



Présentation à la presse du rapport public thématique sur
L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES
LES EFFETS DU PLAN « PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE » 2005-2010

Discours de Didier Migaud,

Premier président de la Cour des comptes

mardi 20 décembre 2011

Mesdames, Messieurs,

C'est un plaisir pour moi de vous accueillir à la Cour des comptes pour vous présenter notre dernier rapport public thématique de l'année 2011 qui porte sur l'organisation des soins psychiatriques.

Vous serez peut-être surpris de voir la Cour s'intéresser à politique publique liée à une discipline médicale.

Ce n'est pas la première fois qu'elle le fait : en 2008, elle avait dressé un bilan du plan cancer de l'époque, elle a aussi depuis examiné les résultats du plan périnatalité. Elle s'est engagée dans ce sujet de la psychiatrie - qu'elle avait abordé pour la dernière fois en 2000 - en cherchant à mesurer les effets du plan psychiatrie et santé mentale adopté par l'État en 2005. Ces travaux s'inscrivent donc dans la continuité de l'examen par la Cour de plans de santé publique.

Cependant, la méthode retenue a permis d'élargir l'analyse de la Cour, au-delà de la réalisation ou non des mesures du plan et de leur coût, à l'organisation générale des soins en psychiatrie. Cette analyse a été menée en partenariat étroit avec le Haut conseil de la santé publique dont je suis très heureux d'accueillir ce matin le président, le professeur Roger Salamon, à cette tribune.

L'enquête de la Cour et l'évaluation du même plan par le HCSP ont été menées, du début à la fin, en parallèle. La Cour a assisté à la quasi-totalité des auditions menées par le HCSP, à sa conférence évaluative – le Président Salamon en présentera dans un instant la méthode et les constats.

Réciproquement, des membres du HCSP ont participé à des visites de terrain de la Cour. Une relecture commune des deux rapports a permis de s'assurer qu'ils sont complémentaires et cohérents.

Pour la Cour, s'agissant d'un domaine spécialisé, le regard des experts médicaux du HCSP a été précieux. Cette collaboration a ainsi été très utile et conforte la solidité de nos travaux, en venant élargir, en quelque sorte les principes de collégialité et de contradiction sur lesquels ils reposent. La Cour a aussi appuyé ses constats sur la visite d'une quarantaine d'établissements hospitaliers situés dans 11 régions, ainsi que dans des établissements pénitentiaires.

Pour vous présenter ce rapport, j'ai autour de moi Antoine Durrleman, président de la sixième chambre, Jean-Marie Bertrand, président de chambre et rapporteur général de la Cour, et Alain Gillette, conseiller maître, rapporteur. Je tiens à adresser mes vifs remerciements à l'équipe des rapporteurs formée d'Alain Gillette, de Benoît Leclercq conseiller maître en service extraordinaire, de Simon Bertoux, auditeur, et du Dr. Yvette Ract, médecin expert auprès de la Cour, ainsi qu'à Marianne Lévy-Rosenwald, conseillère maître et contre-rapporteur.

*

Les enjeux de la psychiatrie sont importants : plus de 1 million de personnes sont prises en charge chaque année. Le dispositif repose essentiellement sur l'offre de soins publique, notamment pour les cas les plus lourds. Les pathologies

psychiatriques sont au troisième rang des groupes de maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Elles représentent un coût pour l'assurance maladie de l'ordre de 13 Md€ par an, soit 7% de ses dépenses.

La psychiatrie se distingue d'autres disciplines médicales par l'extrême variabilité des pathologies d'un patient à l'autre, par leur caractère désocialisant qui impose une prise en charge sanitaire mais aussi sociale.

Cela entraîne une grande diversité des méthodes thérapeutiques. De nombreux rapports aux conclusions largement convergentes sont venus critiquer l'organisation actuelle de l'offre de soins sans conduire à des évolutions suffisantes. La Cour a conclu que sur ce sujet, une clarification est plus que jamais urgente, au vu de la permanence des difficultés qu'elle a relevée.

La Cour fait quatre constats marquants et formule plusieurs recommandations qui en découlent.

En premier lieu, le basculement espéré de l'hospitalisation complète de nombreux patients vers des alternatives à celle-ci plus nombreuses et plus diverses n'a pas été obtenu. Historiquement, la prise en charge des patients en psychiatrie reposait exclusivement sur l'hospitalisation complète.

