L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES : LES EFFETS DU PLAN « PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE » (2005-2010)

Rapport public thématique

Décembre 2011

Sommaire

DELIBERE **9**

INTRODUCTION **11**

CHAPITRE I - UN POIDS EXCESSIF DE L'HOSPITALISATION COMPLETE **17**

I - La nécessité de réponses adaptées à la diversité des pathologies **17**
A - Des pathologies répandues, complexes et désocialisantes 18
B - Une offre de soins diversifiée 19

II - Un premier accès aux soins encore mal coordonné et souvent tardif **24**
A - Des efforts encore insuffisants pour inciter les patients et leurs familles à consulter 24
B - Des délais d'attente persistants en centres médico-psychologiques ... 25
C - L'insuffisante collaboration entre médecine générale et psychiatrie.. 27

III - Une hospitalisation complète anormalement saturée **29**
A - Une absence de pénurie de lits 29
B - Des lits pourtant saturés 31
C - Les effets néfastes d'une prolongation excessive des séjours 32

IV - L'insuffisance des alternatives à l'hospitalisation complète **41**
A - Une augmentation trop modeste des alternatives sanitaires à l'hospitalisation complète. 41
B - Une prise en charge médico-sociale et sociale en inégal développement 48

V - Des disparités territoriales persistantes **51**

CHAPITRE II - LE PROGRAMME « SANTE-JUSTICE » : DES PROGRES ENCORE INABOUTIS **59**

I - Peu de moyens pour améliorer les soins **61**

II - L'insuffisante coordination des services médico-psychologiques régionaux avec les services pénitentiaires **62**

III - La lente résorption des locaux vétustes **66**

IV - Des unités onéreuses, mais nécessaires **67**

V - Les difficultés d'orientation après la détention 70

CHAPITRE III - UN PILOTAGE INSUFFISANT 75

I - Un dispositif de suivi progressivement délité..... 75
A - Des instances et un réseau éphémères..... 75
B - Des acteurs nationaux peu mobilisés..... 77
C - Un cadre régional peu stable 79

II - Des outils de pilotage de qualité inégale..... 80
A - Un bilan financier incertain..... 82
B - L'absence de moyens de suivi des objectifs de santé publique définis en 2004..... 85
C - Des indicateurs de moyens et d'activité en progrès 87

III - Les résultats en demi-teinte de la remise à niveau des effectifs..... 89
A - Des créations d'emploi difficiles à mesurer avec exactitude 90
B - Des évolutions différentes selon les professions 91

IV - Des investissements massifs, mais tardifs..... 96

V - La sous-dotation persistante de la recherche..... 113
A - Un apport financier modeste 113
B - Une relance laborieuse de l'épidémiologie 115

CHAPITRE IV - UNE ORGANISATION TERRITORIALE FRAGILISEE..... 123

I - Une organisation territoriale aux insuffisances persistantes..... 124
A - Le découpage territorial 124
B - Une organisation qui ne limite pas les risques d'hospitalocentrisme 128

II - La disparition progressive de la notion de secteur 129
A - La réforme de la planification sanitaire en 2003..... 129
B - Une remise en cause progressive et profonde du secteur 130
C - Un cadre juridique devenu incohérent..... 132

III - Redéfinir l'organisation des soins en psychiatrie 135
A - Vers un décloisonnement de la psychiatrie sectorisée 135
B - Des spécificités à préserver par une mission de service public 137

CONCLUSION.....141

RECAPITULATION DES RECOMMANDATIONS 147

ANNEXES 151

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET ORGANISMES CONCERNES 161

Table des tableaux et des cartes

TABLEAU 1. PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE RAPPORTS PUBLIES RELATIFS A DE LA PSYCHIATRIE, 2000-2009 [1] 16
TABLEAU 2. REPARTITION DES JOURNEES DE PRISES EN CHARGE A TEMPS COMPLET (HOSPITALISATION ET ALTERNATIVES A TEMPS COMPLET), 2009 21
TABLEAU 3. REPARTITION DES PRISES EN CHARGE A TEMPS PARTIEL, 2009..... 22
TABLEAU 4. LES CMP ET LEURS JOURS D'OUVERTURE DANS LES ETABLISSEMENTS NON LUCRATIFS ; HOSPITALISATION A DOMICILE 27
GRAPHIQUE 5. EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLETE EN PSYCHIATRIE GENERALE ET INFANTO-JUVENILE..... 30
TABLEAU 6. NOMBRE DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLETE 2001-2010..... 30
TABLEAU 7. POSSIBILITES DE REORIENTATION DES 971 PATIENTS EN SEJOUR PROLONGE EN PACA, 2007 33
GRAPHIQUE 8. CAPACITES D'HOSPITALISATION COMPLETE ET PARTIELLE, 2001-09 42
TABLEAU 9: PLACES EN HOPITAL DE JOUR ET DE NUIT 42
TABLEAU 10. AFFECTATION DES CREDITS RECONDUCTIBLES (ODAM) 44
TABLEAU 11. MISE EN ŒUVRE DES 12 MESURES « SANTE-JUSTICE »..... 60
TABLEAU 12. CREDITS D'ETAT 82
TABLEAU 13. CREDITS DE L'ASSURANCE MALADIE RECONDUITS ANNUELLEMENT (M€) 84
TABLEAU 14. EFFECTIFS 2005-2009, PSYCHIATRIE, TOUS ETABLISSEMENTS 90
GRAPHIQUE 15. EVOLUTION DES EFFECTIFS DE PSYCHIATRES ET D'AUTRES SPECIALITES 91
TABLEAU 16. PSYCHIATRES PAR 100 000 HABITANTS 92
TABLEAU 17. PYRAMIDE DES AGES DES SPECIALISTES EN PSYCHIATRIE 94
TABLEAU 18. INVESTISSEMENTS AU TITRE DU PLAN 2006-2010 (M€)..... 98
TABLEAU 19. DELEGATIONS DE CREDITS, FMESPP, 2006-2011..... 99
TABLEAU 20. ETAT D'AVANCEMENT 2008 ET 2011..... 101
TABLEAU 21. REPARTITION PAR AFFECTATION AU 31 DECEMBRE 2008..... 101
TABLEAU 22. REPARTITION PAR MODE DE SUBVENTION, 31 DECEMBRE 2009 101

TABLEAU 23. REPARTITION PAR TYPES D'ETABLISSEMENTS AU 31 DECEMBRE 2008 102
GRAPHIQUE 24. RAPPORT ENTRE SURFACES DANS ŒUVRE (SDO) ET UTILE (SU) 107
GRAPHIQUE 25. PRIX DE REVIENT DU M² (SURFACE DANS ŒUVRE) 108
TABLEAU 26. RECHERCHE NEUROBIOLOGIQUE EN PSYCHIATRIE, BASE 2007 113
TABLEAU 27. RECHERCHE, MESURES NOUVELLES AU TITRE DU PLAN 114
TABLEAU 28. ESTIMATION DU DEGRE DE REALISATION DU PLAN « PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE » 141
TABLEAU 29. FINANCEMENT D'INVESTISSEMENTS, ETABLISSEMENTS PRIVES A BUT LUCRATIF 158
TABLEAU 30. DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE, ETABLISSEMENTS 160
TABLEAU 31. DEPENSES D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE, SOINS HORS HOSPITALISATION PUBLIQUE, 2009 161

CARTE 1. MESURES D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT, EVOLUTION 2005-2009 38
CARTE 2. CENTRES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES ET UNITES DE CONSULTATION, 2009 52
CARTE 3. HOSPITALISATION COMPLETE, PSYCHIATRIE GENERALE, 2009 53
CARTE 4. HOSPITALISATION A TEMPS PARTIEL, PSYCHIATRIE GENERALE, 2009 54
CARTE 5. PSYCHIATRES, 1ER JANVIER 2010, POUR 100 000 HABITANTS 55
CARTE 6. DIFFERENCES REGIONALES ENTRE NOUVEAUX INSCRITS A L'ORDRE DES MEDECINS ET NOUVEAUX DIPLOMES, PSYCHIATRIE, 2005-2009 56
CARTE 7. FINANCEMENTS DES INVESTISSEMENTS, 2006-2010 ... 104
CARTE 8. OPERATIONS D'INVESTISSEMENT, PLAN, PRISM, 2006-2010 105
CARTE 9. SECTEURS ET TERRITOIRES DE SANTE, NORD-PAS-DE-CALAIS 127

Les rapports publics de la Cour des comptes

- élaboration et publication -

La Cour publie, chaque année, un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport est un rapport public thématique.

Les rapports publics de la Cour s'appuient sur les contrôles et les enquêtes conduits par la Cour des comptes ou les chambres régionales des comptes et, pour certains, conjointement entre la Cour et les chambres régionales ou entre les chambres. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs, et des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L***'indépendance*** institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La ***contradiction*** implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication dans un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La ***collégialité*** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site Internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par ***La documentation Française***.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil, a adopté le présent rapport sur « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005-2010) ».

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations et organismes concernés, et des réponses qu'ils ont adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman, Lévy, Lefas, présidents de chambre, M. Bertrand, président de chambre, rapporteur général, M. Picq, Mme Cornette, M. Hespel, présidents de chambre maintenus en activité, MM. Richard, Devaux, Gillette, Troesch, Beaud de Brive, Mme Bellon, M. Moreau, Mme Lévy-Rosenwald, M. Duchadeuil, Mme Pappalardo, M. Frangialli, Mme Morell, MM. Gautier (Louis), Braunstein, Mme Dayries, M. Phéline, Mmes Ratte, Ulmann, MM. Gautier (Jean), Vermeulen, Mme Darragon, M. Vivet, Mme Moati, MM. Davy de Virville, Couty, Mme Aubin-Saulière, MM. Sabbe, Valdiguié, Mmes Trupin, Froment-Védrine, MM. Ravier, Doyelle, Guibert, Mme Saliou (Monique), M. Uguen, Mme Gadriot-Renard, MM. Martin (Claude), Bourlanges, Baccou, Sépulchre, Arnauld d'Andilly, Antoine, Mousson, Guéroult, Mme Bouygard, M. Chouvet, Mme Démier, M. Clément, Mme Cordier, MM. Le Mer, Migus, Laboureix, Mme Dardayrol, MM. de la Guéronnière, Duwoye, Mme Fontaine, conseillers maîtres, MM. Schott, Cazenave, Klinger, Gros, Blairon, Schmitt, Jouanneau, conseillers maîtres en service extraordinaire.

A assisté et participé aux débats, sans prendre part au délibéré, M. Jean-François Bénard, Procureur général. Il était accompagné de M. Christian Michaut, avocat général.

A été entendu en son rapport, M. Jean-Marie Bertrand, rapporteur général, assisté de M. Alain Gillette, conseiller maître.

***

M. Gérard Terrien, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 15 décembre 2011.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 28 septembre 2011, par la sixième chambre de la Cour des comptes, présidée par M. Durrleman, président de chambre, et composée de MM. Cardon, Braunstein, Phéline, Diricq, Laboureix, Jamet, conseillers maîtres, les rapporteurs étant MM. Gillette, conseiller maître, Leclercq, conseiller maître en service extraordinaire, Bertoux, auditeur, Mme Yvette Ract, expert, et le contre-rapporteur, Mme Levy-Rosenwald, conseillère maître.

Il a été examiné et approuvé, le 18 octobre 2011, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, premier président, Bénard, procureur général, Picq, Babusiaux, Descheemaeker, Bayle, Bertrand, rapporteur général du comité, Mme Froment-Meurice, MM. Durrleman et Levy, présidents de chambre.

Introduction

Les pathologies relevant de la psychiatrie se situent en France au troisième rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. De nature, de gravité et d'évolution différentes, elles vont des plus lourdes, comme les schizophrénies, aux simples épisodes dépressifs ou anxieux isolés, avec, entre ces deux extrêmes, une très grande variété de troubles mentaux aux manifestations multiples.

Entre un dixième et un cinquième de la population, estime-t-on, risque d'être atteint par un trouble mental à un moment quelconque de la vie.

La prise en charge des malades cherche à prendre en compte au plus près cette diversité de pathologies. Répondant plus ou moins bien au traitement, certaines prennent des formes chroniques, avec parfois des récidives de crises aiguës susceptibles de mettre en danger le malade lui même ou son entourage. Les plus lourdes s'accompagnent d'une désocialisation rapide.

En fonction de chaque patient, sa prise en charge conjugue une double approche : d'une part, des soins, ambulatoires et, si nécessaire, après hospitalisation ; d'autre part, un accompagnement social et médico-social, souvent indispensable pour prévenir l'aggravation de l'état de santé et faciliter l'insertion dans une société où le malade mental encourt des risques forts de stigmatisation.

Les soins donnent lieu, chaque année, à plus d'un million de prises en charge, dont le coût pour le seul régime général d'assurance maladie atteint environ, en 2010, 13 Md€, soit de l'ordre de 7 % de ses dépenses. S'y ajoute un montant indéterminé supporté par d'autres régimes sociaux, et, au titre notamment de la prise en charge sociale et médico-sociale, par l'Etat et par les collectivités territoriales. Au total, le coût économique et social de ces pathologies est évalué à quelque 107 Md€ par an en France, soit un montant analogue à ceux constatés dans des pays comparables, en Angleterre, par exemple.

Cet enjeu majeur de santé publique a fait l'objet, au cours des dernières années, de nombreux rapports aux recommandations généralement convergentes[1]. Dans leur prolongement, et à la suite de l'émotion soulevée par le meurtre en 2004 d'une infirmière et d'une aide-

[1] Comme le montre le tableau récapitulatif page 16.

soignante dans un hôpital psychiatrique, un plan « *psychiatrie et santé mentale* » a été élaboré et mis en œuvre par les pouvoirs publics à partir de 2005. Il ambitionnait « *à partir d'une analyse des forces et des faiblesses des dispositifs de la santé mentale et psychiatrie actuels, de relever le double défi de faire face à la souffrance des patients née du plus intime, et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables* ».

Ce plan, d'une centaine de pages, a défini une politique à la mesure de la complexité du champ psychiatrique. Cinq axes stratégiques ont été retenus, assortis de 12 objectifs opérationnels. Leur déclinaison a comporté 33 mesures, elles-mêmes décomposées en 196 actions.

Le présent rapport rend compte de l'enquête conduite, en 2011, par la Cour des comptes sur la mise en œuvre du plan « *psychiatrie et santé mentale* » au cours de la période 2005-2010 pour ce qui concerne l'organisation des soins.

Dans son rapport public de 2000, la Cour avait traité ce même sujet, dans un chapitre intitulé « l'organisation des soins psychiatriques »[2].

[2] Rapport public annuel 2000 Cour des comptes, « L'organisation des soins psychiatriques », Paris, 2000, p. 408-442

Méthodologie de l'enquête

La Cour a principalement examiné l'impact du plan en termes de pilotage, d'organisation, de financement, de moyens et d'indicateurs. L'enquête a été circonscrite aux soins psychiatriques, hors maladie d'Alzheimer, autres démences et troubles envahissants du développement tels que les formes d'autisme. Elle n'a été élargie à d'autres aspects du plus vaste champ de la santé mentale que pour rendre compte des moyens qui leur ont été consacrés par le plan, en dehors de la psychiatrie *stricto sensu*. Les suites données aux observations et aux recommandations formulées par la Cour depuis une décennie ont été analysées. Des visites de terrain ont été effectuées dans onze régions, auprès d'une quarantaine d'établissements psychiatriques ou pénitentiaires et des agences régionales de santé[3].

Les administrations centrales du ministère chargé de la santé concernées par la mise en œuvre du plan ont été principalement la direction générale de la santé, la direction générale de l'organisation des soins, la direction générale de la cohésion sociale et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'action d'autres ministères et organismes a été plus brièvement analysée. Les données ont autant que possible été actualisées à l'automne 2011, l'exécution du plan s'étant poursuivie au-delà de 2008, la mise en œuvre des investissements se prolongeant jusqu'en 2017. Les rapports des chambres régionales des comptes et de l'inspection générale des affaires sociales ont été mis à profit pour élargir le champ des données ainsi recueillies.

Des contacts constants ont été entretenus pendant l'enquête avec le Haut conseil de la santé publique (HCSP) qui a évalué la mise en œuvre du plan sous l'angle de la santé publique[4].

[3] Les agences régionales de santé (ARS) ont été créées par la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Elles succèdent aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Les visites de terrain ont concerné les ARS de Bourgogne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Ile-de-France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Picardie, Rhône-Alpes.

[4] Haut conseil de la santé publique, Evaluation du plan « Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 », Paris, La Documentation française, collection Evaluation, décembre 2011.

Le chapitre I du présent rapport examine l'impact du plan sur les prises en charge des patients et leurs parcours de soins, au regard, en particulier, de la bonne articulation des différents acteurs qui y contribuent - déterminante pour la pertinence et la qualité des soins et pour prévenir ou réduire les ruptures de prise en charge - et de leur correcte répartition sur le territoire, essentielle à l'égalité d'accès aux soins.

Le chapitre II porte sur le principal programme consacré à une population particulière : le programme « santé-justice »[5], tourné vers la population pénitentiaire.

Le chapitre III analyse le mode de pilotage du plan et ses conséquences, au regard notamment des importants objectifs fixés en matière de renforcement des effectifs, de modernisation immobilière et de développement de la recherche.

Le chapitre IV traite de l'organisation territoriale des prises en charge, notamment de la « sectorisation » psychiatrique. Instauré il y a plus de cinquante ans, ce cadre spécifique des prises en charge psychiatriques a été, progressivement remis en cause, avec pour conséquence un flou préoccupant sur la manière selon laquelle doivent désormais s'organiser les soins en psychiatrie.

[5] La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques a été publiée après l'achèvement de l'enquête de la Cour ; sa mise en œuvre n'est donc pas analysée dans le présent rapport.

Les cinq axes stratégiques du plan « psychiatrie et santé mentale »

Axe 1- *Prise en charge décloisonnée* : 53 actions d'importance très variable. Elles concernaient essentiellement les capacités d'hospitalisation complète, partielle et les structures ambulatoires.

Axe 2- *Les patients, les familles et les professionnels* : 43 actions en leur direction, qui ont regroupé l'essentiel des emplois créés, des formations et des investissements (ces derniers ont été importants).

Axe 3- *Développer la qualité et la recherche :* 25 actions, autour de trois priorités.

Axe 4- *Programmes spécifiques* : 75 actions, notamment pour les malades mentaux placés sous main de justice.

Axe 5- *Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan*.

Tableau 1. Principales recommandations de rapports publiés relatifs à de la psychiatrie, 2000-2009 [1]

	CC 2000[2]	IGAS 2001[3]	DHOS 2001[4]	PIEL ET ROELA. 2001[5]	PLAN 2001[6]	LIVRE BLANC 2001[7]	ROE-LANDT 2002[8]	CHAR-ZAT 2002[9]	DGS 2002[10]	CLERY-MERLIN 2003[11]	PLAN 2005[12]	MNASM 2005[13]	COUTY 2009[14]	Sénat et Ass. Nat. 2009/10[15]	MILON 2009[16]
1.Améliorer l'information		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
2. Formation des professionnels		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
3. Faciliter l'accès aux soins	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
4. Réduire les disparités régionales	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
5. Collaboration hospitalier/libér.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
6. Meilleure organisation géogr.	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
7. Continuité de prise en charge	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
8. Décloisonner sanitaire/social	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
9. Travail en réseau soins de ville			●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●		●
10. Représentation des usagers			●	●	●	●	●								
11. Promouvoir droits des usagers	●	●		●	●	●	●	●		●	●	●	●		
12. Lutter contre la stigmatisation personnes avec troubles mentaux		●		●			●	●		●	●				●
13. Soutenir et impliquer familles		●	●	●	●	●	●	●		●	●	●	●		●
14. Impliquer les élus locaux			●	●		●	●	●					●		
15. Suivi pers. ss main justice				●									●	●	●
16. Etudier & améliorer HO, HDT	●	●			●						●		●	●	
17. Développer la recherche				●		●	●				●		●		●

Source : Cour des comptes, en partie d'après « Manuel de psychiatrie », sous la direction de J-D Guelfi et Fr. Rouillon, Paris, Elsevier Masson, 2007, page 666. Légende des notes en annexe 1, *infra.*

Chapitre I

Un poids excessif de l'hospitalisation complète

Tous les rapports récents, dont les principaux sont répertoriés dans l'annexe 1, ont souligné les écueils qui entravent le parcours de soins du patient, en raison notamment de la pluralité des acteurs et des structures.

Le plan avait pour objectif premier de les « décloisonner », en les déployant et en les articulant mieux, autant que possible hors des murs hospitaliers. L'hospitalisation à temps complet ne devrait être qu'une étape, à éviter dans toute la mesure du possible. Or le recours à l'hospitalisation est demeuré excessif, notamment faute de solutions d'aval, mais aussi de possibilités suffisamment développées de prises en charge alternatives en amont.

I - La nécessité de réponses adaptées à la diversité des pathologies

La population relevant de soins psychiatriques, estimée généralement à environ un million de personnes, présente une grande diversité de pathologies, plus ou moins invalidantes, auxquelles une large palette de réponses a été progressivement offerte.

A - Des pathologies répandues, complexes et désocialisantes

Selon le plan, *« bien que les connaissances épidémiologiques en santé mentale soient insuffisantes en France, comparé à d'autres pays européens, la France affiche souvent des indicateurs de santé mentale moins favorables : la santé mentale positive se situe à un niveau bas (9e rang sur 11), tandis que le taux de détresse psychologique est élevé (3e rang sur 11) et qu'on observe une fréquence des troubles dépressifs et anxieux particulièrement élevée qui met le pays au dernier rang des pays comparés* »[6].

Les données sont certes à interpréter avec prudence : les sources présentent des écarts du simple au double, voire davantage, qui dépendraient largement des instruments utilisés. Elles témoignent, néanmoins, de l'importance de ces pathologies, la France étant, en outre, en tête de la consommation pharmaceutique en ce domaine.

L'originalité des prises en charge est liée aux spécificités de ces maladies et aux débats nombreux que suscite leur mode de traitement.

La conception du « diagnostic » de la pathologie mentale a considérablement évolué ces dernières décennies. Se voulant plus factuelle et objective, elle repose essentiellement sur une description de symptômes ou des ensembles de symptômes, sans classification des pathologies, et elle intègre des domaines considérés hors discipline comme les démences. En termes de prises en charge, la conduite à tenir face à une pathologie donnée est rarement consensuelle, qu'il s'agisse du type de soins et de leur intensité, la psychiatrie différant en cela de la plupart des disciplines médicales.

Les soins psychiatriques ont fortement évolué au cours du dernier demi-siècle. La psychiatrie lourde a été transformée par les neuroleptiques puis les antipsychotiques, qui ont permis de réduire la fréquence et la durée des hospitalisations en milieu spécialisé. Toutefois, les malades requièrent un suivi extrahospitalier rapproché, médical et social, et donc des prises en charge alternatives diversifiées. Devenant souvent chroniques, ces pathologies n'en sont pas moins désocialisantes, compte tenu des fréquents effets secondaires des traitements médicamenteux lourds et des risques de rechute dans des crises aigües, empêchant en particulier tout retour à l'emploi.

Dans le même temps, la meilleure reconnaissance de manifestations moins lourdes, mais nombreuses et variées, a provoqué

[6] Plan, p. 4 (étude européenne de 2004, ancienne, mais toujours d'actualité).

une augmentation considérable de la demande de soins : par exemple, de la prise en charge de situations de stress accidentel ou professionnel ou de difficultés sociales, dans le cadre, beaucoup plus large, de la santé mentale et de sa préservation. Cette double évolution explique le besoin croissant d'un renforcement important de l'offre de soins extrahospitaliers.

B - Une offre de soins diversifiée

L'offre de soins en psychiatrie se répartit en trois segments :

- les hospitalisations complètes en services aigus, dans environ 13 % des cas (près de 19 millions de journées en 2010) ;

- les alternatives à ces hospitalisations, qu'elles soient à temps complet (2 millions de journées) ou à temps partiel, (7,2 millions de journées) ;

- les prises en charge ambulatoires institutionnelles (18 millions d'actes), auxquelles s'ajoutent les consultations en médecine de ville.

Les établissements de santé, publics ou privés d'intérêt collectif, assurent de façon très majoritaire ces prises en charge, notamment la quasi totalité de l'offre de soins alternative à l'hospitalisation complète, ainsi que la plus grande partie des consultations et visites, dites institutionnelles, à partir de structures extrahospitalières installées en ville.

1 - Les prises en charge à temps complet

Ces prises en charge sont assurées à l'hôpital, sous surveillance permanente, en milieu ouvert ou fermé. Elles entraînent une forte coupure du patient avec son milieu social et familial.

Près de 600 établissements de santé sont autorisés en psychiatrie, dont 46 % sont de statut public.

Parmi ceux-ci, 90 exercent exclusivement la psychiatrie, soit environ un par département[7]. En outre, 180 hôpitaux généraux disposaient

[7] Ils sont désormais minoritaires. D'abord appelés asiles d'aliénés, ils sont devenus des hôpitaux psychiatriques, puis des centres hospitaliers spécialisés (CHS), puis pour certains des établissements publics de santé mentale (EPSM). Aucune de ces appellations n'a de fondement juridique et le code de la santé publique ne distingue pas ces hôpitaux publics spécialisés des autres. Le plan mentionnait encore trois fois l'appellation centre hospitalier spécialisé et cinq fois les établissements «*publics*».

en 2009 d'un service de psychiatrie[8]. Par ailleurs, 158 établissements privés d'intérêt collectif, souvent gérés par des associations, fonctionnent de manière analogue.

Ces établissements publics ou privés d'intérêt collectif totalisent 80 % des lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie. Ils sont financés par des dotations annuelles de fonctionnement, versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Ces dotations sont allouées par les agences régionales de santé (ARS), dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), fixé par la loi annuelle de financement de la sécurité sociale.

Enfin, 20 % des lits sont implantés dans 151 établissements privés à but lucratif (cliniques privées), quasi exclusivement spécialisés en psychiatrie. Ils sont financés au tarif de journée dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN) relatif à la psychiatrie ou aux soins de suite ou de réadaptation (SSR).

L'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie regroupe au total plus de 57 600 lits, soit 13 % des lits d'hospitalisation complète toutes disciplines médicales confondues. 90 % des journées de prise en charge à temps complet ont été assurées en 2009 en hospitalisation complète, et, en aval, 2,2 % en postcure prolongeant des soins actifs après une phase aiguë, dont les objectifs peuvent se confondre avec la réhabilitation psychosociale. S'y ajoutaient, en 2010, 215 lits et 115 places de jour en milieu pénitentiaire.

2 - Les alternatives à l'hospitalisation complète

Les alternatives, à temps complet et hors hôpital, à l'hospitalisation à temps plein ou partiel (tableau 3) assurent près de deux millions de journées, soit un dixième des prises en charge à temps complet.

Les alternatives à temps complet (tableau 2 ci-après) (8 000 lits ou places), essentiellement développées par les établissements non lucratifs, sont insuffisamment nombreuses au regard des besoins :

- les « appartements thérapeutiques » visent une réinsertion sociale, avec une présence intensive de soignants pour un séjour de durée en théorie limitée ;

[8] La fermeture de très nombreux lits dans les établissements publics de santé mentale, ainsi que la nécessité d'ouvrir des lieux d'hospitalisation plus proches du domicile des personnes (les établissements publics de santé mentale étant souvent situés en milieu rural, selon les indications 'thérapeutiques' du XIXème siècle), a conduit à ouvrir des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux à partir des années 1970.

- l'accueil familial thérapeutique dans des familles volontaires et rémunérées par l'hôpital est destiné aux patients dont la prise en charge n'est plus intensive, mais pour lesquels un retour à domicile ou dans leur famille ne paraît pas encore possible ;

- l'hospitalisation à domicile, récente en psychiatrie, permet une prise en charge au domicile du patient plus intensive que les visites organisées par les centres médico-psychologiques situés en ville (CMP) présentés infra : les soins y sont réguliers, voire quotidiens.

Tableau 2. Répartition des journées de prises en charge à temps complet (hospitalisation et alternatives à temps complet), 2009

	TOTAL	Dont établissements en[9]	
		DAF	OQN
Hospitalisation à temps plein	90,1 %	78 %	22 %
Placement familial thérapeutique	4,7 %	100 %	-
Postcure	2,2 %	67 %	33 %
Appartement thérapeutique	1,5 %	99 %	1 %
Hospitalisation à domicile	1,1 %	100 %	-
Centre de crise	0,4 %	88 %	12 %
Total	**100 %**	**79 %**	**21 %**

Source : Cour des comptes, d'après Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, statistique annuelle des établissements de santé 2009

S'agissant des alternatives à temps partiel, l'hospitalisation partielle, très développée en psychiatrie, qui regroupe 39 % des capacités tous modes confondus et est essentielle à la réinsertion sociale des patients, recouvre plusieurs types de structures :

- l'hôpital de jour (26 539 places en 2010) ou de nuit (1 482 places) assure des soins intensifs et polyvalents par journée ou demi-journée. Il facilite la réinsertion des patients qui ne sont pas autonomes ;

- les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) et ateliers thérapeutiques (près de 1 700 structures fin 2010, dont 614 infanto-juvéniles, dites aussi pédopsychiatriques) dispensent des soins peu intensifs, voire discontinus, à des patients pouvant viser une existence autonome, souvent en aval de l'hôpital de jour. Leurs activités (artisanat,

[9] Une dotation annuelle de financement (DAF) finance les frais d'hospitalisation des établissements de santé publics ou privés à but non lucratif. Un objectif quantifié national (OQN) détermine le montant du financement des autres établissements privés de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation.

arts, groupes de parole, relaxation, sport, notamment) réhabituent à une activité professionnelle ou sociale[10].

Tableau 3. Répartition des prises en charge à temps partiel, 2009

Journées	TOTAL	Dont établissements en	
		DAF	OQN
Hôpital de jour	66,8 %	96 %	4 %
CATTP et atelier thérapeutique	30,2 %	99 %	1 %
Hôpital de nuit	3,0 %	97 %	3 %
Total	**100 %**	**97 %**	**3 %**

Source : Cour des comptes, d'après la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, statistique annuelle des établissements de santé 2009

Les établissements déclarent ainsi plus de 7,6 millions de venues en hospitalisation partielle[11], soit un volume important, spécifique à la psychiatrie. Elles sont presque exclusivement concentrées dans les établissements non lucratifs (soit en 2009, 30,3 % de leur activité contre 4,8 % pour les cliniques privées).

Enfin, les prises en charge médico-sociales sont des alternatives non sanitaires pour les patients stabilisés, dont le handicap psychique[12] a été reconnu, en aval d'hospitalisations souvent prolongées.

3 - Les prises en charge ambulatoires (consultations et visites)

De très nombreux premiers recours se font auprès des médecins généralistes qui traitent eux-mêmes les patients ou les orientent vers un spécialiste institutionnel (relevant du système hospitalier) ou libéral. La psychiatrie libérale accueille en consultations et en traitement ambulatoire une partie de la population souffrant de troubles mentaux. L'enquête de la Cour n'a pas porté sur ce segment de l'offre de soins mais a examiné la répartition géographique de ces professionnels.

[10] Un exemple est celui du bar-restaurant thérapeutique d'Albi (hôpital public spécialisé « Pierre Jamet »), ouvert à tous les passants.

[11] L'activité à temps partiel est décrite sous forme de venues en équivalent journée, en sommant des journées (1) et des demi-journées (0,5) selon les prises en charge effectuées.

[12] L'inspection générale des affaires sociales a formulé 60 recommandations en août 2011 dans un important rapport sur *La prise en charge du handicap psychique* (La Documentation française).

La prise en charge institutionnelle ambulatoire repose sur les 3800[13] centres médico-psychologiques (CMP), déployés uniquement par les établissements publics et privés à but non lucratif, qui, en principe, sont le pivot de la prise en charge et assurent sa cohérence. Ce sont des unités extrahospitalières de coordination et d'accueil situées en ville, dotées d'équipes pluridisciplinaires de psychiatres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, voire de conseillers d'éducation sociale et familiale ou d'ergothérapeutes. Les soins sont effectués sur place, à domicile ainsi qu'en établissement médico-social ou pénitentiaire. Il existe aussi des équipes mobiles spécialisées pour la prise en charge des populations précaires.

Certains CMP fonctionnent aussi en centres de crise ou d'accueil permanent (CAP) pour les urgences psychiatriques[14], et sont adossés aux services d'urgence d'hôpitaux généraux. Ils peuvent, par ailleurs, exercer une psychiatrie dite de liaison qui consiste à assurer un appui aux professionnels (avis, orientation) pour le suivi des patients hospitalisés en médecine, chirurgie ou obstétrique, ainsi que dans d'autres établissements (médico-sociaux, scolaires, notamment). Les locaux utilisés regroupent souvent des centres médico-psychologiques et des structures d'accueil à temps partiel.

La diversité des modalités de prise en charge constitue une originalité forte de la psychiatrie au sein du système de soins. Issues le plus souvent d'expérimentations et d'innovations de terrain, ensuite, progressivement reconnues et généralisées, ces réponses à des pathologies aux expressions très diverses devraient, en principe, garantir la fluidité du parcours du patient en conjuguant facilitation de l'accès à une thérapie, accompagnement des soins au plus près du lieu de vie, insertion, en rupture avec une tradition asilaire encore très présente.

Paradoxalement, et malgré cette ambition partagée par les acteurs, le plan faisait, dans le prolongement des rapports qui l'avaient précédé, le constat d'un cloisonnement préjudiciable qu'il entendait surmonter en reconsidérant l'articulation de la chaîne des prises en charge, maillon par maillon.

---

[13] Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, SAE 2009.

[14] Le guide cité plus loin du 1er août 2011 met en priorité des futurs schémas régionaux d'organisation des soins-programmes régionaux de santé l'organisation du « circuit de l'urgence » psychiatrique.

II - Un premier accès aux soins encore mal coordonné et souvent tardif

La plupart des prises en charge commencent par une consultation dans un centre médico-psychologique ou chez un psychiatre libéral. Dans la plupart des cas, ces consultations sont prescrites par le médecin généraliste traitant, même si l'accès direct au psychiatre est possible sans diminution de la prise en charge de la consultation par l'assurance maladie.

Lorsque sa maladie n'a pu être détectée dans le cadre d'un diagnostic préventif, le patient n'accède aux soins que par l'urgence, souvent en hospitalisation complète.

Agir afin d'éviter le déni, faciliter l'accès précoce au système de soins et améliorer la coordination des acteurs de soins constituent ainsi des objectifs primordiaux.

A - Des efforts encore insuffisants pour inciter les patients et leurs familles à consulter

En amont des prises en charge, pour lutter contre l'ignorance ou le refus du diagnostic, l'information du public sur les pathologies psychiatriques constitue un enjeu important. Le plan « psychiatrie et santé mentale » avait prévu certaines mesures en ce sens, notamment les premières campagnes d'information grand public concernant la psychiatrie[15].

Une première campagne contre la dépression a été lancée en novembre 2007, après des actions d'information auprès des professionnels de santé. L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) en a été chargé, pour un coût de 7 M€. La part des personnes déclarant avoir subi de tels troubles dans l'année écoulée sans avoir recouru à une prise en charge a ensuite chuté de 63 % en 2005 à 39 % en

[15] «*Les représentations (…), demeurent très négatives dans l'opinion publique et peuvent constituer un frein à la démarche de recours aux soins. Les maladies mentales sont souvent vécues comme honteuses et font peur, retardant ainsi l'accès aux soins des malades et la prescription de prises en charge (…). Elles renvoient, à des degrés divers, à un caractère de dangerosité, d'incurabilité et à l'exclusion qui menace les personnes qui en seraient atteintes*» (Plan, op. cit., p. 7).

2010[16]. Les déclarations recueillies indiquent aussi une baisse du recours aux psychotropes sans prescription médicale.

L'opportunité d'une telle intervention de l'Etat n'a toutefois pas fait l'objet d'un consensus : alors que des associations militaient pour la reconnaissance des troubles de l'humeur dans leur ensemble en tant que maladie, des professionnels s'inquiétèrent du risque de médicalisation de problèmes de nature sociale. L'Etat a décidé de ne pas la poursuivre.

D'autres actions étaient assignées à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, sur son budget ordinaire et ont en partie été réalisées ; certaines se poursuivent, telle la Semaine annuelle d'information sur la santé mentale[17].

Mais, alors que le plan envisageait une campagne portant sur des pathologies lourdes telles que la schizophrénie, l'absence de financement en a empêché la réalisation. Elle aurait eu pour objectif de lutter contre la stigmatisation qui éloigne les malades des soins et rend la réinsertion sociale de ceux qui y ont recours plus difficile.

B - Des délais d'attente persistants en centres médico-psychologiques

Malgré des disparités territoriales, l'accès à un centre médico-psychologique ne pose pas de difficultés en raison d'une proximité généralement raisonnable. Il est cependant souvent entravé du fait des délais d'attente avant un premier rendez-vous médical. Le plan, notant ce dysfonctionnement persistant[18], n'en a pas tiré les conséquences. Ni l'évolution des files actives en consultation, ni les délais d'attente n'ont été suivis entre 2003 et 2008, en partie du fait de l'évolution du système d'information dans le cadre du plan.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la file active[19], traitée exclusivement en ambulatoire par les établissements publics et privés d'intérêt collectif (c'est-à-dire suivie en consultations et en visites par un centre médico-psychologique), est passée d'environ 830 000 personnes en 2003 à plus

[16] Baromètre 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (entretiens par téléphone avec 27 653 personnes de 15 à 85 ans).

[17] Par ailleurs, des actions de promotion de la santé mentale mises en place par les associations d'usagers et par les groupements régionaux de santé mentale ont été subventionnées (2,3 M€). La mobilisation a été très hétérogène d'une région à l'autre.

[18] « *Les délais pour obtenir un rendez-vous ou une prise en charge sont souvent importants et témoignent d'un fonctionnement parfois inadapté* ».

[19] Le nombre de patients en cours de traitement.

d'un million en 2009[20], reflétant une augmentation de la fréquentation et aussi un meilleur recueil des données.

Dans le même temps, la part de la file active exclusivement ambulatoire dans la file active totale a augmenté de 68 % à 75 %, ce qui aurait dû conduire à affecter davantage de ressources à l'ambulatoire.

S'agissant des délais, ils étaient déjà supérieurs à un mois en 2003 dans 20 % des secteurs de psychiatrie générale et dans 60 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Aucun indicateur ne permet de savoir si la situation s'est améliorée ou dégradée nationalement, les deux tendances ayant été constatées sur place. Des délais d'attente importants ne traduisent pas nécessairement un manque de moyens mais peuvent être la conséquence d'une organisation qui ne donne pas un rôle suffisant aux centres médico-psychologiques. Aussi certains centres médico-psychologiques assurent-ils promptement un pré-entretien avec un infirmier ou un psychologue, pour intégrer le patient dans la file d'attente d'un psychiatre en fonction de la gravité de la situation.

Remédier à une telle situation suppose l'affectation d'un plus grand nombre de personnels, notamment médicaux, au point de contact le plus en amont avec le patient, dans une logique de prévention de la dégradation de son état de santé et de la prolongation des séjours hospitaliers qu'elle entraîne. L'augmentation sensible du nombre de centres médico-psychologiques ouverts au moins cinq jours par semaine paraît témoigner d'une évolution positive en ce sens[21].

Pour autant, le plan, faute d'avoir doté les opérateurs en psychiatrie d'une méthodologie d'optimisation de l'allocation des ressources et des files d'attente, ne semble pas avoir amélioré significativement les délais d'accès à de premiers soins d'autant que la coordination de proximité entre tous les acteurs est restée défaillante.

---

[20] Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Une rupture statistique existe entre les rapports de secteur fournis jusqu'en 2003 et les rapports d'activité en psychiatrie (RAPSY). Certains établissements n'ont fourni aucune information sur leurs files actives dans la statistique d'activité des établissements (SAE). Les files actives sont donc certainement sous-évaluées.

[21] Depuis lors, la convention médicale publiée au Journal officiel du 25 septembre 2011 a renforcé l'accès au psychiatre libéral (dans les seules zones où ceux-ci sont implantés, voir infra), avec la création d'une consultation de psychiatrie dans les 48 heures à la demande du médecin traitant, rémunérée 55,50 €.

C - L'insuffisante collaboration entre médecine générale et psychiatrie

Selon la direction générale de la santé (DGS), environ 30 % de la patientèle des médecins généralistes souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à leur santé mentale. Les généralistes jouent ainsi un rôle important d'orientation des malades et de prescription[22]. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques souligne cependant que *« seuls 35 % déclarent être suffisamment informés (…), plus de 90 % déclarent avoir des patients qui y sont suivis, mais seulement 40 % disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin et 22 % être régulièrement informés de la situation de leurs patients»*[23].

Ainsi, outre les délais d'attente pour obtenir un avis spécialisé, déjà mentionnés, les retours d'informations concernant les patients adressés aux centres médico-psychologiques (CMP) sont souvent tardifs et parfois inexistants.

Tableau 4. Les CMP et leurs jours d'ouverture dans les établissements non lucratifs ; Hospitalisation à domicile

	2000	**2003**	**2009**
CMP	3 700	3 600	3 740
dont ouverts moins de 5 jours/s.	*1 300*	*1 200*	*940*
dont ouverts 5 jours et plus/sem.	*2 400*	*2 400*	*2 800*
HAD – nombre de places	**760**	**800**	***990***

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, écarts méthodologiques (a) rapports d'activité de secteurs pour 2000 et 2003, (b) statistique annuelle des établissements de santé pour 2008 et 2009. Données arrondies à la centaine par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. « Sectorisé » = recensé au sein de secteurs, le solde étant hors secteurs.

[22] Les généralistes « *sont les acteurs de premier recours et prescrivent 85 % des psychotropes*" constatait à juste titre le plan (p. 13).

[23] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats n° 649, Août 2008, Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Le plan avait aussi évoqué le fait que 40 % des hospitalisations à la demande de tiers (HDT) étaient alors effectuées en urgence, alors que la législation avait prévu que cela soit exceptionnel. Cf. *supra*.

Le plan a donc eu à cet égard pour objectif d'inciter au partenariat en réseau entre spécialistes en psychiatrie et médecins généralistes. Il prévoyait deux mesures en la matière.

La première consistait à élaborer dès 2005 un « cahier des charges des réseaux en santé mentale ». Le travail préparatoire effectué avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui a intégré la santé mentale dans son accompagnement des médecins traitants, devait être soumis aux professionnels fin 2007. Cependant, aucun document n'a été publié.

La seconde mesure visait à *« une couverture large du territoire »*, en redéployant 5 M€ au sein de la dotation nationale de développement des réseaux, intégrée en 2007 au sein du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins que gère la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette mesure a été appliquée à 59 %, le supplément apporté aux agences régionales de santé, de 2005 à 2008, n'ayant guère dépassé 3 M€, soit le centième environ des financements de réseaux. Le nombre de réseaux en psychiatrie paraît être demeuré stable (90 sur les 742 financés en 2009) mais en Provence-Alpes-Côte d'Azur il a baissé de six en 2008 à quatre depuis 2009.

D'autres coopérations ont été développées, même si une quinzaine seulement ont été déclarées à la Fédération hospitalière de France, sur les 680 d'une étude publiée en mai 2011[24]. Le dispositif paraît donc insuffisant.

Les syndicats de médecins généralistes n'ont pas reçu d'informations sur le plan. Le renforcement prévu de la formation initiale en psychiatrie des généralistes n'a pas été réalisé. La spécialité de médecine générale devait connaître une augmentation des heures d'enseignement psychiatrique ; le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche n'a donné aucune instruction en ce sens. Des formations sont certes obligatoires pendant les stages, mais aucun bilan ne reflète de changements significatifs.

---

[24] Dans un grand établissement spécialisé, la chambre régionale des comptes d'Ile de France a noté que « *le cadre juridique offert par les conventions est sommaire. (…) elles sont renouvelées d'année en année par tacite reconduction, sauf dénonciation par une des parties. Aucune procédure de conciliation ou de médiation n'est prévue. Le rôle de la tutelle n'est pas évoqué dans les stipulations conventionnelles. Le régime de responsabilité des parties est en général abordé de manière elliptique. Il se limite à un article stipulant que* le médecin chef du secteur est responsable, en liaison avec les praticiens de l'hôpital général, de l'équipe chargée de l'activité psychiatrique». *Enfin, l'information du patient quant à l'existence d'une convention interférant dans sa prise en charge, et le recueil de son consentement éclairé ne sont jamais mentionnés.* »

Le nombre des postes de stages en psychiatrie pour internes en médecine générale, qui devait augmenter de 30 sur la durée du plan, a en fait diminué de 146 en 2005 à 89 en 2007 (des données plus récentes ne sont pas disponibles). L'enveloppe de 1 M€ attribuée à cet effet aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) semble avoir été affectée à d'autres actions.

La Haute Autorité de santé (HAS) a, pour sa part, élaboré et diffusé divers guides de bon usage des soins ou de recommandations de bonnes pratiques, dans un contexte professionnel « *peu habitué au consensus en termes de pratique et d'approche et disposant d'un nombre de travaux limité sur l'efficacité des thérapeutiques* », selon la Direction générale de la santé.

Si la relation des généralistes à la psychiatrie semble s'être améliorée, le plan n'y a contribué qu'à la marge compte tenu de la modestie de ces réalisations concrètes.

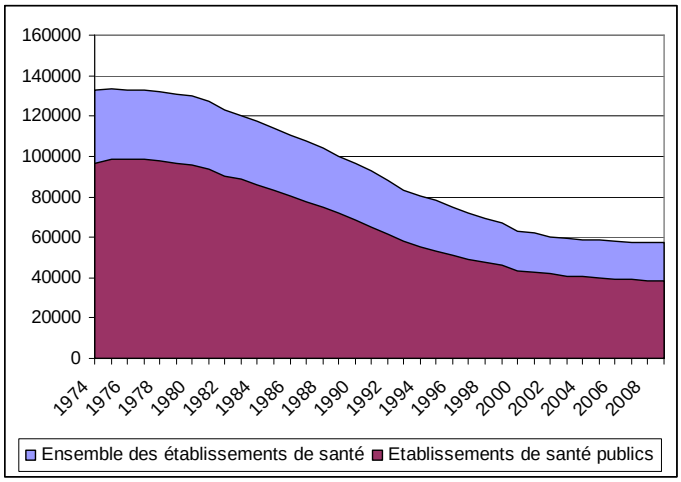
III - Une hospitalisation complète anormalement saturée

La saturation constatée de l'hospitalisation complète résulte bien davantage d'un dysfonctionnement de l'offre de soins que d'une capacité insuffisante en lits hospitaliers.

