les missions de proximité qui doivent être assurées, et permettant de prendre en charge les besoins de populations avec des besoins spécifiques (personnes vivant dans la précarité notamment) ;
 - les modalités d'organisation des coordinations nécessaires, permettant l'exercice des fonctions assignées au dispositif de soins psychiatriques sectorisé et non sectorisé ;
 - l'organisation pour faire face à l'urgence, notamment à domicile ;
 - les modes d'organisation possible du partenariat avec les maisons de santé, les établissements médico-sociaux, les professionnels de santé libéraux...
 - la constitution de groupements de coopération sanitaire et médico-sociale entre les membres volontaires de la CPT ;
 - le développement de formations communes entre professions sanitaires et professions sociales (aussi bien en formation initiale que continue), entre personnels hospitaliers et personnels des établissements médico-sociaux.
- ***Organiser une offre de soins ouverte au partenariat, ancrée au sein du GHT, dans un cadre territorial simplifié***
 - l'articulation des outils d'organisation concernant le dispositif de soins psychiatriques et des stratégies de santé mentale (PRS, projet d'établissement, PMP du GHT, convention constitutive de la CPT, PTSM) ;
 - l'interprétation de la loi à retenir, permettant de constituer dans tous les cas une CPT, même pilotée par un ESPIC ;
 - l'extension de la sous-commission santé mentale au sein du conseil territorial de santé, avec des membres extérieur à ce conseil, mais ayant le droit de vote au sein de la sous-commission, permettant d'obtenir une réelle représentativité de l'ensemble des acteurs impliqués dans la politique de santé mentale ;
- ***Faciliter le développement des soins en ambulatoire, publics et privés, et organiser l'offre sous forme de types de soins***
 - les formes possibles de déploiement des soins ambulatoires dans la cité, au plus proche des lieux de vie des personnes, sous forme de types de soins ;
- ***Mieux articuler les dispositifs de soins sectorisés et non sectorisés***
 - les modalités de détermination des zones de faible densité médicale en psychiatrie ;
 - les conditions de complémentarité entre public et privé.
- ***Mieux financer***
 - les conditions de développement des techniques nouvelles de communication (visioconférences, télémédecine...) ;
 - les conditions de recours au FIR pour soutenir le développement d'innovations ;

- les conditions de redéploiements de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale. Ces redéploiements permettront de réduire les inadéquations constatées dans les établissements de soins psychiatriques, mais devront assurer un renforcement des moyens de la psychiatrie, de façon à développer la palette de soins nécessaire pour répondre à des besoins en augmentation.

➤ ***Soutenir des avancées dans deux domaines prioritaires***

- les orientations à prendre pour mieux répondre aux besoins de santé mentale des enfants et des adolescents ;
- les modalités de recrutement de médecins non spécialisés en pédopsychiatrie, ayant une compétence dans la prise en charge des enfants, formés en cours d'emploi.

Recommandation n°19: Etablir une circulaire fixant les principes devant guider le cadre d'organisation du dispositif de soins.

Alain LOPEZ

Gaëlle TURAN-PELLETIER

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
I. Fixer un cadre clair d'organisation du dispositif de soins psychiatriques permettant l'exercice de ses missions				
1	Définir, par un texte réglementaire, les fonctions qui doivent être exercées par le dispositif de soins psychiatriques dans son ensemble, en obéissant à un principe de territorialisation des dispositifs opérationnels, afin de mettre en œuvre les missions fixées par la loi du 27 janvier 2016.	1	DGOS	2018
II. Organiser une offre de soins ouverte au partenariat, ancrée au sein du GHT, dans un cadre territorial simplifié				
2	Définir les grands principes d'articulation des outils d'organisation de l'offre de santé mentale, dans un cadre fait de trois niveaux territoriaux (région, territoire de santé et secteur psychiatrique).	1	DGOS	2018
3	Abroger le V. de l'article L. 6132-1 et l'article D 6136-8 du code de la santé publique. Et remplacer l'article de loi par un article disant que tous les établissements publics membres d'une CPT sont adhérents à un même GHT, en prévoyant une mise en œuvre progressive.	1	DGOS	2018
4	Définir par voie de circulaire la méthode et le processus de concertation à mettre en œuvre pour concevoir de façon articulée les différents outils d'organisation de l'offre en santé mentale	2	DGOS	2018
5	Définir par un texte réglementaire l'organisation et le fonctionnement de la gouvernance de la partie psychiatrique d'un GHT, de façon à lui assurer des capacités de gestion suffisantes et à lui permettre de structurer les partenariats nécessaires au sein de la CPT, dans le cadre des dispositions prises par le PMP du GHT. Donner aux ARS les instructions nécessaires pour mettre fin à la possibilité de GHT psychiatriques et de dérogations.	1	DGOS	2018
6	Amender le décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 de façon à permettre la constitution d'une CPT dans les cas où un GHT ne comprend qu'un seul établissement autorisé en psychiatrie, ou quand seul un ESPIC est présent sur un département où est constitué un GHT.	1	DGOS	2018