Depuis les années 1960, la France a cherché au contraire à éviter autant que possible qu'il y soit fait recours. En effet, des progrès, permis notamment par les médicaments, ont rendu possible une prise en charge efficace des patients sans leur faire subir une hospitalisation dont les conditions sont inégalement adaptées à leur état de santé. Pour cela, le plan prévoyait que davantage de patients soient pris en charge dans d'autres structures, extrahospitalières, telles que les centres de consultation implantés en ville dits centres médico-psychologiques (CMP), les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP).

Le recours à ce type de prises en charge très diversifiées et donc mieux personnalisées permet d'envisager, dans la plupart des cas, la réinsertion sociale des patients. Les effets n'en sont pleinement positifs que si la continuité, la cohérence et la proximité du soin sont assurées et si le patient n'est pas soumis à des ruptures dans son accompagnement thérapeutique et dans son mode de vie.

Or, la Cour constate que l'hospitalisation complète continue de jouer un rôle trop central dans les prises en charge. Notre pays a certes connu une réduction spectaculaire du nombre de lits : **la courbe que vous voyez sur l'écran** montre que cette tendance est ancienne. Mais à droite, on voit que ces dernières années, depuis le lancement du plan, elle s'est paradoxalement ralentie.

Le nombre de lits par millier d'habitants demeure, semble-t-il, dans la fourchette haute des comparaisons occidentales. On ne peut donc pas dire qu'il y ait pénurie de lits en France. Or, ces lits sont partout saturés. Cela traduit un usage en partie inadapté de ceux-ci : les séjours prolongés, qui peuvent durer plusieurs années, sont trop nombreux, et la réinsertion sociale des patients qui les subissent est rendue plus difficile par l'hospitalisation elle-même.

La principale cause de ces occupations prolongées, qui réduisent fortement la disponibilité des lits, est le manque de solutions d'aval, c'est à dire de structures sanitaires extrahospitalières que j'ai évoquées, et de places adaptées en établissements médico-sociaux.

Selon une étude menée en Provence-Alpes-Côte d'Azur, 60% des patients en séjour prolongé, c'est à dire de plus de 10 mois, étaient considérés en 2007 comme réorientables vers des structures alternatives à l'hospitalisation complète. Si l'on extrapole la proportion constatée en PACA, près de 10 000 patients resteraient sur le territoire français hospitalisés depuis longtemps en service psychiatrique aigu alors que leur état de santé permettrait, grâce à une prise en charge adaptée reposant sur les structures alternatives à l'hospitalisation, d'accéder à une autonomie accrue.

Cette situation crée un cercle vicieux qui alimente la saturation des lits : le recours excessif à l'hospitalisation complète mobilise un nombre important de professionnels, ce qui limite les moyens affectés non seulement à l'extrahospitalier en aval, mais aussi à la prévention.

Cela entraîne des dégradations évitables de l'état de santé de nombreux patients et un recours plus fréquent à l'urgence, donc à l'hospitalisation complète, dans des conditions pas toujours optimales. Ainsi, pour forcer l'admission d'un patient dans un service, il est parfois fait recours à des hospitalisations sans consentement, ce qui est préjudiciable aux libertés individuelles et détourne cette procédure de son usage normal.

En dépit des objectifs du plan, l'insuffisance des ressources affectées aux structures extrahospitalières, notamment aux centres médico-psychologiques (CMP), conduit à des délais d'attente tout à fait excessifs pour obtenir une première consultation psychiatrique. Certes, le nombre de patients suivis a augmenté mais les ressources médicales affectées n'ont pas suivi en proportion, maintenant l'accès aux soins difficile, et la prévention, insuffisante. Le plan, faute de définir une méthode d'allocation des ressources, n'a pas permis de concrétiser tous les progrès annoncés. Par ailleurs, comme vous le dira le professeur Salamon, les liens entre médecins généralistes et CMP ou psychiatres libéraux ne sont pas assez développés.

La trajectoire des patients demeure ainsi marquée par des incohérences et des ruptures de prise en charge qui sont autant de pertes de chance pour les patients.