A - Une absence de pénurie de lits

Une réduction massive du nombre de lits de psychiatrie permise par les progrès des traitements médicamenteux est intervenue, comme dans tous les pays développés. L'hospitalisation complète est, en effet, devenue transitoire dans la majorité des cas. La politique menée en psychiatrie a visé logiquement à réduire au strict nécessaire les séjours hospitaliers, sources de pertes d'autonomie et de désocialisation. Cette politique est ancienne, comme l'indique le graphique ci-après, pour la psychiatrie générale (hors lits de psychiatrie infanto-juvénile) :

Graphique 5. Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale et infanto-juvénile



Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Cette baisse s'est ralentie pendant l'exécution du plan, pendant qu'augmentait lentement le nombre de lits d'hospitalisation infanto-juvénile :

Tableau 6. Nombre de lits d'hospitalisation complète 2001-2010

Nombre de lits	2001	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Psychiatrie	61 920	58 580	58 000	57 640	57 960	57 600	*57 410*
générale	*59 840*	*56 500*	*55 920*	*55 570*	*55 820*	*55 490*	*55 240*
infanto-juvénile	*2 080*	*2 080*	*2 080*	*2 070*	*2 140*	*2 110*	*2 170*

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, statistique annuelle des établissements de santé. Y compris les lits du service de santé des armées [25] *et en milieu pénitentiaire. Le saut de série entre 2007 et 2008 (améliorations du recueil de l'information sur la psychiatrie dans la SAE) ne modifie pas les tendances. Données 2010 provisoires non redressées. Chjffres arrondis à la dizaine.*

Que ce soit pour élaborer le plan ou depuis lors, aucune étude n'a comparé la densité française en lits d'hospitalisation à celles de pays comparables. Cette densité serait parmi les plus fortes, mais aucune analyse précise n'est disponible.

[25] Cf. Cour des comptes, rapport public thématique, « Médecins et hôpitaux des armées », 2010.

B - Des lits pourtant saturés

Les capacités d'hospitalisation complète sont fréquemment saturées. Les quelque 57 408 lits en psychiatrie ont permis de réaliser 18,8 millions de journées en 2010, soit 89,5 % de leur potentiel d'occupation maximal théorique, ce qui correspond à un taux global d'occupation particulièrement élevé.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, malgré la densité variable des lits entre régions (allant de 37 à 127 lits en psychiatrie générale et infanto-juvénile pour 100 000 habitants), aucune corrélation significative ne peut être faite entre la densité des lits et leur taux d'occupation[26]. Ainsi, la Bretagne, région la plus dotée avec 154 lits pour 100 000 habitants, présente un taux d'occupation de 89 %, proche de celui de l'Alsace (92 %), qui ne dispose que de 93 lits/100 000 habitants.

Cette saturation est liée pour partie :

- à la fréquence des séjours inopinés, non programmés : admissions en urgence, avec ou sans consentement, qui entraînent des séjours prolongés pour des malades plus lourds ;

- à une durée moyenne de séjour de l'ordre de 30 jours (soit six fois plus qu'en MCO[27]) et à des séjours souvent répétitifs ;

- à des séjours très prolongés, notamment en raison de l'absence de solutions d'aval.

Le taux moyen d'occupation de 91 % en psychiatrie générale traduit des situations de suroccupation continuelle qui provoquent des effets pervers :

- l'absence de place en cas d'urgence conduit parfois à recourir à l'hospitalisation sans consentement, pour contraindre à admettre des personnes qui n'en relèvent pas, car elles ne présentent pas de danger pour autrui ou pour elles-mêmes. Un tel dévoiement de cette procédure entraîne, outre une perception erronée des statistiques y afférentes, des restrictions infondées de la liberté de patients. Celles-ci sont aggravées par des prolongations indues de durée de séjour du fait des longues formalités de sortie, et cela pour des patients qui devraient être

[26] France métropolitaine. Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Données 2009.

[27] MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

en hospitalisation libre, sans préjudice d'autres conséquences négatives examinées ci-après ;

- la tension sur l'hospitalisation complète limite la capacité des hôpitaux à affecter les personnels aux structures extrahospitalières ;

- l''attention et souvent les moyens sont, de fait, davantage focalisés, sur les structures d'hébergement hospitalières, confrontées à des conditions parfois difficiles, plutôt que sur le développement d'alternatives à même de mieux répondre aux besoins de la plupart des malades.

C'est ainsi globalement moins l'inadéquation du nombre de lits, qui génère le sentiment de pénurie souvent évoqué, que l'inadaptation partielle de leur utilisation.

C - Les effets néfastes d'une prolongation excessive des séjours

La suroccupation de nombre de services hospitaliers est pour une part liée au manque d'alternatives à l'hospitalisation en amont comme en aval. Cette situation se traduit par des durées de séjours qui se prolongent au détriment des patients et de la protection de leurs libertés individuelles.

1 - De nombreux patients placés à tort en séjour prolongé

En 2009, la part des séjours de plus de six mois était de 5,6 % et celle des séjours de plus d'un an de 3,3 %. Ces proportions sont sous-estimées, car des séjours fractionnés par des sorties d'essai sont parfois comptabilisés comme étant distincts.

Nombre de ces hospitalisations longues[28] sont dites inadéquates, c'est-à-dire que les patients concernés pourraient être réorientés, soit dans des structures de soins alternatives, soit en structures médico-sociales, le plus souvent après reconnaissance d'un handicap psychique conformément à la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. Or la difficulté d'une telle

[28] D'autres agences régionales ont mené de telles études. En Rhône-Alpes, selon l'agence régionale de santé, un patient se trouvait en 2009 en hospitalisation complète depuis 44 ans; 20% des lits sont occupés par des patients hospitalisés, bien que classés « sortants » ; ce serait l'ordre de grandeur national (il était estimé à 30% en 1999, ce qui correspond à un ordre de grandeur de 10 000 patients).

réorientation augmente avec la durée de l'hospitalisation, qui entraîne rapidement une perte d'autonomie chez les malades.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), les patients en séjour prolongé (plus de quelque 10 mois[29]) étaient au nombre de 971 en 2007, dont 282 (29 %) sans réorientation jugée possible. Quelque 15,5 % étaient hospitalisés depuis plus de 15 ans, dont 5,8 % depuis plus de 26 ans, exclusivement dans le secteur non lucratif. La réorientation devrait être aux deux tiers sociale ou médico-sociale, à en juger par l'analyse des possibilités de réorientation dans le cas de la région Rhône-Alpes-Côte d'Azur :

Tableau 7. Possibilités de réorientation des 971 patients en séjour prolongé en PACA, 2007

	Nombre de patients	%
Pas de réorientation possible	*282*	
Réorientation sanitaire possible :	**337**	**34,7 %**
hôpital de jour et consultations	76	7,8 %
CATTP et consultations	185	19,1 %
psychiatre libéral	19	2,0 %
appartement ou accueil familial thérapeutiques	57	5,9 %
Réorientation médico-sociale possible :	**644**	**65,3 %**
maison d'accueil spécialisée (MAS)	128	13,2 %
foyer d'accueil médicalisé (FAM)	124	12,8 %
foyer occupationnel ou d'hébergement	258	26,6 %
appartement associatif, maison relais	141	14,5 %
prise en charge à domicile (SAMSAH, SAVS)	6	0,6 %
établissement pour personnes dépendantes	57	5,9 %
autres	56	5,8 %
Total	**971**	**100 %**

Source : Agence régionale d'hospitalisation PACA

L'étude nationale prévue par le plan sur cette inadéquation n'a jamais été réalisée, alors même qu'il s'agit d'une donnée essentielle pour améliorer la qualité des prises en charge. Après une réflexion menée de 2008 à 2011 avec la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM), le ministère a toutefois diffusé aux agences régionales de santé un guide de diagnostic et de stratégie, visant à distinguer parmi ces

[29] 292 jours selon la définition retenue. Les méthodes retenues dans les régions qui ont mené cette étude ont varié.

patients en séjour long, ceux qui pourraient être pris en charge de manière alternative[30].

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a procédé, à titre expérimental, à une évaluation en 2008, dans 15 départements. Ainsi, à titre d'exemple, la maison départementale des personnes handicapées d'un département francilien relevait, en 2009, que 52 personnes adultes souffrant de maladie mentale y étaient maintenues à l'hôpital, en attente d'une place d'hébergement médico-social, et 96 dans d'autres environnements, certaines depuis plusieurs années ; leur nombre avait doublé depuis 2000. L'exemple ci-après du Gers illustre également la nécessité de mieux faire.

2 - Les conséquences des hospitalisations trop prolongées

Cette occupation de lits de manière inadaptée réduit fortement la disponibilité de l'hôpital : un patient hospitalisé de manière « inadéquate » pendant un an bloque un lit qui aurait pu servir pour quelque 12 hospitalisations de 30 jours sur la période, parfois pendant dix ans ou plus. De surcroît, l'occupation inadéquate s'aggrave elle-même, en raison de son effet iatrogène, qui limite la possibilité d'une réinsertion dans la société des patients qui y seraient initialement aptes.

Enfin, les hospitalisations inadéquates sont génératrices de coûts supérieurs aux modes de prise en charge alternatifs. Le coût d'une hospitalisation complète est de l'ordre de 450 € par jour, soit plusieurs fois le coût complet, intervenants sociaux inclus, d'une prise en charge ambulatoire ou à temps partiel (pour la partie médicale, la prise en charge en hôpital de jour coûte environ 55 €, et les consultations en centres médico-psychologiques sont peu coûteuses)[31]. Ainsi, le redéploiement des moyens mobilisés par l'hospitalisation de patients réorientables vers les structures extrahospitalières devrait permettre de dégager de nouvelles ressources pour les prises en charge alternatives.

En revanche pour les patients réorientables vers des structures médico-sociales, les évaluations font apparaître des coûts d'un ordre de grandeur analogue à celui de l'hospitalisation complète. Ces estimations appelleraient cependant une analyse approfondie selon la nature des soins

[30] Le plan avait pertinemment souligné que « *la part des patients hospitalisés depuis plus d'un an est encore non négligeable alors que l'hospitalisation inadaptée et/ou prolongée comporte des effets iatrogènes.* » (p. 18).

[31] Source : agence régionale de santé Nord-Pas de Calais. Il s'agit d'ordres de grandeur. Un CMP typique doté de 0,5 ETP de psychiatre et de 6 ETP non médicaux coûte environ 350 000 €/an.

de jour à financer. Les financeurs en tout état de cause ne sont pas les mêmes : un placement médico-social engendre un transfert de charges, de l'assurance maladie vers l'Etat et les départements, et un reste à charge pour le patient ou sa famille que tous ne peuvent financer.

On peut donc attendre dans ce cas des alternatives à l'hospitalisation moins une économie pour la collectivité qu'une meilleure qualité de prise en charge des patients et un désengorgement des capacités d'hospitalisation en psychiatrie. Pour autant, la moitié des personnes handicapées psychiques en établissement médico-social ont connu des hospitalisations antérieures (entre trois et cinq fois selon l'agence régionale de santé Rhône-Alpes).

Leur état n'est pas toujours stable et des réhospitalisations demeurent fréquemment nécessaires[32]. Il importe ainsi de former les personnels médico-sociaux pour accueillir ces patients au retour d'un séjour hospitalier et de développer la psychiatrie de liaison pour permettre davantage de visites régulières de psychiatres et d'infirmiers dans les établissements.

Certaines structures peuvent aider à la transition de l'hospitalisation complète inadéquate vers une réinsertion. C'est le cas, dans le Nord-Pas-de-Calais : moins médicalisé qu'en hospitalisation complète, des « unités de psycho-réhabilitation » (prix de journée : 481 € comme en psychiatrie) visent à préparer les patients à la vie en établissement médico-social ; des « structures alternatives d'accueil spécialisé » prennent, elles, en charge des patients depuis longtemps hospitalisés et à l'état de santé stabilisé mais ne pouvant intégrer dans l'immédiat une telle unité ou une structure médico-sociale du fait de la sévérité de leurs troubles (prix de journée : 139 €)

La réduction du nombre des patients dont l'hospitalisation est inadéquate n'est pas hors de portée. La Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) a ainsi souligné que dans un établissement public *« le nombre de patients alors inadéquatement pris en charge est passé de 39 [en 2008] à 13 en 2011 (sur un total de 60 lits). Cet effort a été rendu possible par la dynamique générale de l'hôpital concernant cette problématique qui s'est traduite par le recrutement d'une assistante sociale entièrement dévolue à cette mission. Son action a permis de tisser des liens nouveaux avec les structures du champ social et médico-social environnant et avec les établissements hospitaliers proches ».*

[32] Un établissement public francilien a ainsi constaté que sur 2 447 patients hospitalisés par lui en 2010, 34 % l'avaient déjà été pour la première fois entre 2006 et 2009, et 23 % avant 2006.

L'offre publique de soins du département du Gers

Le territoire du département est réparti en trois secteurs géographiques rattachés au « centre hospitalier spécialisé » du Gers, qui concentre la totalité de l'offre publique.

L'établissement est correctement doté en places (111 lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants de plus de 20 ans) ; une clinique à but lucratif y ajoute 50 lits. Les structures extra-hospitalières sont assez peu développées (29 places pour 100 000 habitants de plus de 20 ans), pour l'essentiel dans l'enceinte de l'hôpital. Les secteurs disposent de deux à trois centres médico-psychologiques actifs, dont les délais d'attente pour une consultation médicale sont supérieurs à un mois. Des petits centres d'accueil thérapeutique à temps partiel se trouvent aussi en dehors de l'hôpital, mais aucun hôpital de jour (alors que l'hôpital se situe à 70 km du secteur le plus excentré).

Les lits d'hospitalisation complète sont pleins (à 96,3 % en 2007, 97,4 % en 2010 plus de 100 % dans les unités d'admission). L'établissement identifie comme cause la baisse de 618 lits de 1980 à 160 lits en 2011, la chronicité de certains patients, le manque de solutions d'aval, quantitativement comme qualitativement, notamment pour les patients chronicisés.

Il connaît une situation sociale difficile, avec des difficultés de recrutement en dépit notamment de la présence d'un institut de formation en soins infirmiers. 21 % des postes médicaux sont vacants et 10 % sont pourvus par des non-psychiatres.

L'ensemble de ces difficultés suscite des interrogations sur un juste recours à l'hospitalisation complète et sur la difficulté d'y substituer d'autres modes de prise en charge.

Toutefois, le plan n'a pas été à même de développer avec suffisamment d'opiniâtreté la dynamique pour généraliser un tel changement d'état d'esprit, d'autant plus indispensable que l'importance des hospitalisations sans consentement multiplie les risques d'inadaptation des prises en charge.

3 - L'évolution des hospitalisations sans consentement

Les hospitalisations sans consentement en urgence traduisent souvent l'échec de la prise en charge ambulatoire et annoncent une prise en charge institutionnelle le plus souvent longue et lourde.

Hospitalisations sans consentement :
d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (HDT)

Les hospitalisations sans consentement (HSC) sont régies par des dispositions du code de la santé publique issues pour l'essentiel de la loi du 27 juin 1990. Leur surveillance relève notamment du contrôleur général des lieux de privation de liberté. Elles sont de deux sortes : d'office (HO) ou à la demande d'un tiers (HDT).

L'hospitalisation d'office, prononcée à titre provisoire par le maire et confirmée dans les 48 heures par le préfet, intervient à l'encontre des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers s'applique quand les troubles du patient rendent impossible son consentement et indispensables des soins immédiats avec surveillance en milieu hospitalier. Elle vise surtout les personnes dangereuses pour elles-mêmes. Une demande écrite d'une tierce personne est nécessaire.

a) Un nombre toujours élevé d'hospitalisations sans consentement

La Cour avait recommandé en 2000 d'étudier les causes de l'augmentation des hospitalisations à la demande d'un tiers qu'elle avait constatée[33]. Il a, cependant, fallu attendre le plan pour qu'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires soit établi en 2005, suivi de la constitution de groupes de travail en 2006-2007. Cette expertise n'a pas conduit à une amélioration des données HOPSY[34] qui recensent ces hospitalisations (cf. annexe 3 *infra*).

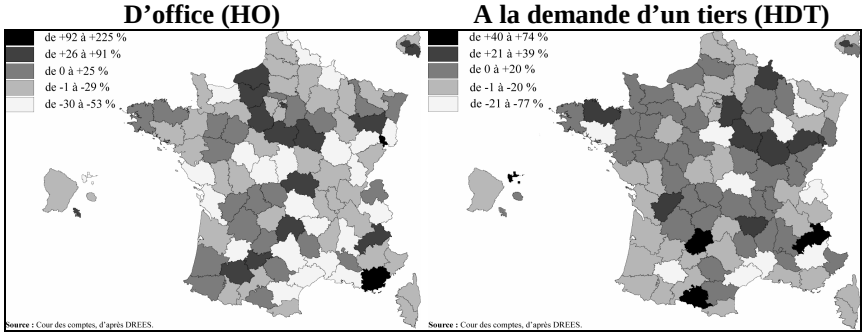
Les données les plus récentes soulignent des évolutions disparates. Ainsi, la quasi-stabilité du nombre de mesures d'hospitalisation d'office entre 2005 (11 939 mesures) et 2008 (11 693) a entraîné une diminution de 4 % du nombre de ces mesures pour 100 000 habitants compte tenu de la croissance démographique. Leur nombre a toutefois doublé ou triplé dans des départements tels que les Hautes-Alpes (+ 91 %, passant de 8 à 16 mesures d'HO par 100 000 habitants) le Territoire de Belfort (+ 225 %, de 7 à 23), ou le Var (+ 213 %, de 176 à 573). Dans d'autres en revanche, il a été divisé par deux, comme dans les Ardennes (de 48 à 23 mesures) et en Côte-d'Or (de 88 à 42 mesures).

[33] Op. cit. p. 430.

[34] HOPSY est une base de données qui recense les mesures d'hospitalisation sans consentement (cf. annexe 2 ci-après).

Carte 1. Mesures d'hospitalisation sans consentement, évolution 2005-2009[35]

D'office (HO) **A la demande d'un tiers (HDT)**



Il en est allé de même pour les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), numériquement stables (62 880 en 2005, 62 832 en 2008), soit une baisse de 3 % par 100 000 habitants compte tenu de la croissance démographique.

Là aussi, ce nombre a tantôt augmenté, comme dans les Hautes-Alpes (+ 74 %, de 40 à 73 mesures) ou en Guadeloupe (+ 69 %, de 375 à 642), tantôt diminué, comme dans le Gard (- 34 %, de 725 à 501) ou en Meurthe-et-Moselle (- 77 %, de 812 à 185).

Les disparités des pratiques sont confirmées en termes de part des hospitalisations à la demande d'un tiers dans les hospitalisations complètes, qui varie de 1 à 48 %. Cette part, en moyenne nationale, a légèrement progressé, à 11 % des entrées en hospitalisation complète, contre 10,2 % en 2005, mais atteint 48 % dans le Finistère, 38 % en Côte-d'Or, contre 1 % en Haute-Corse, 2 % dans la Creuse et en Corse-du-Sud, 3 % dans l'Eure.

De même, le pourcentage des hospitalisations d'office au sein des hospitalisations sans consentement (16 % nationalement) s'élève à 45 % dans le Var, à 37 % dans l'Yonne et en Haute-Corse, à 36 % en Martinique, mais à 4 % dans le Nord.

Le nombre élevé des mesures d'hospitalisation sans consentement et leur évolution erratique d'un département à l'autre ne peuvent que susciter de multiples questions. Aucune analyse en profondeur de cette situation n'est cependant disponible, faute qu'ait encore abouti l'étude

[35] Pour 100 000 habitants, à partir des rapports d'activité 2009 des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques. Une même mesure peut correspondre à plusieurs hospitalisations successives du même patient, en cas de sorties d'essai supérieures à 48 heures.

financée sur ce point par la direction générale de la santé depuis 2009. Aucune tentative d'harmonisation en fonction d'objectifs thérapeutiques ne peut de ce fait être mise en œuvre.

b) Une progression limitée des droits des personnes

Lors de l'élaboration du plan, une circulaire du 14 février 2005 avait rappelé la mission des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), chargées d'examiner la situation des patients hospitalisés en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. L'élargissement législatif annoncé de leurs compétences[36], qui aurait été le bienvenu, a été abandonné : étaient visées les mesures de placement en chambre d'isolement, de contention, de placement en service fermé de personnes en hospitalisation libre. Seuls des ajustements mineurs ont été opérés, permettant de renouveler indéfiniment les membres de ces instances, de revaloriser leur indemnisation, notamment pour les médecins libéraux, et de renforcer la confidentialité des transmissions.

La charte de l'usager en santé mentale, signée en 2000, n'a pas été mise à jour comme le plan le prévoyait, malgré la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. Le plan prévoyait que la Haute Autorité de santé établisse des protocoles de soins sur des pratiques mettant en jeu les libertés individuelles, notamment le recours à la contention, mesure qui n'a pas été concrétisée, l'administration centrale indiquant qu'elle a été mobilisée dès 2007 pour la réforme qui a conduit à la loi du 5 juillet 2011 (cf. encadré page suivante).

D'autres travaux ont toutefois été poursuivis par la Haute Autorité de santé dans le champ de la psychiatrie, en dehors du plan et postérieurement à lui, notamment en matière de qualité et de facteurs de risque de violence. Leur conclusion et la parution d'une brochure relative aux droits des personnes hospitalisées sans leur consentement ont été différées jusqu'à l'adoption de la récente loi.

Le seul progrès majeur intervenu pendant la durée du plan a été indépendant de lui : la nomination d'un contrôleur général des lieux de privation de liberté en 2007, compétent pour veiller au respect des droits des personnes hospitalisées pour maladie mentale.

[36] Page 43 du plan.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

"Cette loi établit une distinction fondamentale entre deux types de mesures ordonnées sans le consentement de la personne hospitalisée : l'hospitalisation complète et un ensemble de modalités particulières de soins, comme par exemple l'hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit) ou encore les soins à domicile. (…)

Le juge des libertés et de la détention (JLD) doit être obligatoirement saisi avant le 12e jour suivant l'admission de la personne admise en hospitalisation complète. Il doit statuer avant l'expiration du 15e jour suivant cette admission, même le samedi et le dimanche. Il doit ensuite statuer à l'issue de chaque période de 6 mois à compter de la précédente décision judiciaire. Dans le cas où l'hospitalisation sans consentement a été ordonnée directement par la juridiction pénale ; le premier contrôle a lieu dans les 6 mois [et…] est ensuite renouvelé tous les 6 mois. Le JLD peut, soit maintenir l'hospitalisation complète, soit en ordonner la mainlevée.

Audience au siège du tribunal, dans une salle aménagée de l'établissement hospitalier ou par visioconférence: En principe, le JLD statue au siège du tribunal de grande instance. Toutefois, il pourra décider de siéger dans une salle située au sein de l'établissement hospitalier si une salle a été spécialement aménagée pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et lui permettre de statuer publiquement. Le JLD pourra également, en l'absence d'opposition du patient et si son état médical ne fait pas obstacle à ce procédé, décider que l'audience se déroule par visioconférence ; dans ce cas, le patient se tiendra dans la salle au sein de l'établissement hospitalier.

Les personnes entendues à l'audience : En principe, le JLD ne peut statuer sans avoir mis la personne hospitalisée sans son consentement en mesure d'être entendue. Celle-ci a la possibilité de ne pas comparaître, de comparaître en personne avec ou sans l'assistance d'un avocat ou d'être représentée par un avocat. De façon exceptionnelle, le JLD peut décider de ne pas entendre la personne au vu d'un avis médical circonstancié. La personne sera alors nécessairement représentée par un avocat choisi ou à défaut commis d'office.

La possibilité pour le JLD de prévoir un effet différé à sa décision de mainlevée: Il appartient désormais au JLD, au vu des éléments du dossier du patient, d'apprécier s'il convient ou non de différer l'effet de sa décision pendant une durée qui ne peut excéder 24 heures. Si tel est le cas, l'ordonnance de mainlevée doit faire l'objet d'une motivation spéciale. Le législateur a prévu cette possibilité afin de garantir la continuité des soins"[37].

[37] Source: ministère de la justice et des libertés, juillet 2011. La loi est entrée en application le 1er août 2011.

Le cercle vicieux que le plan entendait rompre n'a pas été cassé : la saturation des lits continue à entraîner des admissions tardives et non programmées, à leur tour sources de séjours prolongés, nécessitant des solutions d'aval (réinsertion, resocialisation, réautonomisation) de plus en plus lourdes.

Dans un contexte d'insuffisance des prises en charge en amont et en aval de l'hospitalisation complète, le plan s'est efforcé de développer les alternatives à l'hospitalisation, mais il n'a de fait pas réussi à réserver, comme cela devrait être le cas, l'hospitalisation complète en psychiatrie à la prise en charge de cas lourds, dans un objectif thérapeutique précis, d'une durée brève, et relayée dès que possible par des prises en charge alternatives, sanitaires ou médico-sociales, et cela faute d'avoir pu assez développer et décloisonner celles-ci.

IV - L'insuffisance des alternatives à l'hospitalisation complète

En l'absence d'analyse par le ministère de l'impact du plan sur l'activité et sur la qualité des pratiques professionnelles (thèmes qu'aborde l'évaluation du Haut conseil de santé publique), la Cour a concentré ses analyses sur l'évolution des capacités de prise en charge.

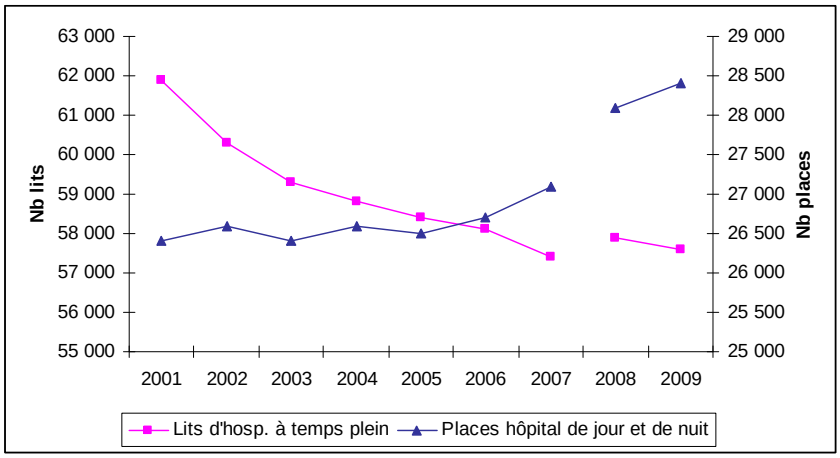
A - Une augmentation trop modeste des alternatives sanitaires à l'hospitalisation complète.

1 - Un développement limité de l'hospitalisation partielle

L'hospitalisation partielle constitue une alternative à l'hospitalisation complète en amont comme en aval, même si seule une minorité de patients est orientée vers elle sans hospitalisation préalable. Elle sert plus fréquemment à la réinsertion de patients ayant déjà été hospitalisés.

Le nombre de places (graphique 8, échelle de droite, ci-dessous) a augmenté entre 2000 et 2009 (+ 2 000 places environ), surtout sur la période du plan. Cette augmentation est à mettre en parallèle avec la réduction concomitante de 4 500 lits sur la même période.

Graphique 8. Capacités d'hospitalisation complète et partielle, 2001-09



Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, statistique annuelle des établissements de santé 2001 à 2009, données statistiques. Le saut de série en 2008 ne modifie pas les tendances ; il est dû aux améliorations statistiques, ce qui illustre la relativité de la précision des données.

La mesure de l'activité confirme sa hausse en hospitalisation partielle (+200 000 venues), quoique moins marquée que la baisse de l'hospitalisation complète (-700 000 journées). Le constat diffère en psychiatrie infanto-juvénile, dont le nombre de lits d'hospitalisation complète et l'activité sont restés stables dans l'ensemble. Environ 700 places d'hospitalisation partielle ont été créées pendant la durée du plan. Dans les cliniques privées, ce type d'hospitalisation s'est développé tout en demeurant très marginal (753 places en 2011 contre 340 places en 2006 et 205 en 2003).

Tableau 9: Places en hôpital de jour et de nuit

	2001	2006	2007	2008	2009	2010
Places hôpital de jour et de nuit	**26 400**	**26 700**	**27 100**	**28 100**	**28 400**	***28 000***
dont psychiatrie générale	17 700	17 800	18 000	18 900	19 000	*19 000*
dont psychiatrie infanto-juvénile	8 700	8 900	9 100	9 300	9 400	*9 200*

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, statistique annuelle des établissements de santé 2001 à 2010, données statistiques, provisoires pour 2010. Le saut de série entre 2007 et 2008 (améliorations du recueil de l'information sur la psychiatrie dans la statistique annuelle des établissements de santé) ne modifie pas les tendances. Chiffres déclaratifs arrondis par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques à la centaine.

Enfin, le développement des alternatives à l'hospitalisation par d'autres modes de prise en charge à temps complet a été très limité : le nombre de places en placement familial thérapeutique a légèrement augmenté entre 2000 et 2010 (+ 500 places pour un total proche de 3 800) pendant que la capacité d'accueil en appartements thérapeutiques régressait sur la même période (- 500 places pour un total de 1 100). L'hospitalisation à domicile s'est très légèrement développée, en demeurant marginale (910 places).

Les moyens dégagés par la réduction des lits d'hospitalisation complète sont donc loin d'avoir été entièrement reconvertis vers les solutions alternatives, pourtant plus pertinentes. Insuffisamment prescriptif, le plan n'est pas parvenu à inverser les tendances lourdes, souvent dénoncées, à une forme d'hospitalocentrisme.

2 - Un effort financier insuffisamment ciblé

Le plan a financé en dotation reconductible sur l'ONDAM (113,3 M€ annuels) plusieurs objectifs, sans imposer de contraintes ni aux agences régionales ni aux établissements quant à l'affectation des sous-enveloppes.

Cette dotation a été au demeurant répartie par le ministère entre les régions en prenant en compte la population générale et l'activité en psychiatrie, entre autres facteurs. Il en est résulté de fortes disparités de traitement.

La colonne 2 du tableau 10 ci-dessous montre les écarts par rapport à ce qu'aurait été une répartition sur une base démographique : ont notamment été favorisés le Limousin (+162 %), la Corse, l'Aquitaine, l'Île-de-France, et défavorisées Rhône-Alpes (-56 %) et Midi-Pyrénées. Ces différences ont parfois eu des justifications, telles que des rattrapages prioritaires, mais il n'y a pas trace d'une analyse objective des besoins spécifiques des différentes régions.

Les agences régionales ont ajouté des moyens (5 M€/an environ) au détriment d'autres disciplines. Selon les données produites par elles au ministère, elles ont affecté 25,97 M€ à l'offre ambulatoire (axe 1, centres médico-psychologiques), 40,15 M€ aux alternatives à l'hospitalisation (axe 2), soit 66 M€ au total pour l'ambulatoire au lieu des 52,8 M€ prévus, et 47,14 M€ à l'hospitalisation complète, au lieu de 53,4 M€, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 10. Affectation des crédits reconductibles (ODAM)

Affectations par les ARH, hors DOM, 2005-2008 Milliers €	1. Crédits reconductibles notifiés aux établissements	2. Ecart par rapport à une répartition selon la population	3. Extrahospitalier		4. Intra-hospitalier	5. Part extra hos./ crédits (col. 3/ col. 1)
			Axe 1 Prise en charge ambulatoire	Axe 2 Renforcement alternatives à l'hospitalisation	Axe 3 Hospitalisation complète	
PACA	7 436	-16 %	2 517	3 758	1 161	84 %
Rhône-Alpes	4 959	-56 %	1 734	2 353	872	82 %
Alsace	4 674	39 %	739	3 061	874	81 %
Champagne-Ard.	2 161	-12 %	894	812	455	79 %
Languedoc-Rouss.	4 363	-7 %	2 014	1 267	1 082	75 %
Lorraine	3 278	-23 %	1 664	788	826	75 %
Midi-Pyrénées	3 046	-41 %	1 213	1 055	778	74 %
Bourgogne	2 532	-15 %	620	1 214	698	72 %
Pays-de-la-Loire	4 774	-25 %	1 487	1 883	1 404	71 %
Bretagne	3 787	-34 %	1 297	1 220	1 270	66 %
Nord-Pas-de-Calais	4 757	-35 %	780	2 256	1 721	64 %
Centre	4 640	1 %	763	2 095	1 782	62 %
Haute-Normandie	4 704	41 %	839	1 948	1 917	59 %
Île de France	32 868	55 %	5 865	13 318	13 685	58 %
Poitou-Charentes	3 011	-6 %	797	420	1 794	40 %
Corse	897	64 %	188	140	569	37 %
Aquitaine	9 704	67 %	817	1 851	7 036	27 %
Basse-Normandie	2 827	6 %	600	150	2 077	27 %
Auvergne	1 797	-26 %	131	237	1 429	20 %
Limousin	3 538	162 %	687	17	2 834	20 %
Picardie	2 341	-33 %	240	215	1 886	19 %
Franche-Comté	1 174	-45 %	90	95	989	16 %
TOTAL	**113 268**	**-**	**25 976**	**40 153**	**47 139**	**58 %**
Répartition du total			**58,4 %**		**41,6 %**	**100 %**

Source : Cour des comptes, d'après la direction générale de l'offre de soins

Le mauvais état de trop de locaux, la nécessité de reconstruire des lits au plus près de la population, de développer la psychiatrie infanto-juvénile et de renforcer la psychiatrie de liaison justifiaient ces nouveaux efforts. Cette répartition ne pouvait pas à elle seule inverser la tendance à l'hospitalocentrisme : l'hospitalisation complète a continué à absorber une grande part des moyens.

Certaines régions ont toutefois financé l'ambulatoire de manière prépondérante (84 % en PACA), d'autres y ont consacré des moyens très limités (16 % en Franche-Comté), pour une médiane située à 64 % (voir colonne 5 du tableau précédent). Un bilan détaillé de l'utilisation de ces

crédits et des résultats obtenus aurait été riche d'enseignements. Il n'y en a pas eu.

La contribution du plan au rapprochement des unités d'hospitalisation de la population et au développement de la psychiatrie de liaison[38] ne peut pas davantage être précisément chiffrée. S'agissant de cette dernière, on estimait en 2003 à 775 000 le nombre d'interventions dans une unité somatique (c'est-à-dire une unité délivrant des soins de nature non psychiatrique) par les services de psychiatrie dans les hôpitaux non lucratifs. En 2008, les établissements de santé dans leur ensemble dénombraient 815 000 actes de ce type (dont 760 000 dans les hôpitaux non lucratifs), et 880 000 en 2009. La précision de ces données est incertaine. L'activité de psychiatrie de liaison se serait donc développée, sans que l'on puisse en déterminer précisément l'ampleur.

En revanche, le plan a indéniablement contribué au renforcement de l'offre en psychiatrie infanto-juvénile : selon la direction générale de l'offre de soins, 40 M€ lui ont été consacrés, soit plus du tiers du total et davantage que les 24 M€ prévus, sans que, faute de données, puisse toutefois être évaluée l'accessibilité géographique des nouveaux services créés au regard du temps de transport des patients.

3 - Un mode de financement qui freine le développement des alternatives

Au-delà de l'échec relatif du plan à cibler efficacement ses efforts, le mode même de financement actuel de la psychiatrie ne permet pas d'orienter les moyens vers les alternatives.

Le coût annuel de la prise en charge de la psychiatrie pour la branche maladie est de l'ordre de 13 Md€ par an : soit 8,5 Md€ de dotation globale aux établissements autorisés en psychiatrie (comptabilisée sur l'objectif de dépenses d'assurance maladie - ODAM - qui est l'un des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale - ONDAM), et 4,4 Md€ en remboursements, y compris d'honoraires aux praticiens libéraux exerçant dans des établissements privés.

[38] La psychiatrie de liaison prend en charge les patients hospitalisés ou suivis dans les services de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et assiste les soignants qui en ont la charge, dans d'autres établissements ou services que ceux autorisés en psychiatrie.

L'exemple d'un hôpital général : Martigues

Ce cas souligne que certains établissements mettent, avec peu de moyens, à la disposition de la population une offre en relation avec ses besoins.

Ses trois secteurs ont un coût (78 € par prise en charge) inférieur à la moyenne régionale (137 €) du fait d'une création récente. L'établissement dispose de 58 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale, soit 34 lits pour 100 000 habitants de plus de 20 ans, alors que la moyenne nationale est de 115. Cependant, il traite un nombre de patients comparables à la moyenne grâce à un nombre de psychiatres (12,4 ETP pour 100 000 habitants) lui permettant une offre ambulatoire proche de la moyenne, de deux centres médico-psychologiques, d'un hôpital de jour et d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel par secteur. Il n'a que faiblement bénéficié du plan, avec notamment 291 258 € en formation et informatique.

Cette implantation psychiatrique dans l'hôpital général facilite une moindre stigmatisation, une bonne liaison avec les services somatiques, et une organisation cohérente des urgences. Elle permet de surmonter les difficultés persistantes de financement. En 2009, une clinique privée a délocalisé 60 lits de psychiatrie, dont 10 lits infanto-juvéniles, sur son territoire, sans modifier sensiblement l'adéquation de l'offre à la demande, ses patients étant majoritairement marseillais.

a) Une évolution limitée des dotations

L'ODAM a moins augmenté que le reste de l'ONDAM depuis 2005, et moins pour les établissements publics que pour le secteur privé. On peut en déduire que le plan a été accompagné d'un affaiblissement relatif des moyens affectés à la psychiatrie, et à la psychiatrie publique en particulier, au regard des autres disciplines. Si l'économie résultant de la poursuite de la réduction des lits a aussi financé les créations d'emplois d'autres personnels, elle n'a pas été intégralement redéployée au profit des alternatives à l'hospitalisation, au moins de type sanitaire.

L'impact de cette évolution doublement différentielle, entre catégories d'établissements et entre disciplines, qui apparaît paradoxale au regard des ambitions portées par le plan, n'a pas fait l'objet d'études de la part des autorités chargées de son pilotage.

L'identification de crédits spécifiques pour développer l'offre ambulatoire ou adapter plus finement en temps partiel l'hospitalisation complète ne pouvait en tout état de cause que s'avérer largement artificielle en l'absence d'une tarification fondée sur l'activité comme cela existe depuis la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) pour les disciplines hospitalières de court séjour. Celle-ci aurait permis

davantage de transparence dans l'affectation des moyens alloués et apporté la certitude qu'ils étaient utilisés dans le sens voulu, mais la réforme prévue n'a pas pu encore aboutir.

b) Un report préjudiciable de la réforme du financement en fonction de l'activité

Le plan s'était en effet fixé pour objectif la « *finalisation des travaux menés par le ministère de la santé (…) sur la construction de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP)*», c'est-à-dire une transposition de la tarification à l'activité adaptée aux spécificités de la prise en charge en psychiatrie.

Cet objectif traduisait la prise de conscience que l'absence de système de tarification empêche de vérifier l'adéquation des ressources avec l'activité et constitue un obstacle pour mieux piloter l'offre tant pour une meilleure égalité territoriale que pour le développement de l'ambulatoire.

De fait, dans le secteur hospitalier public, les dotations attribuées peuvent varier selon un rapport de 1 à 5 (de 50 à 250 € par habitant en 2008), selon les établissements ou les départements. Elles ne tiennent, par ailleurs, que peu compte de la lourdeur des cas pris en charge. Le financement par dotation globale incite, de ce fait, à construire des budgets fondés sur une logique plus de moyens que de résultats. Pour des raisons historiques, les anciens centres hospitaliers spécialisés, qui disposaient du monopole des lits publics, sont ainsi dans leur grande majorité mieux dotés que les établissements généraux.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), permettant le recueil d'une information médicalisée sur l'activité, était un préalable indispensable au déploiement de la valorisation de l'activité en psychiatrie; il devait d'abord être adapté à la psychiatrie à partir de 1989. Le plan a cependant noté qu'en 2005, il n'existait *«pas encore, en psychiatrie, de recueil généralisé d'informations médico-économiques à vocation d'allocation budgétaire »*. Pour permettre la généralisation du recueil d'informations médicalisée en psychiatrie (RIM-P), équivalent du PMSI, une expérimentation avait été conduite depuis l'année 2002, au sein de 172 établissements. Le plan avait prévu « des subventions permettant de financer l'infrastructure du réseau informatique et d'acheter du matériel et des logiciels ». Seule cette dernière action a été, malgré l'absence d'évaluation, largement réalisée, bien qu'avec lenteur : il a fallu attendre 2011 pour commencer à expertiser valablement les données issues du RIM-P. Les insuffisances du RIM-P ne permettent pas encore d'établir de constats solides, ce qui est

un handicap pour les agences régionales de santé. Ainsi, le retard dépasse cinq ans par rapport aux prévisions initiales de mise en œuvre.

Quant à la valorisation de l'activité en psychiatrie, les travaux des années 2000 avaient permis un accord pour un modèle de financement reposant sur quatre compartiments, dont le poids relatif n'avait pas été fixé : l'activité, les missions d'intérêt général, les dotations de médicaments « en sus » (moins coûteux que dans d'autres disciplines) et la prise en compte de critères tenant aux caractéristiques de la population vivant dans un territoire donné.

Fin 2010, un comité technique a été à nouveau réuni sur ce dossier. Les discussions ont davantage concerné la qualité du recueil de données RIM-P que la construction de la valorisation de l'activité en psychiatrie. Le ministère a toutefois inscrit dans le contrat d'objectifs et de moyens de l'agence technique de l'hospitalisation une étude sur le recueil des coûts.

La conférence évaluative réunie par le Haut conseil de la santé publique en mai 2011 a noté que la réflexion sur la valorisation de l'activité en psychiatrie n'était pas allée au bout, mais qu'une partie des acteurs en réfutent toujours une dimension jugée trop comptable ou technocratique. Les chances d'aboutir resteront minces si n'est pas affirmé durablement le caractère prioritaire d'un changement de mode de financement, désormais prévu en 2015. D'ici là, le mécanisme de dotation annuelle n'incitera guère à développer davantage la prise en charge ambulatoire de patients hospitalisés pour qui seraient réunies les conditions médico-sociales appropriées.

B - Une prise en charge médico-sociale et sociale en inégal développement

Parallèlement au plan, la reconnaissance par la loi du 11 février 2005 du handicap psychique a ouvert la possibilité d'un placement de certains patients en établissement pour personnes handicapées. Le plan a cherché à accompagner le développement de diverses formes de prise en charge médico-sociales. Les efforts ont été réels, à tous niveaux, mais leur pilotage n'a pas toujours été de nature à accélérer ou consolider les sorties d'hospitalisation.

1 - Les services d'accompagnement

Ont été autorisées entre 2005 et 2008, et le plus souvent financées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 1 758

places en maisons d'accueil spécialisées (MAS) et foyers d'accueil médicalisés (FAM)[39] : la présence de ces mesures dans le plan résultait cependant d'un pur effet d'affichage, car elle était programmée dans le cadre du plan pluriannuel pour les personnes handicapées qui accompagnait la loi du 11 février 2005. Ont été créées par ailleurs 1 639 places sur 1 900 annoncées en services d'accompagnement des personnes en milieu ordinaire de vie, en particulier dans les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Leur répartition géographique a été très inégale : par exemple, 203 places en Limousin et 25 dans le Nord-Pas-de-Calais. L'offre demeurant insuffisante en quantité et en qualité, la création de 3 750 nouvelles places en SAMSAH a été prévue sur la période 2008-2012.

Il était aussi prévu d'encourager le développement de services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) par une action auprès des conseils généraux ; il n'y a pas de données sur la réalisation d'une telle action. Un programme devait être élaboré dès 2005 pour mieux former les personnels d'accompagnement à la spécificité du handicap psychique, dans le cadre du « plan métiers », élaboré par le ministre en charge des personnes handicapées. Il n'a pas été mis en œuvre dans la plupart des régions, alors qu'il était nécessaire pour réduire le risque de retours de personnes en hospitalisation psychiatrique.

2 - L'accès au logement ou à un hébergement

Les actions concrètes sont demeurées extrêmement modestes alors même qu'il s'agit d'une dimension essentielle pour une prise en charge extrahospitalière.

Les besoins de logement des personnes souffrant de troubles psychiques devaient être inclus dans les financements associés, notamment aux plans d'action pour le logement des personnes défavorisées. Cette problématique bien identifiée n'a pas réellement évolué, même si spontanément plusieurs départements ont pris en compte

[39] Le plan annonçait qu' « *un millier de places, dont 400 dès 2005, seront dédiées en trois ans aux personnes handicapées psychiques réclamant ce type de prise en charge dans le cadre du nouveau programme pluriannuel prévoyant, entre 2005 et 2007, la création de 7 500 places en MAS et FAM* ».

ce sujet[40]. De fait, des méthodes d'évaluation des besoins et de programmation devaient être élaborées : un recueil de bonnes pratiques a certes été élaboré en Bourgogne et en Haute-Normandie, mais aucune impulsion nationale n'a permis de développer une politique active en ce domaine. Ainsi, le plan encourageait à développer les conventions entre bailleurs, réseaux associatifs, services médico-sociaux et psychiatriques. Ces conventions, lorsqu'elles existent, résultent d'initiatives locales.

Le nombre de places pour handicapés psychiques en maisons-relais/pensions de famille a augmenté, 807 places ayant été ouvertes et 200 autres financées fin 2008. Le développement de ce type de maisons-relais s'est poursuivi dans le cadre du plan de relance de l'économie de 2009.

Un objectif de 500 nouveaux appartements associatifs était visé. Or le nombre de places a régressé de 400 places entre 2000 et 2009. Ce constat est cohérent avec l'absence de financement spécifique pour cette mesure. Il en va de même pour la création de foyers-logements dédiés neufs qui, pour les mêmes raisons, n'a pas été mise en œuvre.

La politique conduite a globalement manqué de fermeté et le bilan du plan dans ce domaine pourtant crucial s'avère ainsi particulièrement décevant.[41]

3 - Les dispositifs d'aide au travail et à la formation

L'action prévue pour « *poursuivre et développer l'accueil et l'accompagnement en ESAT*» (établissements et services d'aide par le travail, antérieurement CAT, centres d'aide par le travail) s'est inscrite dans le cadre du programme pluriannuel pour les personnes handicapées qui prévoyait la création de 1 502 places supplémentaires.

Il en est allé de même pour d'autres types de structures, notamment les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques

[40] La Cour a évoqué dans son rapport public sur les personnes sans domicile, « *la présence dans les CHRS* [centres d'hébergement et de réinsertion sociale] *de jeunes gens souffrant de problèmes psychologiques, voire psychiatriques (…). En Côte-d'Or, un CHRS estime que 25 % des jeunes qu'il accueille viennent du secteur psychiatrique ou requièrent un suivi psychologique*.» (2007, p. 18). Le ministère de la santé a répondu que beaucoup *« se trouvent soit à la charge de leur famille, soit hospitalisées en psychiatrie sans nécessité thérapeutique (environ 13 000 patients), voire sans domicile* » (ibid., p. 196).

[41] La Cour a par ailleurs évoqué, fin 2011, les problèmes soulevés en matière de soins psychiatriques dans son évaluation de la politique en faveur des personnes sans domicile, rapport établi à la demande de l'Assemblée nationale, et transmis à celle-ci, à qui il revient de le rendre public.

(ITEP), qui ont bénéficié de 888 places financées par la CNSA pour des handicapés psychiques et services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), dotés de 1 526 places supplémentaires. Un cahier des charges et des outils de bonne pratique étaient notamment prévus, mais n'ont pas été réalisés.