III. Faciliter le développement des soins en ambulatoire, publics et privés, et organiser l'offre sous forme de types de soins				
7	Réviser la loi et les règlements pour mettre en place un nouveau mode de régulation des établissements privés sous-OQN donnant une place centrale à la contractualisation dans le cadre des CPOM en : - simplifiant le régime des autorisations ; - supprimant le dispositif des OQOS appliqué aux établissements autorisés en psychiatrie ; - organisant le mode de régulation budgétaire appliqué aux établissements privés à but lucratif, de façon à fixer à l'ARS un OQR à respecter, tout en appliquant des fourchettes tarifaires définies au niveau national.	1	DGOS	2018
8	Définir par voie réglementaire une classification des soins en hospitalisation et en ambulatoire sous la forme de type de soins et pas de structures, comportant chacun un cahier des charges à établir au niveau national, servant de fondement à la grille tarifaire pour les cliniques privées	1	DGOS	2018
IV. Mieux articuler les dispositifs de soins sectorisés et non sectorisés				
9	Réviser les textes sur le régime des autorisations de façon à assurer une meilleure répartition de l'offre privée à but lucratif sur un plan territorial, afin de mieux répondre aux besoins et faciliter le libre choix des patients, et permettre son implication dans le dispositif de permanence des soins psychiatriques et l'organisation des urgences.	2	DGOS	2018
10	Prendre des dispositions législatives et réglementaires pour aménager le droit à conventionnement des psychiatres libéraux.	2	DGOS	2018
V. Mieux financer				
11	Afin de rendre plus juste l'allocation de ressources faite au dispositif de soins psychiatriques, élaborer au niveau national un projet d'évolution du modèle de répartition des financements, en fixant au préalable ses principes directeurs et un calendrier de réalisation.	1	DGOS	2018
12	Définir au niveau national un suivi et une évaluation des innovations en psychiatrie qui ne relèveraient pas des dispositions de l'article 35 du PLFSS, et une procédure permettant de passer d'un financement par le FIR à un financement pérenne.	1	DGOS	2018
13	Réaliser un plan national de développement de la télémédecine en psychiatrie, s'appuyant sur les dispositions prévues par la LFSS 2018.	2	DGOS	2018

VI. Doter le ministère de la santé des moyens de développer la recherche en santé mentale				
14	Structurer au niveau de la DGOS un tableau de bord utile au pilotage du dispositif de soins psychiatriques, regroupant des données principales issues de l'ATIH, de la DREES, de la CNAMTS, avec une perspective temporelle	2	DGOS	2018
15	Créer une agence sur la santé mentale ou constituer, par voie réglementaire, une mission recherche et expérimentation en santé mentale et les instances stratégiques et scientifiques pour la piloter	1	Secrétariat général des ministères sociaux	2018
VII. Soutenir des avancées dans deux domaines prioritaires				
16	Elaborer un plan national sur la pédopsychiatrie.	1	DGOS	2018
17	Préparer un plan d'investissement hospitalier en faveur de la psychiatrie, à partir d'un état des lieux réalisé par les ARS, s'appuyant sur une réflexion nationale portant sur les modalités architecturales les mieux adaptées aux formes prises aujourd'hui par l'hospitalisation psychiatrique.	2	DGOS	2018
18	Définir par voie réglementaire les normes auxquelles doivent répondre les chambres d'isolement.	1	DGOS	2018
VIII. Fixer les principes guidant le cadre d'organisation du dispositif de soins				
19	Etablir une circulaire fixant les principes devant guider le cadre d'organisation du dispositif de soins	2	DGOS, DGS et DGCS	2018

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

DGS :

- Pr VALLET Benoit, directeur général
- Mme BESSA Zinna, sous-directrice
- Mme CASTAING Geneviève, cheffe de bureau
- Dr FONTAINE Alain, responsable de la mission stratégie et recherche

DGOS :

