

RAPPORT PUBLIC THEMATIQUE

Paris, le 20 décembre 2011

L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010

Avec plus d'un million de prises en charge chaque année, les pathologies relevant de la psychiatrie arrivent au troisième rang des maladies les plus fréquentes en France. Le coût économique et social de ces pathologies est évalué au total à quelque 107 Mds € par an, dont 13 Mds € à la charge du seul régime général d'assurance maladie.

Cet enjeu majeur de santé publique a fait l'objet au cours des dernières années de multiples rapports aux recommandations généralement convergentes. Un plan « psychiatrie et santé mentale » a été mis en œuvre par les pouvoirs publics à compter de 2005.

Afin d'en établir un bilan et d'examiner les leçons à en tirer, la Cour a procédé à une enquête approfondie en 2011. Une évaluation du même plan a été concomitamment réalisée par le Haut conseil de la santé publique, dont la complémentarité a été assurée par une constante concertation avec la Cour.

Ce plan a produit des résultats que l'on peut qualifier de médiocres, en raison de l'insuffisance des moyens financiers, de la défaillance du pilotage, et du défaut d'un portage suffisamment fort. Le flou qui s'est progressivement instauré sur le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie a contribué à une démobilitation progressive des acteurs.

Un plan ambitieux

Ce plan avait quatre objectifs principaux : (I) améliorer la prise en charge des patients, (II) prendre mieux en compte les besoins de ces derniers, de leurs familles et des professionnels, (III) développer la qualité des soins et la recherche, et (IV) impulser des programmes spécifiques, notamment pour les patients placés sous main de justice. Leur pilotage et leurs indicateurs - épidémiologiques, statistiques, financiers - n'ont pas été à la hauteur des ambitions.

Des disparités persistantes et une prise en charge médico-sociale insuffisante

Malgré quelques progrès, l'objectif de favoriser les prises en charge extrahospitalières et de désengorger les lits d'hospitalisation complète n'a pas été atteint (la réduction du nombre de lits hospitaliers passant de 58 580 en 2005 à 57 410 en 2010). Les alternatives à l'hospitalisation demeurent trop peu développées, et le chaînage avec les structures médico-sociales est encore défaillant.

Ainsi, la Cour relève l'importance des hospitalisations inadaptées et des transferts intempestifs de patients du fait de suroccupations ou les ruptures dans la prise en charge pour les populations précaires ou pour les personnes incarcérées.

Par ailleurs, les cartes établies pour ce rapport confirment de considérables disparités dans la densité au regard de la population en équipements et services, y compris en psychiatres libéraux. Les inégalités de répartition se sont accentuées entre 2000 et 2010 : les écarts allant du simple au décuple. Au 1er janvier 2011, les psychiatres étaient 13 645 en métropole dont plus du tiers en Ile-de-France, 80% exerçant dans des villes de plus de 50 000 habitants.

Plus généralement, le plan n'a pas traité le problème des postes hospitaliers vacants, soit un sur cinq postes budgétaires, et **les mesures d'incitation afin de pourvoir les emplois dans les départements peu urbanisés n'ont pas été mises en œuvre.**

« Santé-justice » : progrès inaboutis

L'analyse du programme « Santé-justice » révèle que près de **40% des quelque 65 000 détenus font l'objet d'un suivi psychiatrique.** Le cumul de troubles mentaux et de précarité accroît fréquemment les difficultés de réinsertion sociale et professionnelle, ce qui augmente, du même coup, le risque d'une réincarcération suivie d'une dégradation de l'état de santé.

La priorité conférée à l'amélioration des locaux et à leur sécurisation était nécessaire. Ainsi, un nombre plus élevé que prévu d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) a été financé. En revanche, **l'optimisation et la continuité des parcours de soins et de leur débouché vers une réinsertion sociale, n'ont pas toujours bénéficié d'une égale attention.**

Comme le soulignent les rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté, **il reste à réduire de multiples situations d'insalubrité, de promiscuité, de déficiences en effectifs et en formation.**

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 du ministère de la justice prévoit des actions plus importantes et mieux structurées. Au regard de l'objectif de 80 000 places pénitentiaires en 2017, **les capacités de prise en charge psychiatrique seront encore plus insuffisantes à moyen terme, si le temps disponible pour les consultations n'est pas optimisé, et si les moyens de suivi postpénal comme leur efficacité ne sont pas renforcés.**

Un pilotage insuffisant

Le pilotage du plan, initialement robuste, s'est délité mi-2007. La répartition, la maîtrise et le suivi des moyens nouveaux - personnels, investissements, recherche - en ont été d'autant plus affectés que leur financement était inégal. **Ce financement a été important en matière de sécurité, difficilement identifiable en matière de création d'emplois, et très insuffisant en recherche.**

Concernant l'immobilier, domaine dont le plan soulignait les graves déficiences, 329 opérations ont été prévues (1,8 Md€), dont **plus de la moitié restent à livrer, d'ici 2017.** Dispersés entre des centaines d'opérations de mises à niveau, ces financements ont à ce stade abouti au maintien de sites inégalement fonctionnels, parfois avec retard. Les prix de revient au mètre carré ont été très hétérogènes.