Il n'est guère étonnant que, dans ces conditions de mise en œuvre inégale et partielle des actions prévues, la chambre régionale des comptes d'Ile-de-France ait noté à propos d'un établissement de taille moyenne à la fin du plan qu'*« il reste cependant beaucoup à faire, par exemple à mettre en place un centre d'aide par le travail, une consultation d'ethnopsychiatrie et un centre d'accueil et de traitement de durée brève, à s'attaquer au problème de la précarité (…), à celui de la psychiatrie gérontologique et à ouvrir un institut médico-pédagogique* ».

Les groupes d'entraide mutuelle

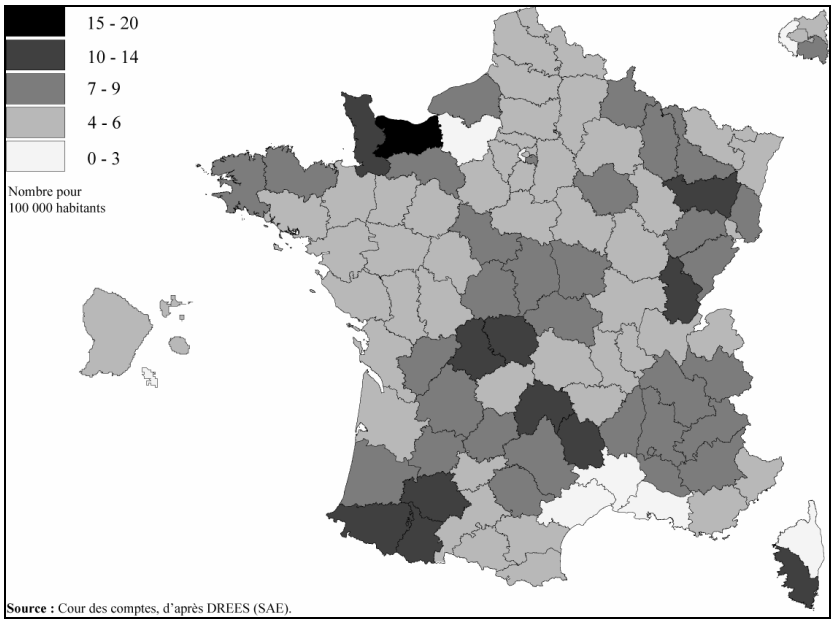
Le plan avait prévu de porter à 300 le nombre d'associations d'entraide entre malades appelées groupes d'entraide mutuelle (GEM). Cet objectif a été dépassé : 333 GEM fin 2008, 345 en 2011, contre 117 en 2005. Des conventions pluriannuelles d'objectifs ont été signées avec leurs associations nationales. Cette mesure pérenne (23,5 M€ par an à la charge de la CNSA) constitue pour de nombreux acteurs de terrain le principal apport du plan. Au-delà de l'amélioration de la qualité de vie des malades, les GEM sont considérés comme un outil efficace de prévention des rechutes qui contribue à réduire leur durée globale d'hospitalisation.

V - Des disparités territoriales persistantes

Le plan a inégalement contribué à réduire des disparités territoriales marquées en matière d'équipements comme de présence des psychiatres, induisant des différences fortes dans l'accès aux soins et les prises en charge comme la Cour l'avait déjà souligné dans son rapport public pour 1988. Malgré les recommandations de la Cour, le plan ne s'est pas doté des outils à même de permettre de mieux répartir l'offre de soins en fonction des besoins. Seule l'agence régionale d'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais avait planifié des objectifs contraignants de convergence des moyens dévolus à chaque secteur en tenant compte des besoins, démarche encore incomplète mais qui n'a pas été abandonnée.

Les données de 2003, tardivement exploitées[42], ont confirmé des inégalités très prononcées avant le lancement du plan. Les analyses récentes relatives aux centres médico-psychologiques et unités de consultation mettent en évidence leur persistance[43] comme le fait apparaître la carte suivante :

Carte 2. Centres médico-psychologiques et unités de consultation, 2009[44]



Source : Cour des comptes, d'après DREES (SAE).

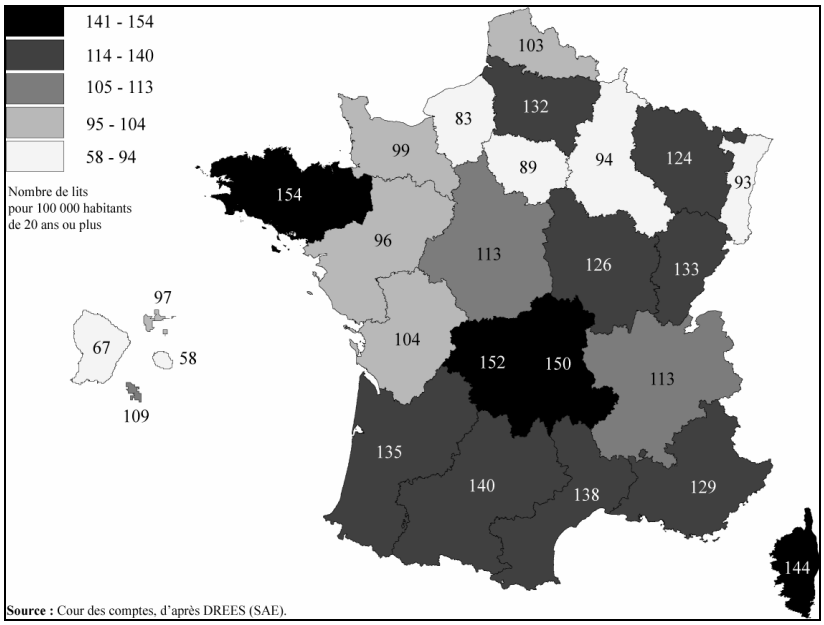
[42] « Institut de recherche et documentation en économie de santé », Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale, IRDES, juillet-septembre 2009, Coldefy et al.

[43] La DGOS souligne avec raison que « *l'appréciation des inégalités ne peut se faire uniquement au regard des disparités entre secteurs* », et qu'elle « *doit se situer au niveau des établissements de santé, sectorisés ou non, voire des territoires de santé, des départements et des régions et porter sur le niveau d'activité et de consommation de soins au-delà de comparaisons en nombre de structures et en nombre de lits. En outre, la comparaison de l'allocation de ressources humaines et financières ne peut être faite qu'entre établissements, pour permettre d'apprécier l'activité produite au regard des ressources allouées.* »

[44] Nombre de CMP ou unité de consultation du secteur, en psychiatrie générale, infanto-juvénile et psychiatrie en milieu pénitentiaire, pour 100 000 habitants, par département (population de 64 158 930 habitants en 2009, hors TOM). Le critère «20 ans ou plus » a été choisi ici en raison de la pratique, inégalement répandue, d'accueillir en «infanto-juvénile » des patients jusqu'à l'âge de 20 ans.

S'agissant des lits d'hospitalisation complète, la carte ci-dessous illustre le fait que les régions historiquement les mieux dotées, situées notamment en Bretagne et dans le Massif central, le demeurent.

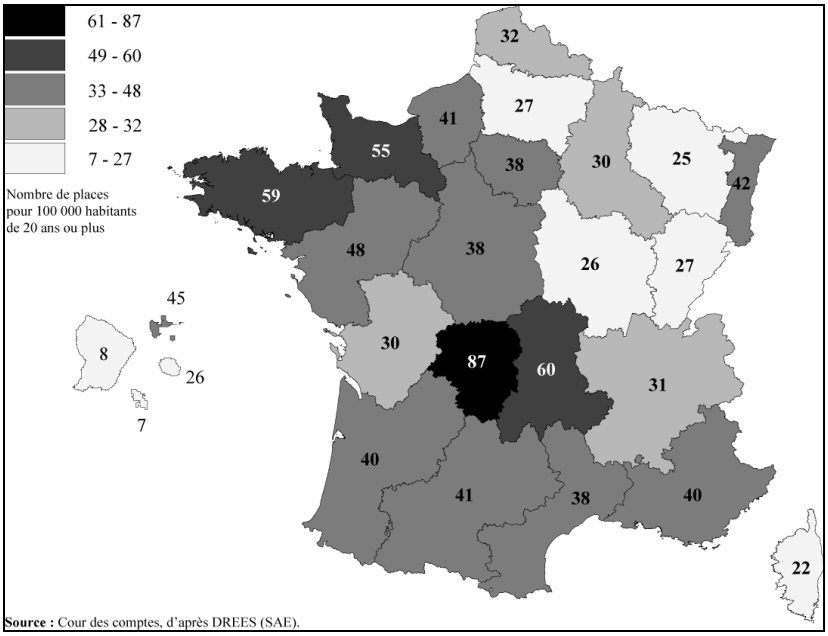
Carte 3. Hospitalisation complète, psychiatrie générale, 2009 [45]



S'agissant de l'hospitalisation à temps partiel (carte 4 ci-après), les disparités sont plus importantes. L'évolution depuis 2003 fait apparaître, en dépit des orientations du plan, une stabilité autour de 36 places pour 100 000 habitants de plus de 16 ans. La Guadeloupe (+ 46,6 %), la Franche-Comté (+ 28 %) et la Martinique (+ 26,5 %) viennent en tête des augmentations. La Réunion (- 28,4 %) et la Guyane (- 18,8 %) ou le Limousin (- 9 %) ont connu une diminution de leur capacité d'accueil sans explications.

[45] Lits d'hospitalisation pour 100 000 habitants de 20 ans ou plus, janvier 2009. Entre 2003 et 2009, le nombre de lits à temps plein a diminué d'environ 4 %, de 57 209 lits à 55 015 lits. Les régions de la moitié nord dont la population a augmenté sont généralement moins bien dotées (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais). Les évolutions n'ont pas toujours résorbé les écarts (hausse de 4 % des lits en Corse et de 1 % en Limousin, pourtant surdotés). Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Carte 4. Hospitalisation à temps partiel, psychiatrie générale, 2009 [46]



Source : Cour des comptes, d'après DREES (SAE).

En psychiatrie infanto-juvénile, les disparités sont encore plus importantes. La densité en hospitalisation infanto-juvénile de jour et de nuit a globalement augmenté de 66 places pour 100 000 habitants de 16 ans ou moins, en 2003, à 69 en 2009 (+ 5,1 %) ; quelques régions ont connu une évolution à la baisse, contrairement à l'objectif du plan.

S'agissant du secteur privé, les écarts sont plus considérables. En 2009, au niveau national, 158 établissements privés de psychiatrie représentaient 11 700 lits d'hospitalisation à temps plein, contre 153 établissements et 10 928 lits en 2006 (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, statistique annuelle des établissements de santé). Cette augmentation s'accompagne de fortes disparités départementales. L'offre privée est surtout dense dans les départements où se situent de grandes agglomérations et sur la frange sud de la France.

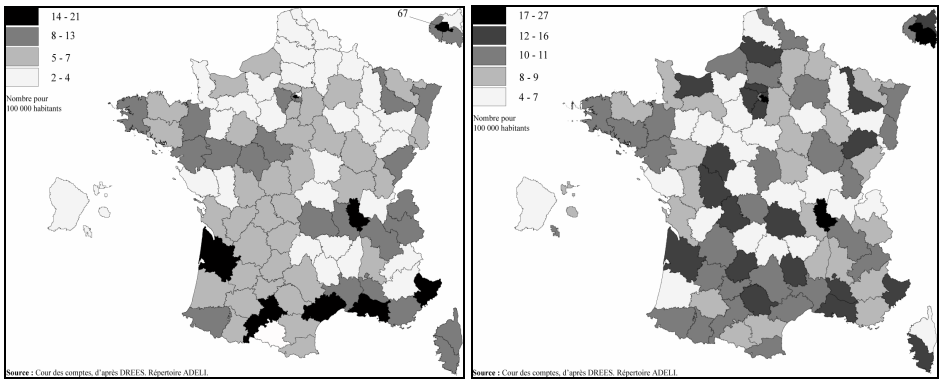
De mêmes disparités de répartition se marquent en ce qui concerne les psychiatres, traditionnellement très inégalement implantés (carte 5 ci-après).

[46] Places de jour ou nuit pour 100 000 habitants de 20 ans et plus. Les établissements ont déclaré plus de 1000 créations de places entre 2005 et 2008, portant le total à quelque 19 000 places.

Les déséquilibres de répartition se sont légèrement accentués entre 2000 et 2010. Les écarts vont du simple au décuple entre Gironde (21), Bouches-du-Rhône (20) et, à dominante rurale, Eure ou Vendée (2). La Guyane n'a aucun psychiatre libéral.

Carte 5. Psychiatres, au 1er janvier 2010, pour 100 000 habitants

Libéraux et mixtes **Salariés**



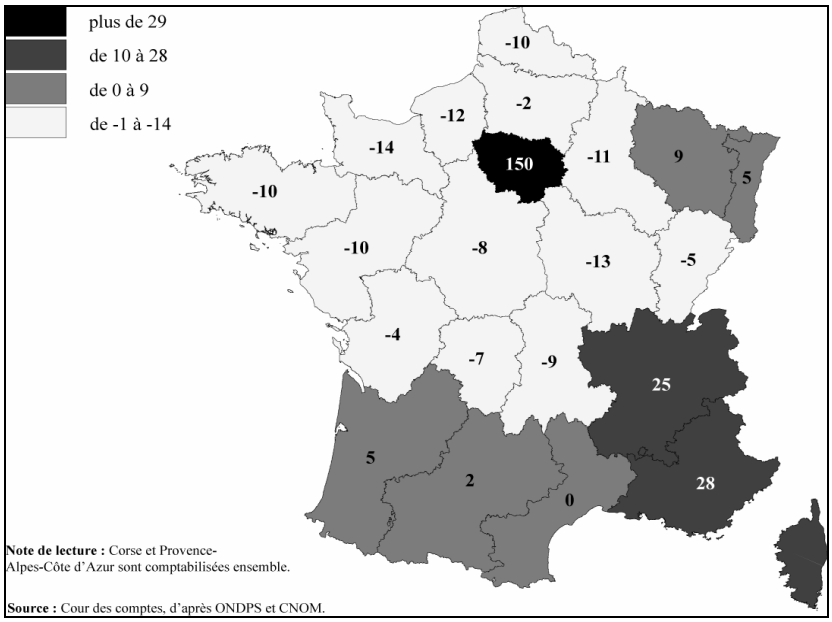
Pour les salariés, hospitaliers ou non, hors Paris (27 pour 100 000 habitants), les écarts vont du simple au quintuple entre Val-de-Marne (20) ou Rhône (19), et Indre ou Loir-et-Cher (5).

Deux actions devaient remédier aux écarts, mais sans calendrier ni financement. D'une part, dans le cadre de négociations statutaires avec les représentants des médecins hospitaliers, des mesures devaient bénéficier aux psychiatres choisissant des établissements aux taux de vacance élevés. Aucune prise en compte statutaire spécifique n'est cependant intervenue. Par ailleurs, des aides à l'installation devaient être versées aux psychiatres libéraux dans des zones déficitaires : ce dispositif n'a pas été appliqué aux spécialistes.

De nouveaux diplômés ont donc continué à quitter leurs régions de formation pour Paris et le Sud-est. La tendance s'est accélérée depuis 2005 : la période 2000-2004 n'avait attiré que 82 diplômés, venus d'autres régions, à Paris (150 en 2005-2009) et 9 en Rhône-Alpes (25) [47].

[47] Soit le nombre de nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins moins le nombre de diplômés en psychiatrie entre 2005 et 2009, par région. Il en est allé de même pour les postes hospitalo-universitaires. L'indépendance universitaire relativement récente (1968) de la discipline fait que les psychiatres ne représentent que 1,8 % des emplois hospitalo-universitaires et 1,3 % des emplois hospitaliers psychiatriques (74 emplois de professeurs de psychiatrie d'adultes, 36 de pédopsychiatrie et 10, récents, de maîtres de conférence).

Carte 6. Différences régionales entre nouveaux inscrits à l'Ordre des médecins et nouveaux diplômés, psychiatrie, 2005-2009



Les disparités territoriales de l'offre de soins demeurent ainsi une caractéristique persistante de la psychiatrie française. Si certaines différences peuvent répondre légitimement à des différences objectives entre territoires (bien que celles-ci ne soient jamais évaluées), cette situation est d'autant plus dommageable aux patients que la proximité est essentielle à la qualité de l'offre de soins et que l'égalité des chances commande que celle-ci soit, quantitativement et qualitativement, aussi corrélée que possible avec les besoins.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'objectif de favoriser les prises en charge extrahospitalières et de désengorger les lits d'hospitalisation complète n'a pas été atteint, malgré quelques progrès. Du fait de courants parfois antagonistes, sans consensus sur un juste recours à ce type de prise en charge, la rédaction très consensuelle du plan n'a guère rapproché les points de vue[48].

Certaines mesures ou annonces postérieures au lancement du plan ont, loin de « décloisonner »[49]*, durci incompréhensions et clivages, notamment en matière d'hospitalisation sans consentement et de sécurité. A côté de progrès remarquables, des situations difficiles perdurent : « d'un service à l'autre, ce n'est pas la même organisation, (…) ce n'est pas la même cohésion (…) ce ne sont pas les mêmes méthodes de travail »*[50]*. Les hospitalisations inadaptées, les transferts de patients du fait de suroccupations, les ruptures de résidence notamment pour les populations précaires ou pour les personnes incarcérées, l'articulation alternatives à l'hospitalisation, trop peu développés, ou le chaînage encore défaillant avec les structures médico-sociales exposent à des risques élevés de perte d'efficacité de soins, par ailleurs souvent onéreux.*

Dans ces conditions, la Cour recommande de :

1- continuer à développer et à diversifier l'offre sanitaire extrahospitalière, médico-sociale et sociale, notamment pour renforcer l'autonomisation et la réinsertion sociale des personnes ;

2- en évaluer les performances, notamment en termes de délais d'attente pour obtenir un avis médical spécialisé ou une admission dans les structures, ainsi que d'adaptation aux besoins des personnes hospitalisées à temps plein de manière inadéquate ;

3- inclure dans la mission de service public de psychiatrie la charge de repérer, d'analyser et de corriger localement les ruptures de prise en charge et les délais d'attente, quelles qu'en soient les causes ;

4- faire évoluer les modalités d'organisation et de gestion interne des établissements pour mieux distinguer les moyens attribués aux

---

[48] Ainsi un rapport notait-il récemment dans un département « *le climat exécrable qui régnait entre les praticiens hospitaliers des secteurs de psychiatrie (…), avec une minorité (…) rendant (…) impossible toute politique institutionnelle* ».

[49] Le Haut conseil de la santé publique a confié en 2011 une étude au CREDOC sur ce sujet, à paraître.

[50] Entretien cité par : Philippe Borrel, « *Un monde sans fous* », Nîmes, Champ social, 2010, p. 71. Cet ouvrage, issu d'un film documentaire, reflète l'hétérogénéité, les paradoxes et les conflits constatés par la Cour sur le terrain.

structures intra- et extrahospitalières et limiter la fongibilité entre les deux ;

5- renforcer l'organisation et la permanence des services d'urgences psychiatriques ;

6- harmoniser la conception, la répartition et l'emploi des unités pour malades difficiles ;

7- réformer le financement de la psychiatrie par l'assurance maladie, sur la base d'une tarification prenant en compte la spécificité des prises en charge psychiatriques.

Chapitre II

Le programme « santé-justice » :

des progrès encore inaboutis

Parmi les quatre séries de programmes spécifiques du plan, la Cour a examiné plus particulièrement l'axe « Actions santé-justice »[51]. Ses 12 mesures (tableau ci-après) visaient à améliorer la prise en charge des détenus souffrant de maladies mentales. Plus d'une centaine d'entretiens conduits par la Cour ont montré qu'elles ont renforcé la prise de conscience des problèmes en ce domaine.

Elles n'ont toutefois été mises en œuvre que partiellement et tardivement ou à un niveau indéterminé, tout en étant complétées par le financement d'un nombre plus élevé que prévu par le plan d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). La priorité conférée à l'amélioration des locaux et de leur sécurisation était nécessaire, mais l'optimisation et la continuité des parcours de soins et de leur débouché vers une réinsertion sociale n'ont pas toujours bénéficié d'une suffisante attention.

[51] Les autres programmes spécifiques ont été dotés de moyens modestes, dans des domaines qui appelleraient des évaluations techniques complexes : *« Dépression et suicide »*, *« Périnatalité, enfants et adolescents »*, et *« Populations vulnérables »*.

Tableau 11. Mise en œuvre des 12 mesures « santé-justice »

MESURES DU PLAN 2005-2008	Degré de mise en œuvre au 31.12.2010	Crédits délégués
Développer des programmes coordonnés à destination des détenus[52]		
Amélioration des soins	Indéterminé.	
Evolution du rôle des SMPR[53] au fur et à mesure de la mise en place des UHSA	Amorcé en Rhône-Alpes depuis 2009	
Recommandations Haute Autorité de santé adaptées aux détenus (prise en charge, collaboration entre professionnels, préparation sortie)	Recommandations publiées en 2006. Le protocole prévu par le plan, projet confirmé en 2008, sur les détenus présentant une schizophrénie n'a pas été réalisé	
Décret sur les missions des UHSA pour la garde, le transport et l'escorte	Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010	
Développement des UHSA (19 au total prévues pour 700 lits). Le financement a dépassé le cadre du plan, une partie des coûts de la première tranche y étant rattachée : études de programmation et de conception (FMESPP[54], 26,5 M€)	Montant prévisionnel cumulé début 2009 porté de 26,5M€ à 131 M€ en investissement (dont 17M€ pour l'UHSA de Lyon plus, depuis 2010, 6,9 M€ en base de dotation annuelle de fonctionnement assurance maladie)	134,5 M€ notifiés
Télémédecine et dossier médical inform.	Néant *(4,75 M€ annoncés 2010-14)*	
Prévention du suicide chez les détenus (suite du rapport Terra de 2003)	Circulaire sur la prise en charge des mineurs en mai 2008. *Plan 2010-14*	
Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles		
Elaboration d'un suivi départemental de la file active des personnes sur injonction de soins en milieu ouvert	Indéterminé.	
Déploiement de 5 centres de ressources interrégionaux ayant une fonction de référence et de conseil (5M€)	Indéterminé.	5 M€ délégués aux ARS
Augmenter le nombre de médecins coordonnateurs par l'incitation à la création de diplômes universitaires, l'élaboration d'instructions sur leur rémunération, éventuellement augmenter le nombre de personnes suivies au maximum par un médecin	Evolutions réglementaires sur rémunération (2008), formation, conditions d'exercice. Mission IGAS /IGSJ en 2010, dont les conclusions continuaient à être examinées à l'automne 2011	
Recherche santé-justice (1 M€)	Indéterminé.	Cf. *infra*
Formation des professionnels de santé	Deux subventions à des associations	171 225€

[52] L'administration pénitentiaire gère 191 établissements, dotés de 54 988 places (1er janvier 2010). Chacun est doté d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA), rattachée à un établissement hospitalier choisi par l'agence régionale de santé. Les UCSA sont responsables des soins psychiatriques dans les 165 établissements sans SMPR, mais elles sont inégalement coordonnées avec ces services régionaux.

[53] SMPR : service médico-psychologique régional.

[54] Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

Ce champ est d'autant plus important que la population carcérale a atteint un pic historique au cours du plan (64 250 détenus mi-2008), et qu'il est envisagé de passer à 80 000 places. Les moyens psychiatriques n'ont pas évolué à due concurrence, sauf pour la prise en charge des auteurs de violences à caractère sexuel. Or le cumul de troubles mentaux et de précarité accroît fréquemment les difficultés de réinsertion sociale et professionnelle comme de stabilisation médicale, avec en cas de prise en charge mal adaptée le risque d'une réincarcération suivie d'une dégradation pathologique. Il en est de même parmi les quelque 200 000 autres personnes condamnées et placées sous main de justice pour effectuer leur peine en milieu ouvert.

I - Peu de moyens pour améliorer les soins

Un programme spécifique était justifié compte tenu de la forte prévalence des troubles mentaux en milieu pénitentiaire[55].

Une forte prévalence en milieu pénitentiaire

Les données épidémiologiques varient selon les sources, mais font apparaître que les personnes concernées par des troubles de nature psychiatrique sont toujours supérieures au tiers des effectifs, et que jusqu'à 40 % des détenus d'un site font l'objet d'un suivi psychiatrique ou en addictologie : « 3,8 *% des détenus souffrent d'une schizophrénie nécessitant un traitement, soit environ 4 fois plus qu'en population générale. 17,9 % présentent un état dépressif majeur, soit 4 à 5 fois le taux en population générale et 12 % souffrent d'anxiété généralisée. Ces derniers chiffres sont à interpréter avec précaution, car ces troubles peuvent être à l'origine du fait générateur de la détention, mais peuvent aussi résulter de la privation de liberté* »[56]. En 2009, l'ensemble des équipes de psychiatrie intervenant en milieu carcéral a assuré 47 000 journées d'hospitalisation à temps plein, 63 000 journées à temps partiel et 713 402 actes ambulatoires (données 2010 encore indisponibles en septembre 2011).

[55] Le plan a été suivi d'un plan « *Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice* » 2010-2014, dont la mesure n° 9 vise à « *Réorganiser le dispositif d'offre de soins en santé mentale* [pour] *permettre l'accès des personnes détenues à des soins en santé mentale adaptés à leur état de santé et s'assurer du suivi de ceux-ci à la sortie* ». Mi-2011, il n'y avait pas encore d'indications, dans les établissements visités, d'une telle « réorganisation ». Le ministère de la justice souhaite que ces évolutions soient formalisées dans un texte réglementaire conjoint.

[56] CEMKA-EVAL, Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral, pour les ministères de la santé (DGS) et de la justice (direction de l'administration pénitentiaire), Bourg la Reine, 2004, échantillon de 799 détenus masculins. Le taux de suicide a atteint 18/10 000 détenus en 2010. Le quart des entrants en détention déclarent une consommation de substances psychoactives, et le tiers, d'alcool; un même détenu peut apparaître dans plusieurs catégories.

Les conditions d'exercice du droit des détenus aux soins médicaux, assurés par un établissement spécialisé, ont ensuite été confirmées par la loi « pénitentiaire » du 24 novembre 2009, dans les articles R. 6112-15 et R. 6112-26 du code de la santé publique. Toutefois, à peine 5 M€ de crédits additionnels de fonctionnement ont été apportés par le plan entre 2005 et 2008, alors même qu'était engagé un effort considérable d'investissement, porté au cours de sa réalisation à 134,5 M€ d'engagement.

Une première mesure visait à « améliorer les soins ». Or le plan n'a eu quasiment aucun impact direct sur les ressources humaines en ce domaine, hormis dans les cinq centres interrégionaux évoqués *infra*. En 2010, les 173 sites carcéraux concernés disposaient de 157 psychiatres ETP et de 22 autres emplois demeurés vacants. Les emplois dans les autres catégories étaient quasiment tous pourvus, mais le ministère de la santé ne dispose pas d'analyses des besoins et n'a pas établi de normes en ce domaine. Les responsables des sites visités ont généralement souligné une insuffisance de personnels, sans que les files d'attente en résultant soient évaluées précisément.

Il n'y a pas davantage eu de progrès marqué en matière de gestion du temps de ces personnels. Or l'observatoire des structures de santé des personnes détenues (direction générale de l'offre de soins) a constaté en 2009 un taux d'annulation de quelque 8 % des consultations, soit près de 18 000, du fait soit de détenus refusant de s'y rendre sans avoir prévenu, soit, plus fréquemment, d'incompatibilités inopinées entre des contraintes carcérales et la planification médicale. Ces consultations sont annulées au dernier moment, notamment par défaut de disponibilité des agents assurant les transferts internes des détenus, soit une sous-utilisation équivalant à des dizaines d'ETP. Ce taux atteint 54 % dans le Limousin, 28 % dans le Nord-Pas-de-Calais, 17 % en Ile-de-France. Selon l'administration pénitentiaire, qui a indiqué fin 2011 ne pas disposer de ces données du ministère de la santé, les horaires des personnels psychiatriques ne sont de fait pas toujours bien adaptés à ceux des consultations. Ces distorsions sont onéreuses et préjudiciables à la qualité des soins.

II - L'insuffisante coordination des services médico-psychologiques régionaux avec les services pénitentiaires

Le plan n'a guère eu d'effet sur les 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR) auxquels l'essentiel des moyens

psychiatriques en détention est affecté. Plusieurs problèmes de coordination les handicapent, que le plan n'a pas contribué à résorber. Les deux décrets d'application de la loi « pénitentiaire » du 24 novembre 2009, publiés le 23 décembre 2010, ont par la suite entendu améliorer cette situation. Leurs propres circulaires d'application n'étaient au demeurant pas encore publiées fin 2011, le ministère de la justice indiquant qu'elles ont été transmises au ministère de la santé fin octobre 2011, et leurs principes sont inégalement appliqués[57].

L'exemple de la région Rhône-Alpes

La large palette de services psychiatriques en Rhône-Alpes illustre les progrès accomplis, et leurs limites. Elle a été renforcée, en ligne avec le plan. La région avait bénéficié en 1978 d'un des quatre premiers SMPR : il a été transféré en 2009 dans la nouvelle prison de Corbas, et repositionné en 2010 dans un « pôle de santé mentale des détenus en psychiatrie légale » (« inter secteur » de l'établissement Le Vinatier). Il est doté de 17 emplois ETP de praticiens hospitaliers, de 12 emplois d'infirmiers, plus 1,5 ETP vacant début 2011. Aux soins assurés dans son unité de 22 cellules (26 lits), s'ajoutent des activités ambulatoires en milieu carcéral, notamment pour des cas d'addiction (alcool, tabac, toxicomanie) et de violences sexuelles, y compris dans une maison d'arrêt pour mineurs, ainsi qu'un suivi postpénal hors établissements. L'activité ambulatoire est allée croissante, notamment dans d'autres maisons d'arrêt de la région et au centre pénitentiaire de Roanne, avec des renforcements suite aux plans de lutte contre la récidive issus des lois de 2005 et de 2007. Un des cinq nouveaux centres de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violence sexuelle (CRIAVS) y a été ajouté.

La majorité des cas traités concerne des crises avec troubles du comportement, ne reposant pas toujours sur un état psychotique et ne nécessitant généralement pas de soins sous contrainte. Le taux d'occupation des cellules est passé de 198 % en 2005 à 267 % en 2008, du fait de la vétusté de l'ancienne maison d'arrêt de Lyon (15 places théoriques en cellule). Le transfert dans la nouvelle prison de Corbas en 2009 a mis fin à cette situation. Toutefois, le SMPR y a perdu en flexibilité de fonctionnement; en résultent des pertes de temps en personnel soignant. Cela a augmenté le coût unitaire des actes, alors que le plan n'a eu aucune incidence sur le budget de fonctionnement reste de l'ordre de 3 M€, dont environ 40 % pour l'hospitalisation complète et 60 % pour les soins ambulatoires dans la maison d'arrêt, personnels hospitaliers compris.

[57] « *L'état psychologique des personnes détenues est pris en compte lors de leur incarcération et pendant leur détention. L'administration pénitentiaire favorise la coordination des différents intervenants agissant pour la prévention et l'éducation sanitaires (…). Elle assure un hébergement, un accès à l'hygiène, une alimentation et une cohabitation propices à la prévention (…)* » (article 46).

Un premier niveau de coordination est celui de l'harmonisation interministérielle des pratiques, tant nationale que sur place. Son amélioration se heurte aux divergences de règles ou pratiques déontologiques entre personnels psychiatriques et pénitentiaires. Un groupe de travail a réuni sept fois les administrations centrales de la justice et de la santé depuis 2008, ce qui a contribué à améliorer leurs relations, mais sans aboutir à une circulaire conjointe sur la commission pluridisciplinaire unique (CPU, article D.90 du code de procédure pénale, modifié par un décret fin 2010). Le plan n'a pas évoqué les protocoles de soins signés entre les établissements hospitaliers et pénitentiaires concernés, qui restaient à mettre à jour dans 29 % des établissements, en septembre 2011, retard en partie attribué à la mise en place des agences régionales de santé.

L'article D. 90 du code de procédure pénale prévoit la présence d'un « *représentant des équipes soignantes* » à la CPU. Des professionnels de santé refusent néanmoins de siéger, alors que leur contribution est indispensable pour faciliter la continuité des soins et améliorer le sort des détenus. Le débat porte sur le secret médical, qui s'impose à tous, et sur la relation de confiance entre le médecin et le détenu (le Conseil national de l'ordre des médecins indique qu'un médecin ne saurait s'exprimer sans accord explicite du détenu). Au Val-de-Reuil, selon l'article 27 du protocole signé en 2007, « *le SMPR participe aux instances de prévention : commission prévention suicide et commission pluridisciplinaire* », mais sur ce dernier point, il reste inappliqué, le directeur de l'établissement de santé signataire n'ayant pas autorité pour en imposer la pleine mise en œuvre aux praticiens hospitaliers ; une renégociation, entamée en 2007, n'avait pas encore abouti à l'automne 2011. La durée des mésententes est parfois longue, au risque d'être préjudiciable à la cohérence des prises en charge, lorsqu'un même psychiatre demeure longtemps dans le même poste (vingt ans dans un cas). Une situation de refus d'assurer des soins dans l'enceinte de la détention a été constatée dans un site.

Un deuxième niveau de coordination concerne la coopération entre les SMPR et les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) implantées en milieu pénitentiaire. Dépendant d'un établissement hospitalier, les UCSA assurent la prévention, les soins somatiques (non psychiatriques), le cas échéant par transfert en milieu hospitalier, et autant que possible la continuité de soins à la sortie de détention.

Des actions communes sont menées dans des sites tels que la maison d'arrêt de Dijon et le centre pénitentiaire de Metz : formations, locaux, gestion de situations à risque ou de crise, addictologie. Dans

certaines régions, comme en Haute-Normandie depuis 2010, l'agence régionale de santé réunit un comité de coordination.

Cette coopération est toutefois variable ; il arrive que l'UCSA bénéficie d'une base de données informatisée, notamment pour les prises de rendez-vous, que le SMPR n'utilise pas[58]. De surcroît, les SMPR accueillent principalement les détenus de leur établissement pénitentiaire d'implantation, plutôt que les cas les plus graves de leur région. Cela peut s'expliquer en partie par le fait que les magistrats et l'administration prennent en compte leur existence lors du placement des prévenus et des détenus.

Enfin, troisième niveau, la coopération au sein même du SMPR est parfois faible, notamment du fait des psychologues qui opposent le secret professionnel aux autres membres de l'équipe. Or, les infirmiers assurent les entretiens d'entrée, d'urgence et de soutien, et des thérapies de groupe. Leur rôle, majeur, est d'ailleurs parfois qualifié de « sur-responsabilité » quand le temps disponible en psychiatres et psychologues est insuffisant. Les psychiatres sont à la fois coordonnateurs et soignants, ce qui peut poser des difficultés relationnelles au sein du SMPR.

Plus généralement, en cas de transferts multiples hors motif médical, un détenu risque de connaître plusieurs approches thérapeutiques successives, sans que leur bénéfice en soit renforcé, avec pour conséquence parfois une rupture du parcours de soins du fait de files d'attente pour une prise en charge dans un nouveau lieu de détention.

Le plan n'a pas visé à aplanir ces difficultés. Une nouvelle version du guide de prise en charge sanitaire des personnes détenues est toutefois annoncée pour la fin 2011[59].

---

[58] La fréquente absence d'informatisation des dossiers est préjudiciable à la continuité des soins. L'agence des systèmes d'information partagés de santé (GIP ASIP santé) a lancé en 2010 un appel d'offres pour le schéma directeur du futur système d'information des structures sanitaires des établissements pénitentiaires. Un « dossier médical électronique unique pour chaque détenu » devait être mis en place en 2011, en application de l'article 54 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Il n'y a pas encore d'accord entre les ministères de la justice et des libertés et de la santé, quant à sa mise en œuvre, s'agissant d'un sujet controversé.

[59] Cf. Assemblée nationale, rapport d'information n° 1811, *sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, Paris, 2009, et rapport d'information du Sénat n° 434, *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français?,* 5 mai 2010. Le ministère de la justice fait état de multiples dispositions mises en œuvre ou à l'étude, de nature à répondre aux recommandations, pendant qu'une partie des propositions relevant du ministère chargé de la santé reste à l'étude, sans dispositif conjoint aux deux ministères pour préparer les suites ainsi données.

III - La lente résorption des locaux vétustes

Une difficulté majeure demeure celle des locaux, dont le financement relève du ministère de la justice. Dans des sites vieux de 20 à 30 ans, ils sont plutôt bien agencés, mais insuffisants pour les activités thérapeutiques collectives : ceux de la vétuste maison d'arrêt de Dijon sont bien entretenus, mais le service médico-psychologique régional (SMPR) n'y dispose pas d'une cour dédiée et les pièces réservées aux activités occupationnelles collectives sont insuffisantes. Parmi les sites neufs, l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) de Bron (cf. *infra*) ou les locaux du SMPR de Toulouse (2003) sont de qualité.

A Metz, l'état des cellules non rénovées est contraire aux principes de dignité et de sécurité - câbles électriques suspendus dans les cellules - et aux bonnes pratiques. Au Val-de-Reuil (54 000 m² construits en 1989), l'étude préliminaire à une extension de 180 m² du SMPR a attendu 2011. Le ministère de la justice rénove neuf sites depuis 2010, mais a reporté quatre autres opérations faute de crédits en 2011.

L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé a publié en 2010 un guide pour la construction des locaux de soins psychiatriques dans le cadre des unités de consultation et de soins ambulatoires mais sans développement propre aux services médico-psychologiques régionaux. Les deux ministères de la santé et de la justice ont diffusé en 2011 un guide pour les futurs établissements de 600 places. Ils annoncent une concertation renforcée pour améliorer les SMPR, concertation à étendre aux équipes qui y interviendront.

Le SMPR des Baumettes : un état indigne

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la notoriété de la maison d'arrêt marseillaise des Baumettes n'a d'égale que le délabrement et l'insalubrité de son service médico-psychologique régional (SPMR). En 2010, 12 de ses 32 lits ont certes été fermés, mais en raison de la vacance de six emplois de soignants et non de l'absence de besoins ou travaux. Les 14 cellules (9m^2) accueillaient jusqu'alors trois malades en couchettes superposées (deux actuellement). Cette situation, inacceptable en soi, l'est plus encore pour ces cas de maladie mentale. Les bureaux et les plomberies ne sont pas en meilleur état. La cellule d'isolement, en béton brut délabré, est dotée d'un trou en guise de toilette, et comporte un angle mort, rendant l'œilleton inefficace ; cependant, certains malades, qui n'en relèvent pas, la demandent pour s'écarter de la promiscuité. L'équipe médicale parvient néanmoins à gérer les soins de manière cohérente. Depuis janvier 2011, la sécurisation des stocks et des déchets est en cours, et 250 000 € de travaux d'urgence sont programmés en 2012 (« *notamment des travaux d'aménagements (sols, peintures, réseaux ...)* ». Ce n'est pas le seul site de ce type. Un établissement neuf est annoncé pour 2016.

En effet, les établissements sont associés trop tardivement à la programmation des locaux, quand sont appliqués, comme c'est désormais la règle, des plans-type antérieurs. Reproduits nationalement, ces derniers ont jadis été validés par les ministères de la justice et de la santé sans analyse fonctionnelle suffisante, malgré leur coût nécessairement élevé. Ainsi manque-t-on à Corbas de bureaux de consultation.

Ces questions renvoient au problème général des conditions de détention, qui font l'objet d'une attention croissante non seulement du contrôleur général des lieux de privation de liberté,[60] mais aussi des parquets judiciaires, ou des agences régionales de santé, qui tous assurent des visites, de périodicité et de durée variables, y compris dans les établissements psychiatriques.

IV - Des unités onéreuses, mais nécessaires

Des crédits de 26,5 M€, montant porté en cours de plan à 134,5 M€, ont été affectés à la construction d'unités d'hospitalisation spécialement aménagées ((UHSA), qui ont leur équivalent pour les disciplines de court séjour) dont le cadre juridique avait été défini par une loi du 9 septembre 2002.

Une UHSA est édifiée spécifiquement au sein d'un établissement psychiatrique selon le respect des normes hospitalières, mais en intégrant les préoccupations de sécurité liées au fait qu'elle accueille une population de détenus. L'établissement la gère comme un service normal d'hospitalisation complète, d'où le financement de sa construction et de son fonctionnement médical par l'assurance maladie. Sa sécurité externe est, elle, assurée selon les normes carcérales et financée par l'administration pénitentiaire. Seul le personnel hospitalier y travaille, n'y introduisant les surveillants pénitentiaires qu'en cas de problème de

[60] Les rapports du contrôleur général confirment les enjeux. De 2008 à 2010, son équipe a effectué 90 visites, parfois inopinées, dans les 285 établissements de santé concernés. Elle a constaté que « *l'équilibre qu'on peut attendre entre les droits des personnes, les exigences du soin et les mesures de sécurité nécessaires (…) n'est pas souvent réalisé de manière satisfaisante* » (Rapport d'activité 2010, Paris, mai 2011, p. 62). En 2010, 70 des 1 317 saisines reçues par lui ont concerné des établissements publics de santé généraux (14) ou de santé mentale (56), surtout sur l'hospitalisation sans consentement. Son équipe ne comporte pas de psychiatre. Par ailleurs, l'inspection générale des affaires sociales a dressé un constat et fait des recommandations en ce domaine dans son rapport « *Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter* », Paris, La documentation française, mai 2011.

sécurité. Sa vocation est de soigner sous un régime normal de détention, pour une courte durée, des détenus atteints de pathologies psychiatriques graves.

Le programme inscrit dans le plan a, comme l'indique une note des deux ministères établie en 2006, « *été accéléré en août 2005* », après des évasions de détenus hospitalisés d'office. Deux ans après cette « *accélération* », une circulaire du 16 juillet 2007 leur a d'abord alloué les 26,5 M€ du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) inscrits à l'origine, à engager « *impérativement* » dans l'année. Ce montant a ensuite été quadruplé. La première unité n'a été livrée qu'en 2010, et le programme - 17 UHSA au total - sera tardivement achevé, vers 2019.

Une telle unité est inéluctablement onéreuse. En investissement, celle de Bron a coûté 20 M€ (60 cellules individuelles), alors que la prévision était de 6,5 à 8,1 M€ pour 40 lits et de 10,8 à 12,2 M€ pour 60 lits (équipements inclus).

Celle de Bron a été mise en service au printemps 2010, celles de Nancy et Toulouse le seront en 2012, suivies de Villejuif début 2013, et des 13 autres d'ici 2019. D'ici là, les disparités géographiques d'accès à de tels soins et les risques de sécurité comme d'insuffisances de prise en charge demeureront considérables.

Les vastes zones de couverture des UHSA peuvent en effet poser des problèmes, les neuf interrégions pénitentiaires ne coïncidant pas avec les régions « sanitaires » pilotées par les agences régionales de santé. Ainsi, la direction interrégionale Centre-Est (Dijon) regroupe Bourgogne, Champagne-Ardenne et Centre, et devra superviser les flux de et vers des UHSA basées à Lyon (pour la Saône et Loire), Orléans, et Nancy. La direction de Rennes couvre de même trois régions[61].

En fonctionnement hospitalier, avec plus de deux professionnels de santé par détenu, le prix de revient pour l'assurance maladie est supérieur à celui d'une unité traditionnelle, mais cela permet une hospitalisation dans de bonnes conditions de détenus, « difficiles » ou non, dont les troubles appellent des modalités de soins sécurisées, humainement décentes et médicalement appropriées. Le coût annuel prévu en 2011 est de 8,3 M€ (116,5 emplois ETP, chiffres susceptibles d'être revus en légère baisse); celui du fonctionnement pénitentiaire demeure inconnu, le ministère de la justice et des libertés ne le faisant pas calculer. Cette

[61] Cf. G. Barbizer, Ch. Demontès, J.-R. Lecerf, J.-P. Michel, Sénateurs, « *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français* ? », Paris, Sénat, rapport n°434, 5 mai 2010, p. s 55-59.

absence de comptabilité distincte, voire analytique, empêche des comparaisons entre UHSA ou avec des solutions alternatives.

Le dispositif de gestion est particulièrement précis. Il incombe, toutefois, aux ministères et aux agences régionales de santé de tirer les leçons de quelques erreurs de conception et difficultés de fonctionnement, notamment en matière de transferts, dont la direction de l'administration pénitentiaire a indiqué ne pas être informée. Mineures, elles peuvent néanmoins affecter l'efficacité comme le coût de ces unités ainsi que la bonne complémentarité des personnels et procédures pénitentiaires et de santé.

Le risque de conditions de prise en charge inadéquate (chambres d'isolement, sangles, traitements tronqués ou inadaptés, etc.) est écarté dans une UHSA. Les personnels, dont la motivation est à souligner, y trouvent un cadre de travail de nature à réduire les difficultés de recrutement. Le risque de transformation du milieu hospitalier en lieu inapproprié de détention semble écarté : au Vinatier, la durée moyenne des 100 premiers séjours a été de 77 jours. En revanche, comme l'a souligné le rapport du Sénat, un nouveau risque pourrait être l'avènement d'une *« peine d'hospitalisation en psychiatrie »*. L'absence de consensus sur ce sujet est à souligner : les opposants au principe même de l'incarcération de malades mentaux placés sous main de justice préconisent l'hospitalisation hors enceinte pénitentiaire.

Les UHSA paraissent pour autant constituer une solution appropriée aux cas extrêmes, ne serait-ce que pour sécuriser les conditions de travail des personnels hospitaliers, quand aucune alternative n'apporte la même qualité de soins. Une analyse des coûts, détention incluse, aiderait à rationaliser les choix budgétaires à moyen et long terme entre les modes de prise en charge de détenus[62].

---

[62] Par ailleurs, le plan n'a pas mentionné l'Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (IPPP). Les 16 lits de ce service public de diagnostic médico-légal reçoivent les personnes dont il a été estimé qu'elles représentent un danger imminent pour la sûreté des personnes, sur certificat médical ou de notoriété publique (art. L 3213-2 du CSP). 1 879 entrées ont été recensées en 2010, pour un séjour soit de moins de 24 heures (78,5 % des cas) soit de 24 à 48 heures (21,5 % des cas), dont 40 % suivies d'une hospitalisation d'office, 9,7 % d'une hospitalisation à la demande d'un tiers et 9,5 % d'une hospitalisation libre. Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a recommandé en 2011, de manière motivée, de rapprocher du droit commun ce dispositif en effectuant « *dès qu'il sera possible le transfert des moyens (...) de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police au dispositif hospitalier de droit commun, sans modifier naturellement les compétences en matière de police sanitaire attribuées au préfet de police* ».

Le premier centre de rétention de sûreté : inutilisé

A l'époque du plan, a été adoptée la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. L'article 706-53-13 du code de procédure pénale prévoit désormais, après l'exécution de la peine et la fin du suivi socio-judiciaire, la privation de liberté et la « surveillance de sûreté », notamment par surveillance électronique mobile. Sont concernés les condamnés à des peines de quinze ans et plus, atteints de troubles graves de la personnalité et présentant une « particulière dangerosité ». Leurs refus de soins seront assimilés à un cas de mauvaise conduite en détention. Le seul centre a été aménagé en 2008 à Fresnes, mais, mi-2011, aucune prise en charge n'y avait encore été effectuée.

V - Les difficultés d'orientation après la détention

L'orientation des détenus à l'issue de leur peine, ou des prévenus placés sous contrôle judiciaire, n'a pas fait l'objet de mesures dans le cadre du plan.