- Mme COURREGES Cécile, directrice générale
- M. PRATMARTY Samuel, sous-directeur
- Mme BILLET Sandrine, adjointe au sous-directeur
- M. KURTH Thierry, chef de bureau R4
- Mme BIGA Julie, adjointe au chef de bureau R4
- Mme MAURICE Odile, chargée de mission psychiatrie santé mentale
- Mme DESCAMPS Céline, chargée de mission psychiatrie et santé mentale
- Mme FAYE Céline, cheffe du bureau R1

DGCS :

- Mme CUVILLIER Nathalie, sous-directrice autonomie personnes âgées
- M. LHOSTE Jean-François, adjoint à a sous-directrice
- Mme TALBOT Stéphanie, cheffe de bureau
- M. DUBOIS-MAZEYRIE Laurent, adjoint au chef de bureau

DREES :

- M. TOUTLEMONDE Fabien, chef de bureau des établissements de santé
- Mme CARRASCO Valérie, chargée d'études santé mentale au bureau état de santé de la population
- Mme KHATI Inès, chargée d'études au bureau des établissements de santé
- Mme COLDEFY Magali, maître de recherche IRDES, collaboratrice DREES
- Mme ULRICH Valérie, cheffe de la MIRE

CNAMTS :

- Mme KERMARC Catherine, cabinet de la DDGOS
- M. GABACH Pierre, responsable du département maladies chroniques
- M. FOUARD, DPMC, responsable du département hospitalisation
- Mme COURTOIX Jocelyne, département des actes
- M. BARNA Alexandre, département des actes
- M. DEBEUGNY, département Etudes offres de soins

Contrôleur général des lieux de privation de liberté :

- Mme HAZAN Adeline, contrôleur général

ANAP :

- Mme MARTINEZ Corinne, manager

ATIH :

- Mme MENU Axelle, responsable du pôle SSR-Psy
- Dr. ELLINI Anis, chef de projet pôle SSR-Psy.

FHF :

- M. CAPLIER François, secrétaire général de l'EPSM de l'agglomération lilloise, référent psychiatrie / santé mentale de la Fédération hospitalière de France
- M. MOKEDE Alexandre, responsable du pôle organisation sanitaire de la Fédération hospitalière de France.

FEHAP :

- Dr. PERRIN Antoine, directeur général
- M. CAUSSE David, coordonateur du pôle santé-social

FHP :

- Dr DREVON Olivier, président de la fédération des cliniques psychiatriques
- M. CASTILLO David, délégué général de la FHP Psychiatrie

Conférence des présidents de CME de CHS :

- Dr MULLER Christian, président de la conférence des présidents de CME de CHS

ADESM :

- M. MARIOTTI Pascal, président de l'ADESM
- M. BLANDEL Jean-Yves, directeur de l'EPSM de Caen; Délégué régional Normandie de l'ADESM et co-gestionnaire du groupe de travail ADESM « Financement de la psychiatrie »
- M. THOMAS Vincent, directeur de l'EPSM de la Sarthe, Délégué régional Pays de la Loire de l'ADESM et co-gestionnaire du groupe de travail ADESM "Financement de la psychiatrie"

- M. JUILLET Jean-Luc, directeur du CHS du Jura, Secrétaire de l'ADESM et Délégué régional Bourgogne France Comté de l'ADESM.

Groupe SOS :

- Dr. SEBBAH Guy, directeur général Groupe SOS Solidarités

SAMU Social de Paris :

- Mme Christine LACONDE, directrice générale
- M. Abdon GOUDJO, directeur du pôle médical et soins

Société française de psychiatrie :

- Dr. BONAMOUR du TARTRE Jean-Jacques
- Dr. ODIER Bernard
- Dr. DAVID Michel
- Dr. SECRET-BOBOLAKIS Isabelle

Représentants des usagers :

- Mme FINKELSTEIN Claude, présidente de la FNAPSY
- Mme RICHARD Marie-Jeanne, vice présidente de l'UNAFAM
- Mme BOISIVON Armelle, vice-présidente du bureau de Paris de l'UNAFAM

Personnes qualifiées :

- Dr BOCHER Rachel, chef de service au CHU de Nantes
- M. EHRENBURG Alain, président du conseil national de santé mentale
- Dr HALIMI Yvan, président du comité de pilotage national de la psychiatrie
- Dr KANNAS Serge, ancien responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale
- Dr MASSE Gérard, ancien responsable de la mission nationale d'appui en santé mentale

ARS Ile-de-France :

- M. DEVYS Christophe, directeur général
- M. JAFFRE Didier, directeur de l'organisation des soins
- M. GUINARD Philippe, référent thématique santé mentale
- Dr PERON Sylvie