Il importe donc de développer les conditions d'un réel transfert des moyens de l'hospitalisation complète vers les alternatives, par ailleurs moins coûteuses. Le plan a permis la création d'environ 2000 places d'hospitalisation partielle sur un total de 28 000 places, et la réduction concomitante de 4500 lits d'hospitalisation complète ; cette reconversion des moyens a donc été partielle et insuffisante. Le chaînage avec les structures médico-sociales et sociales permettant une meilleure prise en charge des patients stabilisés est encore défaillant.

Le rapport évoque le mode de financement de la psychiatrie. Il fournit aux établissements des enveloppes globales, reconduisant parfois des inégalités anciennes entre eux. Cela ne permet pas de réorienter efficacement le financement vers les structures alternatives. A la discrétion des équipes locales, dont les approches thérapeutiques sont diverses, ce financement global, comprenant les moyens affectés par le plan, n'a pas partout entraîné un développement suffisant des structures alternatives. Dans près des deux-tiers des régions, l'hospitalisation complète a bénéficié de la plus grande partie des financements.

Les disparités n'ont guère été résorbées. **Sur l'écran, cette carte présente** la répartition des lits d'hospitalisation complète par 100 000 habitants en psychiatrie générale, non compris les lits pour enfants et adolescents. La densité va du simple au triple, en partie du fait du suréquipement ancien des régions Bretagne, Limousin et Auvergne dont les asiles accueillaient, il y a des décennies, des patients d'autres régions. D'autres cartes du rapport mettent en évidence des disparités parfois plus fortes, de un à dix pour la psychiatrie infanto-juvénile et extrahospitalière.

La répartition des professionnels de santé est aussi très inégale, en particulier les psychiatres libéraux qui ne sont présents, dans leur grande majorité, que dans les agglomérations importantes et dans le Sud.

Le plan annonçait la mise en place d'une tarification à l'activité mieux adaptée aux spécificités de la psychiatrie. Pour cela, il fallait d'abord fiabiliser les données, et le plan a eu le mérite de consacrer 40 M€ à cet effet à l'informatique. Mais le chantier de la réforme de la tarification n'a qu'à peine commencé.

En attendant, c'est aux agences régionales de santé de jouer un rôle plus prescriptif envers les hôpitaux, afin de résorber plus vigoureusement les disparités et poursuivre le développement d'une offre diversifiée, un parcours de soins fluide et au plus près du lieu de vie et l'insertion sociale du patient, en rupture avec une tradition asilaire encore trop présente. La Cour recommande donc une évolution des modalités d'organisation et de gestion interne des établissements pour mieux distinguer les moyens intra- et extrahospitaliers et de renforcer les seconds. Le développement des structures extrahospitalières doit aller de pair avec une évaluation de la qualité de fonctionnement thérapeutique de celles-ci, aujourd'hui quasi inexistante.

Le deuxième constat de la Cour porte sur la persistance des disparités de prise en charge des 65 000 détenus, dont plus du tiers souffre de pathologies psychiatriques, alors le plan comportait un programme « santé justice » pour y remédier. Le monde pénitentiaire offre comme un concentré de toutes les difficultés rencontrées en psychiatrie. Cette population est particulièrement vulnérable. Sa prise en charge demeure très insatisfaisante : le nombre de psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire est parfois insuffisant.

La coordination entre membres des équipes médicales, celle entre services médicaux et pénitentiaires, n'est pas toujours complète. Ainsi, l'annulation de nombreux rendez-vous aboutit-elle à une sous-utilisation des ressources humaines disponibles, et à des soins moins continus, alors qu'au fil des transferts d'un site pénitentiaire à un autre il y a aussi des risques de rupture du parcours de soins. Les locaux demeurent souvent dans un état de vétusté proche de l'indignité : le cas, mentionné dans le rapport, des Baumettes à Marseille n'en est qu'un exemple.

Des moyens significatifs (134,5 M€ soit cinq fois plus que prévu) ont certes été consacrés aux investissements, de sécurité principalement. Ainsi ont été créées des unités hospitalières spécialement aménagées, les UHSA, qui inversent le schéma traditionnel : au lieu que des services hospitaliers s'installent dans les prisons, les UHSA sont implantées dans un hôpital, seule leur sécurité extérieure étant assurée par l'administration pénitentiaire. Ces nouvelles structures devraient permettre des progrès dans la prise en charge de courte durée – quelques semaines - des détenus en crise aggravée.