Il n'y a pas de structure sanitaire-type de préparation à la sortie, et peu de consultations extrapénitentiaires, alors que les expériences en ont confirmé l'utilité. A la stigmatisation sociale des prévenus, détenus et des anciens détenus, s'ajoutent pour les services pénitentiaires d'insertion et de probation « *de réelles difficultés (…) il devient en conséquence impossible de trouver des hébergements stables, permettant notamment de maintenir la continuité des soins* », comme le souligne le ministère de la justice.

Les témoignages confirment que « *la rupture de la continuité des soins à la libération, pour une personne présentant des troubles psychiatriques et des troubles addictifs, peut constituer un facteur décisif de non-insertion puis de récidive, et par conséquent un facteur de dangerosité. Le problème est aggravé par l'association « vulnérabilité psychique/précarité socio-économique* »[63].

[63] Dr. Christiane de Beaurepaire, « *La prise en charge psychiatrique des sortants de prison et des personnes sous main de justice. Expérience d'une consultation en milieu ouvert* », SMPR de Fresnes et établissement public de santé mentale Paul Guiraud (Villejuif), 2008, p. 8. Pour près de la moitié, les 300 patients pris en charge entre 2005 et 2008 dans une des consultations extrapénitentiaires sont en-dessous du seuil de pauvreté, 80 % présentent des symptômes dépressifs et anxieux, 50 % des troubles majeurs ou modérés, des addictions, 40 % ont vécu des événements psycho-traumatiques lourds à un moment quelconque de leur existence. Mais aucune récidive n'a été constatée.

Des dossiers de réinsertion de patients libérables ne trouvent pas tous des solutions rapides et certains demeurent durablement sans réponse. Des établissements médico-sociaux ou sociaux refusent en effet de prendre en charge d'anciens détenus pour faits de violence, de mœurs ou de vols. Un secteur n'a pas l'obligation de prendre en charge un patient dépourvu de domicile antérieur au moment de sa sortie de prison : ce patient est exposé au risque de ne trouver d'autre solution que l'hospitalisation psychiatrique en attendant une solution de placement en établissement médico-social.

L'équipe médicale d'un des établissements pénitentiaires visités n'a ainsi pu faire promptement admettre un détenu aveugle et appelant des soins psychiatriques dans un centre de rééducation fonctionnelle spécialisé : seule la menace d'une saisine de l'ordre des médecins a contraint l'ophtalmologue hospitalier à établir, après sept mois de relance, le certificat médical approprié.

Le suivi socio-judiciaire de cinq auteurs de violences sexuelles a dans le même site été retardé en 2009 faute d'acceptation de ces personnes par des structures adéquates (un centre d'hébergement et de réinsertion sociale ou un foyer qui ne soit pas à proximité d'une école). Dans trois autres cas, le préfet a réquisitionné une place en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), après un refus initial faute de place et en l'absence d'alternative.

Les anciens détenus sans abri ou mal logés peuvent attendre dans la même région jusqu'à huit mois pour un hébergement. Une solution serait de rapprocher les patients de leur famille. Or la sectorisation des soins s'est jusqu'à maintenant traduite par des difficultés pour transférer un patient, à sa sortie de prison, vers l'hôpital le plus proche de sa famille ou le secteur de sa résidence habituelle[64]. Ces situations, déjà difficiles pour des personnes dont la santé mentale ne fait pas problème, le sont plus encore pour celles atteintes d'affections psychiatriques et peuvent donner lieu à une nouvelle hospitalisation.

Les procédures administratives n'ont d'ailleurs pas la flexibilité nécessaire à ces situations particulières et les unités manquent de moyens quand des prévenus en attente de jugement sont mis en liberté inopinément ; des remises de peine ou des allongements disciplinaires peuvent anéantir un protocole de sortie longuement élaboré. Une brève permission de sortie en ville peut être un préalable à des soins de suite

[64] En cas d'hospitalisation psychiatrique d'un détenu, l'affectation à un secteur géographique est parfois aléatoire. Dans un des sites visités, elle est effectuée selon sa date de naissance, loin de toute considération d'insertion sociale. Des secteurs parisiens refusent des détenus parisiens sortant de centres de détention provinciaux.

d'un détenu dès le jour de sa libération, par exemple pour un entretien préalable à l'admission en structure d'hébergement ou de postcure dont l'éducateur refuse de se déplacer en milieu pénitentiaire ou de le faire par téléphone ; or des détenus, dont les expertises psychiatriques sont préoccupantes, se voient refuser une permission de sortir à cet effet, ou l'escorte nécessaire (dix cas récents de ce type dans un des sites visités).

Les risques de rupture de soins sont donc importants et mettent fréquemment en péril, voire en échec, la réinsertion, avec des conséquences potentielles préoccupantes pour la société comme pour l'intéressé, en raison de l'insuffisance de capacité d'accompagnement des malades mentaux sortant de prison. La difficulté à faire admettre des cas « lourds » de handicap psychiatrique, de manière à réduire les risques de récidive, dans des structures médico-sociales adaptées est, à cet égard, une préoccupation du ministère de la justice et des libertés, qui œuvre à ce sujet avec la délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement.

Plus généralement, les patients psychiatriques sont encore plus vulnérables que d'autres aux difficultés fréquemment rencontrées par tous les détenus, faute notamment d'accès dès le jour de sortie à des papiers d'identité manquants, au revenu de solidarité active, ou à un dispositif de prise en charge des problématiques d'addictologie proche d'un hébergement social.

Le manque de psychiatres acceptant des missions d'expertise

Des projets de soins, hébergement ou travail pour un détenu sont parfois remis en cause faute d'expertise psychiatrique : dans certaines régions, les cours d'appel et équipes de soins ne trouvent pas suffisamment d'experts appropriés. Aucune mesure n'y a remédié. Un groupe de travail a été mis en place fin 2010 par le ministère de la justice à la demande de la direction générale de la santé.

La constitution en amont des dossiers de couverture maladie universelle complémentaire depuis 2010 montre la possibilité de progrès, mais sont exclus de cette couverture les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé dont nombre de malades mentaux relèvent. L'insuffisance d'impulsions est d'autant plus à souligner que les spécialistes estiment que les taux de récidive pénale sont bien moindres lorsque cet accompagnement est efficacement assuré, comme évoqué plus haut.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le dispositif de prise en charge psychiatrique des quelque 260 000 détenus et personnes placées sous main de justice a globalement, mais inégalement, progressé ces dernières années. Le plan n'a que modestement amélioré son fonctionnement. Alors que les cas pathologiques sont, notamment du fait des addictions, en forte croissance, les témoignages de prises en charge rendues discontinues, voire inadéquates, par les rigidités du dispositif judiciaire et pénitentiaire montrent des conséquences parfois dramatiques pour les personnels, les justiciables et leurs entourages ou pour des tiers.

S'y ajoutent les effets contrastés d'exigences légitimes de sécurité et d'une législation européenne visant à mieux protéger les droits des personnes détenues. Le constat qu'en matière de justice, « la peine diffère principalement selon le lieu de comparution du prévenu »[65], est transposable aux soins psychiatriques, qui diffèrent selon les sites.

L'adhésion de tous les personnels et la mobilisation des directions d'établissement n'ont pas été recherchées avec l'attention appropriée en matière de sécurité. Il manquait une stratégie crédible et équilibrée entre les exigences parfois contradictoires qui entourent les enjeux de protection des personnes et des libertés. Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 précité prévoit des actions plus importantes et mieux structurées, mais, au regard de l'objectif de 80 000 places de détention 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.

Des mesures de sécurisation ne peuvent porter tous leurs fruits s'il n'est pas aussi donné suite à des rapports tels que ceux du contrôleur général des lieux de privation de liberté : sont à réduire les situations d'insalubrité et de promiscuité dans les sites, les déficiences en effectifs et les insuffisances de formation.

La Cour recommande ainsi de :

8- publier les circulaires relatives à la coordination entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé, en prenant en compte l'article D. 90 du code de procédure pénale dans les protocoles santé-justice, et en harmoniser la mise en œuvre ;

9- développer des normes et des indicateurs pour la prise en charge des patients sous main de justice, y compris au stade postpénal,

[65] ministère de la justice et des libertés, bulletin de la mission de recherche droit et justice, numéro 36, mai 2011, p. 12.

en renforçant sa coordination médicale et sociale comme prévu par le plan d'actions stratégiques 2010-2014 ;

10- mettre aux normes hospitalières établies en 2011 l'ensemble des locaux pénitentiaires où sont délivrés des soins ;

11- améliorer la gestion du temps de consultation dans les établissements pénitentiaires.

Chapitre III

Un pilotage insuffisant

Dans son rapport public annuel 2000, la Cour avait noté que « *la réorganisation en cours de l'administration centrale (…) permettra, peut-être, un meilleur pilotage de la santé mentale »*[66].

Malgré les progrès intervenus dans la coordination entre les directions du ministère chargé de la santé, le pilotage du plan, initialement robuste, s'est délité en 2007. La répartition, la maîtrise et le suivi des moyens nouveaux – en personnels, en investissements, en recherche - en ont été d'autant plus affectés que leur financement était inégal : important en matière de sécurité, difficilement identifiable en matière de création d'emplois, et très insuffisant en recherche.

I - Un dispositif de suivi progressivement délité

A - Des instances et un réseau éphémères

Le plan faisait partie de la vingtaine de plans de santé publique pilotés dans les années 2000 par le ministère.

Aucune mesure institutionnelle n'a accompagné sa mise en œuvre, à l'inverse, par exemple, de la création d'une mission puis de l'Institut national du cancer pour le plan cancer.

[66] Op. cit. p. 411.

Quoiqu'émanant du seul ministère de la santé, le plan dépendait aussi, pour sa réalisation, d'autres administrations[67]. Il n'a été évoqué qu'une fois en Conseil des ministres, pour son lancement le 20 avril 2005. En l'absence de réunions interministérielles, les relations ont été longtemps distendues avec les autres ministères, notamment avec le ministère de la justice dont dépend l'administration pénitentiaire.

Selon le « livre des plans de santé publique », il existait « *deux niveaux d'instance* » pour le plan « psychiatrie et santé mentale[68] ».

Le comité technique mensuel de suivi a solidement coordonnée d'octobre 2005 au début 2008 l'action administrative. Animé par un membre de l'inspection générale des affaires sociales, il comprenait les directions du ministère, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et la mission nationale d'appui à la santé mentale (MNASM) ainsi que des administrations déconcentrées. Ses six commissions ont été rarement réunies et n'ont pas été formellement constituées, faute pour le ministère de la santé d'avoir disposé des ressources en personnels nécessaires.

D'autre part, l'instance nationale de concertation en santé mentale a réuni, jusqu'en 2007, deux ou trois fois par an, un comité des professionnels, des représentants des usagers, des familles, du secteur social et médico-social et des collectivités. Son rôle a été déterminant dans le dialogue entre l'administration et le terrain, contribuant au succès des mesures du plan que ses membres étaient à même de relayer.

[67] Ministères chargés de la justice, de l'éducation, de l'enseignement supérieur et de la recherche, de l'intérieur, du logement.

[68] Ministère de la santé, livre des plans de santé publique, mai 2011, p. 29.

Les modestes ressources humaines de l'administration centrale

Le nombre d'agents affectés par l'administration à la psychiatrie ne paraît pas avoir augmenté lors du plan.

La direction générale de la santé « *propose les objectifs et assure le suivi des politiques de santé mentale* » (art. R1421-1 du code de la santé publique), mais les dix emplois du bureau concerné ne sont qu'épisodiquement pourvus en totalité.

Le rôle de la direction générale de l'organisation des soins est primordial en raison du secteur hospitalier psychiatrique, sans qu'il soit cité dans ses attributions, mais elle n'a pu indiquer à la Cour combien d'emplois y sont affectés, notamment dans son bureau des « *prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale* ».

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique en affecte un aux bases de données psychiatriques (RAPSY, statistique annuelle des établissements de santé, RIM-P), mais n'identifie pas le temps d'autres agents, comme ceux travaillant au collège sur les risques psychosociaux et aux outils statistiques qui, recommandés par lui, commenceront à produire des résultats en 2012.

La caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), principal financeur, n'avait pas été invitée à siéger dans ces instances. Ces dernières ont, en tout état de cause, cessé de fonctionner à la suite du non-remplacement de leur coordonnateur en 2007. Cet effacement d'une gestion du changement qui avait pourtant rapidement fait ses preuves a été lourd de conséquences pour la réalisation du plan et pour la remontée de l'information sur les actions engagées.

L'affaiblissement progressif du pilotage s'est accompagné d'un rythme de plus en plus distendu dans la publication des bilans produits. Dès juin 2006, le ministère avait publié un « *bilan de la première année de mise en œuvre du plan* », très détaillé (73 pages riches en annexes et tableaux de bord), établi par le coordonnateur. Le second rapport fut différé par le cabinet jusqu'en octobre 2007 (99 pages). Les rapports 2007 et 2008 et un projet final, produit à la Cour fin 2010, n'ont pas été publiés.

B - Des acteurs nationaux peu mobilisés

Différentes agences et missions sanitaires sont intervenues en fonction de leurs compétences : l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les missions regroupées depuis lors dans l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP), l'institut national de veille sanitaire (INVS).

La mission nationale d'appui en santé mentale : un dispositif utile, mais administré de manière anormale

Créée en 1993 sans personnalité morale ni autonomie financière, la mission nationale d'appui en santé mentale comportait fin 2010 six personnes, directeurs d'établissement et médecins, et directeur de réseau, et une quarantaine de correspondants bénévoles, professionnels de direction et du soin en psychiatrie[69].

Sa gouvernance est assurée par un comité de pilotage et de suivi. Elle publie sur Internet entre 6 et 8 rapports par an, de visite de sites hospitaliers et de suivi, et entre 5 à 6 numéros de sa revue Pluriels ; les deux tiers des départements ont bénéficié de ses interventions, qui sont gratuites. Ce sont d'utiles outils de diagnostic et d'aide à la gestion des changements. Le dispositif de la mission nationale d'appui en santé mentale, à défaut d'avoir l'assise stable que justifierait l'enjeu, a le mérite du pragmatisme.

Le ministère n'a toutefois pas, pour la gestion, tiré les conséquences des observations de la Cour qui l'ont conduit à revoir la gestion d'autres missions du même type.

Au lieu d'être détachés, cinq de ses membres sont mis à disposition par leurs administrations ou établissements d'origine. Ce dispositif n'en assure pas la permanence, comme en témoignent quatre mutations entre 2008 et 2010. Plus de 200 000 € par an sont versés à la mission par la direction générale de l'offre de soins et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie - via l'association pour la santé mentale du 13ème arrondissement de Paris, dont la raison sociale même est exclusive d'une mission nationale.

A la suite de l'enquête de la Cour, le ministère a exprimé son intention de réaffirmer « *dans les meilleurs délais* » le rôle de cette mission et d'en clarifier le statut par un changement approprié.

Une coordination n'a, en revanche, pas été spécifiquement organisée, dans le cadre du plan, avec les régimes obligatoires d'assurance

[69]Le mandat de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) est proche de celui de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) et de l'association Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH, encore peu actif en psychiatrie). Le ministère de la justice (protection judiciaire de la jeunesse) a créé en 2007 une seconde MNASM, hors plan ; un rapport a recommandé d'en étendre les compétences en pédopsychiatrie, et a noté que le ministère de la santé « *s'est peu à peu désengagé* » de son comité de pilotage (Assemblée nationale, Michel Zumkeller, Rapport sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes mineures, Paris, 2 décembre 2009, p. 40). Ces dédoublements d'opérateurs financés par l'Etat et, via les établissements, par l'assurance maladie, appellent un réexamen.

maladie, qui assurent le financement de l'hospitalisation et des soins, que ce soit aux niveaux national, régional ou local.

Alors que les maladies mentales sont la « *première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle, elles ont une répercussion économique considérable»*[70], elles n'ont pas figuré parmi les priorités des branches maladie et accidents du travail-maladies professionnelles, peu concernées par le pilotage du secteur hospitalier, alors qu'elles en assurent le financement. La convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au lieu de constituer un levier de changement, a simplement prévu un guide permettant la construction d'un plan global de prévention des risques psychosociaux.

Le ministère a renoncé au projet d'inclure dans le contrat Etat-Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) 2010-2013, signé en octobre 2010, des objectifs d'amélioration du suivi des malades en ALD « 23 » (affection psychiatrique) ou de l'information sur l'offre de soins en psychiatrie pour le grand public et les médecins de premier recours (ces actions figuraient dans un projet du 30 avril 2010).

Le degré d'implication des médecins-conseils paraît variable. Des actions relatives aux psychotropes (2006-2008) et à la dépression (2010-2011) ont cependant été menées auprès des médecins traitants. La santé mentale fait, par ailleurs, partie des thèmes de formation conventionnelle des médecins depuis 2005. L'impact de ces différentes actions n'a toutefois pas été évalué.

La convention signée le 26 juillet 2011 avec les syndicats représentatifs des médecins vise néanmoins à renforcer l'accès au psychiatre, avec une consultation rémunérée 55,50 €, si elle intervient dans les 48 heures suivant la demande du médecin traitant, et une revalorisation du tarif de base à 37 € contre 34,40 € précédemment. Pour autant, le plan de gestion du risque 2011 de l'union nationale des caisses d'assurance maladie n'évoque pas la psychiatrie.

C - Un cadre régional peu stable

L'article R. 3221-7 (décret du 6 mai 2005) du code de la santé publique avait instauré une commission régionale de coordination en santé mentale (CRCSM). Elle remplaçait des comités institués par la loi

[70] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Etudes et résultats N° 747, janvier 2011, *L'état de santé de la population en France*, suivi des objectifs de la loi de santé publique 2009-2010.

du 25 juillet 1985. La conférence régionale de santé devait être informée de ses travaux. Le changement ainsi apporté a été éphémère : ces commissions, inégalement performantes, ont été supprimées après la fin du plan, puis parfois rétablies[71].

Les impulsions des instances de pilotage central du plan furent relayées par des correspondants régionaux désignés dans les services déconcentrés de l'Etat - DDASS, DRASS - ou les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui devaient chacun coordonner une équipe de projet « opérationnelle » (santé publique, actions sanitaires, sociales et médico-sociales). Un « référent » régional s'y ajoutait. Sans qu'il y en ait eu un bilan national, ce réseau, qui s'effaça en 2007, et ceux de ses membres qui avaient conservé cette mission ont joué un rôle essentiel.

Les agences régionales d'hospitalisation ont assuré le pilotage à deux niveaux. D'une part, le financement des établissements leur a permis de contrôler directement la capacité en hospitalisation complète ; d'autre part, les bases de données évoquées par ailleurs ont permis de suivre les activités se déroulant hors les murs des établissements.

Les agences régionales de santé leur ont succédé, avec des organisations et stratégies très variables : certaines équipes qui étaient chargées de la psychiatrie, ont disparu, notamment lors du départ d'agents contractuels. Il n'y a donc pas eu de continuité dans toutes les régions.

La succession de créations, de suppressions et de reconstitutions de dispositifs de pilotage, initialement appropriés, a induit un certain désordre, préjudiciable à l'atteinte des objectifs que le plan comportait et à la mobilisation optimale des moyens financiers qui l'accompagnaient.

II - Des outils de pilotage de qualité inégale

Les enjeux et l'effort financier appelaient des outils et des indicateurs conformes aux bonnes pratiques.

Or le suivi financier a été délicat et les indicateurs de résultat ont fait défaut, alors même qu'ils avaient été inscrits dans la loi de santé publique qui avait précédé, en 2004, le lancement du plan. Les indicateurs de moyens et d'activité ont cependant progressé.

[71] L'article R. 3221 -7 du code de la santé publique énonçant leurs missions faisait écho à la recommandation formulée en 2000 par la Cour d'organiser «*les réseaux de soins en santé mentale de façon à renforcer la collaboration entre les psychiatres libéraux et les hospitaliers*» (op. cit, p. 430).

L'absence dans le plan de dispositifs de contrôle interne et de lutte contre les fraudes

Le plan ne prévoyait aucune disposition en matière de contrôle interne ou externe de sa gestion. Les procédures de contrôle interne ont été améliorées à la direction générale de la santé en ce qui concerne l'engagement et le suivi comptable des subventions. L'absence d'audit interne jusqu'en 2010, comme de comité d'audit, a toutefois continué à obérer l'aptitude de l'administration centrale comme des agences régionales de l'hospitalisation, puis des agences régionales de santé, à s'interroger sur l'efficacité du plan, à évaluer et maîtriser les risques y afférents comme à renforcer la fiabilité des informations statistiques, budgétaires et comptables.

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS), instance à la fois interne à l'administration et externe aux établissements qu'elle contrôle, a en partie pallié l'absence d'audits internes, notamment par des enquêtes récurrentes au sein des établissements psychiatriques, par site (18 rapports entre 2005 et février 2011) ou par thème (tel que les ressources humaines).

S'y sont ajoutés des contrôles effectués conjointement et avec rigueur par des DRASS, DDASS et agences régionales d'hospitalisation, comme ceux assurés sur la prise en charge sanitaire dans trois maisons d'arrêt et un centre de détention en Haute-Normandie, en 2006-2007, avec un suivi méthodique des réponses et des suites. Les approximations constatées dans la supervision d'opérations subventionnées et dans les comptes rendus d'exécution du plan donnent toutefois à penser que ces contrôles n'ont pas toujours été suffisants ni suffisamment relayés et exploités.

Le plan n'a comporté aucune mesure préventive ni répressive quant aux pratiques frauduleuses. Or il y a un risque que des établissements facturent indûment à l'assurance maladie des actes forfaitaires de prise en charge intensive de pathologies psychiatriques (« CNPSY 0,8 ») sur la quasi-totalité des séjours. La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a programmé une campagne de contrôle « *Psychiatrie en établissement* » pour la fin 2011, et entrepris de construire des indicateurs adéquats.

S'agissant des psychiatres libéraux, un sondage effectué par la CNAMTS a montré un autre risque, illustré par le constat que les trois psychiatres les plus actifs d'une région ont réalisé 63 consultations par jour ouvré (en moyenne, 2009) alors que la moyenne nationale est de 11,5. Des cas dépassant 40 actes ont été relevés dans quelques autres régions. Ni le ministère ni la CNAMTS n'ont de référentiels pour qualifier les abus ou les fautes à sanctionner, et, à l'inverse d'autres secteurs, il n'y a pas eu de programme d'examen des indicateurs d'activité aberrants. La CNAMTS expérimente de nouvelles méthodes de détection. Des fraudes individuelles ont fait l'objet de poursuites en matière de revente de médicaments.

A - Un bilan financier incertain

Le suivi du financement du plan, effectué parfois par redéploiement de crédits préexistants, apparaît incertain, d'autant plus qu'il ne prévoyait aucune disposition en matière de contrôle de sa gestion.

Nombre de données sont encore provisoires et en cours d'expertise, ce qui explique que le plan n'a pas donné lieu à un bilan exhaustif, la répartition des moyens alloués en fonction de leur utilisation effective pour la mise en œuvre de chacun des axes demeurant trop approximative.

Sous ces réserves importantes, trois données caractérisent l'apport du plan :

- 540 M€ de subventions[72] ont été décaissés, à 93 % à la charge de l'assurance maladie, le solde étant financé par l'Etat, à hauteur de 36 M€, soit une participation particulièrement limitée, et éclatée au surplus sur un grand nombre d'actions, comme le fait apparaître le tableau suivant ;

Tableau 12. Crédits d'Etat

Programme 204, Santé publique et prévention, millions d'euros	Paiements
1/ INPES	
Mieux informer et prévenir (INPES)	8,87
2/ ASSOCIATIONS ET DIVERS OPERATEURS[73]	
Mieux accueillir et mieux soigner	0,05
Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de leurs familles	3,04
Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale	0,36
Développer la recherche	0,52
Dépression et suicide	0,80
Santé/Justice	0,17
Périnatalité, enfants et adolescents	0,08
Populations vulnérables	0,58
3/ Groupements régionaux de santé publique	21,7
TOTAL	**36,17**

Source : Direction générale de la santé

- 229 M€, d'abord progressivement mis en place**,** sont attribués aux établissements depuis la fin du plan, en dotations annuelles de

[72] Ce total inclut des investissements de sécurité hors plan, 2010 inclus. Source : direction générale de l'offre de soins, direction générale de la santé, direction générale de la cohésion sociale, 2009, annexe 1 du « rapport final de mise en œuvre »

[73] La direction générale de la santé a utilement confié trois audits de ces subventions à un prestataire, et ses fiches d'instruction des projets de subvention, désormais bien structurées, précisent des indicateurs quantifiant prestations ou résultats. En revanche, elle n'a pas archivé systématiquement les bilans des activités et études ainsi financées.

fonctionnement reconductibles, à la charge de l'assurance maladie. Ces dotations assurent la pérennité des emplois fléchés et financent une partie des annuités d'emprunts contractés par les établissements pour leurs investissements de modernisation ;

- les estimations des concours de l'assurance maladie sous forme de dotations annuelles reconductibles, délicates à établir, sont reprises et détaillées dans le tableau 13 ci-après[74].

Pour mettre en perspective le montant de cet apport, il convient de le mettre en relation avec la progression du financement du fonctionnement hospitalier, qui a été, de 2004 à 2008, de 9,54 % pour la dotation aux établissements publics autorisés en psychiatrie, de 32,27 % pour les établissements privés autorisés en psychiatrie, et de 14,31 % pour l'ensemble des établissements hospitaliers. Les 229 M€ reconductibles (dont une fraction pour le privé) évoqués plus haut sont inférieurs à ce qu'aurait apporté le taux général de 14,31 %. La psychiatrie n'a donc guère été favorisée par le plan, le financement ayant été opéré surtout par redéploiement.

- **1,8 Md€** auront été, par ailleurs, affectés, entre 2005 et 2017, aux investissements immobiliers (UHSA comprises) et de sécurité. Ils sont, pour moitié, financés par l'assurance maladie (crédits du fonds de modernisation des établissements publics et privés de santé (FMESPP), et, pour moitié, à la charge des établissements, par redéploiement interne.

Ces trois aides[75] ont représenté une augmentation annuelle inférieure à 2 % des moyens, au regard des 13 Md€/an de dépenses que représente la psychiatrie pour les régimes d'assurance maladie obligatoire.

[74] Le montant des dotations de fonctionnement, reconduites annuellement (sauf ligne 18), a augmenté au fil des ans, la colonne « total » du tableau 12 ci-après reflétant l'estimation la plus plausible du montant cumulé reconduit depuis 2011, soit (ligne 17) 229,41 M€. Les versements de la ligne 8 sont limités à vingt annuités, dont le montant aurait d'ailleurs dû aller croissant, car il s'agit de compenser la charge des emprunts pour les investissements.

[75] S'y sont ajoutés pour des montants modestes, mais non repris dans les données transmises à la Cour, divers apports d'autres institutions ou administrations.

Tableau 13. Crédits de l'assurance maladie reconduits annuellement[76] (M€)

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
1	Marge manœuvre rég. (dt enfants, ados)	14,93	28,12	30,42	28,1			**101,57**
2	Centres violences sex.	0,66	1,18	1,5	2			**5,34**
3	Autisme [77]	2,65	5,15					**7,8**
4	Personnes précaires	1,05	3,83	3,25	3,25			**11,38**
5	Personnes âgées			1	1			**2**
6	Urgences médico-psychologiques	0,71	0,35					**1,06**
7	**Sous-total hors inv.**	**20**	**38,63**	**36,17**	**34,35**	**0**	**0**	**129,15**
8	Investiss. (annuités d'emprunts)		10,76	10,60	10,75	10,75	10,75	**53,61**
9	**Sous-tot. r. annuel.**		**49,39**	**46,77**	**34,35**	**10,75**	**10,75**	**182,76**
	Hors Plan							
10	Centres violences sex.				4,75			**4,75**
11	Autisme					1,6	3,95	**5,55**
12	Personnes précaires					6,88		**6,88**
13	Sécurisation		13,8					**13,8**
14	Maisons des adolesc.		1,46	2,9	2,4	2,18	4,33	**13,27**
15	Troubles bipolaires						2,4	**2,4**
16	**Sous-total**		**15,26**	**2,9**	**7,15**	**10,66**	**10,68**	**46,65**
17	**TOTAL crédits rec.**	**20**	**64,65**	**49,67**	**41,5**	**21,41**	**21,43**	**229,41**
18	***RIM-P (non recond.)***					***24***	***24***	***48***

Source : Cour des comptes, d'après la direction générale de l'offre de soins. ONDAM « médico-social » inclus.

[76] L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), est voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Les activités de psychiatrie sont suivies au sein de son 3ème sous-objectif, « *Autres dépenses relatives aux établissements de santé* » et déclinées au sein de deux objectifs de dépenses : l'ONDAM pour les activités financées sous dotation annuelle de financement, et l'objectif quantifié national (OQN) pour les activités financées par les tarifs de prestations dont les montants sont arrêtés par l'Etat. L'enveloppe nationale est répartie par les agences régionales de santé. Cf. Cour des comptes, Chapitre II, L'ONDAM, Rapport annuel sur le financement de la sécurité sociale, Paris, 2008, p. 59.En raison de divers problèmes techniques, le montant total des dépenses effectivement affectées à la psychiatrie n'est pas connu, même si la direction générale de l'offre de soins dispose d'un outil de suivi par établissement (ARBUST).

[77] L'autisme n'entre pas dans le champ du présent rapport, mais les lignes 3 et 11 ont été conservées pour faciliter les rapprochements comptables.

B - L'absence de moyens de suivi des objectifs de santé publique définis en 2004

Le plan indiquait logiquement intégrer *« les objectifs et indicateurs qui figurent dans la loi relative à la politique de santé publique »* du 9 août 2004. Un an avant le plan, le Parlement avait, en effet, inscrit dans cette loi 104 indicateurs de santé publique, dont quatre concernaient directement la psychiatrie.

Ces objectifs avaient d'autant plus vocation à être au cœur du plan qu'ils chiffraient en partie les résultats à atteindre grâce aux changements escomptés.

Les objectifs de 2004 en matière d'affections psychiatriques

57. Psychoses délirantes chroniques : diminuer de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité.

59. Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : diminuer de 20 % le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus.

60. Troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques : augmenter de 20 % le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires , dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonne pratique clinique.

61. Psychoses délirantes chroniques, troubles bipolaires, troubles dépressifs, troubles névrotiques et anxieux : réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

L'objectif 57, « *diminuer de 10 % le nombre de psychotiques chroniques en situation de précarité* », n'a pas été repris dans le plan, de même que les indicateurs visant « *20 % »* dans les objectifs 59 et 60. S'agissant des patients traités conformément aux bonnes pratiques ou des psychoses délirantes chroniques, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques notait, dans un document parallèle au plan, l'absence « *de source »* et « *à proprement parler d'indicateurs de précarité* ».

Pour les troubles bipolaires, « *la création attendue d'un GIS en santé mentale rassemblant tous les producteurs de données dans ce champ constituera un lieu de discussion sur l'opportunité et les modalités de mise en œuvre éventuelle* » des enquêtes (ibidem, juillet 2005). Or le groupement d'intérêt scientifique (GIS) a été dissous dès la fin du plan.

Dans le rapport annuel de suivi de la loi de santé publique, l'objectif 59 a ensuite été le seul des quatre à bénéficier d'une fiche, dont

l'intitulé visait un tiers du sujet (les « *personnes dépressives n'ayant pas recours aux soins* »)[78].

Quant à une réduction de la marginalisation sociale, aucune perspective d'indicateur n'est de même apparue[79].

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) aurait pu combler le manque de données relatives aux bonnes pratiques (indicateur « 60 »), d'autant que sa convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 avait prévu qu'elle produise des données en psychiatrie, et qu'elle participe aux plans de santé publique. Mais, à l'époque, elle « *considère qu'il s'agit d'un domaine important, mais qui n'est pas facile et qui n'a pas encore beaucoup été investi par les médecins-conseils. Les audits cliniques de bonnes pratiques sont en théorie possibles quand existent des référentiels reconnus. (...) cela sera sans doute difficile et coûteux et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ne peut s'engager pour le moment à la production de cet indicateur* » (ibid.). Elle n'a pas progressé sur ce point, en dépit de tableaux de bord et de données nationales sur les dépenses en psychiatrie de l'assurance maladie.

Le haut conseil de la santé publique a souligné que ces différents indicateurs issus de la loi du 9 août 2004, faute de définitions, n'ont pas été mis en place[80]. La détermination législative d'indicateurs de résultats, reposant sur des changements impossibles à suivre faute de données de base, était certes prématurée, mais leur abandon révèle aussi une discontinuité préjudiciable dans la conduite des politiques de santé publique.

---

[78] La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a constaté, mi-2011, que « *En population générale, la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé est stable entre 2005 et 2010. (…) En revanche, la part de personnes qui ont des troubles dépressifs, mais qui n'ont pas (…) consulté (…) ni suivi une psychothérapie a franchement baissé puisque cette proportion est passée de 63 % en 2005 à 39 % en 2010.*»

[79] Direction générale de la santé, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004, Paris, juillet 2005, p. 310. Ce document ne fait aucune référence au plan, publié trois mois plus tôt. La loi précisait que leur « *quantification a pour préalable la production d'informations épidémiologiques* » ou « *d'autres connaissances scientifiques* ». Ces préalables n'étaient, sept ans plus tard, pas satisfaits.

[80] Haut conseil de la santé publique, Objectifs de santé publique : Evaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 et propositions, Paris, avril 2010, p. s 55-56.

C - Des indicateurs de moyens et d'activité en progrès

L'un des apports majeurs du plan a été de consacrer 69 M€ en crédits d'équipement informatique et, à un moindre degré, à un apport de personnel spécialisé, dans la perspective notamment d'une réforme de la tarification, soit près du double des 36 M€ prévus.

Cette action a efficacement modernisé les départements d'information médicale (DIM), dont la Cour avait souligné, en 2000, les insuffisances. L'infrastructure de traitement des données psychiatriques a été rendue progressivement robuste. Elle permet à la fois une connaissance de l'activité par patient et une approche - encore incomplète - en termes d'organisation des activités, de manière commune à l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie. D'importants progrès demeurent toutefois nécessaires.

L'enjeu est d'abord celui de la maîtrise de l'offre de soins.

L'article D. 6121-7 du code de la santé publique prévoit que les objectifs quantifiés sont désormais exprimés par territoire de santé pour les activités de soins. Ils comportent le « *nombre d'implantations des équipements et services assurant une activité de psychiatrie* », sur la base de trois indicateurs : « *nombre de journées d'hospitalisation complète ; de places d'hospitalisation à temps partiel de jour ; de places d'hospitalisation à temps partiel de nuit* ».

Le plan prévoyait donc des données fiables « *sur la répartition et l'évolution de l'offre de soins au regard des caractéristiques de la population* », tout en notant que les « *sources d'information sont hétérogènes et dispersées et permettent mal de mesurer les articulations des pratiques dans les champs sanitaire et médico-social* ». Les changements prévus dès 2005 n'ont pas abouti. Le plan n'a comporté qu'une annexe budgétaire, sans indicateurs méthodiquement établis. Les rapports de secteurs de 2003 ne furent de même synthétisés qu'en 2006 et 2007, après l'adoption du plan de santé publique correspondant et non pas à temps pour son élaboration.

A la même époque, d'autres plans de santé publique disposaient d'indicateurs plus fiables, même si leur définition et leur gestion étaient perfectibles comme l'a notamment souligné la Cour dans le cas du plan cancer 2003-2007. Le comité de suivi a utilisé des indicateurs décrivant l'utilisation des crédits notifiés dans le cadre du plan et la mise en œuvre des actions et de moyens avec les limites déjà mentionnées.

Le ministère reconnaît que les lacunes des systèmes d'information n'ont permis qu'une évaluation partielle du plan.

L'absence d'un schéma directeur explique en partie l'empilement des bases de données : la statistique annuelle des établissements de santé a été enrichie avec une partie des données que RAPSY collecte aussi de manière très détaillée, et le RIM-P, plus médical, comporte des données aussi collectées par RAPSY. L'administration considère cependant les données psychiatriques comme globalement fiables, à partir de 2008, et permettant de comparer l'activité des établissements, au niveau des territoires de santé, en termes de répartition de l'offre et de son utilisation. Or si l'exhaustivité des statistiques est quasiment assurée pour la statistique annuelle des établissements de santé, elle ne l'est pas encore pour le RIM-P, certains établissements n'ayant jusqu'à récemment répondu que partiellement ou pas du tout.

Ainsi, le nombre de journées déclarées par les établissements dans le cadre du RIM-P (26,03 millions en 2009, dont 6,1 en hospitalisation partielle) est, dans nombre de cas, inférieur à celui de la statistique annuelle des établissements de santé (28,37 millions en 2009). En épidémiologie, des établissements ont renseigné de manière erronée, ou pas du tout, le code international permettant d'identifier la pathologie de 20 % des 2,1 millions de patients déclarés (et de 25 % des moins de 18 ans) [81]. Par ailleurs, les changements de méthodes, de définitions ou d'outils informatiques altèrent parfois radicalement les tendances statistiques, et interdisent toute comparaison pluriannuelle et globale, comme on le verra à propos des effectifs salariés.

Le ministère doit périodiquement redresser les données nationales collationnées, afin de minimiser les risques d'erreur d'interprétation.

Par ailleurs, l'administration n'a pas porté une attention suffisante aux relations avec les éditeurs de logiciels utilisés par les établissements. L'ATIH avait effectué en 2000 un inventaire des systèmes d'information,

[81] Cf. la définition de ces bases de données, en annexe 3. S'il a, par exemple, été progressivement remédié aux délais de transmission des données par les établissements aux agences régionales d'hospitalisation puis aux agences régionales de santé, ces données demeuraient incomplètes encore récemment, malgré l'article L. 6113-8 du CSP, inappliqué : « *Les établissements qui ne transmettent pas les informations (…) dans les conditions et les délais fixés par voies réglementaire sont passibles d'une pénalité prononcée par le directeur générale de l'agence régionale de santé dans la limite de 5 % de leurs recettes d'assurance maladie.* » En 2009, 81 établissements sous dotation annuelle et 17 sous OQN ne répondaient pas encore, et des réponses demeuraient incomplètes. Il arrive aussi que la direction d'un établissement n'obtienne pas de son département de l'information médicale toutes les données indispensables à l'analyse et au pilotage des activités. L'exhaustivité des données sur les services ambulatoires n'est pas non plus évaluée. Cf. Samy Bayod, *Assurer la fiabilité du RIM-P*, Rennes, Ecole des hautes études en santé publique, 2009, p. s 20 et ss.

qui n'a pas été renouvelé ; l'informatisation médicale y apparaissait globalement insatisfaisante.

Une note de la direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins[82] a ainsi constaté en 2008 « *le comportement particulièrement pénalisant de certains éditeurs de logiciels : manque de réactivité et entrave au développement, négligence à prendre en charge les nécessaires interfaçages entre SI médical, dossier médical et administratif du patient et systèmes de facturation, défauts de tests, prestations inégalitaires entre clients d'un même éditeur* ».

Enfin, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques s'est engagée tardivement dans la production d'études nationales à partir des données de 2008[83]. Elle a publié en 2011 un premier et important document de travail présentant les principaux résultats régionaux. Le premier bilan complet de l'offre de soins en santé mentale ne sera élaboré, sur la base de données datant en partie de 2008, qu'en 2012.

III - Les résultats en demi-teinte de la remise à niveau des effectifs

Discipline clinique par excellence, la psychiatrie repose, dans ses prises en charge aux modalités diversifiées, sur la nécessité d'associer de nombreux professionnels, au sein des établissements comme dans les structures extrahospitalières.

Le plan avait pour objectif de mettre à niveau les effectifs et de remédier aux difficultés chroniques de recrutement du fait de la pénurie

[82] La direction générale de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a été remplacée par la direction générale de l'offre de soins, à partir du 16 mars 2010.

[83] La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques a publié des résultats de grandes enquêtes (Enquête décennale santé, enquête SMPG, baromètre Santé), surtout sur la dépression : cf. notamment Leroux I., Morin T., 2006, « Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale», Etudes et Résultats, n° 545. Morin T., 2007, « Classification des dépressifs (etc.) », Etudes et Résultats, n° 577. Morin T., « Mesurer statistiquement la dépression », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Document de travail, Séries Sources et méthodes, n° 9, janvier, 2008. D'autres travaux sont en cours, mais les enquêtes comportant des modules ou des questions sur la santé mentale ne sont par ailleurs pas complètement exploitées : les données déclaratives recueillies auprès du grand public exposent au risque de surestimer les troubles « avouables » et de sous-estimer les pathologies mentales considérées stigmatisantes.

marquée dans certaines catégories de personnel. Le bilan apparaît en demi-teinte.

A - Des créations d'emploi difficiles à mesurer avec exactitude

L'impact réel du plan sur les effectifs des établissements autorisés en psychiatrie n'a pu être évalué de manière précise, du fait de changements de définition et d'imputations comptables.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, le personnel salarié déclaré par les établissements autorisés en psychiatrie serait passé de 108 900 équivalents temps plein (ETP) en 2004 à quelque 113 000 en 2009, hors internes, comme le montre le tableau ci-après.

Tableau 14. Effectifs 2005-2009, psychiatrie, tous établissements

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
ETP méd. salariés	7 700	7 800	7 900	8 300	8 200	8 500	8 500
ETP services de soins	95 100	96 000	96 600	96 900	97 100	95 800	97 400
ETP éducatifs et socx	6 000	6 300	6 400	6 500	6 700	6 800	7 100
TOTAL	**108 900**	**110 100**	**111 700**	**111 700**	**112 000**	**111 200**	**113 000**
ETP Internes	1 210	1 300	1 450	1 480	1 450	1 560	1 550
Praticiens libéraux	1 250	1 230	1 240	1 200	1 190	1 160	1 310

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, septembre 2011, statistique annuelle des établissements de santé, France entière, tous établissements ; y compris médecins non psychiatres, contrairement au tableau suivant. 2004-2008 : moyenne des ETP mensuels rémunérés; 2009-2010 : données administratives provisoires; chiffres déclaratifs, arrondis par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Cet accroissement résulterait notamment de la création de quelque 2 800 postes (ETP) de 2005 à 2008 : 318 médecins, 308 psychologues, 1 342 infirmiers, 83 assistants sociaux, 125 éducateurs et 651 autres, hors DOM.

La priorité serait allée aux alternatives à l'hospitalisation (1 103 ETP), devant cette dernière (880 ETP pour les adultes) et la psychiatrie infanto-juvénile (785 ETP, dont 91 médecins, 117 psychologues, 284 infirmiers, 27 assistants sociaux, etc.).

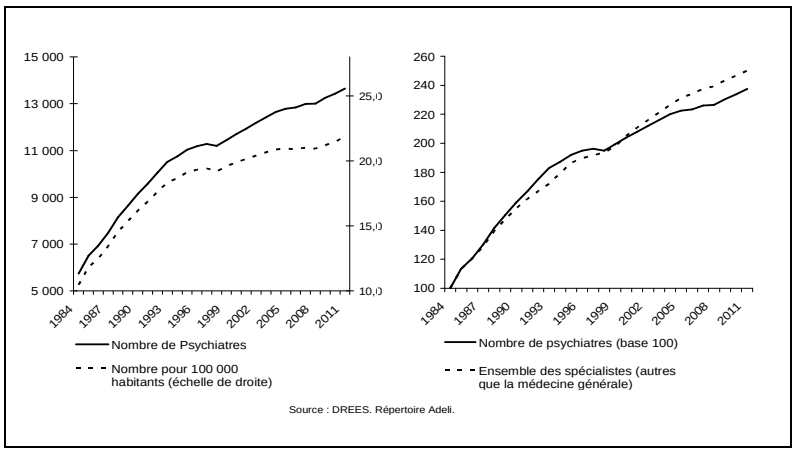
Il s'agit cependant de données brutes qui ne tiennent pas compte des suppressions d'emplois qui ont pu survenir par ailleurs. L'identification de ces nouveaux emplois est, au demeurant, d'autant plus difficile que certains postes de professionnels à temps partiel ont été pourvus tardivement ou fractionnés.

B - Des évolutions différentes selon les professions

1 - Les psychiatres

Les effectifs de psychiatres et leur nombre par 100 000 habitants avaient doublé entre 1984 et 2004 (graphe ci-après, trait plein) : cette tendance s'est ralentie depuis le lancement du plan, pendant que l'ensemble des spécialités, hors médecine générale poursuivait sa croissance (en pointillés).

Graphique 15. Evolution des effectifs de psychiatres et d'autres spécialités
(Au 1er janvier de chaque année)



Au 1er janvier 2011, tous modes d'exercice confondus, y compris neuropsychiatres et pédopsychiatres, les psychiatres étaient 13 645 en métropole (39,5 % en exercice libéral exclusif ou, assez fréquemment, mixte, et 60,5 % de salariés), dont plus du tiers en Ile-de-France. S'y ajoutaient 142 généralistes ayant une compétence psychiatrique, dont 96 salariés[84].

La densité est de l'ordre de 22 psychiatres pour 100 000 habitants, à temps plein ou partiel, moitié plus que la moyenne de l'OCDE.

[84] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, mai 2011, source ADELI, hors médecins sans activité ou remplaçants. On dénombre 10 % de pédopsychiatres et moins de 2 % de neuropsychiatres, avec l'une des plus fortes proportions, par disciplines, de praticiens étrangers (plus de 6 %), notamment roumains et africains. La mise au point, non sans difficultés, des données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) est en voie d'en améliorer l'exactitude.

Tableau 16. Psychiatres par 100 000 habitants

Suisse	42	République tchèque	14
Islande	26	Danemark, Etats-Unis	13
Norvège	25	République slovaque	11
France	**22**	Japon, Portugal	10
Belgique	20	Irlande	9
Autriche, Allemagne	19	Hongrie Espagne	8
Suède, Royaume-Uni	18	Pologne	6
Moyenne OCDE, Australie, Canada, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande	***15***	Corée	5
		Turquie	3

Source : Eco-Santé, OCDE, 2009. Temps plein ou non, 2007 ou dernière année disponible.

Les comparaisons sont difficiles, car la définition de la discipline, le champ des responsabilités et les catégories statistiques varient d'un pays à l'autre. Le tableau 16 ci-dessus donne néanmoins un ordre de grandeur et fait apparaître que la France se situe plutôt parmi les pays à densité élevée.

La perception dominante est, paradoxalement, celle d'une pénurie de psychiatres.

La direction générale de l'offre de soins dénombre moitié moins de candidats pour les postes de praticiens en psychiatrie que de postes à pourvoir. Cela provient en partie du fait que, 80 % des psychiatres exerçant dans des villes de plus de 50 000 habitants, les emplois situés dans des départements peu urbanisés ne sont que difficilement pourvus.

Plus généralement, le plan n'a pas traité le problème des postes vacants, soit un sur cinq postes budgétaires (1 155 au 1er janvier 2009, taux souvent proche de celui des autres spécialités). Ce taux atteint 40 % pour les praticiens à temps partiel, 2 % de plus que dans les autres spécialités. Les plus nombreuses vacances affectent les régions les plus amplement dotées au regard de leur population : Ile-de-France, Rhône-Alpes. Une partie de ces postes vacants est occupée par des praticiens non titulaires[85].