ARS Auvergne-Rhône-Alpes :

- Dr. GRALL Jean-Yves, directeur général
- M. De LACAUSSE Gilles, directeur général adjoint

- Mme BEHAGUEL Cécile

ARS Centre :

- Mme BOUYGARD Anne, directrice générale
- Mme CARREAU Emmanuelle, chef de projet santé mentale
- Dr. DELACROIX-MAILLARD Hélène, chargée du plan santé mentale

ARS Occitanie :

- Mme CAVALIER Monique, directrice générale
- Dr. PUECH Olivier, médecin référent santé mentale, santé des détenus
- M. MOUREAU Yannick, chargé de mission offre de soins santé mentale

Secteur 59G21 à Armentières :

- M. DAUMERIE Nicolas, psychologue coordonateur
- M. DECOSTER, médiateur de santé pair
- Dr DEFROMONT Laurent, chef de pôle
- Mme DE ROSARIO Bianca, chargée de mission e-santé mentale au CCOMS
- Mme GUILLOY Brigitte, porte parole des usagers
- M. KRUELSKI Gery, cadre de santé
- Dr ROELANDT Jean-Luc, directeur du CGOMS
- Dr SEBBANE Déborah, chef de clinique au CHU de Lille

CH Le Vinatier à BRON :

- M. MEUNIER Hubert, directeur
- Dr. PERRIN Blandine, présidente de la CME
- Dr SALVARELLI Jean-Pierre, vice président de la CME
- Mme ANDRIEUX-BABAZ Claudine, directrice adjointe

CH Sainte-Marie au PUY :

- Mme MOURIER Valérie, directrice
- Dr. HADDOUCHE Sylvie, présidente de la CME
- M. LYONNET Vincent, responsable des services généraux
- Mme BEYSSAC Emmanuelle, DRH
- Mme TILLOT Jacqueline, directrice des soins
- Mme MARCON Valérie, cadre supérieure de santé

- Dr RAMONA Philippe, chef de service
- Dr. POUDEROUX Monique, chef du service infanto-juvénile
- Mme BASTIEN Colette, cadre supérieure de santé
- Dr. POURHADI Ghislaine, chef de service
- M. JANN Pierre-Marie, responsable du service GDR et qualité

GHT psychiatrie de Paris :

- M. YVEN Raphaël, DA parcours et innovation
- Mme BEZ Céline, DPI
- Dr. BOITEUX Catherine, CMG
- M. REYES Lazare, Maison-Blanche
- Dr SKURNIK Norbert, président CME du GHT
- Dr. MSELLATI Annie, présidente CME de Maison-Blanche
- DR. CHRISTODOULOU Alexandre, président CME Perray-Vaucluse
- Mme ALAMOWITCH Nathalie, DA Usagers/affaires juridiques Sainte Anne
- M. CHASSAGNOL Jean-Luc, directeur Sainte-Anne
- Mme BARRABE Virginie, AAH Formation
- Mme LEGENDRE Luce, directrice Perray-Vaucluse
- Mme WASMER Céline, directrice adjointe Sainte-Anne
- Mme NGUYEN Laure, directrice adjointe Sainte-Anne
- Mme LEUWERS Sylvie, directrice des soins
- M. MERCUEL Alain, président CME Sainte-Anne.

CH Saint-Maurice-Esquirol :

- Mme PEYNEGRE Nathalie, directrice
- Dr. KHIDICHIAN, président de la CME
- Dr. CABIE, chef de pôle
- D. VIDON Gilles, chef de pôles
- Dr. LE RUN, pédopsychiatre

CH de BONNEVAL :

- M. VILLENEUVE Philippe, directeur
- Dr. GREGOIRE-ANCELIN Dominique, présidente de la CME

- Mme SOREAU Christine, cadre supérieur de santé faisant fonction de directrice des soins par intérim
- Dr SOULIE Frédéric, chef du pôle psychiatrie générale
- Mme HAYO Sandrine, cadre supérieure de santé (pôle psychiatrie générale de Chartres)
- M. HULOT Gilles, cadre supérieur de santé (pôle psychiatrie Bonneval et pôle gérontologie)
- Dr MOALI, responsable unité d'hospitalisation
- Mme CARDOSO, cadre de santé
- Dr SIMON, responsable unité d'hospitalisation
- Mme DE BRYE Anne, cadre de santé
- Dr LEPEYTRE Didier, responsable unité d'admission
- Mme LALY Marie-José, faisant fonction de cadre de santé
- Dr HAMIDACHE-MOALI Ratiba, responsable unité UPM
- M. PERRIER Jean-Sébastien, cadre de santé
- Dr. VIDELAINE, responsable unité d'hospitalisation
- M. LASTENNET Philippe, cadre de santé
- Dr. SMADHI Yahia, responsable unité géronto-psychiatrie
- Mme COLLIOT Magali, cadre de santé
- Dr HANI Amar, responsable unité UTHR
- M. BRIEU Romain, faisant fonction de cadre de santé