La Cour recommande une meilleure coordination entre administration pénitentiaire et professionnels de santé, afin d'améliorer notamment la gestion du temps de consultation dans les établissements pénitentiaires.

Le troisième constat de la Cour est celui d'un pilotage insuffisant du plan. Un dispositif de suivi du plan rigoureux était initialement en place mais il s'est progressivement délité.

Cela a handicapé les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, préfectoraux, pénitentiaires. Ont en conséquence parfois manqué des indicateurs fiables et le bilan du plan, incomplet, n'a pas été publié.

Les objectifs étaient ambitieux en matière de renforcement des effectifs, de modernisation immobilière et de développement de la recherche. Les financements correspondant ont été inégalement répartis : élevés pour l'immobilier, la formation des infirmiers et la sécurité, difficilement identifiables pour les créations de postes et presque inexistantes en recherche.

S'agissant de la psychiatrie publique, de 2004 à 2008, l'augmentation de l'enveloppe de l'assurance maladie qui finance les soins a été de 9,5% tandis que les financements hospitaliers, toutes disciplines confondues, augmentaient de 14,3%, moitié plus. La psychiatrie publique n'a donc pas bénéficié d'un renforcement global de ses moyens, ce qui relativise l'effet du plan en matière de crédits de fonctionnement. Il faut noter par ailleurs la forte progression des moyens de la psychiatrie privée –les cliniques– dont le financement par l'assurance maladie a augmenté de 32,3% sur la même période, trois fois et demi plus que la psychiatrie publique qui prend les cas les plus lourds.

La Cour recommande non pas une forte croissance de ces financements mais un redéploiement des moyens existants, de l'hospitalisation complète, coûteuse puisque le coût d'une journée est de l'ordre de 400 €, vers la prévention et les alternatives qui, plus porteuses de réinsertion, le sont nettement moins.

Les investissements auront en revanche connu une forte progression grâce au plan. La moitié seulement des 351 opérations prévues est déjà livrée, il y a donc un retard, mais d'ici 2017, 329 devraient au total l'être, soit 1,8 Md€ d'investissements. La moitié des financements ont bénéficié aux établissements spécialisés, anciens asiles, les plus vétustes.

Or, ils sont parfois mal placés géographiquement, alors que les structures extrahospitalières n'ont reçu à ce stade que 12% des crédits. Une vision d'ensemble et un suivi plus rigoureux ont manqué.

Enfin, la recherche en psychiatrie demeure la parente pauvre de la recherche en santé, alors que les besoins de connaissance épidémiologie et d'amélioration des pratiques thérapeutiques sont importants. Les moyens fournis par le plan sont demeurés largement insuffisants. Des efforts de coordination de l'effort de recherche sont par ailleurs nécessaires.

Quatrième et dernier constat de la Cour : la nécessité de refonder l'organisation territoriale.

La psychiatrie a adopté, à partir de 1960, un mode d'organisation novateur qui consistait à découper le territoire national en secteurs regroupant environ 70 000 habitants et à prévoir le déploiement dans ceux-ci d'une offre de soins de proximité, fortement coordonnée et tournée vers la réinsertion des patients. Le choix a été fait de confier aux hôpitaux psychiatriques la mission de développer ces structures extrahospitalières avec les moyens dégagés par la suppression des lits, avec les résultats inégaux et inaboutis que j'ai déjà décrits.

Le « secteur » ou la « sectorisation » désignent ce mode d'organisation de proximité, mais aussi un ensemble de valeurs privilégiant la prévention, le diagnostic, la réinsertion sociale des patients plutôt que leur maintien en hospitalisation complète. Quelque soient leurs méthodes thérapeutiques, la quasi totalité des psychiatres publics manifestent leur attachement au secteur.

Or, depuis près de dix ans, la politique du secteur a été progressivement remise en cause. Tout d'abord, ainsi que la Cour l'avait recommandé en 2000, il a été entrepris de rapprocher le découpage de celui des autres disciplines médicales.

Désormais, la planification se fera par territoires de santé, sous la conduite des agences régionales de santé, et en intégrant les établissements privés. Mais, au moment de cette réforme qui pouvait être consensuelle, la plupart des dispositions du code de la santé publique relatives au secteur ont été supprimées, sans en préserver juridiquement les acquis ni fonder une nouvelle méthode de coordination.