Il y a donc concomitamment une des plus fortes densités des pays de l'OCDE, des disparités territoriales importantes (cf. supra, chapitre I)

[85] S'ajoutent à ces particularités les effets d'une forte utilisation des deux demi-journées hebdomadaires que les praticiens hospitaliers peuvent consacrer à d'autres activités, cf .infra.

et des vacances fréquentes de postes que devraient occuper des titulaires salariés[86].

L'effet des vacances d'emplois dans le secteur public est au demeurant aggravé par l'absence, dans certaines zones, d'établissement privé ou de psychiatrie libérale de ville. Demeure ainsi le problème, déjà souligné par la Cour, du recrutement de généralistes sur des emplois de psychiatres, faute de candidats spécialisés[87].

Pour remédier à ces difficultés, le plan avait prévu une augmentation des places offertes en psychiatrie à l'issue de l'examen national classant (internat), qui devaient passer de 245 à 300. Cet objectif a été dépassé en 2009, avec 350 places, portées à 465 à la rentrée 2011. Entre 2004 et 2015, le nombre de places devrait avoir au total augmenté de 146 % en psychiatrie, contre 104 % pour le nombre total de places. Jusqu'en 2015, 36 % des places d'internes en psychiatrie sont par ailleurs positionnées dans des régions en sous-densité, mais une fois diplômés, les psychiatres n'y restent souvent pas. La formation des psychiatres devait être portée à cinq ans : cela n'a pas été fait, mais une réflexion a été engagée fin 2009. L'objectif de créer deux diplômes d'études spécialisées n'a commencé à être examiné que six ans après le lancement du plan, et à l'automne 2011, le ministère de la santé n'avait pas encore saisi de sa position le ministère de l'enseignement supérieur.

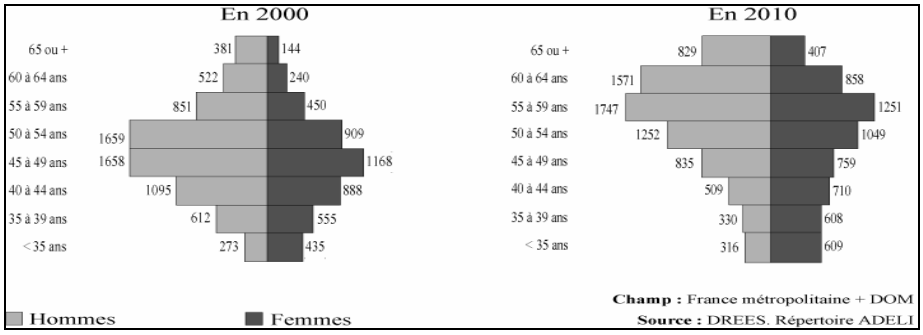
Ces mesures devaient permettre de compenser au moins partiellement les nombreux départs à la retraite à venir, compte tenu de la pyramide des âges de cette profession. Sa situation est cependant légèrement moins préoccupante que celle d'autres disciplines (entre 2000 et 2010, l'âge moyen des psychiatres est passé de 48,2 ans à 51,5 ans, soit +2,9 ans contre +3,6 ans pour l'ensemble des médecins).

---

[86] Direction générale de l'offre de soins 2009 : 7 053 médecins en établissements publics, à temps plein ou partiel (dont 142 hospitalo-universitaires et 511 non psychiatres), 1 008 psychiatres ETP en ESPIC, et 1 570 psychiatres en cliniques à but lucratif, dont 423 ETP.

[87] La Cour a ainsi signalé en 2006 que, selon l'agence régionale d'hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais, « *en réanimation et en psychiatrie, les difficultés de recrutement sont telles que certains services fonctionnent désormais avec des médecins généralistes.* » (Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Paris, septembre 2006, p. 98).

Tableau 17. Pyramide des âges des spécialistes en psychiatrie



Un temps disponible des psychiatres et des psychologues amputé par d'autres activités

Un établissement public voit jusqu'à 20 % du temps de travail de ses psychiatres lui échapper pour des activités extérieures, souvent des vacations salariées dans des sites de toutes natures. Les établissements en sous-effectifs et leurs patients en sont pénalisés, comme dans d'autres disciplines.

Dans un échantillon examiné par la Cour, ces activités majorent en moyenne de 16 % une rémunération de l'ordre de 6 600 € nets mensuels. Les modalités de cumul ont été actualisées par la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) : autorisation préalable du directeur, généralement respectée dans les exemples examinés, réalisation de telles activités en dehors des obligations de service ; elles ont été contestées par des praticiens de toutes disciplines. Une partie d'entre eux (jusqu'à 20 % dans un site visité) s'abstient de rendre compte à la direction – ainsi privée de tout levier - de leur emploi du temps.

Les psychologues ayant la qualité de fonctionnaire bénéficient, eux, d'un tiers-temps de formation, d'information et de recherche (« FIR ») dont ils doivent rendre compte et qui ne peut donner lieu à rémunération additionnelle. Une circulaire du 4 mai 2010 de la direction générale de l'offre de soins s'est à juste titre employée à normaliser leur recrutement et ce dispositif du début des années 1990, en instaurant ordres de mission et autorisations préalables d'absence, et en rappelant que ces activités ne peuvent être autorisées « *au détriment des besoins du service et de l'accueil des patients* ». Cette circulaire demeurait, à l'automne 2011, en cours de révision, alors qu'elle était localement appliquée de manière inégale. Le positionnement des contractuels, qui n'ont pas d'évolution de carrière, fait l'objet d'une enquête depuis 2011. La pratique d'un nombre indéterminé, mais substantiel, de psychologues ne rendant compte qu'au directeur au plan administratif et à personne au plan clinique n'apporte pas une synergie interprofessionnelle dans l'intérêt du patient.

Au-delà de ces enjeux quantitatifs, un autre phénomène demeure toutefois insuffisamment pris en compte : la profession de psychiatre est en forte mutation : mutation générationnelle avec un rajeunissement

partiel, féminisation accrue, reflux de la psychanalyse au profit d'autres approches, progression plus rapide de l'exercice salarié que de l'exercice libéral. Le plan envisageait la création d'un mastère de recherche en psychiatrie, qui n'a été l'objet d'aucune réflexion du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.

2 - Les psychologues

La présence de cette profession a été renforcée, d'autant plus aisément qu'elle ne souffre d'aucune pénurie, bien au contraire. Les psychologues dans les établissements et services psychiatriques financés par l'assurance maladie seraient passés de l'ordre de 4 600 salariés ETP en 2001 à quelque 6 100 en 2009 (+ 35 %).

Leur rôle et leur importance, tant en psychothérapies que dans l'aide apportée au fonctionnement des unités de soins, ne sont pas discutés et ont été l'objet de nombreux rapports, mais, la commission régionale de concertation en santé mentale de Rhône-Alpes notait en 2008 « *les personnels titulaires sont en petit nombre et les emplois précaires à temps partiel nombreux, ce qui ne favorise pas un investissement durable. (…) De plus, cela recouvre des configurations de pratiques très différentes dans les établissements et les services* ». Le plan prévoyait la création de projets de psychologie clinique dans les établissements, dont il n'y a pas de bilan, et d'un « *mastère de psychologie clinique et thérapeutique*». Cette création a été abandonnée, le ministère de l'enseignement supérieur décomptant déjà 25 spécialités ou parcours à l'intérieur d'une spécialité de ce type (en 2010).

3 - Les infirmiers

Les infirmiers (51 100 ETP en 2009) assurent un rôle déterminant dans la prise en charge psychiatrique et ses résultats, avec le concours des aides-soignants.

Le projet d'une cinquième année d'études spécialisée recommandée par diverses instances, n'a pas été concrétisé. A, toutefois, été mise en œuvre, conformément au plan, une mesure de formation complémentaire, « *de mise en situation professionnelle adaptée* », pour pallier les effets de l'extinction du corps des infirmiers spécialisés en psychiatrie (1 747 infirmiers en 2001, 549 en 2009). Un montant de 3,75 M€ a été versé pour 12 548 stages à un coût moyen de 299 €, le maximum étant 7 578 € (62,50 € l'heure-stagiaire). Aucun contrôle n'a été effectué ; aucun bilan ni calcul des coûts unitaires n'en avait été dressé jusqu'à la présente enquête.

Avec un but similaire, le tutorat a bénéficié de l'enveloppe la plus considérable déléguée aux agences régionales d'hospitalisation (75,2 M€). Sa tardive exécution (46,7 M€ payés à mi-2011) a dû être poursuivie jusqu'à la fin 2012 pour ne pas perdre les crédits, et pour maximiser l'effet de levier obtenu. Ainsi, le centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, qui a engagé 250 000 € en 2006 et 200 000 € en 2008, n'en avait facturé, mi-2011, que les deux-tiers au fond de modernisation des établissements de santé publics et privés. Le temps de travail qui y est consacré est, en effet, compensé par des indemnités de remplacement versées aux établissements employeurs des salariés formateurs et des stagiaires, à un taux élevé (moyenne de 64 € l'heure/stagiaire en Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Aucun bilan statistique au regard de l'objectif initial de 15 000 débutants formés n'a été encore produit, en dehors d'une utile étude d'impact dans 15 établissements. Comme recommandé par un rapport de l'inspection générale des affaires sociales de mai 2011, cette approche devrait cependant être confirmée dans un prochain arrêté relatif au développement professionnel continu. Les mesures visant à une accréditation des instituts de formation d'infirmiers et la réorganisation des stages ont, elles, été abandonnées.

4 - Les assistants sociaux

152 postes d'assistants sociaux auraient été créés entre 2005 et 2008 (il n'y a pas de données sur ceux qui ont été supprimés dans le même temps). Le plan prévoyait l'engagement de travaux entre les ministères de la santé et de l'éducation nationale pour renforcer leur formation, ce qui n'a pas eu lieu. L'hétérogénéité de leur densité - du simple au sextuple au regard du nombre de patients - est un facteur de grandes inégalités pour l'accompagnement d'insertion des plus démunis de ces derniers.

Nombre d'objectifs du plan, en termes de remise à niveau des équipes, d'amélioration de leur formation, de meilleure répartition géographique n'ont été ainsi que partiellement ou pas du tout été atteints.

IV - Des investissements massifs, mais tardifs

Le plan rappelait l'ampleur du parc immobilier consacré à la prise en charge en psychiatrie : 3 800 hectares, 4 900 bâtiments dans 116 sites principaux, dont 42 % affectés aux soins, 51 % à d'autres fonctions et

6,5 % inoccupés, plus 1 700 bâtiments « extérieurs » pour les services extrahospitaliers.

En 2005, 80 % des bâtiments avaient bénéficié de rénovations, mais la sécurité demeurait « *passable ou mauvaise* » dans 20 % des cas, comme l'accessibilité aux personnes handicapées (37 %). Moins d'un quart des chambres avaient WC et douche. Les services techniques étaient insatisfaisants dans 86 % des cas.

La psychiatrie n'avait pas « *toujours bénéficié, au cours des dernières années, d'une politique clairement définie et soutenue d'investissements et de modernisation structurelle, notamment par défaut d'une lisibilité suffisante des objectifs de santé publique* ». Au total, 10 % des surfaces recensées en 2000 devaient être remises en état, 21 % restructurées, 11 % abandonnées ou détruites, conduisant à une réduction de 9 % des surfaces.

1 - Un effort financier important, étalé jusqu'en 2037

Devant ce constat de conditions « souvent indignes pour les patients, notamment en hospitalisation complète, et [d'] une inadéquation fréquente », un « plan régional d'investissement en santé mentale » (PRISM) 2006-2010 bénéficia en conséquence de « 1,5 Md€, sur la base d'un accompagnement à hauteur de 750 M€ »[88], correspondant à la prise en charge, jusqu'en 2037, de vingt annuités d'emprunt des établissements.

Ce total a été, en 2011, réévalué à 1,8 Md€ qui seraient investis d'ici 2017[89]. L'assurance maladie aura ainsi d'une part pris en charge sur l'ONDAM quelque 225 M€ d'annuités d'emprunt (col. 4 du tableau 18 ci-après), et d'autre part, apporté des crédits via le FMESPP (col. 3). Le plan de relance de l'économie de 2009 a aussi été mis à profit pour compléter les crédits initialement prévus, ce qui confirme comme l'a déjà relevé par ailleurs la Cour, son utilisation pour couvrir des dépenses courantes.

---

[88] Circulaire DHOS du 20 décembre 2005. Les opérations en milieu pénitentiaires en ont été exclues. Parallèlement, « *bien que n'ayant pas identifié le champ de la psychiatrie comme prioritaire,* [le plan Hôpital 2007, de 2003, y a consacré] *près de 600 millions d'€, subventionné à hauteur de 50 % (…en) 97 opérations* » (plan, p. 50). Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, chap. VI, *Plan hôpital 2007*, 2009, p. 143. Le rapport d'évaluation précité du HCSP comporte d'utiles études de cas d'investissements financés par le plan.

[89] Fin 2010, 281,3 M€ avaient été délégués aux agences régionales de santé, et 200,8 M€ versés aux établissements.

Ces crédits, financés par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ont été notifiés par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) aux agences régionales d'hospitalisation de l'époque et gérés par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, géré par la Caisse des dépôts et consignations). Le versement par ce dernier aux établissements n'a pas toujours au demeurant signifié le paiement aux entreprises, ni la mise en service, comme l'illustre l'encadré suivant.

Tableau 18. Investissements au titre du plan 2006-2010 (M€)

Année de mise en service	1. Opérations	2. Investissements autorisés	3. Subventions FMESPP	4. Financement annuités ONDAM
Opérations livrées à fin septembre 2011				
2005	1	2	0	0,1
2006	7	4	1	0,1
2007	19	29	4	0,9
2008	31	72	2	2,1
2009	39	126	7	4,6
2010	18	228	9	7,1
2011	167	68	3	2,6
Inconnue	3	5	0,3	0,1
Sous-total	***169***	***533***	***47***	***17,6***
Travaux en cours, livraison prévue en :				
Fin 2011	40	214	5	6,2
2012	26	224	6	6,3
2013-2014	12	155	5	4,1
Inconnue	24	213	4	6,4
Sous-total	***102***	***807***	***21***	***23***
TOTAL	**271**	**1 339**	**40**	**40,6**
Travaux non commencés				
Inconnue	**58**	nd	nd	nd

Source : Direction générale de l'offre de soins.

Ainsi, fin 2011, 59 % seulement des 329 projets validés avaient été livrés ou étaient proches de l'être (22 projets avaient été abandonnés, cf. tableau 20 *infra*). Le coût initialement prévu de 1 339 M€ (colonne 2 du tableau ci-dessus) pour les 271 opérations alors livrées ou en travaux s'élevait, après actualisation, à 1 460 M€.

Le dépassement prévisionnel de l'enveloppe, alors portée de 1,5 à 1,8 Md€, découle de cette actualisation et des opérations de sécurité ajoutées en 2009-2010 (sous-total 2 du tableau 19 ci-dessous) à celles du plan (sous-total 1). Le total cumulé du financement par annuités ONDAM versées de 2005 à 2017 pourrait atteindre environ 225 M€.

Le total des délégations de crédits du FMESPP, tous secteurs confondus, a ainsi été porté à 281,3 M€ :

Tableau 19. Délégations de crédits, FMESPP, 2006-2011

M €	Délégations de crédits Plan						Taux d'exé-cution
	2006	**2007**	**2008**	**2009**	**2010**	**2006-10**	
Syst. inform.	5,4	12,5	12			**29,9**	69 %
Form., tutorat	25,1	25,1	25			**75,2**	65 %
PRISM	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	**50,0**	77 %
UHSA		25,4	4,1	4,1	4,1	**37,8**	**79 %**
Sous-total 1	**40,5**	**73,0**	**51,1**	**14,1**	**14,1**	**192,8**	**72 %**
Délégations de crédits hors plan 2006-2008							
Sécurité	4,0			30,0		**34,0**	95 %
UMD				40,0	14,5	**54,5**	76 %
Sous-total 2	**4,0**			**74,0**	**14,5**	**88,5**	**80 %**
TOTAL	**44,5**	**73**	**51,0**	**84,1**	**28,6**	**281,3**	**71 %**

Source : Cour des comptes, d'après la direction générale de l'offre de soins et FMESPP ; pas de délégations de crédits en 2005 et 2011. UMD : unité pour malades difficiles (locaux fortement sécurisés, dans une enceinte hospitalière).

2 - Un suivi discontinu, des retards continus

Les premiers bilans (juillet 2005-juin 2006, 2006-2007) ont été lapidaires. En juin 2006, « *l'organisation du suivi de la mise en œuvre du PRISM* » était en place, et il était indiqué que « *la notification des crédits aux établissements de santé a été faite fin mai 2006* » ; le bilan 2006 annonça même que « *la totalité (…) est réalisée*». En réalité, aucune des opérations 2006 n'avait fait cette année-là l'objet de versements par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Le bilan 2007-2008 fut plus mesuré : « *démarré au cours du second semestre 2006, le programme (…) est désormais bien engagé*» ; en réalité, les agences régionales d'hospitalisation n'avaient notifié que 150 M€ d'autorisations aux établissements. La DHOS et la MAINH, en 2008, et l'ANAP, en 2009, ont confirmé ce retard qu'illustre plus loin l'exemple de l'AP-HP.

Un audit a constaté des défaillances dans les données recueillies par la direction générale de l'offre de soins en 2009 et 2010. Le suivi du plan avait été de fait assuré par les chargés de mission « investissement MAINH », au sein des agences régionales d'hospitalisation ; lors de la création des agences régionales de santé, cette fonction a disparu, ce qui a eu pour conséquence de supprimer toute remontée précise d'information. En 2011, l'ensemble des investissements hospitaliers a été revu (reliquat du plan hôpital 2007, plan hôpital 2012, PRISM, UMD et UHSA). Signe de l'inadéquation des données antérieures, les

établissements ont dû renseigner de nouveaux « dossiers de revues de projet investissement » (DRPI), dans un nouveau système d'information dédié. En définitive, la moitié des opérations restait, à l'automne 2011, à livrer, comme le montre le tableau 20 ci-après.

Un financement parfois prématuré

Les crédits relatifs aux unités pour malades difficiles (UMD) et aux UHSA (cf. *supra*) ont été apportés par le FMESPP, géré par la Caisse des dépôts et consignations. Le décret du 21 décembre 2001 créant le FMESPP dispose notamment que ce dernier **«** *verse à l'établissement de santé (…) la subvention (…), dans les conditions prévues par l'avenant ou l'engagement contractuel. L'établissement (…) joint à l'appui de sa demande (…) une facture attestant du début de réalisation des travaux »*. Avant paiement, la Caisse des dépôts doit contrôler la demande au regard du décret, des circulaires et des avenants signés par l'agence régionale d'hospitalisation (puis l'agence régionale de santé). Le directeur général de cette dernière est responsable du bon emploi des crédits. Des circulaires successives ont confirmé la possibilité, soit d'un versement unique « *dès le démarrage de l'opération* », soit d'un « *échelonnement des versements, fondé par exemple sur les principales phases du chantier »*, plus logique. Une circulaire du ministère 2006 a exigé en 2006 *« une facture attestant du début de réalisation des travaux (… de démolition, de dévoiement de réseaux, mais en aucun cas d'une facture d'études) »* ; cette dernière restriction a ultérieurement été levée par un simple courriel.

A l'automne 2011, la Caisse des dépôts avait ainsi déjà versé 29,7 M€ pour les UHSA et 30,2 M€ pour les UMD, plusieurs années avant l'achèvement, voire le début, des travaux ainsi subventionnés. Pour l'UHSA de Villejuif, l'ARH d'Ile-de-France avait affecté 11,9 M€ dès 2007, « *afin que la mise en service soit effective en 2010 au plus tard* », puis confirmé en 2009 leur versement intégral « *après lancement du concours de conception-réalisation* », soit plus tôt que stipulé par les textes précités. La Caisse les a versés en novembre 2010 au vu de simples factures d'études (l'établissement avait effectué quelques travaux de démolition, mais omis de les mentionner), soit 18 mois avant les premières factures de construction (0,3 M€ facturés en juillet-août 2011). L'établissement était certes fondé en droit à demander ce versement intégral, l'agence régionale d'hospitalisation ayant jugé bon de signer avec lui une convention dérogeant à une instruction du ministère et n'échelonnant pas les paiements en fonction de l'avancement du chantier. Or la mise en service est prévue début 2013, soit six ans après la notification initiale, ou deux ans après ce versement intégral. L'insuffisance de trésorerie dont souffre l'assurance maladie appelle des paiements plus rigoureusement échelonnés en fonction des besoins.

En 2007, un délai initial de *six semaines*, en été, avait été fixé aux établissements pour déposer projet de soins, étude de faisabilité, programme fonctionnel et technique et montant prévisionnel, étapes qui ont finalement duré *jusqu'à plus de trois années*. Une convention signée par les ministres chargés du plan de relance et de la santé avait de même prévu en 2009 un délai irréaliste de *dix mois*. Les ministres ont alors attesté dans un avenant du 1er octobre 2010 que 45 M€ de crédits avaient déjà été « *dépensés* », quand moins de 37 M€ avaient en fait été payés aux établissements, et bien moins encore, faute de réalisations, versé par eux aux entreprises - dont le maintien de l'activité en 2009 avait justifié cet effort. Le ministère prévoit, suite à ces constats, de clarifier les instructions.

Tableau 20. Etat d'avancement 2008 et 2011

	31.12.2008	%	31.8.2011	%
Opérations abandonnées			22	6 %
Opérations non débutées	67	19 %	58	17 %
Opérations en cours	83	24 %	102	29 %
Opérations terminées	135	38 %	169	48 %
Opérations non renseignées	66	19 %		
Total	351	100 %	351	100 %

Source : Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP) (2008), direction générale de l'offre de soins (2011)

3 - Un rééquilibrage insuffisamment marqué

Sur le plan des structures, la répartition a favorisé l'hospitalisation complète (75 % de la valeur des opérations), ce qui était en termes humains le plus urgent, quoique peu propice à des changements stratégiques. L'effort - lui aussi urgent - en faveur de l'extrahospitalier a été limité à 12 % du total (2e ligne du tableau 21 ci-après), niveau inférieur à ce qu'appelait la stratégie de changement en faveur d'un « décloisonnement ».

Tableau 21. Répartition par affectation au 31 décembre 2008

	Opérations	**Total (M€)**	**%/Total**	**Investiss. moyen (M€)**
Hospitalisation complète	171	1 314	75 %	7,6
Ambulatoire et hors hosp.	96	206	12 %	2,1
Pédopsychiatrie	43	90	5 %	2,1
Opérations mixtes	20	81	5 %	4
Réponse crises d'urgence	20	69	4 %	3,4
Total	**351**	**1 759**	**100 %**	**5**

Source : Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP) , 2011

De ce fait, les centres hospitaliers spécialisés (anciens asiles) ont obtenu la plus grande part des aides (tableau 22), pour 51 % des projets aidés (tableau 23) :

Tableau 22. Répartition par modes de subvention, 31 décembre 2009

	ONDAM (annuel)	FMESPP (total)	Total sur 20 ans
CHS	**29 628 301**	**7 113 804**	**392 281 717**
CH et CHR	18 737 573	14 476 765	258 065 214
CHU	2 357 875	592 215	31 244 590
ESPIC	4 630 693	5 486 832	65 685 841
Etabliss. privés	-	14 660 435	14 660 435
SIH, mais. santé	229 689	2 322 444	5 308 401
Total	**55 584 131**	**44 652 495**	**767 246 198**

Source : Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP), 2011

Tableau 23. Répartition par types d'établissements au 31 décembre 2008

Catégories	Opérations	Total (M€)	% /Total	Taux de subvention	Investissem. moyen (M€)
CHS	**111**	**897**	**51 %**	**44 %**	**8,1**
CH et CHR	137	536	30 %	48 %	3,9
CHU	22	79	4 %	40 %	3,6
ESPIC	36	159	9 %	41 %	4,4
Etabliss. privés	40	76	4 %	19 %	1,9
SIH, mais. santé	4	13	1 %	42 %	3,2
Total	**351**	**1 759**	**100 %**	**44 %**	**5**

Source : Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP), 2011

Sur le plan géographique, 70 % des aides auraient été répartis en fonction de la population de chaque région, pour rééquilibrer, certes marginalement, les écarts. Les autres ont été réparties sur proposition d'un comité national à partir d'un état des lieux régional à mi-2005, et des orientations des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS 3). La carte suivante montre qu'en valeur absolue, les écarts interrégionaux de subventionnement au titre du plan ont été du simple au décuple en valeur absolue, hors Corse : moins de 3 M€ en Basse-Normandie et Franche-Comté, plus de 30 M€ en Ile-de-France et Rhône-Alpes.

Les retards de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP)

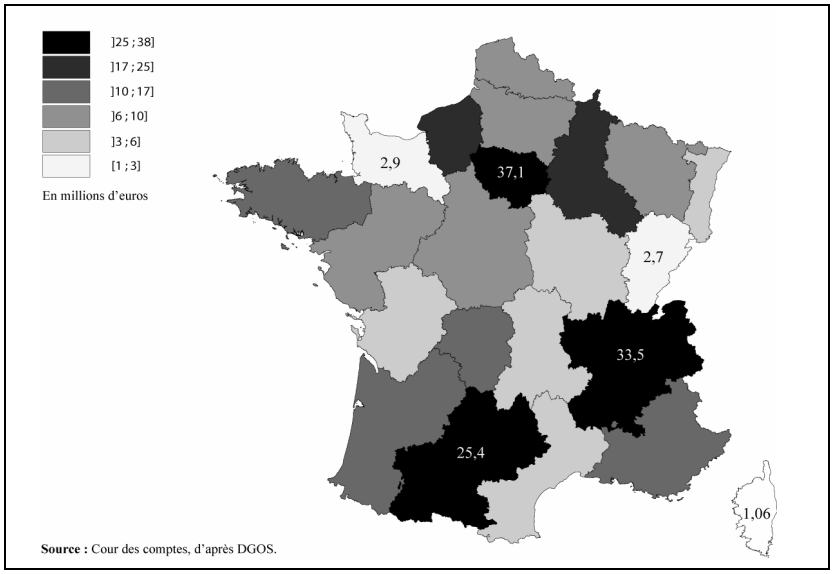
L'AP-HP a 550 lits en psychiatrie pour adultes, et a augmenté sa capacité d'accueil de jour de 39 places entre 2004 et 2010 (à 183) ; elle a 90 lits et 69 places en pédopsychiatrie. Ses psychiatres se concertent au sein d'une « collégiale », mais la direction de la politique médicale, qui s'efforce de combler les retards, "notamment en ressources humaines et en rénovation des locaux", n'a guère utilisé le plan. Le ministère avait agréé un programme de 13,8 M€ en 2006 pour cinq projets d'investissement subventionné à 17 %, par 5 annuités de 91 970 € du FMESPP, et une dotation annuelle de 98 977 € pendant vingt ans (versement suspendu depuis 2009). Mi-2011, seulement 0,29 M€ avait été appelé par l'AP-HP et versé aux sites concernés. Les travaux à *Paul Brousse* ont été achevés mi-2011, sur un marché notifié en 2007 (1,7 M€). A *Robert Debré*, au lieu de restructurer des consultations (1 M€), seul un réaménagement marginal a été réalisé. A *Fernand Widal*, une opération de 3,8 M€ serait concrétisée vers 2017 ; des bureaux modernes de consultation y ont été financés dans un bâtiment destiné à être détruit suite à un incendie. A *Bicêtre*, l'opération de 3,5 M€ serait livrée d'ici 2014. En pédopsychiatrie, l'opération de 6,9 M€ (9 M€ après étude) à *La Pitié Salpêtrière* n'a pas commencé, alors que sécurité incendie, entretien, ventilation et sanitaires sont insuffisants.

L'AP-HP n'a, jusqu'à l'enquête de la Cour, procédé à aucune demande de convention pour obtenir les fonds précités du FMESPP ; son plan stratégique 2010-2014 n'a de surcroît pas mentionné l'engagement des 11 M€ restants. Parallèlement, des chambres à 3 ou 4 lits subsistent ici et là ; l'AP-HP a d'ailleurs engagé trois rénovations hors plan (1,6 M€ en 2006, 4 M€ en 2011). L'agence régionale de santé ne s'est informée qu'en 2011 de l'exécution de ces projets.

En outre, pour créer 10,75 ETP de personnel médical et 18 ETP de personnel non médical au titre du plan 2006-2008, l'AP-HP a reçu 1,9 M€ en enveloppe annuelle reconductible depuis lors. La tutelle ayant parallèlement demandé des restitutions d'emplois, le solde net pourrait être en fait négatif. S'agissant de la formation, l'AP-HP n'a utilisé que 60 % des 1,145 M€ alloués, et, malgré ses difficultés financières, n'en a demandé le paiement qu'en septembre 2010, l'agence régionale d'hospitalisation n'ayant de son côté signé la convention nécessaire qu'en 2009. Les établissements n'ont pas reçu de liste de leurs propres agents ainsi formés. La complexité de telles restructurations dans Paris et sa situation déficitaire sont invoqués par l'AP-HP pour expliquer ces difficultés ; mais l'établissement ne s'est pas organisé pour remplir les objectifs qu'il avait lui-même proposés.

Il a, certes, fait l'avance de fonds dont le versement au titre du plan était indûment différé, mais il a aussi omis de veiller à ce dernier, ce qui a eu pour effet de geler des crédits au détriment de changements espérés pour les patients pris en charge par lui ou ailleurs.

Carte 7. Financements des investissements, 2006-2010[90]

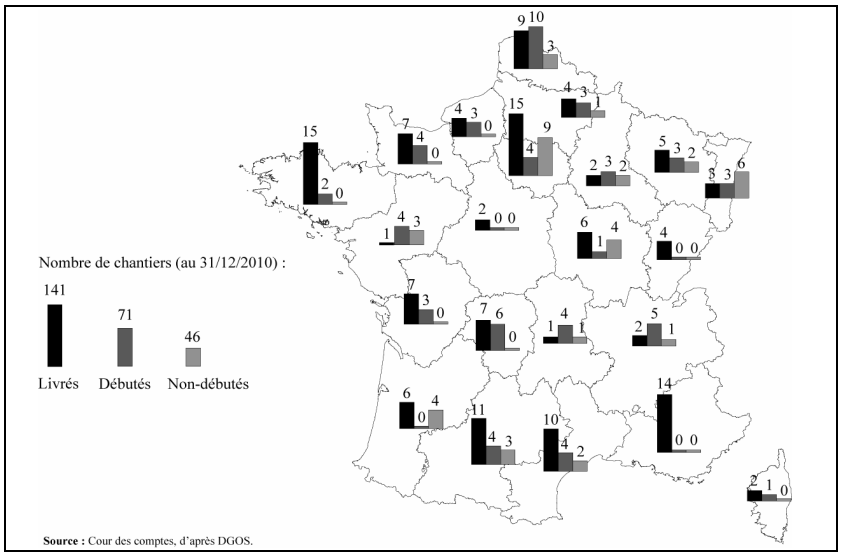


Près de la moitié des dépenses ont été concentrées dans 25 opérations de 15 M€ et plus. Les stratégies ont toutefois été très différentes selon les régions.

Ainsi, pour un financement équivalent, l'agence régionale d'hospitalisation de Provence-Alpes-Côte d'Azur a programmé 43 opérations (fin 2010, 5 avaient été été abandonnées, 17 étaient achevées et 19, représentant 72 % du budget, étaient en chantier, et 2 restait à entreprendre), et l'agence régionale d'hospitalisation Rhône-Alpes, 8 opérations (dont deux seulement réalisées, 5 étant en chantier, et une à lancer).

[90] PRISM (2006-2010), UHSA (2007-2010), mesures de sécurisation 2006, plan de relance 2009 (sécurisation, et création de quatre UMD) ; données: début 2011.

Carte 8. Opérations d'investissement, plan, PRISM, 2006-2010



Dispersés pour le reste entre des centaines d'opérations de mises à niveau en soi nécessaires, voire urgentes, les financements au titre du plan ont abouti au maintien de sites inégalement fonctionnels, sans visibilité à moyen et long terme.

4 - Un défaut fréquent de vision stratégique dans les choix d'investissement

Le ministère a mis en œuvre en 2006 une procédure dotée d'un cahier des charges et de grilles méticuleuses d'analyse des projets, qui auraient été largement respectés : la majorité des opérations a, selon la direction générale de l'offre de soins, été intégrée dans les projets d'établissement, leur donnant une certaine cohérence. De fait, un « *incontournable* » projet médical conforme au plan et aux circulaires était exigé, même si cette prescription n'a pas été impérative pour au moins cinq opérations qui, antérieures au plan, ont été financées.

Alors que la nécessité d'une réflexion sur la localisation et le dimensionnement des structures, leur accessibilité et les liens fonctionnels avec la ville avait été soulignée, aucune méthodologie nationale en la matière n'a, toutefois, accompagné les agences régionales et les établissements, qui ne disposaient peut-être pas tous de toutes les

compétences techniques nécessaires à des changements radicaux d'approches.

Les deux hôpitaux neufs d'Evreux

L'emprise du « centre hospitalier spécialisé » d'Evreux a, à l'inverse des cas précités, été réduite de moitié, à 40 hectares (276 lits plus 26 sites extérieurs, 714 agents ETP). Mais la continuité a été préférée à un changement structurel : cet établissement est reconstruit (69 M€) à quelques kilomètres d'un nouveau centre hospitalier intercommunal Eure-Seine (CHI, 2010, 170 M€, 426 lits, 1400 agents ETP).

Or les crédits, certes notifiés successivement, auraient permis de réaliser un site unique, quoique sur un autre terrain (les deux établissements invoquent le surcoût qu'aurait suscité l'instabilité d'une partie du terrain, sans avoir étudié un site ou un parti architectural différent).

Cette programmation erratique n'est pas imputable à l'agence régionale d'hospitalisation, qui n'a pas été invitée à veiller au choix d'un terrain approprié au regroupement. Un groupement de coopération sanitaire a été constitué pour quelques fonctions, mais ce manque de synergie - fruit notamment jadis de mésententes peu compatibles avec les enjeux - caractérise encore l'aménagement déficient du centre d'accueil et de crise pour les urgences psychiatriques.

Ce centre a été utilement ouvert dans le CHI pour le centre hospitalier spécialisé, mais « *sur la foi d'un programme qui date de plusieurs années avant le début de la construction* ».

Le CHI a organisé en 2011 une journée sur « Suicide, addictions et psychiatrie de liaison », sans associer le centre hospitalier spécialisé à sa préparation. Depuis l'enquête de la Cour, il a remédié à cette absence de coordination et a signé une convention avec le centre hospitalier spécialisé pour le fonctionnement du centre de crise.

Des bâtiments rénovés jouxtent ainsi souvent des bâtiments désaffectés, dans de vastes emprises, souvent à la périphérie voire à l'écart des transports urbains, avec parfois des constructions neuves empêchant tout redéploiement foncier. C'est le cas de sites proches d'une centaine d'hectares, issus de la loi du 30 juin 1838, tels que Clermont de l'Oise, Le Vinatier (Lyon-Bron) ou Le Rouvray (Sotteville-lès-Rouen). Des espaces verts sont certes nécessaires pour usagers et personnels, mais on compte encore parfois moins de dix lits à l'hectare et une capacité au mieux équivalente en consultations et accueils de jour.

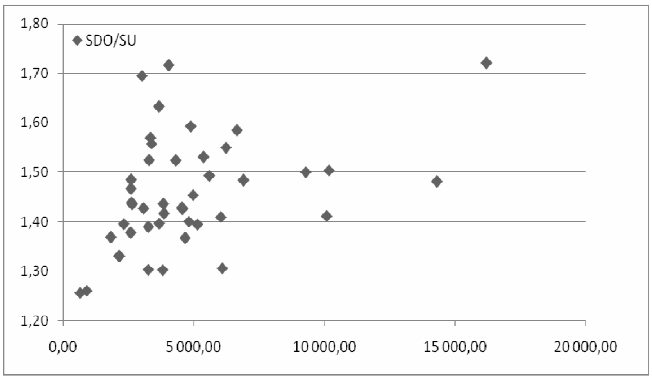
5 - Des surfaces et des prix de revient hétérogènes

L'observatoire des coûts de la construction hospitalière avait relevé en 2007 un coût médian du m² en psychiatrie supérieur à celui des disciplines de court séjour.

La direction générale de l'offre de soins avait alors formulé l'hypothèse de prestations architecturales spécifiques. Un échantillon plus large a été examiné par l'agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP) en 2011, portant sur 45 opérations et 3 133 lits ou places.

Un premier constat est l'ampleur des surfaces, avec des moyennes par lit ou place de 45 m² de surface utile (et 82 m² en surface hors œuvre nette, SHON). Les opérations de plus de 5 000 m² sont particulièrement onéreuses en espace non « utile » :

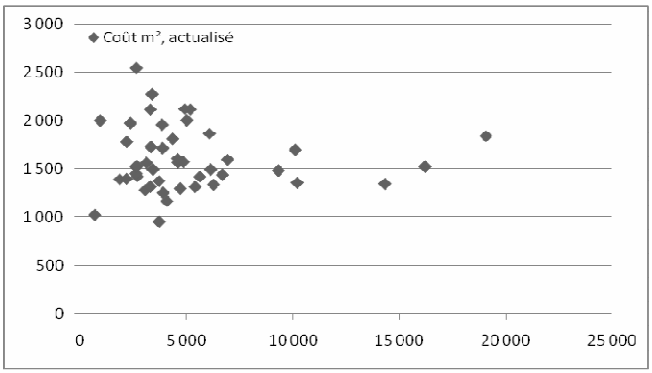
Graphique 24. Rapport entre surfaces dans œuvre (SDO) et utile (SU)



Source : Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP), 2011

Un second constat porte sur les écarts de prix de revient du m² SDO : ce prix a stagné entre 1 518 € en moyenne avant 2007 et 1 524 € dans cet échantillon, mais il s'échelonne de 950 € à 2 542 € :

Graphique 25. Prix de revient du m² (surface dans œuvre)



Source : Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP), 2011 (« 5 000 » = m² par opération).

Eu égard aux observations faites en ce domaine par la Cour, qui rejoignaient les conclusions de l'ANAP, la direction générale de l'offre de soins a indiqué que « *en lien avec l'ANAP, des référentiels de programmation ainsi que des recommandations architecturales pourront être mis en œuvre en prenant notamment en compte le développement de la prise en charge ambulatoire* »[92].

6 - La sécurité : d'importantes mesures nouvelles

L'adéquation entre la qualité et la sécurité des conditions d'exercice des professionnels et les objectifs de santé publique assignés en ce domaine faisait partie des objectifs du plan, mais ce dernier n'avait prévu aucun moyen nouveau, hors une mention peu précise du développement de la certification dans les établissements dans le champ de la psychiatrie (« particulièrement en ce qui concerne la sécurité des personnels soignants et des patients »), la passation d'un protocole entre

[92] S'agissant de l'effet des investissements sur les emplois, selon une enquête de 2008, un tiers des opérations appelaient des créations et redéploiements de postes. L'impact serait relativement faible, mais la direction générale de l'offre de soins n'a pas de tableau chronologique de la mise en œuvre des postes ETP réellement créés ou supprimés en accompagnement des opérations PRISM, comparé aux dates de mise en service des locaux correspondants, ni par conséquent d'explication des décalages et d'estimation du surcoût de ces derniers en termes de dotation annuelle de fonctionnement.

le ministère de la santé et celui de l'intérieur, et la création ou la rénovation de 200 chambres d'isolement.

De 2005 à 2010, la sécurité dans les établissements psychiatriques a mobilisé cependant d'importants financements complémentaires, à hauteur de 89 M€ en crédits de paiement, pour la réalisation, en dehors du plan, d'aménagements de sécurité et la mise en place d'unités pour malades difficiles (UMD). Ce volet a répondu à d'incontestables besoins[93], qui n'ont pas encore été tous couverts, d'autant que l'absence d'un consensus professionnel et l'ampleur des polémiques, particulièrement marquées en ce domaine, peuvent freiner la mise au point des projets.

Y a été ajoutée une dotation de l'assurance maladie annuellement reconduite, d'un montant de 13,8 M€, consacrée à plusieurs centaines d'opérations d'achat de petits matériels et de réalisation de travaux ponctuels pour atteindre un niveau minimal de sécurisation des activités de psychiatrie.

[93] L'inspection générale des affaires sociales a estimé le nombre d'atteintes aux biens ou aux personnes, à partir des déclarations des établissements autorisés en psychiatrie. Seulement 4 % de ces atteintes ont donné lieu à des plaintes judiciaires, ce qui relativise leur gravité. Aucun tableau de bord ne compare leur fréquence à celle de faits semblables dans la population hors psychiatrie, comparaison dont la DGOS souligne qu'elle serait complexe. Cf. inspection générale des affaires sociales, *analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*, Paris, La documentation française, mai 2011.

La sécurisation des établissements

Après un autre drame en 2008, le plan de relance de 2009 a affecté 30 M€ à 314 établissements, notamment pour créer ou rénover, outre les 200 chambres d'isolement déjà annoncées dans le plan, des unités fermées ainsi que pour sécuriser les enceintes hospitalières[94]. Il n'y a pas de bilan du degré de réalisation effective ni d'évaluation de l'impact de ces travaux.

En 2009, 40 M€ ont aussi été affectés aux unités pour malades difficiles (UMD), suivis de 14,5 M€ en 2010. Un protocole annoncé par le plan a été signé en 2005 par les ministres de l'intérieur et de la santé. A été instauré auprès de chaque établissement de santé un correspondant issu de la police ou de la gendarmerie, pour mettre en œuvre patrouilles de police, procédures d'alerte et diagnostics de sécurité.

Une fonction d'observatoire national de la violence hospitalière est assurée par un commissaire de police au sein de la direction générale de l'offre de soins, pour notamment pour analyser les fugues et les incidents déclarés. Le protocole a été élargi en 2010 au ministère de la justice, en instaurant une réunion annuelle hôpital-procureur-responsable départemental de la gendarmerie ou de la police. Le ministère n'a pas créé un réseau de correspondants de sécurité dans les agences régionales de santé, omission peu cohérente.

Si les 200 chambres d'isolement prévues par le plan ont été effectivement créées ou rénovées, leurs conditions d'utilisation, qui doivent être conformes à des recommandations édictées par la Haute Autorité de santé en 1998 et 2005, n'ont pas fait l'objet d'une vigilance particulière.

La Cour a, comme l'inspection générale des affaires sociales, constaté que perdurent des usages anormaux de ces chambres. L'ATIH a dénombré plus de 240 000 nuitées en chambre d'isolement en 2009 pour les patients hospitalisés sans consentement ou détenus, hors hospitalisation libre. Une grande diversité des pratiques d'isolement, c'est-à-dire de placement en service fermé ou en chambre d'isolement, est observée pour des pathologies similaires, parfois expliquée par la configuration des lieux. Ainsi, de janvier à mai 2011, dans un établissement dont la capacité a été réduite de moitié en vingt ans, les chambres d'isolement ont été utilisées comme chambres d'hébergement,

[94] Allocution du Président de la République, le 2 décembre 2008.

porte non fermée à clé, 192 fois, pendant que l'unité de soins intensifs de 20 lits a été suroccupée quatre mois sur cinq, de 102 % à 107 %.

Par ailleurs, malgré l'effort entrepris au cours du plan, la politique de mise en conformité n'a pas été menée de manière assez volontariste pour remédier à la situation dégradée de certains locaux, en dépit des inspections effectuées par les parquets et le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le ministère de la santé indique toutefois que les rapports d'inspection donnent désormais lieu à des mesures correctives, suivies par les agences régionales de santé et l'administration centrale.

Dans le prolongement du plan (circulaire du 22 janvier 2009), a été financée par dotations du FMESPP l'édification de quatre unités pour malades difficiles (UMD) en Champagne-Ardenne (Marne, 10 M€), Haute-Normandie (Rouvray, 7,6 M€), Limousin (Pays d'Eygurande, 8 M€), Midi-Pyrénées (Albi, 4,6 M€), et la reconstruction de celle de Villejuif. La capacité en UMD doit ainsi passer de 456 à 656 lits.

Ces unités pour malades difficiles, ouvrant en 2011-2012, sont destinées aux patients présentant pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent des protocoles thérapeutiques intensifs et des mesures de sûreté spéciales. Ce dispositif controversé améliore sensiblement les conditions de vie des patients en hospitalisation d'office et de travail des personnels, notamment en termes de dignité, par la qualité des locaux et, selon l'équipe de Villejuif, par la réduction du recours à une « camisole chimique » (effet restant à quantifier et évaluer). Leur taux d'occupation élevé (proche de 100 %) témoigne de flux tendus, sans que puissent être évalués précisément les délais d'attente.

Une onéreuse erreur architecturale

L'architecte de l'UMD de Villejuif - par ailleurs bien aménagée - a imposé un plan contraire à l'objectif de sécurisation des patients et des personnels, sans que la direction de l'époque s'y oppose : les circulations internes abondent en recoins échappant au contrôle visuel du personnel (un cas d'agression avec blessure s'est déjà produit). Quatre agents du personnel soignant surveillent désormais chaque déplacement : cette approche architecturale inadéquate a un coût durable.

C'est aussi en dehors du plan que des établissements publics ont créé des unités pour malades agités ou perturbateurs (UMAP) ou psychiatriques intersectorielles départementales (UPID). L'absence de cadre national quant à leur organisation et à leur fonctionnement est soulignée par l'administration elle-même, qui admet qu'il faudra y remédier, même s'il n'y a pas de consensus entre professionnels de santé en ce domaine, comme l'a rappelé un rapport de l'inspection générale des

affaires sociales et de l'inspection générale des services judiciaires qui a émis en 2006 des réserves sur le développement de telles structures.

Au total, un effort important a été engagé pour améliorer la qualité et la sécurisation du parc hospitalier psychiatrique, sans pour autant l'amener encore partout au même niveau que les autres établissements de santé. Cet effort indispensable de modernisation, très concentré sur les structures d'hospitalisation complète, n'a pas non plus été guidé par une stratégie claire. Le levier de l'investissement n'a pas contribué à réorienter en profondeur les modes de prise en charge pour prévenir ou abréger l'hospitalisation.

Cette poursuite - en soi indispensable - des efforts pour assurer la dignité des conditions de vie des patients dans les sites les plus anciens, y compris en milieu pénitentiaire, appelle à développer les analyses comparatives entre les diverses formes de prise en charge, en termes d'adaptation aux modalités nouvelles de traitement et d'accompagnement comme de coût global, afin d'accroître fortement les redéploiements budgétaires.

Ainsi importe-t-il que le ministère chargé de la santé examine dans quelle mesure, à dépenses comparables, le financement d'infrastructures médico-sociales en milieu ouvert permettrait la fermeture de lits psychiatriques, de préférence à la rénovation ou la reconstruction de ces derniers.

A défaut, le risque est de concentrer des moyens pour remédier à des situations, auxquelles il serait plus rationnel de mettre fin que de chercher à les améliorer progressivement sans jamais réussir une complète mise à niveau : la situation d'établissements importants, dotés parfois de plusieurs milliers d'emplois budgétaires dans des sites encore souvent dégradés, certains à l'écart des centres urbains, serait ainsi à examiner très attentivement.