CH de DREUX :

- Mme FESTA Carole, directrice
- Dr. NASRY Abderrazak, chef de service pédopsychiatrie
- Dr. PARIS Pierre, chef de service psychiatrie générale
- Dr. REVITEA Doina, praticien hospitalier
- Dr. CHEVAL Mathieu, chef de service
- Mme GUERIN Lydie, directrice des soins
- Mme GERVAIS Sylvie, cadre supérieure de santé
- Mme RENAUD Christine, cadre de santé
- Mme BERTEAUX Pascaline, faisant fonction de cadre de santé
- Dr BARRY Saïfoulaye, praticien hospitalier

- Mme GODEAU Isabelle, cadre de santé
- Dr. THOMAS, praticien hospitalier
- Dr. FERRIC Olivier, praticien hospitalier
- Mme SOUM Pascale, cadre de santé
- Mme JURE Laetitia, coordinatrice réseau

CH de CHARTRES :

- M. FALANGA Olivier, directeur

CH Gérard MARCHANT à TOULOUSE :

- Mme PASQUET Catherine, directrice
- Dr. HAOUI Radoine, président de la CME, responsable de pôle
- Mme FORTIN Corinne, cadre supérieur de santé
- M. BELLEFOND Patrick, cadre supérieur de santé
- Mme JIMENEZ Béatrice, cadre de santé
- Dr CHOLLET Catherine, chef de pôle infanto-juvénile
- M. BOUDES Francis, cadre supérieur de santé du pôle infanto-juvénile
- Dr CALVET Jocelyne, responsable médical d'unité
- M. CASTEL Yvan, cadre de santé
- Dr COMBES Barbara, responsable médical d'unité
- M. MARTINEZ Ricardo, cadre de santé

Clinique de BEAUPUY :

- Mme BIAU Sabine, directrice
- Dr. BOUBLI Serge, psychiatre

CHU de TOULOUSE :

- Pr SCHMITT Laurent, Président de la CME du CHU de Toulouse, chef du Service Universitaire de Psychiatrie et Psychologie Médicale
- Pr BIRMES Philippe, Chef du Service Universitaire de Psychiatrie, Psychothérapies et Art-Thérapie
- Pr RAYNAUD Jean-Philippe, chef du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, chef de pôle adjoint
- Dr FAURE Karine, chef de pôle adjoint
- Dr PETIOT Dominique, médecin DIM psychiatrie

- Mme BUATOIS Gwenaëlle, directrice déléguée des affaires financières et appui à la performance
- Mme CHASSAIGNE Marie-Christine, cadre supérieure de santé
- Mme LAMBEA Maryse, cadre administratif du pôle
- Unité sectorisée UF1 : Dr Axel BOURCIER, Mirentxu URIARTE, cadre de santé
- Unité intersectorielle UF4 : Dr Antoine YRONDI, Pierre Yves GAYE, cadre de santé
- Alternative à l'hospitalisation complète : Dr Clara LETAMENDIA, Christelle COURTIAL, cadre de santé
- Service des urgences psychiatriques : Dr Stéphanie LAFON RAPNOUIL, Alice SECHAUD, Aurélie BARRAU, cadres de santé
- Unités ambulatoires adolescents : Dr Cécile GARRIDO, Dr Barbara BERNHEIM, Fadelha GUERMACHE, cadre de santé
- Dispositif réactif départemental pour adolescents : Dr Céline BASCOUL, Dr Sébastien WEHR du pôle Guidance Infantile, ARSEA
- Dispositif de soins partagés en psychiatrie DSPP : Dr Kathy PARERA, médecin libéral, Pierre Yves GAYE, cadre de santé.