En effet, le ministère considérait qu'il convenait de déployer sur le territoire une offre non seulement publique mais qui intègre aussi le secteur privé et que le secteur était porteur d'une vision trop cloisonnée de l'offre de soins.

Demeurent dans le droit quelques dispositions relatives au secteur incohérentes entre elles. Désormais, aucune autorité n'est compétente pour découper le secteur ni désigner les personnes qui en sont en charge. Les secteurs demeurent dans les faits la base de la coordination, alors qu'ils n'existent plus en droit. Une confusion dommageable en a résulté, faute d'une déclinaison explicite sur le terrain de cette stratégie ministérielle, de mise en déshérence de la sectorisation. La cohérence de cette coordination de proximité avec les territoires de santé – guère plus qu'un par département, soit huit fois moins que de secteurs - sur lesquels travaillent les agences régionales de santé, reste à assurer.

La carte du Nord Pas de Calais que vous voyez illustre la complexité géographique de cet enjeu.

Le secteur a des défauts, dont le principal est de ne pas distinguer de manière claire les moyens affectés aux structures extrahospitalières de secteur des moyens consacrés à l'hospitalisation complète et donc permettre une persistance de l'hospitalocentrisme. Mais la Cour a constaté sur le terrain qu'il présente aussi et surtout des avantages : il permet à la population située sur un territoire de proximité de disposer d'une offre de soins proche et gratuite, sous la responsabilité d'un hôpital.

La Cour est aussi convaincue qu'il existe une spécificité de l'offre de soins en psychiatrie par rapport aux autres disciplines médicales, compte tenu du caractère désocialisant des pathologies. La Cour recommande donc qu'un cadre juridique cohérent soit construit, spécifique à la psychiatrie. Elle propose notamment que soit définie une mission de service public, qu'on l'appelle « psychiatrie de secteur » ou autrement, qui attribuerait à certains établissements de santé la responsabilité de garantir, sur un territoire de proximité, une offre de soins pluridisciplinaire, cohérente, continue, gratuite et rapide. Elle aurait pour mission

de favoriser les diagnostics précoces, d'éviter les ruptures de soins et d'assurer la réinsertion sociale des patients résidant sur un territoire. Le ministre du travail et de la santé, dans sa réponse à la Cour que vous trouverez en annexe, a fait sienne cette recommandation.

*

En conclusion, les mesures du plan psychiatrie et santé mentale n'ont que partiellement et inégalement été mises en œuvre. La Cour, confortée par l'évaluation menée par le Haut conseil de la santé publique, fournit en fin de rapport un tableau qui fait apparaître que seulement 11 des 33 mesures du plan ont été réalisées à un niveau élevé ou complet ; 14, à un niveau modéré ou variable, pendant que 8 mesures l'étaient de manière faible, incertaine ou qu'elles ont été abandonnées.

Des progrès réels ont donc été concrétisés, mais ils n'ont été assez étendus pour modifier significativement l'état des lieux que le plan lui-même avait lucidement dressé en 2005, marqué par l'insuffisance persistante de structures alternatives à l'hospitalisation en amont comme en aval.

Un redéploiement actif des moyens est donc nécessaire. Les disparités géographiques au regard des besoins de la population doivent être réduites, par redéploiement des moyens existants, en raison des contraintes financières de l'assurance maladie. Une dynamique de libération de lits d'hospitalisation complète pourrait se mettre en place, permettant d'augmenter les moyens au profit des alternatives à l'hospitalisation et de la prévention.

Il serait aussi souhaitable qu'au-delà de l'élaboration de plans de santé publique soit définie et concrétisée une politique globale en matière de psychiatrie qui décrive ses missions, ses principes et son organisation. Le dernier texte général de politique psychiatrique remonte à 1990.

Au moment où les pouvoirs publics finalisent un nouveau plan relatif à la psychiatrie, les 26 recommandations de la Cour devraient ainsi, comme celles du HCSP, inciter à apporter une réponse plus construite et mieux coordonnée, y compris au niveau interministériel, à la priorité de santé publique que constitue la montée grandissante des prises en charge de pathologies psychiatriques.

Les réponses des ministres concernés, en particulier celle du ministre du travail et de la santé, abondent toutes dans le sens de notre rapport.

Avant que nous répondions à vos questions, le professeur Salamon va présenter le rapport d'évaluation du Haut conseil de la santé publique qu'il préside.