V - La sous-dotation persistante de la recherche

Le plan avait aussi pour objectif de développer la recherche clinique et l'épidémiologie. Comme à d'autres égards, il n'a pas apporté de changements à la mesure de son diagnostic critique[95].

A - Un apport financier modeste

De 800 à 1 000 publications scientifiques sont recensées par an, en croissance, soit à peine 3 % du total en matière de santé. 22 unités du Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et 52 unités de l'INSERM y travaillent, mais par exemple, seules 10 de leurs 152 études d'investigation clinique en 2009 portaient sur la psychiatrie. La France représente ainsi 2,4 % des publications mondiales en ce domaine, derrière les Etats-Unis (49 %), la Grande-Bretagne (10 %), le Canada (6,6 %), l'Allemagne, l'Australie, les Pays-Bas, l'Italie, le Japon et l'Espagne. Ce champ continue à ne recevoir qu'environ 3 % des crédits publics de recherche en santé. S'agissant de la neurobiologie en psychiatrie, la seule synthèse disponible, datant de 2007 et complétée par la Cour, montre que seulement 2 % ces crédits lui sont alloués :

Tableau 26. Recherche neurobiologique en psychiatrie, base 2007

Millions €	**1. Recherche santé**	**2. Recherche psychiatrie**	**3. % 2/1**
DGS	**7**	0,1	1,5 %
Assurance maladie (PHRC)	35	2	6 %
Agence nationale recherche	76	3	3 %
CEA	78	2	3 %
CNRS	450	5	1 %
Fondation FOndaMental	0,5	0,5	100 %
INSERM	355	10	3 %
Universités	62	1	2 %
STICS	17	0	
Total Etat	**1 125**	**24**	**2 %**

Source : Cour des comptes, d'après URCéco[96], ANR, Direction générale de la santé et FOndaMental

[95] « *La France présente la particularité d'avoir investi certains champs au détriment des autres, avec un niveau d'excellence (…) en neurologie.* (…En) *psychiatrie, si la recherche fondamentale doit continuer de bénéficier de l'engagement et des moyens dont elle dispose, la recherche clinique, l'épidémiologie et la recherche en sciences humaines et sociales ne sont pas suffisamment développées et doivent faire l'objet d'un soutien prioritaire. De plus, l'absence d'interfaces entre les domaines (…) est tout à fait dommageable* » (p. 58). En 1998, le ministre de la santé de l'époque avait formulé un jugement similaire.

L'apport financier du plan à cet égard a été fort modeste comme le montre le tableau suivant.

Tableau 27. Recherche, mesures nouvelles au titre du plan

Mesure	Crédits notifiés	Précisions
Soutenir l'INSERM et son intercommission psych.	157 000€	Soutien DGS à des recherches. Cette inter-commission existait depuis 2002.
Axe prioritaire psychiatrie PHRC	Redé-ploiement	Allocation prioritaire de crédits à l'initiative de la direction générale de l'offre de soins (cf. *infra*).
Groupe de travail		Aucune suite n'a été documentée.
Développer l'épidémiol.	173 000 €	Participation aux financements d'études
Mobiliser les hôpitaux		Néant. Instruction aux ARH non produite.
Initiatives locales[97]	53 500€	Un GIP (3 500 €) et SAMU Social (50 000€)
Création GIS (cf. *infra*)	137 000 €	Plus cofinancement Drees et InVS
Mastère de recherche psych. socio. et épidém.		Néant.

Source : Direction générale de la santé

Mais au-delà de la minceur des crédits supplémentaires ainsi apportés, le plan en visant d'abord à « *promouvoir la recherche clinique en psychiatrie* », a permis une réallocation importante de crédits de recherche clinique, par rééquilibrage avec les autres disciplines. Le ministère de la santé a inscrit en 2005 un axe prioritaire « psychiatrie santé mentale » dans l'appel d'offre national du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC). Le régime général d'assurance maladie a ainsi apporté, pour l'essentiel hors plan, 12,3 M€ à 46 équipes entre 2006 et 2009 (plus du tiers à l'AP-HP et Sainte Anne), puis 3,4 M€ à 42 équipes régionales.

L'Agence nationale de la recherche (ANR) a apporté près de 12 M€ à 75 équipes pour 33 projets de psychiatrie entre 2005 et 2008. Elle a ensuite lancé un appel à projet « maladies neurologiques et psychiatrie » pour 2008-2010, créé en 2010 un groupe de travail « santé mentale et addictions » et, pour la première fois, un programme « santé mentale et addiction » (SAMENTA).

Dans le prolongement du partenariat contracté entre les ministères de la justice et de la santé fin 2007, ont été lancées une étude de la

[96] Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Ile de France (URCéco), AP-HP, CH Henri-Mondor, 2011. Hors Direction générale de la santé, PHRC, ANR et FondaMental, estimation sur la base d'une allocation identique pour tous les chercheurs. Autres financements, notamment de l'industrie, non connus.

[97] Un « *soutien des études et des recherches menées par les associations* » d'usagers et de familles était aussi prévu (p. 38). Ces associations ont reçu 3 M€ de 2005 à 2008, sans que leur affectation éventuellement scientifique soit identifiée.

prévalence des troubles psychopathologiques chez les mineurs sous protection, et une recherche sur « adolescents difficiles et urgence psychiatrique »[98].

S'agissant des autres institutions, l'INSERM[99] s'était doté en 2003-2007 d'une commission « psychiatrie, psychopathologie et santé mentale », et de 15 postes, mais a fusionné cette dernière dans une commission plus large intégrant la neuroscience et la neurobiologie dans un sens peu conforme aux objectifs fixés par le plan à cet égard.

B - Une relance laborieuse de l'épidémiologie

Le plan entendait renforcer l'épidémiologie, c'est-à-dire en l'occurrence l'étude des facteurs influant sur la santé mentale, la répartition, la fréquence et la gravité des états pathologiques. Un « état des lieux de la situation française » lui était annexé, sans objectifs chiffrés de progrès, avec une liste de taux de prévalence en 2000 des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles liés à la consommation d'alcool, et trois cartes relatives aux disparités. Ces données de 2000 n'avaient été actualisées que sous forme d'estimations en 2003 du « *groupe technique national de définition des objectifs de santé publique* » chargé de préparer la loi de santé publique de 2004. Il était indiqué que « *l'aboutissement fin 2005-début 2006 de l'expérimentation de l'enquête épidémiologique en population générale visant à définir des indicateurs de planification en santé mentale sous l'égide du ministère de la santé, constituera un outil complémentaire* » du dispositif d'indicateurs qu'il prévoyait. Ces indicateurs n'étaient pas encore précisés à l'automne 2011.

L'objectif épidémiologique, longuement détaillé, était d'améliorer la surveillance de la prévalence des troubles mentaux, la formulation d'hypothèses pour la recherche génétique et neurobiologique, et

---

[98] Il « *a fallu (…) plusieurs mois pour mettre en place des méthodologies de recherche*» (Assemblée nationale, Rapport de M. Zumkeller, op. cit., p. 40).

[99] L'INSERM compte moins de 1 % de psychiatres parmi ses chercheurs, et affecte à la psychiatrie le centième de ses quelque 330 unités; au cours des décennies récentes, la psychiatrie y a relevé de commissions multiples. S'agissant des autres opérateurs, le plan n'a pas pallié l'absence d'annuaire de la recherche en psychiatrie, hors outils limités de quelques opérateurs. Après le plan, l'Etat a encouragé en 2009 la création de l'Alliance Nationale pour les Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN), avec un institut virtuel « *Neurosciences, sciences cognitives, neurologie et psychiatrie* », administré par ses membres, qui a placé la psychiatrie parmi ses priorités. Deux autres alliances (sciences de l'information et de la communication; sciences humaines et sociales) font figurer ces thèmes dans leurs priorités.

l'évaluation. Cet objectif a été d'autant moins atteint s'agissant de la psychiatrie qu'en dehors d'une modeste allocation pour un éphémère groupement d'intérêt scientifique, le financement était « *à déterminer selon les projets portés par les acteurs (2005-2008)* », donc non assuré. Tout au plus a-t-on disposé dans les « Baromètres santé » de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé en 2005 et en 2010 d'une interrogation sur l'existence d'un trouble de l'humeur au cours des douze derniers mois, mais sans aucune donnée sur les troubles anxieux ni sur les troubles liés à la consommation d'alcool.

Or la meilleure connaissance des causes somatiques, sociales et comportementales de la schizophrénie améliorerait, selon l'Institut de veille sanitaire, l'espérance de vie des patients par une prise en charge mieux adaptée[100].

Si le plan a indiqué que la recherche en sciences humaines et sociales est parmi celles « *qui ne sont pas suffisamment développées et doivent faire l'objet d'un soutien prioritaire* », il n'a ni prévu ni suscité directement de mesure en ce domaine qui aurait dû être une priorité, comme le souligne le Haut conseil de la santé publique. A notamment manqué une étude comparative avec la population sans troubles mentaux, de la cause initiale et des causes associées au décès des patients concernés, décès dont la certification ne fait pas toujours le lien avec la maladie mentale. Une étude de faisabilité a ensuite été entreprise à Lille, trop tardivement pour éclairer l'élaboration prochaine d'une stratégie.

[100] Leur espérance de vie est réputée moindre (de 10 à 20 années) qu'en population générale, toutes catégories de pathologies mentales confondues, du fait d'un déficit d'accès aux soins, de taux plus élevé de suicides, voire de mort violente, d'un risque plus élevé de comorbidité somatique, en particulier des accidents cardiovasculaire et des diabètes induits par les antipsychotiques.

Les difficultés de l'épidémiologie en psychiatrie

Le développement des moyens en épidémiologie - contesté au demeurant par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche[101] - est jugé par certains d'autant plus nécessaire que l'une des difficultés notoires est que les caractéristiques des maladies mentales varient selon les époques, les cultures et les évolutions de la société. Il en résulte un manque d'outils de mesure fiables, reproductibles et simples.

Depuis les années 1980, des questionnaires structurés « diagnostiques » font référence à des classifications américaines et internationales ; utilisés par des enquêteurs non cliniciens aux Etats-Unis et dans de nombreux pays européens[102], ils le sont moins en France, en l'absence de consensus sur la méthodologie à utiliser dans les enquêtes en population générale.

Une de leurs limites est que la déclaration de troubles ou symptômes de santé mentale au travers de tels questionnaires ne constitue pas un diagnostic après un examen clinique, et n'implique pas systématiquement un besoin de soins. Le rapport Couty a noté entre autres handicaps « *un nombre trop faible de chercheurs ayant une double formation*» telle que psychiatrie et psychologie cognitive, ou génétique, ou épidémiologie.

Le RIM-P évoqué par ailleurs a constitué un progrès majeur en rassemblant progressivement depuis 2006 les diagnostics hors psychiatrie libérale de ville. Comme souvent dans les pathologies chroniques, le diagnostic ne suffit cependant pas à déterminer l'état de la personne et son besoin de soins : le diagnostic de schizophrénie, par exemple, est identique pour un adulte jeune en plein délire et un patient stabilisé depuis des années, alors que les conséquences à en tirer pour l'organisation des soins peuvent être différentes.

La surveillance en santé mentale est certes exercée par l'Institut national de veille sanitaire (INVS) depuis 2006, date de la création de son programme de santé mentale. Alors que le plan n'a mentionné qu'une fois, sans apport financier, l'INVS a pris en charge l'essentiel de

[101] Ce ministère est d'avis qu'un développement de l'épidémiologie «*ne va pas renforcer les liens permettant de mieux connaître la physiopathologie de la maladie (…) A l'inverse, (…) il faut absolument promouvoir l'interface psychiatrie biologique/analytique*». Cette opposition illustre la difficulté d'une approche interministérielle en ce domaine.

[102] Les comparaisons internationales sont à opérer avec prudence, du fait de périmètres hétérogènes : ainsi, dans certains pays la maladie d'Alzheimer est dans le champ de la psychiatrie.

l'épidémiologie, en collaboration avec de nombreux partenaires - et des moyens insuffisants.

Il n'a installé son comité scientifique en santé mentale que fin 2010, et, faute de ressources, n'a pu utiliser avant 2011 pour la psychiatrie l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'assurance maladie instauré en 2004. Il a légèrement renforcé son programme « santé mentale », mais en 2011 la constitution de bases de données appropriées n'était encore qu'un projet dépendant des producteurs de données. Il doit cependant exploiter le RIM-P à partir de 2011, d'abord à propos de l'autisme et des troubles envahissants du développement.

En tout état de cause, les 27 M€ qui sont consacrés chaque année à la psychiatrie sont à comparer à des montants publics supérieurs à 56 M€ en Australie, 47 M€ au Canada, jusqu'à 5 000 M€, selon les sources, aux Etats-Unis et 170 M€ en Grande-Bretagne, peut être du fait que, comme le souligne le haut conseil de la santé publique, aucun institut de recherche ne s'y consacre spécifiquement.

Un éphémère groupement d'intérêt scientifique

Afin de *« rompre l'isolement des professionnels concernés par la santé publique appliquée à la santé mentale » (page 60), le plan incluait la « création d'un GIS (Groupement d'intérêt scientifique en épidémiologie psychiatrique) afin de fédérer les personnes et les institutions travaillant dans le champ de l'épidémiologie psychiatrique tout en respectant leurs particularités »*. En fait, la convention constitutive du GIS en « recherche clinique épidémiologique et sociale en psychiatrie » avait déjà été élaborée en 2004 et signée en mars 2005 (Direction générale de la santé, DHOS, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, CNRS, INSERM, INVS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, IRDES, Fédération nationale des observatoires de santé, GIP Observatoire français des drogues et des toxicomanies, fondation MGEN et centre hospitalier Sainte-Anne). Ces partenaires y ont été inégalement actifs. Le plan avait annoncé des personnels de l'INSERM, dont la Direction générale de la santé n'a pas de trace, des locaux, qui ont été mis à disposition par Sainte Anne, et 45 000 € de crédits d'Etat « annuels et pérennes » qui n'ont pas été intégralement versés.

En dehors de deux séminaires, le bilan a été d'autant plus maigre que le ministère a fait dissoudre le GIS dès 2009, augmentant ainsi la liste des instances éphémères ayant jalonné la vie du plan. Les budgets prévoyaient d'autres ressources dont n'ont pas trace les comptes du GIS, établis par Sainte-Anne.

La direction générale de la santé a alors soutenu la création d'un groupe « santé mentale » au sein de l'Institut de recherche en santé

publique (IRESP, né en 2004 et transformé en GIS en 2007). Le champ en est plus large, mais ses quelques réunions n'ont pas bénéficié d'une participation beaucoup plus large, et une partie des acteurs du GIS ne l'ont pas rejoint. Doté d'un budget annuel de l'ordre de 14 M€, tous domaines confondus, l'IReSP a entrepris en 2010 de financer cinq recherches qui pourraient recevoir jusqu'à 1,2 M€ au total d'ici 2014.

Le plan n'avait au demeurant fixé aucun indicateur de performance scientifique : le seul connu est celui des publications, mentionné plus haut, sans aucune corrélation avec le plan. Selon le ministère de la recherche, avec l'apport d'initiatives récentes, postérieures au plan, « *la France pourra être en capacité de devenir un acteur important sur la scène internationale* » et « *quelques jeunes entreprises innovantes, issues des recherches académiques et soutenues par les dispositifs gouvernementaux, proposent d'ores et déjà des solutions diagnostiques et thérapeutiques, dans le cadre de l'autisme et des addictions notamment* ». Il est notamment d'avis que les « *investissements d'avenir* » en cours et l'institut thématique multi organismes (ITMO) de l'Alliance AVIESAN qu'il pilote suffiront à relever ce défi, ce qui au regard de l'expérience récente et de celle d'autres pays, n'apparaît peut être pas certain[103].

[103] Hors plan, mais en suscitant un réseau thématique de recherche et de soins en santé mentale, ce ministère a aussi doté de 4 M€ la Fondation FondaMental qu'il a créée en 2007, avec l'AP-HP, CEA, INSERM, trois universités franciliennes (qui ont apporté 1,55 M€) et des partenariats, notamment avec l'industrie pharmaceutique. Celle-ci finance des recherches sur la schizophrénie, les troubles bipolaires, l'autisme, la dépression ou les conduites suicidaires (441 000 € en 2007-2008; 503 000 € en 2009, non compris des frais généraux et de collecte de fonds d'un montant proche). Pour la directrice générale de la fondation FondaMental, s'exprimant en 2011 devant l'équipe d'évaluation réunie par le haut conseil de la santé publique, la recherche en psychiatrie demeure un « *enjeu majeur de santé publique, mais méconnu et oublié. Le monde politique peine à prendre en considération ce champ de la santé et l'information du grand public ne traite de la psychiatrie que sous l'angle des faits divers. La psychiatrie souffre d'une double peine : la stigmatisation (de la discipline et des personnes malades), et l'abandon et le renoncement. (…) la recherche en psychiatrie est dramatiquement sous-dotée (…). Par ailleurs, nous manquons également d'outils de mesures épidémiologiques et médico-économiques qui pourraient permettre d'évaluer l'organisation (…) et de réfléchir aux améliorations*».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le plan avait établi un catalogue ambitieux d'actions à mettre en œuvre au service des changements évoqués dans les chapitres précédents.

S'agissant de leur pilotage, le dispositif d'animation s'est progressivement affaibli jusqu'à disparaître et les outils de suivi ont été imparfaits quand ils ont existé, ce qui n'a pas été le cas notamment en termes de résultats de santé publique.

La connaissance exacte de l'utilisation des financements nouveaux, l'identification des créations d'emplois et la mesure de l'avancement des chantiers immobiliers, en ont été considérablement affectées. La mobilisation de nombre d'acteurs a souvent permis de tirer parti des crédits fléchés, mais au prix de retards, de disparités et parfois dans une absence de vision stratégique au regard des réorientations nécessaires des modes de prise en charge qui n'étaient pas tous inévitables.

S'agissant de la recherche en psychiatrie, elle demeure la parente pauvre de l'effort de notre pays en matière de recherche en santé. La recherche épidémiologique en particulier reste insuffisante. Au regard des enjeux, le constat négatif que formulait déjà le plan en 2005 demeure valide.

La Cour recommande de :

Pilotage

12- mieux coordonner à un niveau interministériel, notamment entre les ministères de la justice et de la santé, la politique en matière de psychiatrie, y compris pour les personnes placées sous main de justice, ainsi que son suivi sur la base de tableaux de bord fiabilisés ;

13- renforcer le pilotage et le suivi nationaux et régionaux de la psychiatrie ;

14- consolider le financement et la gestion de la mission nationale d'appui en santé mentale dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur ;

Indicateurs

15- développer les sources épidémiologiques et statistiques afin de mettre en œuvre des indicateurs de santé publique en psychiatrie, à partir d'une exploitation plus rapide et mieux coordonnée des données. et en ne mettant pas en exergue des objectifs dépourvus d'instruments de suivi ;

Financement

16- distinguer clairement dans les plans de santé publique et leurs bilans les mesures pérennes des crédits non reconductibles, et les mesures nouvelles, de celles financées par redéploiement ;

Ressources humaines

17- mettre en œuvre un plan à moyen terme de formation initiale et continue des personnels intervenant en psychiatrie ;

18- consolider la mise en œuvre du tutorat des personnels nouvellement recrutés, avec des mesures incitatives appropriées ;

19- réduire les écarts de rémunération entre exercice hospitalier et exercice libéral (recommandation réitérée) ;

Investissements

20- mettre en conformité avec des normes nationales les établissements et services accueillant des malades mentaux, y compris en milieu carcéral ;

21- interdire le versement intégral de subventions d'investissement avant service fait, et subordonner le versement de leur solde à la mise en service effective des équipements subventionnés ;

Recherche

22- assurer une coordination de la recherche en psychiatrie, toutes disciplines réunies.

Chapitre IV

Une organisation territoriale fragilisée

La santé mentale est devenue, après le plan, l'un des cinq domaines stratégiques dont le ministère, notamment au sein du comité national de pilotage des agences régionales de santé, considère qu'ils doivent structurer l'ensemble des projets régionaux de santé, autour des principes de continuité des parcours de soins, de maintien à domicile et de territorialisation des prises en charge.

De fait, le sort des patients est tributaire du maillon le plus faible dans une chaîne comprenant prévention, dépistage, soins ambulatoires, hospitalisation complète ou à temps partiel, réhabilitation, hébergement médicalisés ou non.

C'est pourquoi, depuis un demi-siècle, les établissements hospitaliers et les services ambulatoires du secteur public[104] sont réunis, sauf exception, au sein de « secteurs » géographiques spécifiques, ce qu'on ne retrouvait pas dans les autres disciplines médicales.

Ce mode d'organisation avait introduit une rupture radicale avec les modes de prise en charge antérieures. La loi de 1838 avait, en effet, promu la création, dans chaque département, d'un asile départemental d'aliénés.

Ces établissements spécialisés, souvent situés hors des centres urbains, forment encore aujourd'hui l'armature de l'offre publique en

[104] En psychiatrie, l'offre privée (cliniques à but lucratif et médecine ambulatoire libérale) joue un rôle encore limité, notamment pour les pathologies les plus lourdes. L'essentiel des prises en charge relèvent du secteur public (public et privé à but non lucratif).

psychiatrie. Texte fondateur et profondément innovant, une circulaire du 15 mars 1960, à caractère uniquement incitatif, avait ouvert la voie d'une « désinstitutionalisation » de la psychiatrie et poussé les hôpitaux à proposer des prises en charge diversifiées, de nature extrahospitalière.

L'esprit de ce texte anticipateur demeure largement d'actualité. Il explique l'attachement des acteurs de la psychiatrie à la notion de secteur.

L'encadrement juridique du secteur et ses règles d'organisation et de financement résultent de lois de 1985 et 1986. Dans un souci de cohérence et de continuité des soins, l'ensemble des structures publiques de psychiatrie est placé sous la responsabilité de l'hôpital, notamment les dispensaires de santé mentale (à l'origine des centres médico-psychologiques) jusqu'alors gérés par les départements. En conséquence, les moyens financiers ont été confiés à l'hôpital qui les répartit entre hospitalisation complète, partielle et offre ambulatoire.

Le choix de faire reposer la quasi-totalité de l'offre de soins publique sur les hôpitaux psychiatriques, c'est-à-dire en partie les anciens asiles encore souvent empreints de culture hospitalocentriste, a structuré l'organisation des soins et le mode de fonctionnement des secteurs, ainsi situés dans une relation paradoxale avec les établissements dont ils dépendent, mais dont ils doivent faciliter la décroissance.

Le plan a conforté en apparence cette sectorisation, malgré ses insuffisances. Dans le même temps toutefois, l'Etat en a supprimé le fondement juridique au profit du « territoire de santé », qui couvre le plus souvent un département, en visant à réduire l'hospitalocentrisme des prises en charge. Face à la nécessité d'un accès de proximité aux soins, l'enjeu fondamental est ainsi celui de la clarification et de l'amélioration du mode d'organisation territoriale des prises en charge.

I - Une organisation territoriale aux insuffisances persistantes

La recherche d'une meilleure adaptation du périmètre des secteurs aux évolutions démographiques de la population et à la prévention des risques a été limitée.

A - Le découpage territorial

Le plan n'a pas modifié le découpage du territoire en secteurs de psychiatrie générale et en secteurs de psychiatrie infanto-juvénile

(respectivement 857 et 375 en 2010), dont la finesse du découpage empêche d'en reproduire ici une carte nationale.

Leur configuration était pourtant loin d'être exempte de critiques. Les critères étaient hétérogènes et les incohérences de découpage en résultant n'ont pas été rectifiées, alors même que les évolutions démographiques nécessitaient, en tout état de cause, de les redessiner.

Des secteurs ont, par ailleurs, parfois été délimités moins pour assurer la cohérence des prises en charge que pour diversifier socialement la patientèle, conduisant à un découpage territorial en « quartiers d'orange », comprenant une portion de centre-ville, de faubourg, de banlieue, et de milieu rural, comme à Dijon ou à Toulouse. Cette situation demeure encore fréquente et engendre des défauts de coordination.

Surtout, la sectorisation n'est pas parvenue à assurer une offre suffisamment diversifiée et homogène[105]. Seules quelques agences régionales de l'hospitalisation ont établi des critères de répartition des moyens adaptés aux besoins locaux.

Le ministère de la santé souligne que les structures intersectorielles, que la Cour avait recommandées en 2000, dédiées à des publics ciblés, « *se sont développées sans lien avec les secteurs initiaux, y compris dans des établissements non sectorisés* » (le nombre de ces dispositifs est passé de 461 en 2007 à 514 en 2010). Des intersecteurs existent notamment en pédopsychiatrie, voire des interrégions pour la prise en charge de malades dangereux ou de détenus. Aucun bilan n'a été dressé de leurs mérites et de leurs limites. Un maillage insuffisant engendre des coûts de transport à ce jour incontrôlés[106].

[105] Notamment, comme l'indiquait le rapport Piel-Roelandt de 2001, du fait de « *la carence conjuguée de volonté politique et professionnelle au profit d'un hospitalocentrisme dominant* ».

[106] La chambre régionale des comptes d'Ile-de-France a ainsi noté que, pour un centre hospitalier général doté d'un service de pédopsychiatrie, « *en 2007, le transport journalier d'un enfant en taxi, sur prescription médicale, de son domicile au centre de soins, et parfois du centre de soins chez différents thérapeutes, a représenté un coût annuel de 32 700 €, et de 21 000 € pour un autre enfant* ». Une autre chambre régionale des comptes a noté que 38 % des patients en psychiatrie sont soignés hors d'un département qui ne reçoit que 24 % des crédits régionaux pour 31,6 % de la population régionale.

Le secteur

La notion de secteur s'entend de trois manières qui se cumulent. Jusqu'à la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) de 2009, elle pouvait être résumée ainsi :

- la circulaire du 15 mars 1960 a voulu ouvrir l'hôpital vers la « communauté » au moyen du « secteur » dont il devient responsable. Le secteur est depuis lors une modalité d'organisation de l'offre publique de soins, formée de structures extra - et intrahospitalières au service de la population située dans une aire géographique déterminée selon des critères essentiellement démographiques, en théorie 70 000 habitants. Il regroupe, « *sous la responsabilité d'une même équipe médico-sociale* », essentiellement issue de l'hôpital, l'essentiel du service public hospitalier, hormis quelques services implantés en centre hospitalier universitaire (CHU). Les développements extrahospitaliers devaient mettre en œuvre des parcours de soins cohérents et intégrés : prévention, dépistage, pré- et postcure, soins ambulatoires, réadaptation. Ainsi entendu, le secteur devait réduire l'hospitalisation à temps complet[107]. Les établissements privés et les psychiatres libéraux pouvaient s'y joindre par convention ;

- des principes et des valeurs de service public fondent pour de nombreux psychiatres la définition du secteur : proximité, continuité et cohérence des soins, prévention, réinsertion, non-stigmatisation[108], se traduisant concrètement par le fait d'éviter autant que possible de recourir à l'hospitalisation complète, au profit de prises en charge mieux adaptées aux besoins des patients et effectuées dans leur cadre de vie. La circulaire de 1960 relevait déjà que « *la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore* » ;

- la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et la loi de 1985 en ont fait l'unité territoriale de planification sanitaire, pour rationaliser l'offre par les mécanismes d'autorisation et des coopérations interhospitalières.

Le plan avait, sans en faire une priorité forte, « *imposé* » de compléter le maillage territorial, au sein de « *territoires de santé* ». Leur

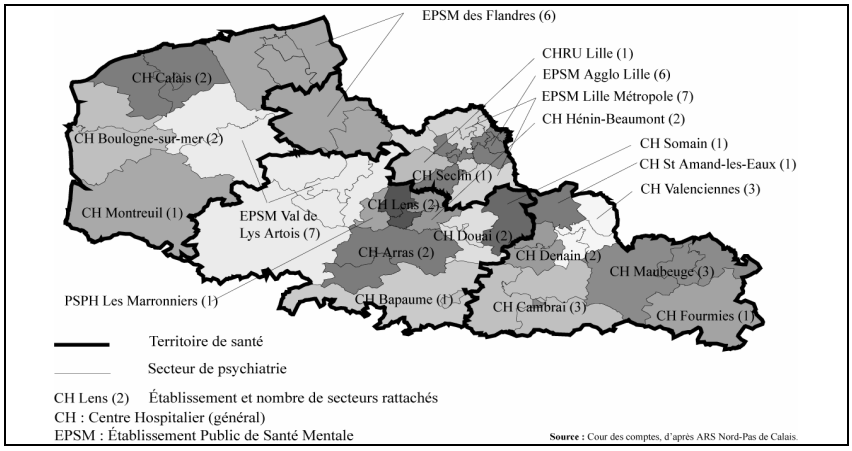
[107] La circulaire résume ainsi l'organisation qu'elle vise : « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus qu'une étape du traitement, qui a été commencé et qui devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.* »

[108] La psychiatrie du secteur public, organisée selon le secteur, joue une place prépondérante dans l'offre de soins : la psychiatrie « sectorisée » disposait en 2005 de 75 % des lits d'hospitalisation complète et de près de 90 % des places d'hospitalisation de jour et de nuit. Ces proportions n'étaient pas modifiées fin 2009.

mise en place n'est intervenue cependant qu'à la suite de la loi HPST[109]. Le projet était de développer en leur sein des réseaux en santé mentale, « *non concurrents du secteur* » comme « *outil de coordination des prises en charge* », et des « *organisations fédératives et mutualisées* ». La mise en œuvre de 107 territoires de santé s'est accompagnée, en outre, de l'identification par les agences régionales de santé de « territoires de proximité », « de projets » ou « d'actions, » qui peuvent différer des territoires d'accès aux soins de premier recours et avec lesquels en l'état, en 2011, les secteurs coexistent.

La carte 9 ci-après illustre la complexité de la superposition des territoires de santé et des secteurs : un même établissement est parfois à cheval sur deux territoires (Lys Artois ; Flandres) non contigus.

Carte 9. Secteurs et territoires de santé, Nord-Pas-de-Calais[110]



Le principe de réalité devrait faire converger, dans une vision qu'un directeur général d'agence régionale de santé qualifie de

[109] Depuis la loi HPST de 2009, les agences régionales de santé (ARS) définissent des territoires de santé (Art. L. 1434-16 du CSP). Ils doivent assurer une distance d'accès à l'offre de services acceptable, ou encore l'intégration de l'offre de soins, psychiatriques ou non. Douze agences régionales de santé sur vingt-six ont maintenu ou adopté le découpage par département, cinq agences régionales de santé ont évolué vers un nombre de territoires inférieur au nombre de départements de leur région, et neuf agences régionales de santé ont choisi un découpage infra-départemental. Le territoire de santé ne constitue donc pas une échelle de proximité au même titre que le secteur.

[110] Psychiatrie générale. Les établissements de rattachement sont précisés dans cette carte pour chaque secteur. Les grisés indiquent simplement le champ géographique d'un secteur, sans refléter de données quantitatives.

« plastique » plus que « cartésienne », la carte des secteurs et celle des territoires de proximité, des communautés hospitalières de territoire, et autres « polarités » ou zones de soins de proximité, de manière à apporter des réponses graduées aux besoins de soins aussi bien somatiques que psychiatriques : cela suppose de donner aux agences régionales de santé la compétence juridique nécessaire.

B - Une organisation qui ne limite pas les risques d'hospitalocentrisme

Il n'est guère contesté que le secteur a notamment souffert d'une stratégie mal équilibrée de réduction des lits d'hospitalisation complète. La médecine ambulatoire a trop souvent été perçue comme une excroissance de l'hôpital, avec un rôle résiduel, alors que la logique aurait dû être inverse[111]. Une vision traditionnelle et quasi patrimoniale du secteur a perduré parfois en matière d'organisation, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital[112]. Dans ce contexte, le centre de gravité de l'organisation et du financement ne s'est pas assez déplacé vers les alternatives à l'hospitalisation complète.

Lorsque les structures intrahospitalières sont regroupées par secteurs et non par pathologies, la coexistence de malades atteints de pathologies diverses, présents avec ou sans leur consentement, va croissant : ce « chaudron psychiatrique », comme il est parfois décrit[113], entraîne un rejet de ces structures par les patients ou leurs familles ; il en est de même avec l'hospitalisation de mineurs dans des services pour adultes (y compris en milieu carcéral).

Le niveau de sécurité dans l'établissement est alors souvent dicté par la pathologie la plus lourde, sans considération pour l'état des autres

---

[111] cf. chapitre I.

[112] Plusieurs tentatives de clarification ont pourtant jalonné la période du plan. Pour « *le développement des articulations sanitaires, sociales et médico-sociales* », la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins a diffusé en 2007, sous ce titre, une synthèse de la situation en Bourgogne et en Haute-Normandie. Avec des réserves, et sans mentionner le secteur ni le territoire de santé, des méthodes (chef de projet, etc.) ont été proposées, notamment aux éphémères commissions régionales évoquées plus loin. Des établissements se sont restructurés en pôles ; ainsi, dans un établissement « *l'entité soignante est devenue un véritable pôle unique dont les activités intersectorielles sont très fournies alors que par le passé les trois secteurs étaient indépendants les uns des autres et reproduisaient dans chacun de leur périmètre le même dispositif (par exemple : chambres d'isolement)* » (rapport de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM), 2011).

[113] La Cour a pu le constater dans certains établissements publics spécialisés, souvent en milieu rural.

patients ; un niveau intermédiaire de sécurité peut inversement être propice aux fugues.

Sans préjudice de l'appréciation par le haut conseil de la santé publique des progrès accomplis grâce à la sectorisation, notamment en termes de pratiques professionnelles et de résultats, il apparaît, au regard des visites de terrain effectuées par la Cour, que de nombreux principes d'organisation propres aux secteurs demeurent pertinents, même si ces secteurs n'ont plus d'existence juridique.

II - La disparition progressive de la notion de secteur

A - La réforme de la planification sanitaire en 2003

La circulaire du 14 mars 1990, dernière parue à ce jour sur les orientations de la politique de santé mentale, avait promu une planification à deux niveaux : celui du département, en s'appuyant sur un conseil départemental de santé mentale, et celui du secteur, selon une démarche distincte des autres disciplines médicales.

Le secteur n'apparaissait déjà plus, pour le ministère, comme une unité de planification pertinente : sa taille était trop réduite pour construire une offre suffisamment diversifiée (dont témoigne la multiplication des dispositifs intersectoriels déjà mentionnés) ; il n'organisait qu'une partie de l'offre, laissant de côté l'offre privée, tant hospitalière que libérale.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant réforme de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, a supprimé le volet particulier à la psychiatrie dans les schémas régionaux de l'organisation sanitaire (SROS[114]). Les conseils départementaux de santé mentale ont été remplacés par la commission régionale de concertation en santé mentale (CRSM) par un décret du 6 mai 2005, chargée de mettre en œuvre le plan 2005-2008, mais dont l'existence a été éphémère.

[114] Devenus depuis la loi HPST des schémas régionaux « *de l'organisation des soins* ».

Conformément aux recommandations que la Cour avait formulées en 2000 en préconisant une telle évolution[115], le ministère promeut depuis lors une même organisation territoriale pour toutes les disciplines médicales, y compris la psychiatrie.

B - Une remise en cause progressive et profonde du secteur

Une critique plus fondamentale du secteur en tant que modalité d'organisation des soins s'est progressivement affirmée. Le plan a certes souligné la place « *prépondérante* » des « *secteurs* » de psychiatrie, par de fréquentes références à leurs missions, leur confiant implicitement la mise en œuvre de nombreuses mesures, mais des notions nouvelles de « *territoire* » y apparaissaient aussi. Ce glissement sémantique singularisait son approche par rapport à la problématique traditionnelle de la sectorisation.

Le plan « psychiatrie et santé mentale » s'insérait ainsi à certains égards dans le mouvement initié depuis 2003[116] visant à remplacer la logique de structures et d'équipements - qui demeurait cependant essentiellement la sienne, deux ans après le premier tournant en ce sens - par des problématiques de régulation de l'activité publique et privée (planification, organisation des soins, financement selon l'activité) selon des règles communes, auxquelles la psychiatrie échappe encore à ce jour.

A la suite de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009, la suppression par l'ordonnance n° 2010-137 du 23 février 2010, (l'article L. 3221-1 du code de la santé publique), de la phrase *« exercent leurs missions dans le cadre des circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat ainsi que toute personne de droit public ou privé ayant passé avec l'Etat une convention précisant les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens* [etc.] » a constitué l'aboutissement récent d'une remise en cause initiée bien antérieurement.

---

[115] Cf. Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques, Rapport public 2000, p. 430, recommandation d'offrir aux agences régionales de l'hospitalisation « *des outils plus performants, en unifiant les schémas régionaux d'organisation sanitaire somatique et psychiatrique et en rapprochant le découpage géographique des cartes sanitaires de psychiatrie de celui des autres disciplines médicales* ».

[116] Ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

Cet effacement progressif a été pourtant peu perçu par les professionnels, jusqu'à maintenant d'autant moins que les textes de 1985 et 1986 relatifs à la sectorisation n'ont été que partiellement abrogés, et que, hormis l'ordonnance de 2003, les textes généraux désormais applicables à la psychiatrie, postérieurs au plan, n'ont pas été adaptés à ses spécificités[117]. Ainsi, « *les fonctions initialement dévolues au secteur* [organisation territorialisée des soins, coordination des interventions de prévention de soins et d'insertion, continuité des soins, intervention à domicile] *ont été progressivement dévolues à l'ensemble des établissements de santé* » (note direction générale de l'offre de soins/284 du 31 mai 2010), ce qui lui fait perdre toute sa singularité, conformément à la loi HPST qui ouvre à tous les établissements publics et privés la possibilité d'exercer cette coordination.

Le ministère considère, au demeurant, que les fonctions confiées au secteur pour garantir une offre de proximité et la continuité des soins ont été progressivement et implicitement étendues par les textes généraux d'organisation des soins aux autres disciplines. La responsabilité en incombe désormais aux agences régionales de santé, qui, au moyen des SROS, définissent pour chaque territoire les articulations de l'offre hospitalière avec l'offre de ville, y compris médico-sociale, c'est-à-dire avec des professionnels « *diversifiés et non seulement hospitaliers* », notamment les généralistes.

Cette démarche reprend les principes fondamentaux de la sectorisation, mais banalise une organisation jusque-là spécifique, dont le secteur n'a plus le monopole et qui ne s'identifie plus par principe au service public.

En effet, la liste des missions de service public définie par la loi HPST mentionne la seule hospitalisation sans consentement, sans faire référence ni au secteur ni aux autres soins : les agences régionales de santé ont donc la liberté de confier ces missions, sur des territoires

[117] Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, fait, elle, toujours référence au « *secteur* ». Le guide du 1er août 2011 mentionne, page 9, la nécessité d'assurer la cohérence entre territoires et « *sectorisation des soins psychiatriques* ».

sectorisés ou non, à des structures publiques ou, ce qui est nouveau, privées[118].

Les autres missions de service public à caractère général formalisées par la loi (formation, permanence des soins, etc.) s'appliquent à la psychiatrie comme aux autres disciplines soumises à autorisation.

La loi HPST a confié aux agences régionales de santé la mission d'organiser la concertation sur ces questions selon des modalités propres à chaque région. Elle a supprimé la commission régionale de santé mentale, que la plupart des agences régionales de santé ont, toutefois, *de facto* reconstituée. L'attachement des psychiatres au secteur et l'insuffisante affirmation de l'échelon du territoire de santé placent, pour le moment, les agences régionales de santé, dans une situation délicate pour mener la concertation.

C - Un cadre juridique devenu incohérent

Le ministère a pour objectif une « organisation globale et graduée d'une offre de soins en psychiatrie, répondant aux critères de continuité, permanence des soins et d'accessibilité, lesquels sont applicables à toutes les activités sanitaires soumises à autorisation. L'organisation sectorielle doit s'inscrire dans cette offre globale en psychiatrie, et dans une logique de coopération avec l'ensemble des professionnels concernés ». Mais le cadre dans lequel inscrire cette organisation repensée manque désormais de clarté.

Supprimés par l'ordonnance de 2010 en tant qu'unité territoriale de planification sanitaire, les secteurs perdurent a minima dans l'organisation interne de l'hôpital, sans support juridique.

Le ministère de la santé qualifie lui-même leur situation de « fragile et source de dysfonctionnements ». Il considère qu'une mise en cohérence des textes avec les dernières réformes sanitaires aurait « impliqué une disparition de la notion de secteur en psychiatrie dont les missions devraient, si cela est nécessaire, être à nouveau définies dans le nouveau contexte législatif et réglementaire ». Pour autant, il n'a pas été jusqu'à cette abrogation, par souci de ménager les professionnels et d'engager une concertation avec eux.

[118] Trois cliniques à but lucratif ont de la sorte été habilitées en 2011 à accueillir des patients en hospitalisation sans consentement à la demande de tiers (sans cependant pouvoir accueillir d'hospitalisations d'office), hors secteur. La loi du 5 juillet 2011 mentionnée plus loin a toutefois réintroduit une «*coordination avec la sectorisation psychiatrique*» pour ces hospitalisations sans consentement.

Aucun texte ne détaille aujourd'hui l'ensemble des modalités d'implantation et de fonctionnement spécifiques à l'activité psychiatrique. Le décret du 14 mars 1986, qui distinguait entre secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire, a été abrogé par un texte du 20 juillet 2005. Dans l'état actuel du droit, les structures extrahospitalières faisant partie de l'offre de soins en psychiatrie n'ont donc plus ni définition, ni cadre d'organisation, hors l'article L. 3221-4 du code de la santé publique.

Le ministère avait, en effet, mis en place un groupe de travail pour redéfinir les modalités de fonctionnement de ces structures, mais les représentants de la psychiatrie publique s'en sont retirés en critiquant le fait que les règles devraient être communes entre établissements publics et privés à but lucratif.

Il résulte de la succession de nouveaux textes depuis 2003 et de l'absence de modification des textes antérieurs spécifiques à la psychiatrie un ensemble peu cohérent qui nuit à la compréhension de l'organisation de l'offre en psychiatrie, pour les patients comme pour les acteurs.

Ainsi, non sans paradoxe, la loi du 5 juillet 2011 sur l'hospitalisation sans consentement évoque-t-elle une « coordination avec la sectorisation psychiatrique ». Le secteur demeure aussi la référence, aux côtés du territoire, dans le guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale diffusé par le centre national de solidarité et de l'autonomie (CNSA) en juillet 2011 et élaboré avec le concours de la direction générale de la cohésion sociale et d'agences régionales de santé.

L'article L. 3221-4 du code de la santé publique illustre combien cette évolution est demeurée inaboutie. Il attribue désormais aux établissements (et non plus « aux secteurs » ou « chefs de secteurs ») la mise en œuvre de la politique de secteur, c'est-à-dire la responsabilité de définir les modes d'organisation de l'offre de proximité, les conditions de la mutualisation de certaines activités et les règles d'affectation budgétaire entre les unités internes de l'établissement. Toutefois, il maintient la responsabilité du « secteur » : *« Chaque établissement autorisé en psychiatrie (…) est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. (…) Ces services exercent leur activité non seulement à l'intérieur de l'établissement, mais aussi en dehors de celui-ci».*

Pour le ministère, une telle disposition n'est plus compatible avec la reconnaissance que tout établissement, quel que soit son statut,

participe à la lutte contre les maladies mentales, mais il n'en tire pas pour autant les conséquences.

En l'absence de toute autorité compétente pour la faire évoluer, la carte des secteurs est ainsi demeurée figée depuis 2003.

Dans la majorité des sites, les psychiatres restent désignés « chefs de secteur », et continuent d'en avoir la responsabilité. Les textes prévoient toujours la signature par le ministre de leur nomination à la fonction de chef de service – un secteur correspondant à un service – après consultation de la commission nationale des chefs de service de psychiatrie.

Le ministère n'a pas abrogé cette disposition, mais, considérant que la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) l'a privée d'effet, charge désormais les établissements de cette signature comme pour toutes les autres nominations relatives à l'organisation interne. Cette évolution n'est ni comprise ni acceptée par les psychiatres qui continuent à faire référence aux textes non explicitement abrogés.

Le plan aurait cependant pu fournir l'opportunité de refonder le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie dans le prolongement de l'ordonnance de 2003. N'avoir pas fait explicitement ce choix a paru *a contrario* conforter la notion de secteur, alors même que la volonté des pouvoirs publics était en réalité d'aligner progressivement l'organisation de la psychiatrie sur le droit commun de l'organisation des soins, ce que la loi HPST et les textes qui en ont découlé ont fait sans mise en perspective globale.

Il en résulte une grande confusion dès lors que la prise en charge psychiatrique demeure de fait organisée dans le cadre des établissements publics. La cohérence de l'ensemble du parcours de soins, avant, pendant, après une hospitalisation ou une prise en charge ambulatoire lourde, demeure, pour la plupart des patients (tous en milieu rural), assurée par la psychiatrie du secteur public.

Ces ambiguïtés doivent impérativement et rapidement être levées pour redonner un cadre d'exercice stable et clair aux professionnels et permettre aux patients et à leurs familles de comprendre aisément le mode d'accès aux soins en psychiatrie, ainsi que la manière dont s'organise la prise en charge.

III - Redéfinir l'organisation des soins en psychiatrie

A - Vers un décloisonnement de la psychiatrie sectorisée

Les professionnels ont conscience des défauts qui perdurent, et plaident pour que la priorité soit donnée à la prévention et à la réinsertion. L'ouverture aux partenaires, sanitaires ou non, que cela appelle avait été souhaitée par le plan.

Toutefois, il manque aujourd'hui :

- une réelle visibilité du secteur pour les généralistes et la population, en leur fournissant information ou avis en un temps très court, avec une participation accrue des psychiatres de secteur aux services d'urgence de l'hôpital général (y compris SAMU) et à la psychiatrie de liaison, à l'échelle d'un territoire de santé, permettant l'orientation de patients qui s'y trouvent vers l'équipe de secteur la plus proche ;

- un renforcement des liens avec le secteur médico-social pour assurer des formations des personnels, des visites de psychiatres, et l'orientation de patients handicapés psychiques vers ces structures. Le secteur doit aussi intégrer des compétences du secteur médico-social en matière de vie quotidienne et de réinsertion sociale des malades ;

- un partenariat accru avec les collectivités territoriales, notamment pour le logement, l'emploi, la réinsertion, la lutte contre la stigmatisation. La généralisation des conseils locaux de santé mentale y contribuerait.

Des hôpitaux s'engagent dans cette voie avec la création de groupements de coopération sanitaire (GCS) (Lille, Marseille) ou de communautés hospitalières de territoire. La direction générale de l'offre de soins veille à ce que les agences régionales de santé intègrent dans leur projet de santé aussi complètement que possible l'offre publique et privée présente sur un territoire.

Fruits d'une coopération entre établissements, ces groupements pourraient ainsi devenir garants de la cohérence de l'offre de soins sur un territoire. Dans chaque territoire de santé, les équipes de secteurs pourraient notamment être plus largement invitées à s'intégrer au sein du groupement avec l'ensemble des établissements publics et privés autorisés en psychiatrie, pour certaines missions.