Un effort important a été ainsi engagé pour améliorer la qualité et la sécurisation du parc hospitalier psychiatrique, mais sans pour autant l'amener partout au même niveau que les autres établissements de santé. **Cette modernisation, trop concentrée sur les structures d'hospitalisation complète, n'a pas été guidée par une stratégie claire et appropriée.**

Enfin, **la recherche en psychiatrie demeure la parente pauvre de la recherche en santé.** Au regard des enjeux, le constat négatif que formulait déjà le plan en 2005 demeure valide.

Une confusion dommageable dans l'organisation territoriale des prises en charge

L'organisation territoriale des prises en charge, la « sectorisation » psychiatrique, fait l'objet **d'une discrète et progressive mise en déshérence.**

La mise en œuvre du plan « psychiatrie et santé mentale » s'est ainsi déployée entre une stratégie nationale de suppression de la sectorisation et son maintien de facto, **entraînant une confusion dommageable.**

A ce stade, le plan a insuffisamment apporté à la fois à l'accroissement des moyens extrahospitaliers et à la diminution à due concurrence des capacités en hospitalisation complète.

Au moment où les Agences régionales de santé (ARS) ont entrepris, dans le cadre de leurs plans stratégiques de santé, de mieux organiser les complémentarités entre les structures et les institutions publiques et privées de manière à **garantir à tous les patients une prise en charge diversifiée et de proximité, il est donc urgent que soient redéfinis et clarifiés les missions et les modes d'action des différents acteurs.**

Conclusion

Au regard du constat très critique que dressait le plan en avril 2005, **les progrès constatés à plusieurs égards n'ont pas permis de modifier significativement l'état des lieux.** Nombre d'actions apparaissent inachevées, et nombre de points majeurs restent en chantier. **Une remobilisation est donc à opérer** autour d'un ensemble plus sélectif de priorités et de mesures, **afin de soigner chaque patient avec la dignité à laquelle il a droit en France.**

Les 26 recommandations formulées par la Cour visent à traduire les quatre grandes orientations stratégiques suggérées par le présent rapport :

- En premier lieu, la définition, au sens du code de la santé publique, et **la mise en œuvre d'une mission de service public** visant l'ensemble de la psychiatrie (au lieu de la seule hospitalisation sans consentement comme jusqu'à maintenant). Cette clarification devrait préserver les acquis de la sectorisation, et faciliterait la mise en œuvre de la stratégie indispensable de réorganisation et de hiérarchisation de l'offre de soins.
- En second lieu, il convient de plus vigoureusement **réduire les disparités géographiques**, par redéploiement en raison des contraintes financières de l'assurance maladie, en renforçant la priorité affectée aux alternatives de proximité.
- En troisième lieu, **la réforme du financement des soins psychiatriques doit être mise en œuvre.** Les progrès du plan en matière d'informatisation et de statistiques devraient permettre de ne plus la différer.
- Enfin, **le renforcement de l'efficacité et de l'efficacé des soins** appelle un accroissement de la recherche et de l'épidémiologie.

Les principales recommandations de la Cour :

- Réduire les files d'attente d'un avis médical spécialisé en psychiatrie.
- Continuer à développer et à diversifier une offre sanitaire, médico-sociale et sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées à temps plein de manière inadéquate en redéployant plus activement les moyens hospitaliers et en définissant une mission de service public propre à la psychiatrie pour pérenniser les acquis du secteur.
- Généraliser les conseils locaux de santé mentale, regroupant tous les acteurs.
- Mettre en œuvre un pôle national de coordination de la recherche en psychiatrie, toutes disciplines réunies.
- Mettre en conformité avec des normes nationales les établissements et services accueillant des malades mentaux, y compris en milieu carcéral.
- Harmoniser la conception, la répartition et l'emploi des unités pour malades difficiles et des chambres d'isolement.

[Consulter le rapport et les autres éléments](#)

Contacts presse :

Dorine BREGMAN - Directrice de la communication - Tél : 01 42 98 98 09 - dbregman@ccomptes.fr

Denis GETTLIFFE - Responsable des relations presse - Tél : 01 42 98 55 77 - dgettcliffe@ccomptes.fr