Pôle de psychiatrie et d'addictologie de l'hôpital Albert CHENEVIER à CRETEIL :

- Pr LEBOYER Marion, responsable du pôle
- Mme ORIO Martine, directrice du groupe Henri Mondor
- Mme VIDAL Hélène, directrice du site Albert Chenevier
- Mme GONFIER SAEZ, Fabienne, directrice des soins
- Mme WILFRED Sophie, cadre administratif du pôle
- Mme RAGOIS Caty, cadre de santé référente ressource humaine
- Mme PETITDEMANGE Marielle, cadre paramédical du pôle

Clinique la Belle Allée à CHAINGY :

- Mme ALQUIER Nathalie, directrice en exploitations (RAMSAY GDS)
- Dr KERROUCHE Abdelouahab, psychiatre
- Dr BADIN Jean-Philippe, psychiatre
- Mme BLY Véronique, directrice de la clinique Belle Allée
- Mme DEBLOCK Delphine, psychologue

Clinique de l'Alliance à Villepinte :

- M. de SAINT-JACOB Patrick, directeur de la division psychiatrie du groupe Clinea
- M. ROUBEHIE Geoffroy, directeur régional du groupe
- Mme CLEMENT Emmanuelle, responsable juridique
- Mme JANVIER Aline, directrice d'exploitation
- Dr BENZAOUZ Redha, psychiatre
- Mme LAGAND Monique, directrice

Professionnels de santé :

- Dr de ROHAN CHABOT Florence, PH à Maison Blanche
- Dr BINDLER Louis, psychiatre libéral à Nantes
- Dr TRAVERS David, PU au CHU de Rennes
- Dr DESCHENAU Alice, PH au CH Paul Guiraud
- Dr WINTER Elie, psychiatre libéral à Paris
- Dr VAN EFFENTERRE Aude, PHC à Paris
- Pr LLORCA Pierre-Michel, PU-PH au CHU de Clermont-Ferrand

SIGLES UTILISES

ADESM	Association des établissements participant au service public de santé mentale
ANR	Agence national de la recherche
ARS	Agence régionale de santé
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCOMS	centre collaborateur de l'OMS
CGPL	contrôleur général des lieux de privation de liberté
CHS	centre hospitalier spécialisé
CHU	centre hospitalier universitaire
CLSM	conseil local de santé mentale
CMP	centre médico-psychologique
CMPP	centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	conseil national de l'ordre des médecins
CNSM	conseil national de santé mentale
COPIL psy	comité de pilotage de la psychiatrie
CORESA	comité de recherche en santé
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT	communauté psychiatrique de territoire
CRA	centre ressource autisme
CRSA	commission régionale de la santé et de l'autonomie
DAF	dotation annuelle de financement
DGARS	directeur général de l'agence régionale de santé
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DGS	direction générale de la santé
DIM	département d'information médicale
DMH	durée moyenne d'hospitalisation (elle prend en compte les sorties le week-end et permet de calculer la durée de séjour exacte)
DMI	dossier médical informatisé
DMS	durée moyenne de séjour
DMT	dispositif médical tarifaire
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DU	diplôme universitaire
EHPAD	établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes
EMPP	équipe mobile psychiatrie précarité
EPSM	établissement public de santé mentale

ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESPI	espace de soins psychiatriques intensifs
ESPIC	établissement de santé privé d'intérêt collectif
ESSMS	établissements et services sociaux et médico-sociaux
ETP	équivalent temps plein
FIR	fonds d'intervention régional
FST	formation spécialisée transversale
GCS	groupement de coopération sanitaire
GEM	groupe d'entraide mutuelle
GHT	groupe hospitalier de territoire
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
HPST	loi hôpital, patient, santé, territoire
IFSI	institut de formation en soins infirmiers
IME	institut médico-éducatif
INSP	institut national de santé publique
IRESP	Institut de recherche en santé publique
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MCO	médecine-chirurgie-obstétrique
OMS	organisation mondiale de la santé
OQN	objectif quantifié national
OQOS	objectifs quantifiés de l'offre de soins
OQR	objectif quantifié régional
PHRC	projet hospitalier de recherche clinique
PMI	protection maternelle et infantile
PMP	projet médical partagé
PRS	projet régional de santé
PTSM	projet territorial de santé mentale
RPPS	registre partagé des professions de santé
SAE	statistique annuelle des établissements de santé
SAU	service d'accueil des urgences
SDRE	soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
SDO	schéma départemental d'organisation
SDT	soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SESSAD	services d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SMPR	Service médico-psychologique régional
SNIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SROS	schéma régional d'organisation des soins
T2A	tarification à l'activité
TSA	troubles du spectre autistique

UHCD (appellation au Vinatier)	
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URPS	union régionale des professions de santé
USIP	Unités de soins intensifs psychiatriques