Les groupements ne pourraient, en effet, pas toujours assurer toutes les missions qui leur seraient confiées, notamment la continuité des soins ; leur taille pourrait aussi être trop importante pour une action de proximité efficace qui demeurerait la responsabilité des équipes de secteurs, notamment en direction des médecins généralistes et dans l'interface avec les structures sociales et médico-sociales. Les équipes de secteur pourraient ainsi devenir pour le groupement un prestataire de services selon des modalités souples d'un territoire à l'autre[119].

Le ministère n'a pas établi de bilan des efforts récents en ce sens. Les acteurs de terrain n'ont d'ailleurs pas été précisément informés des évolutions en cours. La communication entre eux et le ministère en a été affaiblie.

Pour la plupart, les syndicats de psychiatres publics souhaitent la préservation des principes du secteur dans ce cadre, mais la difficulté d'obtenir leur adhésion est d'autant plus grande qu'à bien des égards la prise en charge en psychiatrie demeure différente de celles de court séjour sur lesquelles on voudrait l'aligner. En effet, elle est plus longue que dans les autres disciplines et appelle le plus souvent une réinsertion sociale des patients.

La place nécessaire des usagers et de leurs familles dans la concertation

Le plan a permis une implication plus grande des associations dans la concertation régionale. Mais, malgré les éphémères commissions régionales de concertation en santé mentale évoquées plus haut comité régional consultatif en santé mentale, décret du 6 mai 2005), le dernier bilan annuel du plan a noté « *l'implication des associations (…) dans l'ensemble assez modeste. (…) Le secteur associatif est encore peu développé dans le champ de la santé mentale (6 associations agréées au niveau national sur 84, et 14 au niveau régional sur 213) et reste fragile. Seules 9 régions ont un collectif interassociatif (ou union) agréé. Les modalités d'implication des représentants d'associations d'usagers sont parfois inadaptées ou faiblement mobilisatrices (thématiques, lieux, horaires ou périodicité des réunions) et la sensibilité institutionnelle n'est pas toujours très forte. Très peu de régions ont mis en place un comité régional pérenne des usagers ou des actions de formations adaptées* ». Toutefois, la plupart des agences régionales de santé ont créé de nouvelles commissions de concertation. Le plan incitait au développement des conseils locaux de santé mentale, communaux ou intercommunaux. Leur nombre demeure très restreint (47 existants et 25 en projet, mi-2011, concernant 97 villes[120]).

[119] Le guide susvisé du 1er août 2011 souligne la place à donner à la coopération avec les généralistes dans les futurs SROS-PRS.

[120] Par ailleurs, le plan n'a comporté aucune mesure s'agissant de la gérance des biens des malades mentaux sous tutelle, dont la Cour et les chambres régionales et territoriales des comptes soulignent de longue date des insuffisances de gestion.

La disparition des secteurs ne remédierait pas à elle seule aux défauts actuels. Une nouvelle organisation territoriale, si elle ne peut naturellement laisser de côté l'hôpital, devrait ainsi voir progressivement son centre de gravité situé « en ville », et non dans les structures d'hospitalisation complète.

Une telle évolution, à tous égards indispensable à terme, permettrait de donner de nouvelles perspectives à l'ensemble des acteurs en obligeant à dépasser une sectorisation conçue depuis l'origine à partir de l'hôpital pour redéfinir et rééquilibrer les modes de prise en charge.

Une modernisation du mode de financement de la psychiatrie devrait nécessairement accompagner cette évolution. Une modernisation du mode de financement de la psychiatrie devrait accompagner l'attribution actuelle aux établissements de santé d'une dotation de fonctionnement globale pour toutes ses activités ne garantit pas une répartition des moyens adaptés à un juste développement des structures extrahospitalières. Une allocation des moyens qui tienne compte des missions effectuées et de l'activité, plutôt que le maintien de dotations évaluées sur des bases historiques, constitue un progrès indispensable.

La redéfinition du cadre territorial suppose, en tout état de cause, que les agences régionales de santé qui en ont la responsabilité mènent désormais une concertation active avec l'ensemble des parties prenantes : professionnels et les élus, mais aussi les patients et leurs familles, directement concernés.

Encore faut-il que des orientations claires soient données à l'ensemble des acteurs.

B - Des spécificités à préserver par une mission de service public

Après la désagrégation juridique du secteur, la reconstruction d'un cadre juridique cohérent n'a pas encore été entreprise, en dépit de l'attente des professionnels de la psychiatrie.

Certes, l'organisation de proximité pour les personnes souffrant de troubles mentaux est une priorité pour l'ensemble des agences régionales de santé, mais encore à l'état de projet et selon des logiques d'organisation diversement formulées. Pour préserver les patients des risques aggravés de disparité et de discontinuité dans les parcours de soins, demeure ainsi à définir rapidement un cadre garantissant une offre de soins au service de la population d'un territoire de proximité, pluridisciplinaire, cohérente, continue, gratuite et rapide.

Une organisation rénovée devrait favoriser des diagnostics précoces, garantir la cohérence, la continuité et la qualité des soins[121], éviter les hospitalisations inutiles et assurer la réinsertion sociale des patients, leur non-stigmatisation et la reconnaissance de leur citoyenneté.

Au terme de l'enquête de la Cour et en fonction de ses constats, le ministère lui a indiqué à cet égard que « *les spécificités de la psychiatrie et notamment la politique de secteur peuvent tout à fait être pensées dans le cadre (…) d'une nouvelle mission de service public propre à la psychiatrie, et reprenant les spécificités de la sectorisation* », tout en s'intégrant à l'organisation générale des soins, et en recourant aux outils généraux d'analyse de l'activité, de la qualité des soins, et de contractualisation.

La loi HPST a précisé par l'article L. 6112-1 du code de la santé publique, les quatorze « *missions de service public* » que peuvent assurer les établissements publics de santé et d'autres opérateurs (groupements de coopération sanitaire, etc.), en fonction des besoins de la population appréciés par le SROS et en apportant aux patients des garanties telles qu'un égal accès à des soins de qualité. Elle a précisé qu'un contrat doit fixer les obligations de chacun, et, le cas échéant, les modalités de calcul de la compensation financière de ces obligations. Cependant, parmi ces quatorze missions, la psychiatrie n'a figuré qu'indirectement avec la onzième d'entre elles, « *la prise en charge des personnes hospitalisées sans leur consentement* ».

Une quinzième mission de service public portant sur l'ensemble de la psychiatrie pourrait ainsi reprendre l'essentiel des fonctions actuellement assumées par le secteur. La définition des conditions d'autorisation de la psychiatrie pourrait aussi être définie dans la partie réglementaire de ce code.

Ces évolutions traduiraient une volonté de définir et concrétiser une politique globale en matière de psychiatrie, décrivant les missions lui incombant, les principes qu'elle applique, les contraintes qu'elle implique

[121] La Haute Autorité de santé annonce la publication à partir de 2012, dans le cadre de la certification des établissements de toutes disciplines, d'une analyse de trois premiers indicateurs de qualité produits par eux, et agrégés au niveau national et régional: qualité du dossier du patient, délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation et dépistage des troubles nutritionnels.

et les modalités de réponse qu'elle suppose de mettre en place, dont l'absence fait défaut, le dernier texte général datant de 1990[122].

C'est sur ces bases que les agences régionales de santé devraient être chargées de mettre en cohérence, à l'échelle des territoires de santé et à celle des territoires de proximité, les missions de service public organisées en psychiatrie, en assurant la pérennité des principes portée par la sectorisation, dans un dialogue rénové avec les professions concernées.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La mise en œuvre du plan « psychiatrie et santé mentale » a été accompagnée d'un flou croissant entre une stratégie nationale de suppression de la sectorisation et, faute d'une déclinaison crédible sur le terrain, son maintien de facto, entraînant une confusion.

Les quelque 107 territoires de santé pourraient intégrer un maillage de proximité assurant la pérennité des acquis des secteurs et remédiant à leurs insuffisances de manière à mettre en cohérence les capacités de prise en charge sur la base de références, sinon de normes, à homogénéiser et à faciliter l'accroissement des moyens extrahospitaliers avec diminution à due concurrence des capacités en hospitalisation complète. L'atteinte de cet objectif central suppose que les agences régionales de santé planifient les capacités de prise en charge ambulatoire ou en hospitalisation à temps partiel en fonction des besoins, en tenant compte de l'offre non sectorisée, publique et privée, afin de garantir à tous les patients une prise en charge diversifiée et de proximité.

Alors que les agences régionales de santé élaborent leurs plans stratégiques régionaux de santé qui seront suivis de schémas d'organisation (soins, prévention, médico-social) et de projets territoriaux de santé issus des travaux des conférences de territoires, il est urgent que soient redéfinis et clarifiés les missions et les modes d'action des différents acteurs. Les spécificités de la psychiatrie, qui impliquent notamment une prise en charge précoce, une ouverture sur le médico-social et la nécessité souvent d'actions de réinsertion, rendent nécessaire la définition d'une nouvelle mission de service public qui lui serait propre.

[122] Un tel texte avait été annoncé à l'occasion de la discussion parlementaire sur la loi HPST en 2009. A la suite de cette annonce, les débats sur la loi HPST, bien que celle-ci s'applique à la psychiatrie, n'ont pas abordé cette discipline, dans l'attente d'un texte spécifique.

La Cour recommande ainsi de :

23- définir dans le code de la santé publique une mission de service public de proximité, spécifique à la psychiatrie, en assurant la pérennité des principes de la politique de secteur ;

24- déterminer les conditions d'autorisation et de fonctionnement de chacune des diverses activités pouvant exister en psychiatrie ;

25- mettre en place une hiérarchisation cohérente entre l'offre de soins de proximité et les structures spécialisées desservant des territoires plus larges ;

26- généraliser les conseils locaux de santé mentale, regroupant sur un territoire l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, les généralistes, et leurs partenaires, notamment les collectivités territoriales.

Tableau 28. Estimation du degré de réalisation du plan « psychiatrie et santé mentale »

Mesure	Aban-donnée	Faible ou incer-taine	Modérée ou variable	Elevée	Complè-te
AXE 1 : UNE PRISE EN CHARGE DECLOISONNEE					
1.1.1 Campagnes grand public					x
1.1.2 Promouvoir la santé mentale			x		
1.2.1 Rompre l'isolement des généralistes		x			
1.2.2 Ambulatoire, CMP et alternatives			x		
1.2.3 Adapter l'hospitalisation complète			x		
1.2.4 Répartition des professionnels méd.	x				
1.2.5 Réseaux en santé mentale		x			
1.3.1 Services d'accompagnement			x		
1.3.2 Entraide mutuelle					x
1.3.3 Logement ou hébergement adapté			x		
1.3.4 Dispositifs de travail protégé		x			
AXE 2 : DES PATIENTS, DES FAMILLES ET DES PROFESSIONNELS					
2.1.1 Usagers et familles : concertation			x		
2.1.2 Soutien aux associations usagers et f.					x
2.1.3 Elargir les compétences des CDHP	x				
2.1.4 Réforme de l'hospitalisation sans c.			x		
2.2.1 Formation initiale et métiers			x		
2.2.2 Renforcer l'investissement				x	
AXE 3 : DEVELOPPER LA QUALITE ET LA RECHERCHE					
3.1.1 Elaboration des bonnes pratiques		x			
3.1.2 Favoriser le bon usage du médicament		x			
3.2.1 Recueil d'information MP.				x	
3.2.2 Système d'information sur l'activité				x	
3.3.1 Recherche clinique en psychiatrie			x		
3.3.2 Epidémiologie psychiatrie et santé m.		x			
AXE 4 : METTRE EN OEUVRE DES PROGRAMMES SPECIFIQUES					
4.1.1 Prise en charge de la dépression			x		
4.1.2 Stratégie d'actions face au suicide			x		
4.2.1 Programmes coordonnés pour détenus				x	
4.2.2 Prise en charge des auteurs d'agress.s.			x		
4.3.1 Collab. m-psychologique périnatalité			x		
4.3.2 Enfants et adolescents				x	
4.4.1 Personnes en situation de précarité				x	
4.4.2 Santé mentale personnes âgées				x	
AXE 5 : METTRE EN OEUVRE, SUIVRE ET EVALUER LE PLAN					
5.1 Un suivi national du plan			x		
5.2 Une démarche régionale				x	
Total	**2**	**6**	**14**	**8**	**3**

Source : Cour des comptes

Conclusion générale

Le plan « psychiatrie et santé mentale » a incontestablement joué un rôle de catalyseur, sur le terrain, en matière d'organisation des soins.

Sa mise en œuvre a cependant souffert d'insuffisances de méthodes dans la gestion d'un plan de santé publique. Le ministère a esquissé en 2009 un tableau destiné à évaluer le degré d'exécution des 33 mesures et 196 actions du plan. Pour un quart de ces dernières, dont la réalisation était déconcentrée, leur hétérogénéité et celles des prestations qui ont suivi ne permettent pas d'en tirer des indicateurs nationaux qui soient significatifs. Pour les trois-quarts des autres actions, qui relevaient de décisions d'administrations centrales et d'agences sanitaires, et qui étaient d'importance très variable, aucun tableau n'a rendu compte de leur degré de réalisation.

Dans ces conditions, le degré de réalisation du plan est difficilement mesurable.

La Cour s'y est néanmoins attachée pour les 33 mesures figurant dans le tableau 28 ci-contre, en se limitant à apprécier la mise en œuvre du plan au regard des objectifs annoncés. Il a été tenu compte des mesures additionnelles et des réalisations intervenues jusqu'à l'été 2011. Le bilan aurait été nettement plus positif si un plus robuste pilotage avait été pratiqué à tous niveaux.

Ce tableau rappelle aussi que les objectifs étaient tous formulés en termes de moyens, et non pas de résultats thérapeutiques, tant ceux-ci ne peuvent le plus souvent être évalués qu'à moyen et long terme. La plupart des critiques formulées aux termes de l'enquête de la Cour sur les effets du plan sur l'organisation des soins psychiatriques pourraient être reprises presque mot à mot du constat qu'il dressait en avril 2005.

Des progrès réels ont certes été constatés, mais pas au point de modifier significativement l'état des lieux, marqué par l'insuffisance persistante des structures d'alternatives à l'hospitalisation en amont comme en aval.

Trois ans après la fin du plan, nombre d'actions majeures restent en chantier et les inflexions recherchées restent largement inabouties. L'ampleur du retard à combler exige une remobilisation urgente autour d'un ensemble plus sélectif de priorités et de mesures, afin de soigner chaque patient avec la dignité requise et conformément aux attentes des patients, de leurs familles et des professionnels.

Plus de 10 000 personnes demeurent aujourd'hui hospitalisées en service psychiatrique aigu, alors que leur état de santé leur permettrait, grâce à une prise en charge adaptée, d'accéder à une autonomie accrue.

L'enjeu est désormais de réorganiser les soins en psychiatrie, en préservant les bénéfices de leur sectorisation, tout en les insérant dans une coordination de proximité, alternatives médico-sociales comprises.

Une politique de redéploiement plus active des moyens hospitaliers au profit des structures extrahospitalières est donc nécessaire, en tenant compte du contexte de déséquilibre financier de l'assurance maladie qui offre des marges de manœuvre très limitées pour l'affectation de moyens nouveaux.

Quatre des recommandations formulées au fil du présent rapport revêtent dans cette perspective une particulière importance.

En premier lieu, la définition et la mise en œuvre d'une **mission de service public** visant l'ensemble de la psychiatrie - et non plus la seule hospitalisation sans consentement telle qu'inscrite dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » - dans des conditions préservant les acquis de la sectorisation, clarifieraient la stratégie poursuivie par les pouvoirs publics en matière d'organisation des soins psychiatriques. Une telle mission et la contractualisation qu'elle implique avec ses principaux acteurs faciliteraient la réorganisation et la hiérarchisation de l'offre de soins. Le «secteur», à condition d'évoluer, demeure plus une solution qu'un problème.

En deuxième lieu, les efforts entrepris pour **mieux répartir les moyens** doivent être vigoureusement amplifiés. Il convient de réduire les disparités géographiques au regard des besoins de la population, par redéploiement en raison des contraintes financières de l'assurance maladie, et cela en renforçant la priorité affectée aux alternatives de proximité à l'hospitalisation. Une dynamique de libération de lits d'hospitalisation complète pourrait alors se mettre en place, permettant de redéployer des moyens au profit des alternatives à l'hospitalisation et de la prévention.

En troisième lieu, la **réforme du financement des soins psychiatriques** doit être élaborée et mise en œuvre. Les progrès accomplis grâce au plan 2005-2008 en matière d'informatisation et de données statistiques devraient permettre de ne plus différer cette remise en ordre. Ce nouveau modèle, prenant en compte l'activité, contribuerait à s'assurer que les moyens financiers soient davantage orientés vers les structures extrahospitalières.

Enfin, le renforcement de l'efficience et de l'efficacité des soins appelle un **renforcement de la recherche et de l'épidémiologie.**

Ces axes d'action, en nombre réduit, fortement liés les uns aux autres, contribueraient, à hauteur des moyens qui leur seraient affectés, à mettre au niveau nécessaire la réponse collective à apporter à la priorité de santé publique que constitue la montée grandissante des prises en charge de pathologies psychiatriques.

Récapitulation des recommandations

Prises en charge

1- continuer à développer et à diversifier l'offre sanitaire extrahospitalière, médico-sociale et sociale, notamment pour renforcer l'autonomisation et la réinsertion sociale des personnes ;

2- évaluer les performances, notamment en termes de délais d'attente pour obtenir un avis médical spécialisé ou une admission dans les structures, ainsi que d'adaptation aux besoins des personnes hospitalisées à temps plein de manière inadéquate ;

3- inclure dans la mission de service public de psychiatrie la charge de repérer, d'analyser et de corriger localement les ruptures de prise en charge et des délais d'attente, quelles qu'en soient les causes ;

4- faire évoluer les modalités d'organisation et de gestion interne des établissements pour mieux distinguer les moyens attribués aux structures intra- et extrahospitalières et limiter la fongibilité entre les deux ;

5- renforcer l'organisation et la permanence des services d'urgences psychiatriques ;

6- harmoniser la conception, la répartition et l'emploi des unités pour malades difficiles ;

7- réformer le financement de la psychiatrie par l'assurance maladie, sur la base d'une tarification prenant en compte la spécificité des prises en charge psychiatriques ;

Santé-justice

8- publier les circulaires relatives à la coordination entre l'administration pénitentiaire et les professionnels de santé, en prenant en compte l'article D.90 du code de procédure pénale dans les protocoles santé-justice, et en harmoniser la mise en œuvre ;

9- développer des normes et des indicateurs pour la prise en charge des patients sous main de justice, y compris au stade postpénal, en renforçant sa coordination médicale et sociale comme prévu par le plan d'actions stratégiques 2010-2014 ;

10- mettre aux normes hospitalières établies en 2011 l'ensemble des locaux pénitentiaires où sont délivrés des soins ;

11- améliorer la gestion du temps de consultation dans les établissements pénitentiaires ;

Pilotage

12- mieux coordonner à un niveau interministériel la politique en matière de psychiatrie, notamment entre les ministères de la justice et de la santé, y compris pour les personnes placées sous main de justice, ainsi que son suivi sur la base de tableaux de bord fiabilisés ;

13- renforcer le pilotage et le suivi nationaux et régionaux de la psychiatrie ;

14- consolider le financement et la gestion de la Mission nationale d'appui en santé mentale dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur ;

Indicateurs

15- développer les sources épidémiologiques et statistiques afin de mettre en œuvre des indicateurs de santé publique en psychiatrie, à partir d'une exploitation plus rapide et mieux coordonnée des données et en ne mettant pas en exergue des objectifs dépourvus d'instruments de suivi ;

Financement

16- distinguer clairement dans les plans de santé publique et leurs bilans les mesures pérennes des crédits non reconductibles, et les mesures nouvelles, de celles financées par redéploiement ;

Ressources humaines

17- mettre en œuvre un plan à moyen terme de formation initiale et continue des personnels intervenant en psychiatrie ;

18- consolider la mise en œuvre du tutorat des personnels nouvellement recrutés, avec des mesures incitatives appropriées ;

19- réduire les écarts de rémunération entre exercice hospitalier et exercice libéral (recommandation réitérée) ;

Investissements

20- mettre en conformité avec des normes nationales les établissements et services accueillant des malades mentaux, y compris en milieu carcéral ;

21- interdire le versement intégral de subventions d'investissement avant service fait, et subordonner le versement de leur solde à la mise en service effective des équipements subventionnés ;

Recherche

22- assurer une coordination de la recherche en psychiatrie, toutes disciplines réunies ;

Organisation territoriale

23- définir dans le code de la santé publique une mission de service public de proximité, spécifique à la psychiatrie, en assurant la pérennité des atouts de la politique de secteur ;

24- déterminer les conditions d'autorisation et de fonctionnement de chacune des diverses activités pouvant exister en psychiatrie ;

25- mettre en place une hiérarchisation cohérente entre l'offre de soins de proximité et les structures spécialisées desservant des territoires plus larges ;

26- généraliser les conseils locaux de santé mentale, regroupant sur un territoire l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, les généralistes et leurs partenaires, notamment les collectivités territoriales.

Annexes

Annexe 1

Légende du tableau 1

[2.] Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques, Paris, 2000, p. 408-442.
[3] Les institutions sociales face aux usagers, inspection générale des affaires sociales, Paris, 2001.
[4] Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale, DHOS, 2001.
[5] Piel et Roelandt, De la psychiatrie vers la santé mentale, La Documentation Française, 2001.
[6] Plan santé mentale, l'usager au centre d'un dispositif à rénover, Paris, ministère de la Santé, novembre 2001.
[7] Le livre blanc des partenaires de Santé mentale France, Paris, UNAFAM, FNAPPSY et al. 2001.
[8] Roelandt, La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la Cité, Paris, La Documentation Française, 2002.
[9] Charzat, Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiatriques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches ; 2002.
[10] L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé. Paris, Ministère de la santé, Direction générale de la santé 2002.
[11] Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale, P. Cléry-Merlin, V. Kovess-Masfety et J.C. Pascal ; 2003.
[12] Ministère de la santé, Psychiatrie et santé mentale, 2005-2008, Paris, avril 2006.
[13] Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM), La psychiatrie en France : quelles voies possibles ? Editions ENSP, novembre 2005
[14] Edouard Couty, Dr. Cecchi-Tenerini, Patrick Broudic, Dominique Noire, Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Paris, 2009.
[15] Assemblée nationale , rapport d'information n° 1811, *sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, Paris , 2009, et rapport d'information du Sénat n° 434, *Prison et troubles mentaux : comment remédier aux dérives du système français ?*, 5 mai 2010.
[16] Alain Milon, Sénateur, *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*, Paris, Assemblée nationale et Sénat, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 2009, 387 pages.

Annexe 2

SAE , PMSI , RIM-P, RAPSY et HOPSY

Avec la *statistique annuelle des établissements de santé* (SAE), la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques dispose depuis 1994 de données sur les moyens et les produits : capacités, personnels, activité, tous établissements de santé et toutes disciplines. Depuis 2006 un bordereau d'enquête est spécifique à la psychiatrie, en visant explicitement le plan 2005-2008[123]. Il a permis de combler d'amples lacunes, en renseignant depuis lors le nombre de structures d'accueil en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel » et ateliers thérapeutiques, de types de centres médico-psychologiques, la file active totale de l'établissement, la file active exclusivement ambulatoire, la file active hospitalisée à temps plein dans l'année, le nombre de personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an. Un ensemble considérable de données est depuis lors collecté, mais la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n'a pas pu en publier d'analyse nationale sur la psychiatrie entre 2007 et 2010, faute de moyens (plusieurs agents sont concernés à temps partiel par ce domaine, mais un seul des 40 agents de sa sous-direction compétente y est affecté à temps plein).

Toutefois, les évolutions des principaux indicateurs ont été commentées dans de courtes fiches annuelles. Les données sont accessibles à tous sur internet. Les bases de données sont transmises aux agences régionales de santé (et anciennement DRASS) ainsi qu'aux directions opérationnelles du ministère. Leurs délais de mise à disposition ont été réduits ces dernières années.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) mis en place par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) est un outil médico-économique d'analyse de l'activité de court séjour des établissements de soins.

[123] Cf. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2007, op. cit., notamment Magali Coldefy, L'actualité des sources statistiques en psychiatrie, p. 266.

Après avoir été appliqué aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le PMSI fut expérimenté sur les activités de psychiatrie en 2002 dans quatre régions : Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, Réunion, ainsi que dans une centaine d'établissements volontaires.

Dès le départ, cette expérimentation visa deux objectifs : mettre en place un recueil d'activité médicalisé spécifique pour la psychiatrie et rechercher un modèle de financement à partir des données recueillies. Elle ne permit pas de dégager des modèles de financement pour l'activité en psychiatrie à partir d'une constitution de groupes homogènes de journées, et le PMSI-Psychiatrie fut abandonné en septembre 2005.

Lui a succédé le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P ou -Psy, annuel) mis en place par arrêté du 29 juin 2006. Il recueille depuis l'exercice 2008 des données détaillées sur l'activité et la patientèle. Il s'agit d'une source de type PMSI, en cours d'élaboration en lien avec la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), évoquée par ailleurs.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) collecte les données, médico-administratives (journées de prise en charge, fréquentation – « venues » — des hospitalisations ou accueils à temps partiel, actes ambulatoires et divers, etc.).

Statistique annuelle des établissements de santé et RIM-P sont indispensables à l'étude conjointe des facteurs et indicateurs de production et activité. Les aspects méthodologiques de collecte (définition et convergence des concepts, exhaustivité, qualité) sont progressivement adaptés depuis 2006, du côté des établissements de santé, comme du côté de l'administration : cf. ci-après quant à l'exhaustivité.

Les rapports d'activité de psychiatre (RAPSY ou RAP psy) datent de 2008 et ont été collectés en 2009, mais leurs résultats n'ont été publiés qu'à partir de 2011. Cette enquête ponctuelle ne sera pas renouvelée avant quelques années. Elle a étendu l'enquête RAS de 2003 (rapports d'activité de secteurs de psychiatrie) à l'ensemble des établissements.

Ses informations plus complètes que la statistique annuelle des établissements de santé sur les capacités, l'organisation des soins et les pratiques professionnelles et l'activité à un niveau géographique fin permettront d'étudier des zones telles que les territoires de santé, l'organisation des soins, les pratiques professionnelles et les coopérations entre établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les établissements ont fourni un travail considérable, au-delà des données extractibles informatiquement. 19 % des établissements n'ont pas répondu (17 % des lits et places), sans avoir pour autant été sanctionnés financièrement, mais la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques considère comme satisfaisant le taux de réponse, s'agissant d'une première enquête et avec des croisements, statistique annuelle des établissements de santé /RIM-P/RAPSY étant de nature à fiabiliser les conclusions.

Leur publication en 2011 est bien tardive au regard du calendrier des planifications nationale et décentralisées, mais en septembre 2010, une base de données simplifiée a été diffusée aux autres directions du ministère et les agences régionales de santé ont été informées de la disponibilité des bases (simplifiées ou complètes), sur demande ; les bases de données détaillées leur sont accessibles depuis janvier 2011, par intranet.

Le plan avait relevé l'absence de données sur les psychologues libéraux, à laquelle il a été remédié dans la limite des données ADELI. Celles-ci n'incluent pas les psychologues ne s'y déclarant pas, ni les psychothérapeutes et psychanalystes pour lesquels une formation universitaire n'est pas requise.

La base HOPSY, gérée par une agence régionale de santé, recense les mesures d'hospitalisation sans consentement (HSC), effectuées sur demande d'un tiers (HDT) ou « d'office » (HO) selon la qualification en vigueur jusqu'en juillet 2011[124], ou relevant des articles 122.1 du code pénal et L. 3213-7 du code de la santé publique (personnes jugées pénalement irresponsables), ou sur décisions judiciaires de soins psychiatriques (article 706-135 du code de procédure pénale), ou encore de personnes détenues (article D.398 du CPP).

[124] La loi 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été promulguée après la fin de l'enquête de la Cour (cf. page 40). L'une de ses nombreuses dispositions a remplacé au code de santé publique la notion d'hospitalisation «*d'office*» par celle de «*l'admission d'une personne en soins psychiatriques*», et une autre a ajouté la catégorie nouvelle d'hospitalisation « *en cas de péril imminent* ».

Elle permet aux agences régionales de santé (qui ont ici succédé aux DDASS) de gérer les mesures prises en HSC, d'assurer le secrétariat des comités départementaux de l'hospitalisation psychiatrique (CDHP), d'établir des statistiques départementales de mesures prises, de calculer les échéances légales et de prévenir ainsi les risques de condamnations de l'Etat en cas de contentieux. Un module d'anonymisation, à des fins statistiques de suivi du nombre de mesures, devait permettre la suppression des statistiques d'activité des CDHP ; en septembre 2011 le cahier des charges approprié, tenant compte de la loi du 5 juillet 2011, restait à élaborer.

En mai 2011, l'inspection générale des affaires sociales a souligné que « *les faiblesses du logiciel HOPSY, créé en 1994 pour gérer les hospitalisations sans consentement, ont été maintes fois décrites (rapport IGA/IGN/IGPN précité, rapport inspection générale des affaires sociales-IGSJ, mission parlementaire de M. Garraud). Il n'est par exemple pas possible de connaître l'historique des procédures d'hospitalisation sans consentement d'un patient hors du département et de conserver les données au-delà de l'année civile qui suit la levée des mesures d'hospitalisation sans consentement* ». [125]

[125] Inspection générale des affaires sociales, mai 2011, op. cit., p. 82. Cf. 1) rapport n°2005-064, A. Lopez et I. Yeni, inspection générale des affaires sociales, M. Valdes-Boulouque et F. Castoldi, IGSJ, mai 2005 sur les « Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. 2) Mission parlementaire confiée par le Premier ministre à Jean-Paul Garraud, député de la Gironde, sur la dangerosité et la prise en charge des individus dangereux (2006). Un groupe de travail se penche sur ce sujet statistique depuis 2009. Des statistiques sont disponibles sur le site internet de l'ATIH (Tableaux RIM-P Nationaux 8A et 8B125).

Annexe 3

Financement d'établissements privés à but lucratif

Tableau 29. Financement d'investissements, établissements privés à but lucratif

ARH	Libellé	Etablissement	Assiette : MTO (€)	Dont FMESPP
Aquitaine	Unité post aigüe ados	Clinique Jean Sarrailh	2 301 813	889 941
Aquitaine	Bâtiment pour autistes	Clinique Les Platanes	244 100	54 922
Bretagne	Accueil de jour pers. a.	Clinique Val Josselin	1 015 000	250 000
Bretagne	Hôpital de jour de géronto-psychiatrie	Clinique Kerfriden	1 007 000	250 000
Bretagne	Hôpital addictologie	Clinique Du Moulin	1 007 000	250 000
Bretagne	Centre d'accueil de jour	Clinique Pen An Dalar	1 001 000	250 000
Centre	7 lits courte durée	Clinique Belle Allée	627 628	346 000
Centre	Structure de soins et d'intégration scolaire	Clinique Médicale du Centre Saumery	550 000	220 000
Corse	Climatisation	Clinique San Ornello	217 102	80 000
Corse	Réfection	Clinique du Cap	162 000	71 094
Ile de France	Nouveau bâtiment	Clinique Les Orchidées	1 350 398	215 030
Ile de France »	Nouvelle aile	Clinique Psy Du Pays de Seine	840 000	49 699
Ile de France »	6 lits de post urgence	Clinique d'Yveline	28 329	60 308
Ile de France »	Rénovation partielle	Clinique de L'Isle	200 547	44 585
Ile de France	Mise en conformité	Clinique Ville d'Avray	80 500	23 814
Languedoc Roussillon	Transfert des activités	Clinique St Joseph	5 400 000	700 000
	Géronto-psy et crise	Clinique St Antoine	796 000	300 840
	Modernisation	Clinique Belle Rive	500 000	160 000
Limousin	5 places de jour	Clinique St Maurice	800 000	60 000
Martinique	Création psychiatrie gé.	Clinique St Paul	700 000	163 920
Midi Pyrénées	CATP Aufrery	Clinique d'Aufrery	1 798 000	718 085
Midi Pyrénées	Création d'une unité d'hj	Clinique Château de Seysses	615 000	282 910
Midi Pyrénées	Création service hdt	Clinique de Beaupuy	485 000	223 108
Midi Pyrénées	Restructuration	Clinique de Montberon	538 000	185 295
Midi Pyrénées	Création de 5 places d'hj	Clinique Castelviel	375 000	172 506
Nord Pas de Calais	Centre détection psychoses infantiles	Clinique Du Château de Loos	3 150 000	472 500
Nord Pas de Calais	Réhabilitation	Clinique de L'Escrebieux	650 000	97 500
PACA	Agrandissement	Clinique de l'Artémise	14 352 000	495 000
	Travaux d'aménagement et de sécurisation	Clinique de la Costière	1 759 429	342 500
		Clinique Les Quatre Saisons	1 000 000	287 000
		Clinique Les Trois Sollies	1 049 823	277 500
		Clinique La Lauranne	800 000	168 000
		Clinique St Didier	0	191 040
		Clinique de L'Emeraude	605 852	131 200
	Equipt sanit. Sécurité	Clinique Valfleur	232 333	90 210
	Aménagement, sécur.	Clinique des Trois Lucs	171 200	52 980
	Soins intensifs sécurité	Clinique Mon Repos	123 400	37 950
	Aménagement, sécur.	Clinique Les Trois Sollies	513 716	0
Picardie	Transf. Sur site caserne gouraud+10 pl. De jour	Clinique de La Roseraie	11 299 000	425 000
Picardie	Restructuration, réhab.	Clinique Ste Monique	7 315 000	2 999 998
Réunion	Construction	Clinique Les Flamboyants	10 702 000	2 570 000
Total			**76 363 170**	**14 660 435**

source: Direction générale de l'offre de soins

Annexe 4

Principaux textes relatifs à la psychiatrie

I - Textes généraux

- La partie législative du code de la santé publique comporte un livre II, « *Lutte contre les maladies mentales* » qui fournit le cadre de l'action publique[126].
- L'article L174-12 du code de la sécurité sociale prévoit que *« Les dépenses des services gérés par les personnes morales de droit public ou privé mentionnées à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique ayant passé avec l'Etat une convention pour participer à la lutte contre les maladies mentales font l'objet d'une dotation annuelle à la charge de l'assurance maladie. (…) La dotation est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé (…) ».*

II- Hospitalisation sans consentement

- Loi n° 90-527 du 27 juin 1990
- Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002
- Code de la santé Publique : articles L.3211-1 à L.3215-4
- Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « hôpital patient santé territoire » (HPST)
- Instruction DGS/MC4/201/2011/66 du 11 février 2011 relative au rôle des agences régionales de santé sur la gestion des hospitalisations d'office
- Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 (cf. page 40).

III- En milieu carcéral

- Code de la santé publique : articles R 6112-14 à R 6112-27, en particulier R 6112-15, R 6112-16, R 6112-24, R 6112-26 1°§, R 6112-27.
- Décret 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.
- Loi 90-527 du 27 juin 1990 et sa révision en cours (texte adopté en première lecture à l'Assemblée Nationale le 22 mars 2011 sous le numéro 623).
- Loi 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la prise en charge de la santé des détenus par les établissements de santé.
- Loi 2002-1138 du 9 septembre 2002, loi de programmation pour la justice.
- Loi 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sureté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.
- Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 « hôpital patient santé territoire », dite HPST.
- Loi 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire : Section VII, articles 45ss.
- Article D. 90 du code de procédure pénale (commission pluridiscipl. Unique)

  Plan d'actions stratégiques 2010-2014, Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice.

[126] Ainsi, son titre I organise les modalités d'hospitalisation : droits des personnes hospitalisées, (chapitre I), l'hospitalisation sur demande d'un tiers (chapitre II), ou d'office (chapitre III), celle des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (chapitre IV), et des dispositions pénales (chapitre V).

Annexe 5

Les dépenses de l'assurance-maladie (établissements)

Tableau 30. Dépenses d'assurance maladie obligatoire, établissements

Millions €	2004	2005	2006	2007	2008	2004/08
Etablissements publics spécialisés en psychiatrie	4 944	5 027	5 125	5 236	5 420	9,6 %
Psychiatrie en hôpital général	2 304	2 352	2 471	2 527	2 520	9,4 %
Montant total éts publics	7 248	7 380	7 596	7 763	7 940	9,5 %
Variation		*1,8 %*	*2,9 %*	*2,2 %*	*2,3 %*	*9,5 %*
Montant total secteur privé	414	478	494	519	547	32,3 %
Variation		*15,6 %*	*3,3 %*	*5,0 %*	*5,5 %*	*32,3 %*
montant total psychiatrie	7 662	7 858	8 091	8 281	8 487	10,8 %
Variation		*2,6 %*	*3,0 %*	*2,4 %*	*2,5 %*	*10,8 %*
Comparaisons						
ONDAM (T2A et autres)	59 225	61 590	63 600	65 500	67 700	14,3 %
Variation		*4,0 %*	*3,3 %*	*3,0 %*	*3,4 %*	*14,3 %*
consommation soins hosp.	64 390	67 580	70 036	72 498	75 156	16,7 %
Variation		*5,0 %*	*3,6 %*	*3,5 %*	*3,7 %*	*16,7 %*

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; régime général.

Annexe 6

Les dépenses de l'assurance-maladie (hors hospitalisation publique)

Tableau 31. Dépenses d'assurance maladie obligatoire, soins hors hospitalisation publique, 2009

Code		Nombre de pathologies	Montant remboursé (M €)	Coût moyen/an/ patient (€)
F10	Troubles mentaux et du comport./alcool	29 321	250	8 532
F20	Schizophrénie	118 998	500	4 209
F22	Troubles délirants persistants	41 254	183	4 436
F28	Autres troubles psychotiques non orga.	22 923	113	4 943
F29	Psychoses non organiques, sans précis.	45 040	243	5 401
F31	Troubles affectifs bipolaires	86 772	465	5 355
F32	Episodes dépressifs	150 277	980	6 523
F41	Autres troubles anxieux	40 346	254	6 289
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	185 999	1 075	5 781
F84	Troubles envahissants du développem.	25 445	271	10 656
Sous-total relevant de la psychiatrie		**746 375**	**4 336**	**5 809**
F00	Démence de la maladie d'Alzheimer	149 169	1 296	8 686
F01	Démence vasculaire	20 625	209	10 117
F03	Démence, sans précision	46 645	471	10 109
F79	Retard mental, sans précision	97 235	1 008	10 371
Total		1 060 049	7 320	6 905
Dont ALD 30		*813 582*	*4 594*	*5 647*

Source : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, régime général.

Double compte partiel avec la ligne "établissements privés" du tableau précédent.

Annexe 7. Principaux sigles

ADELI	Automatisation des listes départementales (répertoire des professions)
ALD	Affection de longue durée
AMELI	Assurance maladie en ligne (Site Internet de la CNAMTS)
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (puis Haute Autorité de santé)
ANAP	Agence nationale pour l'amélioration de la performance
ANR	Agence nationale de la recherche
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation (remplacée par l'ARS)
AP-HP	Assistance publique - hôpitaux de paris
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CCOMS	Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
CDHP	Comité départemental de l'hospitalisation psychiatrique
CDSP	Comité départemental des soins en psychiatrie
CH	Centre hospitalier
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	Centre hospitalier spécialisé (en psychiatrie ; appellation sans base juridique)
CHR&U	Centre hospitalier régional / universitaire
CIM-10	Classification internationales des maladies, version 10
CMP	centre médico-psychologique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNEH	Centre national de l'équipement hospitalier
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNSA	Centre national de solidarité et de l'autonomie
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COM	Convention d'objectifs et de moyens
CPP	Code de procédure pénale
CRC	Chambre régionale des comptes
CRCSM	Comité régional consultatif en santé mentale
CRIAVS	Centre de ressources pour intervenants auprès des auteurs violences sexu.
CSP	Code de la santé publique
DAF	Dotation annuelle de financement
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire (justice)
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale (anciennement DGAS)
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins (anciennement DHOS)
DIHAL	Délégation interministérielle pour l'hébergement et l'accès au logement
DMS	Durée moyenne de séjour
DNDR	Dotation nationale de développement des réseaux
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études et de l'évaluation et des statistiques

EGB	Echantillon généraliste des bénéficiaires
EIG	Evénement indésirable grave
EHPAD	Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes
EPSM	Etablissement public de santé mentale (appellation sans base juridique)
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail (ancien CAT)
ESPIC	Etablissement de soins privés d'intérêt collectif
ETP	Equivalent temps plein
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FFP	Fédération française de psychiatrie
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR	Temps de formation, information et recherche (psychologues)
FHF	Fédération hospitalière de France
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNPEIS	Fonds national de prévention, éducation, et d'information sanitaire
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHM	Groupe homogène de malades
GIS	Groupement d'intérêt scientifique
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute Autorité de santé
HDT	Hospitalisation sur demande d'un tiers
HL	Hospitalisation libre
HO	Hospitalisation d'office
HO D398	Hospitalisation article D. 398 du code de procédure pénale (détenu)
HOPSY	Recueil de données sur l'hospitalisation psychiatrique sans consent.
HPP	Hôpital privé psychiatrique
HPST	Hôpital, patients, santé, territoires (loi)
HSC	Hospitalisation sans consentement
IDE	Infirmier, infirmière diplômé d'Etat
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers (école d'infirmière)
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGSJ	Inspection générale des services judiciaires
INPES	Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut national de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
IReSP	Institut de recherche en santé publique
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
ITMO	Institut thématique multi-organismes
MAINH	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
MESR	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
ODAM	Objectif de dépenses de l'assurance maladie (en DAF)
ONDAM	Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ODAM incl.)
ONVH	Observatoire national des violences en milieu hospitalier (DGOS)
OQN	Objectif quantifié national

PDALP	Plan d'action pour le logement des personnes défavorisées
PH	Praticien hospitalier
PMSI	Programme médicalisé du système d'information (hospitalier)
PPSM	Plan psychiatrie santé mentale 2005-2008
PSPH	Participant au service public hospitalier (remplacé par : ESPIC)
PRISM	Plan régional d'investissement en santé mentale
PSRS	Plan stratégique régional de santé
RAPSY	Rapport d'activité de psychiatrie des établissements de santé
RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
SASS	Structures d'accueil spéciales sanitaires (Nord-Pas de Calais)
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
SIDONIH	Système d'information des données d'investissements hospitaliers
SMPR	Service médico-psychologique régional (en secteur pénitentiaire)
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMAP	Unité pour malades agités ou perturbateurs
UNAFAM	Union nationale aider les familles et amis des malades psychiques
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNCPSY	Union nationale des cliniques psychiatriques (privées)
UMD	Unité pour malades difficiles
UPID	Unité psychiatrique intersectorielle départementale
USIP	Unité pour soins intensifs psychiatriques
VAP	Valorisation de l'activité psychiatrique

RÉPONSES
DES ADMINISTRATIONS
ET ORGANISMES CONCERNÉS

SOMMAIRE

Garde des sceaux, ministre de la justice et des libertés	**169**
Ministre de l'intérieur, de l'outre-mer, des collectivités territoriales et de l'immigration	**172**
Ministre du travail, de l'emploi et de la santé	**174**
Ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, Porte-parole du Gouvernement	**178**
Ministre des solidarités et de la cohésion sociale	**180**
Ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche	**181**
Président de la Haute Autorité de santé	**186**
Directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)	**188**
Directeur de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	**190**
Coordinatrice par intérim de la mission nationale d'appui en santé mentale	**191**
Président-directeur général de l'institut national de santé et de recherche médicale (INSERM)	**192**
Directeur général de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France	**193**
Directeur général de l'agence régionale de santé de Nord-Pas-de-Calais	**194**

Directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur	**195**
Directeur général par intérim de l'agence régionale de santé Rhône-Alpes	**196**
Directrice générale de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP)	**197**
Directeur du centre hospitalier Eure-Seine	**199**
Directeur du centre hospitalier du Gers	**200**
Directeur général du centre hospitalier Le Vinatier	**202**
Directeur du centre hospitalier de Martigues	**203**
Directeur général du centre hospitalier spécialisé Navarre	**204**
Directeur général de l'établissement public de santé Paul Guiraud	**205**
Directeur du centre hospitalier Sainte-Anne	**206**
Directeur général de la caisse des dépôts et consignations	**207**
Contrôleur général des lieux de privation de liberté	**208**

REPONSE DU GARDE DES SCEAUX, MINISTRE DE LA JUSTICE ET DES LIBERTES

Ce rapport public thématique comporte un chapitre II consacré à un programme spécifique de ce plan, le programme « santé-justice » destiné à améliorer la prise en charge des détenus souffrant de maladies mentales.

La Cour relève que des progrès ont été réalisés même si des efforts restent encore à fournir.

La Chancellerie a contribué au programme de construction des unités hospitalières spécialement aménagées chargées d'accueillir les personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques nécessitant une hospitalisation à temps complet, avec ou sans consentement, dont la Cour reconnaît la nécessité. Sur la période, un programme d'ouverture de 440 lits a été engagé. L'UHSA de Lyon, construite au sein du centre hospitalier du Vinatier, a ouvert ses portes en mai 2010. Les UHSA de Nancy et de Toulouse ouvriront leurs portes au premier trimestre 2012. Celles de Villejuif, Lille, Marseille, Orléans, Bordeaux et Rennes seront achevées en 2013 et 2014. Le suivi des coûts de fonctionnement de ces unités pris en charge par le ministère de la justice et des libertés sera amélioré par la création de centres financiers dédiés dès 2012.

Les ouvertures d'établissements pénitentiaires nouveaux, qui s'inscrivent dans le cadre du nouveau programme immobilier prévu par le projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines, doivent permettre de répondre à certaines difficultés relevées par la Cour des comptes sur l'adéquation des locaux assurant la prise en charge des détenus. Un nouvel établissement doit notamment être construit sur le site des Baumettes. La construction de ces nouveaux établissements pourra tenir compte du retour d'expérience des constructions récentes.

Au-delà des impacts du nouveau programme immobilier, la Chancellerie a engagé des opérations de réhabilitation sur neuf sites vétustes.

Le projet de loi de programmation relatif à l'exécution des peines prévoit également des mesures pour augmenter le nombre d'experts psychiatres judiciaires afin de répondre au manque relevé par la Cour. Trois mesures incitatives sont ainsi prévues : le versement d'une indemnité pour perte de ressources de 300 €, en complément du tarif de l'expertise elle-même, lorsque l'expertise sera conduite par un psychiatre libéral, la mise en place d'un système de bourses pour attirer les internes de médecine psychiatrique vers l'activité d'expertise judiciaire, la mise en place de tuteurs pour encourager, former et accompagner les psychiatres qui se lancent dans l'activité d'expertise judiciaire.

Un effort particulier a été mené en matière de prévention du suicide dans la suite du rapport Terra de 2003. Un plan d'actions a été diffusé le 15 juin 2009 auprès des établissements pénitentiaires insistant, en particulier, sur la formation du personnel pénitentiaire face au risque de suicide. Ce plan a également prévu le développement des expérimentations de codétenus de soutien et de vidéoprotection pour réduire le nombre de suicides en détention. Une mission de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral a été créée le 1er janvier 2010 au sein de la direction de l'administration pénitentiaire.

La Cour note que le plan d'actions stratégiques « Politique de santé pour les personnes placées sous main de justice » 2010-2014 prévoit des actions plus importantes et mieux structurées que le programme « santé justice » 2005-2008.

La Chancellerie s'inscrit dans le sens des recommandations formulées par la Cour.

Les deux circulaires relatives à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) sont en voie de finalisation avec le ministère chargé de la santé. Il est prévu de diffuser au sein de l'administration pénitentiaire, avant la fin d'année 2011, la circulaire relative aux modalités générales de fonctionnement de la CPU.

La prise en compte de la loi pénitentiaire, notamment l'article D 90 du code de procédure pénale relatif à la commission pluridisciplinaire unique, sera intégrée lors de l'actualisation des protocoles santé justice des établissements pénitentiaires. Ceux-ci précisent l'ensemble des prestations assurées pour répondre aux besoins de la population incarcérée et la coordination nécessaire pour la mise en œuvre des actions d'éducation pour la santé.

S'agissant du développement des normes et des indicateurs pour la prise en charge des patients sous main de justice, le plan d'actions stratégiques 2010-2014 prévoit dans son action 9.1 d'améliorer l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire par la définition d'une offre de soins graduée.

Le projet de nouveau plan de santé mentale définit trois niveaux de soins et prévoit un renforcement du dispositif de soins psychiatriques dans des établissements pénitentiaires non pourvus de services médico-psychologiques régionaux (SMPR).

Le ministère de la justice et des libertés et le ministère chargé de la santé examinent conjointement la liste des établissements pour lesquels un renforcement apparaît nécessaire.

S'agissant de la mise aux normes hospitalières établies en 2011 de l'ensemble des locaux pénitentiaires où sont délivrés des soins, elle s'inscrit dans l'objectif de la mesure 10 du plan d'actions stratégiques 2010-2014 de

prise en charge des personnes détenues concerne la mise en conformité des structures sanitaires en milieu carcéral. Le programme fonctionnel des établissements pénitentiaires à construire dans le cadre du nouveau programme immobilier de l'administration pénitentiaire intègre le guide de programmation fonctionnel et technique des locaux sanitaires de 2011. Les agences régionales de santé sont associées systématiquement à la mise au point du programme sur la base de ce programme fonctionnel et technique. Par ailleurs, pour améliorer la coordination et la prise en compte de certaines spécificités, les agences seront aussi associées à l'analyse des plans avant signature du contrat avec le lauréat.

De la même manière, les programmes de rénovation des locaux sanitaires des établissements existants prennent en compte les dispositions du programme fonctionnel, en les adaptant aux contraintes architecturales des établissements et à leur capacité. Les centres hospitaliers sont associés systématiquement à la mise au point du programme par les directions interrégionales des services pénitentiaires (DISP).

L'amélioration de la gestion du temps de consultation dans les établissements pénitentiaires, recommandée par la Cour, repose sur un dialogue permanent entre les personnels sanitaires et pénitentiaires afin de prendre en compte leurs contraintes réciproques et de parvenir à mettre en place une organisation permettant d'assurer une prise en charge psychiatrique adaptée des personnes détenues.

REPONSE DU MINISTRE DE L'INTERIEUR, DE L'OUTRE-MER, DES COLLECTIVITES TERRITORIALES ET DE L'IMMIGRATION

Ce rapport, qui procède à une évaluation du « plan de santé mentale » pour la période 2005-2010, ne concerne que marginalement les questions relevant de la compétence du ministère de l'intérieur. En effet, il traite en majorité de l'organisation des soins et l'action du ministère de l'intérieur n'est que brièvement abordée. Mes observations portent sur deux points qui viennent préciser les éléments contenus dans le rapport :

S'agissant des missions du préfet en matière d'admission des patients en psychiatrie

Le préfet de département, ou, à Paris, le préfet de police, est l'autorité compétente pour hospitaliser d'office (régime antérieur à la loi du 5 juillet 2011) ou admettre en soins psychiatriques (depuis le 1er août 2011).

L'hospitalisation sans consentement n'est décidée par le préfet que si les critères fixés par le législateur à l'article L. 3213-1 du code de la santé publique sont remplis :

- le préfet doit disposer d'un certificat médical circonstancié ;

- les troubles mentaux dont souffre la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Alors que le préfet s'appuyait sur les services de la DDASS-DRASS, il dispose depuis le 1er avril 2010 des moyens de l'ARS pour l'exercice des compétences qui lui sont confiées par le code de la santé publique.

La responsabilité du préfet, les impératifs de protection des libertés individuelles et la préservation de l'ordre public légitiment que l'ensemble des questions relatives au régime des soins sans consentement soit examiné dans un cadre interministériel dans l'intérêt des concitoyens et dans un souci de bonne administration. Aussi, je ne peux que partager la recommandation n° 12 de la Cour consistant à « mieux coordonner à un niveau interministériel la politique en matière de psychiatrie, y compris pour les personnes placées sous main de justice, ainsi que son suivi sur la base des tableaux de bords fiabilisés ».

- S'agissant de l'observation sur l'inégale prise en charge médico-sociale et sociale des personnes souffrant de troubles psychiatriques

Les dispositions législatives (L. 3222-1-2 du code de la santé publique issu de la loi précitée) prévoient la déclinaison d'un dispositif spécifique par voie réglementaire et l'élaboration de protocoles associant l'ensemble des partenaires (préfets, services déconcentrés et collectivités territoriales) pour favoriser le suivi et la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles

mentaux, pour diminuer le risque de rupture de prise en charge des intéressés. Les travaux interministériels sur le sujet ont déjà débuté.

REPONSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Je note en premier lieu que les observations émises par le ministère chargé de la santé tout au long de l'élaboration de ce rapport ont été largement prises en compte et je me félicite de la qualité des échanges entre mes services et les magistrats de la Cour.

Je souscris pleinement aux objectifs poursuivis par la Cour. Si certaines recommandations connaissent déjà un début de mise en œuvre (en matière de gestion des investissements et de personnel) d'autres soutiendront des actions à engager dans un avenir proche permettant une évolution de l'offre de soins, propre à garantir un accès aux soins plus précoce et organiser la continuité de soins sur les territoires de santé.

Organisation de l'offre de soins : définir les missions des établissements de santé pour une répartition plus équilibrée des acteurs de santé et des financements.

La Cour propose de « définir dans le code de la santé publique une mission de service public de proximité, spécifique à la psychiatrie, en assurant la pérennité des atouts de la politique de secteur». Cette orientation est tout à fait essentielle. Elle permettra de refonder la politique générale de l'offre de soins en psychiatrie, de mettre en exergue la spécificité des besoins des patients, portée depuis les années 1960 par la politique de secteur, tout en associant désormais à cette démarche l'ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie. La définition des contours de cette nouvelle mission de service public, élaborée avec les professionnels de santé, sera sans aucun doute mobilisatrice et posera de ce fait un cadre approprié pour l'élaboration des décrets sur les conditions d'autorisation en psychiatrie des établissements de santé (recommandation 24).

Si je souscris pleinement à l'objectif de réduire les hospitalisations à temps complet pour les patients qui pourraient bénéficier d'autres formes de prise en charge et permettre ainsi de préserver autant que possible une insertion dans le tissu social de ces patients, je considère que l'hospitalisation reste un des outils thérapeutique de la psychiatrie, indispensable à certains moments de la prise en charge.

Comme le note la Cour dans son introduction, la psychiatrie n'est pas une discipline monolithique mais elle recouvre une grande diversité de situations cliniques, qui requièrent des modalités de prises en charge et des organisations adaptées à chacun. Aussi, certaines analyses du rapport ne prennent pas suffisamment en compte cette variété et proposent des orientations qui ne peuvent valoir pour l'ensemble de la psychiatrie mais s'adressent plus spécifiquement aux patients souffrant de troubles psychotiques, ce qui représente une minorité de la file active suivie en psychiatrie. De ce fait l'analyse sur les durées de séjour, sur le caractère de

désocialisation de l'hospitalisation, et « l'hospitalo-centrisme » mériterait, me semble-t-il, d'être davantage ciblée. Je souhaite rappeler que l'hospitalisation à temps complet ne concerne, sur un an, que 13 % des patients suivis en psychiatrie ce qui témoigne du développement des modes de prise en charge alternatifs, à temps partiel ou sous forme de consultations.

Le modèle de financement de la psychiatrie et les systèmes d'informations constituent deux autres enjeux majeurs. En effet, l'élaboration d'un nouveau modèle de financement en psychiatrie est une nécessité, le mode de rémunération actuel ne permettant pas de prendre en compte l'activité réellement effectuée en hospitalisation et en ambulatoire.

Cependant, avant de pouvoir définir un modèle de financement fondé sur l'activité, quelques préalables sont indispensables. Certains d'entre eux ont été levés par la généralisation du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-psy) en 2006 et plus récemment par la publication d'un nouveau guide de retraitement comptable (2011). Toutefois, la diversité des pratiques et des organisations reste un frein considérable à la définition d'un tel modèle de financement. La définition des conditions d'autorisation des établissements de santé en psychiatrie, contribuera à la constitution d'un socle commun et permettra de fonder les travaux sur le financement sur des activités comparables.

Dans l'attente, il est néanmoins possible de travailler à une réduction des inégalités de financements territoriales, notamment à partir de l'analyse des données du RIM-psy.

Un cadre de gestion des ressources humaines profondément rénové

Les recommandations de la Cour relatives aux ressources humaines s'inscrivent tout à fait dans les politiques engagées ces dernières années, dans la suite de la loi du 29 juillet 2009.

La politique de formation, initiale et continue, menée par le ministère, rencontre les recommandations de la Cour visant à mettre en œuvre un plan à moyen terme de formation initiale et continue des personnels intervenant en psychiatrie et à consolider la mise en œuvre du tutorat des personnels nouvellement recrutés, avec des mesures incitatives appropriées. Les mesures relatives aux formations universitaires complémentaires, comme les référentiels de formation d'adaptation à l'emploi permettront de développer les compétences des professionnels et d'élaborer des orientations nationales dans le cadre du déploiement du développement professionnel continu.

Concernant le tutorat des infirmiers exerçant en psychiatrie, le dispositif sera renforcé à la fois dans la formation initiale et par le développement professionnel continu (DPC).

La recommandation de la Cour sur la nécessité de réduire les écarts de rémunération entre exercice hospitalier et exercice libéral peuvent trouver des premières applications dans certaines mesures d'ores et déjà mises en

œuvre comme la possibilité, sous certaines conditions, pour les praticiens hospitaliers de bénéficier des contrats dits de cliniciens. Concernant plus spécifiquement la psychiatrie, une indemnité sectorielle de liaison a été créée pour les psychiatres des hôpitaux qui effectuent, dans le cadre de leur activité sectorielle et de liaison et en dehors de leur activité principale, aux moins trois demi-journées par semaine dans deux activités ou quatre demi-journées dans une même activité.

De nouveaux outils au service de la politique d'investissement

Le plan psychiatrie et santé mentale a largement contribué à la rénovation du parc hospitalier en psychiatrie. La Cour fait cependant état d'un manque d'outils de suivi des investissements hospitaliers, en notant un « suivi discontinu » du plan et un défaut de vision stratégique. Je souhaite porter à votre connaissance la nouvelle politique mise en œuvre, qui permet désormais de renforcer le pilotage et le suivi de mise en œuvre des projets, notamment par l'organisation de revues annuelles de projets d'investissements pour les projets retenus dans le cadre du plan 2005-2008, les opérations unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les unités pour malades difficiles (UMD), mises en place en 2011.

Des dialogues de gestion sont tenus au plan local entre les ARS et les établissements de santé, dans le cadre de l'approbation de leur plan global de financement pluriannuel, permettant ainsi de suivre l'ensemble des investissements.

Ces dispositifs seront complétés en 2012 par le lancement d'un inventaire du patrimoine immobilier de l'ensemble des établissements publics de santé, comprenant, entre autres, les établissements autorisés en psychiatrie. Un recensement des locaux au sein desquels sont délivrés les soins aux détenus, sera également mené.

Ces éléments diagnostiques permettront d'asseoir une politique d'investissement contribuant à la qualité des prises en charge des patients et apportant des conditions de travail adaptées aux professionnels.

Concernant la gestion du FMESPP, la Cour recommande d'interdire le versement intégral de subventions d'investissement avant service fait, et de subordonner le versement de leur solde à la mise en service effective des équipements subventionnés ».

Je souhaite souligner que d'ores et déjà cette orientation est donnée lors des revues de projets d'investissement dont le rôle est d'ajuster le financement des projets au regard de l'avancement réel du projet et des travaux.

La Cour des comptes note que le versement du FMESPP, géré par la Caisse des dépôts et consignations aux établissements « n'a pas toujours au demeurant signifié le paiement aux entreprises, ni la mise en service ». Le décret du 21 décembre 2001 relatif au FMESPP permet effectivement au

DGARS de prévoir dans l'avenant au CPOM que l'intégralité de la subvention puisse être versée sur présentation d'une première facture. Dans ce cas, la CDC verse l'intégralité du montant avant que l'établissement n'ait mis en œuvre l'intégralité des travaux envisagés.

Les circulaires DHOS/F n° 495 du 15 octobre 2003, DHOS/F2/F3 n° 2006-351 du 1er aout 2006, DHOS/F2/F3 n° 2007-129 du 4 avril 2007 puis la circulaire DHOS/02/F2/E4/2007 n° 284 du 16 juillet 2007 ne peuvent se comprendre qu'à la lumière du décret du 21 décembre 2001 relatif au FMESPP.

La notion de « début de réalisation des travaux » pouvant être interprétée diversement, les circulaires listées ci-dessus ont apporté des précisions propres à chaque plan national d'investissement concerné (plan Hôpital 2007, PRISM, UHSA), sans toutefois abroger les précédentes.

Afin de clarifier cette situation et de soutenir une politique de gestion plus rigoureuse, le décret de 2001 régissant le FMESPP sera prochainement modifié.

Enfin, j'ai bien noté que l'enquête est circonscrite essentiellement à la mise en œuvre des mesures concernant les soins psychiatriques, laissant l'évaluation du plan santé mentale et psychiatrie sous l'angle de la santé publique au Haut Conseil de la Santé Publique. Pour ces motifs, ces choix expliquent sans doute que l'analyse de la mise en œuvre du plan par la Cour ne porte pas sur la prévention qui constitue un volet du plan auquel je suis particulièrement attentif.

Le rapport que vous m'avez transmis témoigne des améliorations réelles suscitées par le plan mais montre également que la politique de santé mentale doit rester une priorité de la politique de santé. C'est en ce sans que j'ai engagé, avec l'ensemble des professionnels concernés, les travaux en vue de l'adoption d'un nouveau plan qui pourra largement s'appuyer sur les orientations retenues par la Cour.

REPONSE DE LA MINISTRE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT, PORTE-PAROLE DU GOUVERNEMENT

Vous insistez sur l'importance particulière de vos recommandations, dont la meilleure répartition des moyens dédiés à la psychiatrie et la réforme du financement des soins délivrés dans ce domaine.

Je partage votre préoccupation relative à la réduction des inadéquations hospitalières en psychiatrie. A ce titre, la réorientation des prises en charge vers des structures extra hospitalières doit être recherchée et s'inscrire dans le cadre d'une stratégie régionale pilotée par 1'Agence Régionale de Santé et organisée autour de filières de prise en charge, l'hospitalisation complète devant être prioritairement réservée à la prise en charge de pathologies lourdes, d'une durée brève. Cette stratégie devra se traduire, dans un contexte budgétaire contraint, par un redéploiement des moyens aujourd'hui consacrés à l'hospitalisation complète vers les structures alternatives, de type ambulatoire ou médico-social.

La réforme du financement des soins délivrés en psychiatrie, destinée à mettre en lien les moyens alloués et l'activité, pourrait contribuer à orienter, par ces modes de financement, les prises en charge vers les alternatives à 1'hospitalisation. La réussite de cette réforme nécessite toutefois une meilleure connaissance de l'activité et la réalisation d'études de coûts dans le domaine de la psychiatrie. Je serai par la suite particulièrement attentive à ce que la réforme du financement passe d'abord par la définition du modèle de valorisation de l'activité et non par l'élaboration des modes de financement subsidiaires comme les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation.

Par ailleurs, vous soulignez les faiblesses du processus d'élaboration du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010, ainsi qu'une gestion et un bilan financier insuffisants au regard des moyens engagés. Vous notez notamment que la connaissance exacte de l'utilisation des financements nouveaux, l'identification des créations d'emplois et la mesure de l'avancement des chantiers immobiliers en ont été affectés. Il est particulièrement regrettable que les investissements réalisés au titre du plan régional d'investissement en santé mentale (PRISM) n'aient pas fait l'objet d'un suivi précis, de même que le fléchage des aides n'ait pas contribué à réorienter les modes de prise en charge pour prévenir ou raccourcir les hospitalisations. Je partage donc votre souhait d'améliorer la coordination interministérielle de la politique en matière de psychiatrie et le renforcement du pilotage et du suivi nationaux et régionaux de la discipline sur la base de tableaux de bord fiabilisés. De même, le fait de distinguer clairement dans les plans de santé publique et leurs bilans les mesures pérennes des crédits non renouvelés et les mesures nouvelles de celles financées par redéploiement est une nécessité. L'interdiction au-delà d'un seuil de verser

des subventions d'investissement avant service fait et le fait de subordonner le versement de leur solde à la mise en service effective des équipements subventionnés est également une recommandation de bonne gestion.

Enfin, vous attirez notre attention sur l'état de vétusté des locaux pénitentiaires destinés à recevoir les soins pénitentiaires. Vous concluez qu'une partie de ces locaux ne répond pas aux normes de dignité et de sécurité dont les principes ont été développés au sein du guide pour la construction des locaux de soins psychiatriques dans le cadre des unités de consultation, élaboré en 2010 par 1'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé. L'état de ces locaux constitue une préoccupation majeure pour le ministère de la Justice, la rénovation de ces locaux s'inscrivant dans la politique globale de rénovation et de mise aux normes de l'ensemble des établissements pénitentiaires. Par ailleurs, comme vous le mentionnez justement dans votre rapport, le ministère de la justice et le ministère de la santé ont diffusé en 2011 un guide précisant les exigences pour les futurs établissements pénitentiaires de 600 places. Les programmes pénitentiaires en cours ou à venir intègrent ainsi pleinement les normes que vous mentionnez.

REPONSE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA COHESION SOCIALE

Le rapport public thématique de la Cour sur « L'organisation des soins psychiatriques » n'appelle pas d'observation de ma part

REPONSE DU MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE

La Cour des comptes fait état, dans son rapport public, d'une sous dotation de la recherche en psychiatrie et santé mentale dont les raisons sont principalement :

1) une coordination non optimale des efforts de recherche de la part des acteurs ;

2) un développement tardif de la recherche en psychiatrie biologique en raison d'un quasi-monopole de la psychiatrie psychanalytique jusqu'il y a une quinzaine d'années ;

3) un manque de formation des jeunes psychiatres à la biologie et un déficit dans l'approche pluridisciplinaire nécessaire à ce domaine de recherche.

En préambule, je souhaite vous transmettre quelques éléments de contexte sur l'évolution importante du paysage de la recherche engagée depuis 2007 et mise en œuvre au cours du Plan « psychiatrie et maladies rares ».

La stratégie nationale de la recherche et de l'innovation publiée en 2008 identifie le renforcement de la pluridisciplinarité et l'association des sciences humaines et sociales aux autres sciences comme deux des cinq principes directeurs pour l'avenir de la recherche. L'affichage de priorités thématiques, comme les sciences de la vie et de la santé et les sciences et technologies de l'information, vont également permettre de créer en effet de levier dans le domaine de la psychiatrie.

Le ministère de la recherche a souhaité avoir une programmation des moyens de la recherche plus efficace avec une implémentation concrète de ses orientations. Cinq Alliances thématiques de recherche ont été créés dont trois ont affiché la psychiatrie dans leurs priorités programmatiques (AVIESAN sur les sciences de la vie, ALLISTENE sur les sciences de l'information et ATHENA sur les sciences humaines).

AVIESAN a créé l'Institut Thématique Multi-Organismes « neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie », ALLISTENE a créé un groupe programmatique « connaissances, contenus et interactions » et ATHENA met en place un groupe programmatique sur les sciences cognitives.

D'autres actions ont été initiées par les établissements de recherche, par l'agence nationale de la recherche et, plus récemment, dans le cadre du programme des Investissements d'avenir.

Le rapport de la Cour des comptes souligne dans le tableau 26 que l'apport financier a été modeste. Je souhaite à cet égard insister sur la

dynamique mise en œuvre au cours des 5 années du Plan dans le domaine de la recherche.

L'objectif premier était de reconstruire plutôt que de consolider ce secteur. Pour cela, les mesures suivantes ont été mises en place par les principaux acteurs de la recherche et de l'innovation :

1) Afin de renforcer spécifiquement la recherche en psychiatrie, l'INSERM a créé une commission d'émergence « psychiatrie, psychopathologie et santé mentale » au cours de la période 2003-2007, permettant le recrutement en 5 ans de 15 chercheurs dans le domaine de la psychiatrie. Un engagement pluriannuel a été pris pour environ 37 millions d'euros. En 2008, le découpage des commissions a intégré la psychiatrie dans la commission « neurosciences, neurologie et psychiatrie », parce que cette discipline avait émergé et qu'elle pouvait donc naturellement être intégrée au groupe concernant la recherche sur le cerveau normal et pathologique.

2) Au CNRS, qui développe une recherche à visée plus fondamentale, plusieurs sections du comité national couvrent des champs disciplinaires dans le domaine de la psychiatrie. Au cours des 5 dernières années, 4 chercheurs ont été recrutés dans le domaine de la psychiatrie et à un engagement pluriannuel d'environ 12 millions d'euros a été pris.

3) Selon les recommandations du plan, un réseau thématique a été créé par le ministère de la recherche en 2007 ; ce réseau a permis la structuration de la recherche et du soin et le couplage entre recherche fondamentale, recherche clinique, soin et formation. Ce réseau a donné naissance à la Fondation FondaMental conduisant à la création de plateformes de recherche clinique et transrationnelle au niveau national, intégré dans le périmètre européen de la recherche. Le récent succès de FondaMental dans le cadre des Investissements d'avenir avec la sélection de la cohorte « PsyCoh » permet de le pérenniser. Un projet de laboratoire d'excellence dans le domaine de la psychiatrie biologique a été déposé dans la seconde vague des investissements d'avenir. S'il est sélectionné, il disposera de moyens opérationnels pour conduire des recherches plus ambitieuses et pouvoir ainsi répondre aux enjeux scientifiques, technologiques et sociétaux de ce domaine.

4) Pour accompagner le renforcement du soutien à la psychiatrie apporté par les établissements de recherche, dès sa création, une action spécifique visant à soutenir et financer des projets dans le domaine des maladies neurologiques et psychiatriques a été mise en place à l'ANR de 2005 à ce jour. Les appels d'offres visant à soutenir les projets non thématisés sont aussi ouverts aux projets de recherche dans le domaine de la psychiatrie avec, en particulier, une orientation vers la constitution d'équipes pluridisciplinaires.

Au total, entre 2005 et 2008, 33 projets de psychiatrie ont été financés par l'ANR. 75 équipes ou laboratoires ont bénéficié de ces financements pour un montant total de près de 12M€. Ces projets très variés couvrent des thématiques comme l'autisme et le retard mental, la schizophrénie et les psychoses, l'addiction, la dépression, les troubles bipolaires et le suicide. Parmi les projets financés, la moitié était d'ordre clinique alors que l'autre moitié concernait des projets précliniques.

Ces financements de l'ANR vont être poursuivis grâce au nouveau programme santé mentale et addictions (SAMENTA) ouvert pour la période 2011-2013. Ce programme a pour objectif de stimuler les recherches en psychiatrie et dans le domaine des addictions afin de mieux comprendre ces pathologies et de proposer des moyens de prévention, de traitement et de prise en charge optimisés. Il devrait permettre d'augmenter les capacités de recherche en santé mentale et de favoriser les approches pluridisciplinaires.

Le 2ème programme piloté par l'ANR est l'appel à projets transnational ERA-Net NEURON (système nerveux central sain et malade). Dans le cadre d'un partenariat international regroupant 13 pays, l'ANR prend en charge et finance le suivi des partenaires français impliqués dans les projets sélectionnés. En 2011-2012, la thématique prioritaire de ce réseau sera la psychiatrie et la santé mentale.

5) Dans le cadre du programme des Investissements d'Avenir, plusieurs appels d'offres ont permis de sélectionner des projets qui participeront au développement de la recherche en psychiatrie.

Ainsi, dans le cadre de l'appel à projets « Cohortes », deux projets ont été sélectionnés, le projet « Psycho » porté par FondaMental et la cohorte « I-Share » (9 M€ d'ici à 2020), qui est destinée à explorer les facteurs de risque des maladies chez une population d'adultes jeunes (30 000 étudiants suivis sur au moins 10 ans), période de la vie pour laquelle peu d'informations sont disponibles, en dépit de risques spécifiques (troubles de l'humeur et suicide, conduites à risque et accidents, exposition à l'alcool et aux drogues).

Dans le cadre des financements EQUIPEX, plusieurs projets relèvent de ce domaine comme le projet OPTOPATH porté par le NeuroCentre Magendie, à Bordeaux, qui intègre dans ses champs disciplinaires la psychopathologie, l'addiction, l'obésité et les troubles mentaux a été financé pour un montant de 6 M€. Le projet ULTRABRAIN porté par la fondation Pierre Gilles de Gennes développe quant à lui de nouvelles sondes de stimulation du cerveau pour un montant de 2,8 M€.

Dans le cadre des infrastructures nationales en biologie-santé, plusieurs projets structurants pourront bénéficier à la psychiatrie comme aux autres disciplines médicales et représentent un montant total de 148 M€ pour les 8 prochaines années.

Un des 6 Institut Hospitalo-Universitaires créé est centré sur les maladies neurologiques (A-ICM). Un des 5 axes de recherche concerne la psychiatrie. Il est financé à hauteur de 55 M€.

Dans le cadre de l'appel « laboratoire d'excellence », le projet Institut d'Etudes Cognitives porté par l'Ecole normale supérieure a été sélectionné pour un montant de 8,5 M€ d'ici à 2020 et comprend une large part de recherches dédiées aux désordres psychologiques.

Au total, les investissements d'avenir vont mobiliser dans ce domaine un montant de 240 M€ pour les 10 prochaines années. On peut estimer que 10 M€ par an seront directement consacrés aux recherches dans le domaine de la psychiatrie, ce qui représente un effort sans précédent. Cela permettra de construire une nouvelle communauté scientifique et d'asseoir les financements sur une base solide.

6) L'effort va se prolonger au niveau européen, où la France doit jouer un rôle important pour inscrire la psychiatrie dans la programmation du 8ème programme cadre en cour d'élaboration. Le nouvel instrument dit « Flagship » sont des programmes conjoints d'envergure sur une durée de 10 ans dotés d'un montant de 100 M€/an. Parmi les six actions pilotes sélectionnées, l'une concerne la simulation du cerveau humain. Elle permettra de réaliser des avancées importantes dans la compréhension et dans le traitement des désordres psychologiques ; la France y est très présente.

L'ensemble de ces éléments indique que la dynamique du soutien de l'Etat à ce domaine de recherche est engagée de façon significative et durable avec l'émergence d'une communauté scientifique et l'installation d'instruments de soutien à ces recherches permettant à la France de devenir un acteur important sur la scène internationale.

Le rapport mentionne également les difficultés de l'épidémiologie psychiatrique et la difficulté d'une approche interministérielle dans ce domaine. C'est un constat partagé, pour lequel nous proposons une réponse autour de quatre principes :

- Compréhension des causes et mécanismes biologiques des désordres mentaux.

- Identification de nouveaux bio-marqueurs pour le diagnostic précoce et la prévention.

- Développement des bases d'une psychiatrie personnalisée.

- Etude des impacts sociétaux, économiques.

Cette approche s'accompagne de la création d'un nouveau programme de formation porté par les universités et l'école des Neurosciences de Paris.

Monsieur le Premier président, l'ensemble de ces précisions contribueront je l'espère, à compléter le bilan fait sur la structuration et le financement de la psychiatrie en France. Soyez assuré que ce ministère nous appuiera sur le rapport de la Cour des comptes pour améliorer encore l'accompagnement de cette discipline et renforcer l'excellence de la recherche française dans ce domaine.

REPONSE DU PRESIDENT DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

La Haute Autorité de Santé n'a pas d'observations ou de remarques globales sur le document que vous avez bien voulu nous transmettre.

Elle souhaite néanmoins apporter la précision suivante.

Votre rapport consacre de nombreux développements à la problématique du recueil d'activité mais ne fait à aucun moment mention de la généralisation des indicateurs par la HAS en 2011 qui concerne pourtant le champ de la psychiatrie adulte.

En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a décidé de rendre obligatoire le recueil d'indicateurs de qualité dans le cadre de la procédure de certification des établissements de santé. Chaque année, à partir de 2011, les établissements ayant une activité en santé mentale adulte (hors hôpitaux de jour) doivent transmettre à la HAS un ensemble de données qui lui permettent de calculer les indicateurs et de suivre leur évolution dans le temps.

La généralisation porte sur 3 indicateurs de qualité concernant le thème « Dossier du patient en santé mentale » :

- *la qualité du dossier du patient (cet indicateur évalue le partage d'informations entre les professionnels de santé assurant la prise en charge et le suivi du patient.)*

- *le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation (cet indicateur évalue la coordination d'aval entre les médecins hospitaliers et le médecin traitant).*

- *le dépistage des troubles nutritionnels (cet indicateur évalue si le poids du patient et son indice de masse corporelle sont suivis pendant son séjour).*

Pour cette première campagne de généralisation, il n'y a pas eu de diffusion publique des résultats individuels. La HAS produira une analyse descriptive des résultats agrégés au niveau national, régional et par catégories d'établissements. Les résultats de cette première campagne confirment une hétérogénéité des pratiques hospitalières objectivée par une variabilité des résultats observés. Ces indicateurs de processus permettent de cibler des actions d'amélioration dont l'impact sera suivi par l'évolution dans le temps des résultats. Au niveau national, les moyennes observées pour ce premier recueil justifient la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue dans ce secteur (2/3 des dossiers médicaux sont bien tenus, 1/3 des courriers de fins d'hospitalisation sont adressés au médecin traitant 8 jours après la sortie du patient, et les troubles nutritionnels sont dépistés pour ¼ des patients hospitalisés).

Les résultats individuels et comparatifs du recueil 2012 devront être diffusés publiquement par chacun des établissements et seront également diffusés sur le site PLATINES.

Pour les campagnes 2012 et suivantes, d'autres indicateurs de type clinique ou organisationnel seront mis en œuvre, de manière à permettre une évaluation quantitative des grands champs d'activité des établissements. Le nombre d'indicateurs à renseigner restera néanmoins limité, avec à terme, un dispositif qui associera recueil obligatoire et recueil optionnel selon les thèmes et la situation de chaque établissement en matière de gestion de la qualité.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS (CNAMTS)

Il s'agit en effet d'un véritable enjeu de santé publique dont le coût, environ 13 mds € pour le régime général, représente 7 % des dépenses d'assurance maladie.

Bien que la problématique de la psychiatrie soit majoritairement hospitalière comme le rapport le souligne, la CNAMTS s'est mobilisée pour contribuer à l'amélioration de la prise en charge des maladies psychiatriques en ville en menant des actions d'accompagnement des médecins traitants afin de porter chaque référentiel publié par la HAS sur ce sujet depuis 2006 :

- utilisation des psychotropes chez la personne âgée : action pluriannuelle de 2006 à 2008 ;

- diagnostic et prise en charge de la dépression en 2010-2011.

Elle a également mené une action en EHPAD sur la confusion de la personne âgée en 2010-2011 dans le cadre du plan Alzheimer.

De plus, depuis 2005, certaines dispositions conventionnelles ont porté sur la santé mentale. La nouvelle convention médicale publiée au JO le 26 septembre renforce encore l'accès au psychiatre avec la création d'une consultation de psychiatrie qui interviendra dans les 48 heures à la demande du médecin traitant et sera rémunérée à hauteur de 55,5 €. Dans une même logique d'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiatriques, la convention élargit la première consultation familiale, réservée auparavant aux patients en ALD, à l'ensemble des enfants de moins de 16 ans. Enfin le tarif des consultations et visites sera revalorisé (37 € contre 34,30 € précédemment).

Afin de renforcer nos actions en faveur d'une plus grande efficience des soins de psychiatrie nous avons prévu, à votre demande, un programme de contrôle en établissement. Il me semble cependant indispensable de disposer d'un plus grand nombre de référentiels établis par la HAS pour être en mesure de suivre la qualité des soins dispensés et la justification médicale des dépenses engagées.

En ce qui concerne le point plus spécifique de la lutte contre les fraudes, la CNAMTS a inscrit dans son plan 2011 un programme national de contrôle, et ce avant d'être interrogée par la Cour sur ce sujet. Ce programme se situe dans une série de programmes lancés depuis 2008 dont la finalité est de réprimer les fautes, abus ou fraudes susceptibles de constituer, en partie, des activités aux volumes aberrants pour chaque catégorie de professionnels.

Ainsi, avaient été prioritairement concernés les médecins généralistes, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, les chirurgiens dentistes, les pharmacies, les radiologues et les ophtalmologues.

La spécialité des psychiatres qui est l'objet d'un programme en préparation est plus complexe à aborder en raison de la matière même qu'elle concerne : la pathologie mentale. Tout programme de contrôle nécessite de posséder des référentiels opposables pour vérifier les pratiques. Or, ni les sociétés savantes, ni l'Ordre des médecins n'ont établi de tels référentiels permettant de juger des situations d'abus pour les psychiatres. C'est pourquoi la CNAMTS centrera ses analyses sur la lutte contre la fraude.

REPONSE DU DIRECTEUR DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après l'observation que je souhaite porter à votre connaissance.

Vous maintenez le paragraphe relatif aux instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) dans la partie IV-3 « les dispositifs d'aide au travail et à la formation ». Comme je l'indiquais dans mon courrier du 9 septembre 2011, ces structures médico-sociales ne constituent pas un dispositif d'insertion professionnelle ou de travail protégé.

REPONSE DE LA COORDINATRICE PAR INTERIM DE LA MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE

Le rapport public thématique intitulé « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010) », n'appelle aucune observation de ma part.

REPONSE DU PRESIDENT-DIRECTEUR GENERAL DE L'INSTITUT NATIONAL DE SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM)

J'ai pris connaissance de votre rapport sur les effets du Plan Psychiatrie et Santé Mentale (2005-2010). Ses conclusions m'ont semblé particulièrement utiles et sont d'ailleurs cohérentes avec les avis des chercheurs et enseignants-chercheurs de l'Alliance des Sciences de la Vie et de la Santé (AVIESAN), notamment de ceux qui siègent en tant qu'experts au Haut Conseil de la Santé Publique, institution qui a également été conduite à s'exprimer sur le même sujet.

En particulier, je partage totalement votre souhait d'une meilleure implication des sciences humaines, économiques et sociales (SHES), le rapprochement entre neurosciences, sciences cognitives et SHES constituant au plan scientifique international une priorité d'avenir pour AVIESAN en général et notamment pour deux de ses Instituts Thématiques (Neurosciences, sciences cognitives, neurologie et psychiatrie d'une part, Santé publique d'autre part).

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE

Le rapport sur « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010 », que vous m'avez transmis le 31 octobre dernier, appelle une observation de ma part, relative au financement de la construction de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée du Groupe Hospitalier Paul Guiraud. Cette précision avait déjà été signalée à monsieur le Président de la sixième chambre, par un courrier signé de ma collaboratrice Andrée Barreteau en date du 28 juillet, mais ne semble pas avoir été reprise dans l'extrait que vous m'avez communiqué, aussi je me permets de la réitérer :

« La circulaire DHOS/F n° 495 du 15 octobre 2003 prévoit que « Selon la nature de l'opération, la facture justificative peut être :

- Une facture attestant du début de réalisation des travaux,… (il peut s'agir de travaux préalables de démolition,…) ».

Par ailleurs, le Contrat d'Objectifs et de Moyens signé le 8 octobre 2009 prévoit au sein de son article 4 (Modalités de versement de la subvention) le versement de l'aide à compter de la date de signature du marché de Conception Réalisation. Cette condition déroge à la circulaire DHOS/F n° 495 du 15 octobre 2003, alors même que des travaux préalables allaient débuter puisque le marché de désamiantage et déconstruction avait été notifié depuis le 21 septembre 2009.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE NORD-PAS-DE-CALAIS

Le rapport public thématique intitulé « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010) », n'appelle aucune observation de ma part.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Les orientations stratégiques relatives au FIQCS ne citent pas explicitement la santé mentale. Les priorités fixées par le comité national de gestion au titre de l'exercice 2010 portaient, en premier lieu sur l'accessibilité aux soins de premier recours et en deuxième lieu sur la mise en œuvre des plans de santé publique (sont cités : le programme « soins palliatifs » ; le plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies ; le plan cancer).

Au titre du FIQCS, la santé mentale est essentiellement abordée dans le cadre du programme des « Maisons des adolescents » et de son cahier des charges annexé à la circulaire ministérielle du 5 novembre 2009 (DGAS/DGS/DHOS/). Il est notamment précisé que « la thématique « adolescent » peut être portée par un réseau de santé, sous réserve que ce réseau soit adossé à une MDA ».

Cette orientation a été mise en œuvre en PACA. Il existe en effet trois MDA (NICE, SALON et AVIGNON) auxquelles sont rattachés des réseaux. A ces trois réseaux il convient d'ajouter le réseau ASMA précité pour parvenir au total de quatre réseaux relevant de la rubrique « santé mentale et prise en charge des adolescents ».

La dotation régionale FIQCS est en diminution constante depuis 2009 :

2009	*15 761 396*
2010	*14 313 524*
2011	*13 585 738*

Pour les 19 opérations encore en travaux, le rapport entre le réalisé au 31/12/10 soit 49,3 M€ et les engagements totaux estimés soit 99,7 M€ est de 49 %. Dans ces conditions, le taux de réalisation du plan 2006-2010 à fin 2010 est de 60 %, pour 39 % à fin 2009.

Il serait donc plus exact d'indiquer pour la région PACA que fin 2010, sur un total de 43 opérations initialement identifiées, 38 étaient retenues et actives.

Sur ces 38 opérations 17 étaient réalisées (en service) et que 19 étaient en travaux avec un taux de réalisation de 49 %.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL PAR INTERIM DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE RHONE-ALPES

Je vous informe qu'à la lecture des intitulés du document et des mentions spécifiques à la région Rhône-Alpes, je n'ai aucune observation à formuler.

REPONSE DE LA DIRECTRICE GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS (AP-HP)

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris a indiqué qu'elle ne partageait pas les conclusions de ce rapport qui la concernent et leur caractère partiel.

Concernant l'offre de soins en psychiatrie de l'AP-HP, je souhaite souligner que contrairement à ce que mentionne cet extrait du rapport , l'AP-HP n'a pas réduit son offre de soins entre 2004 et 2010.

Concernant les investissements réalisés au profit des soins de psychiatrie, il convient de rappeler que l'AP-HP a investi et financé seule les restructurations et humanisations suivantes :

- Pitié-Salpétrière : 1,8 M€ - humanisation psychiatrique La Force

- Cochin : Bâtiment Tavernier 1,3 M€

- Mondor : transfert SAU et psychiatrie mai 2011 2 M€

Celles-ci n'avaient pas été agréées par la DGOS, du fait de la nécessaire priorisation mais ces opérations se sont révélées plus matures en termes de projet d'organisation médicale et des soins et architecturale plus rapides à réaliser. Même si elles n'ont pas été financées par le plan santé mentale, elles s'inscrivaient bien dans la réflexion sur les soins en psychiatrie que portait le plan et dont les financements n'était qu'un des leviers.

Le rapport rappelle le mode de financement complexe de ces investissements, imaginé sous une logique de dotation globale et incitative à l'endettement des structures hospitalières. Pour 13,8 M€ de projets agréés, il est mentionné que l'AP-HP devait voir subventionner ces investissements pour moitié.

Le mécanisme de financement qui est décrit dans le document à savoir une dotation DAF de 91 970 € sur 5 ans et un financement FMESPP de 98 977€ sur 20 ans, représentent arithmétiquement la somme de 2 439 390 euros soit 17 % du financement des travaux.

Au final, l'AP-HP a assumé quasiment seule, à 290 000 euros près, la rénovation des structures prévues par le plan et celles non retenues par le plan, mais concourant à l'amélioration des soins en psychiatrie au sein de l'AP-HP.

Concernant le décalage constaté sur 3 des 5 projets de travaux, il est normal et souhaitable parfois que les projets médicaux évoluent afin de s'adapter aux nouvelles modalités de prise en charge et aux contraintes financières et patrimoniales.

Au regard des montants mobilisés, ces travaux nécessitent tous des procédures d'appels d'offres et de définition technique important. Ils sont réalisés dans des bâtiments anciens et l'activité nécessite d'être réorganisée pendant les travaux. Les délais de mise en œuvre ne peuvent être courts. Par exemple, à Bicêtre, l'humanisation entraîne une mise aux normes de l'ensemble du bâtiment.

L'AP-HP n'ayant quasiment rien perçu en termes de financement, il est paradoxal de mettre en évidence la non réalisation d'une partie des investissements qui devaient bénéficier d'un accompagnement.

Il demeure un sujet qui est l'unité de pédopsychiatrie de la Pitié sur lequel l'AP-HP n'a pas avancé, et dont le montant des travaux a été réévalué de 6 M€ à 9 M€ aujourd'hui. Sans aucune aide ou mobilisation en capital, la situation financière de l'AP-HP ne permet pas à court terme d'envisager une solution aussi ambitieuse, des solutions palliatives sont à l'étude.

Cette conclusion ne prend pas en compte l'ensemble des projets au profit de la psychiatrie que l'AP-HP s'est efforcée de mettre en œuvre et qui sont rappelés dans ce courrier, dans un contexte règlementaire pour le moins complexe.

REPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER EURE-SEINE

Le rapport public thématique que vous m'avez transmis le 31 octobre dernier n'appelle pas d'observations complémentaires à celles que je vous ai communiquées par courrier en date du 4 août 2011 co-signé du directeur du Centre hospitalier spécialisé de Navarre.

REPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DU GERS

L'offre publique de soins psychiatriques dans le département du Gers est liée aux spécificités de ce département qui :

se présente lui-même comme étant le plus rural de France,

connaît une évolution démographique très inquiétante de ses personnels médicaux et soignants.

Même si le projet d'établissement « 2010-2014 » anticipe les remarques préalables de la Cour exposées dans le présent rapport, il y a lieu de souligner que le Centre Hospitalier du Gers a souffert durant la période de mise en œuvre du plan de santé mentale « 2005-2010 » :

d'une organisation interne en dix pôles d'activité pour un budget de prés de 32 000 000 d'euros,

d'un développement trop important de l'hospitalisation d'office,

de conflits sociaux majeurs, empêchant toute tentative de réorganisation. Ce point particulier ne sera pas évoqué dans la réponse du chef d'établissement mais ne peut être ignoré par la Cour.

Le département du Gers est principalement composé par un relief de collines pré-pyrénéennes qui bordent le plateau de Lannemezan et dont l'altitude varie entre 600 et 200 m. Quelques vallées traversent dans un axe nord-sud ces reliefs qui contrarient les circulations économiques est-ouest. L'infrastructure se caractérise par la quasi inexistence de routes à deux fois deux voies de circulation et par l'inexistence d'un réel réseau ferroviaire et de transport en commun routier.

Sans pour autant comparer les files actives des patients du CH du Gers (3 573 pour la psychiatrie adulte et 1 295 pour la psychiatrie infanto-juvénile) avec celles de l'AP-HP de Paris ou du CH St Anne (densité de population supérieure à 20 000 habitants au km²), du val de Marne (5 351 habitants au km²) et des Hauts de seine (8 805 habitants au km²), le département compte 178 000 habitants pour une densité de population de 28 habitants au km².

Il y a lieu de rappeler que la population moyenne des 463 communes du Gers est de 384 habitants, celle des 31 cantons est de 5 741 habitants et que la population totale du département du Gers est à peine celle d'un secteur psychiatrique de région parisienne ou rhodanienne.

Le Centre Hospitalier a implanté 13 structures binaires (CMP et CATTP) dans les cantons les plus peuplés. Ces structures prennent chacune en charge environ 13 700 habitants. L'effectif médical devrait y être de 25 médecins équivalent temps plein dont 19 psychiatres. L'effectif réellement en poste est de 13 équivalent temps plein spécialisés en psychiatrie et sept équivalent temps plein d'autres disciplines. Le développement d'alternatives

au centralisme Auscitain est conditionné par un recrutement des postes vacants de psychiatre à défaut de voir les médecins de cette spécialité passer leur temps à sillonner les routes départementales du Gers.

La même problématique de recrutement est apparue depuis prés de deux ans pour les personnels infirmiers consécutivement à des départs importants notamment du fait de la modification du régime des retraites. Cette tendance va s'accentuer car plus de 15 % des personnels infirmiers et cadres soignants se trouvent dans la tranche d'âge supérieure à 55 ans.

L'évolution de la démographie médicale et infirmière conditionnera les possibilités de développement des activités alternatives aux modes d'organisation actuels.

Une des caractéristiques du Centre hospitalier du Gers résidait en l'existence de dix pôles dont neuf pôles cliniques et médico-techniques, depuis leur mise en place en 2005. Ce découpage a fait l'objet d'une remarque de la Chambre Régionale des Comptes en son rapport d'octobre 2010. Celui-ci soulignait que la taille modeste de ces pôles (« micro pôles ») ne permettait pas la remise en question de l'organisation et des pratiques antérieures.

Depuis le 12 septembre 2011 et à l'issue de plusieurs mois de concertation avec la communauté médicale, un redimensionnent en trois pôles a été réalisé. Ces trois pôles, précurseurs de la nécessaire mutualisation et contractualisation dans le cadre du projet d'établissement, sont :

Pôle de psychiatrie adulte

Pôle de psychiatrie infanto juvénile

Pôle ressources

L'activité du centre hospitalier du Gers est également caractérisée sur la période de mise en œuvre du plan de santé mentale par une explosion de l'activité liée à l'hospitalisation d'office qui a un temps soit peu « embolisé » les possibilités de redéploiement des ressources. Le nombre de patients admis sous cette forme d'hospitalisation n'a guerre évolué. A contrario, il a été observé, par une partie du corps médical de l'établissement, certaines difficultés à prendre ces patients en charge sous une forme autre que l'hospitalisation complète. Pour exemple le nombre de journées d'hospitalisation d'office a évolué de prés de 4 % en 2006, à 5,41 % en 2007, à 8,73 % en 2008, à 12,78 % en 2009 et à 16 % en 2010. La réforme de juillet 2011 sur les soins sous contrainte devrait normaliser ce type d'activité.

La réorganisation en trois pôles des différents services du Centre Hospitalier du Gers devrait permettre, dans le cadre d'un dialogue social constructif, la mise en œuvre effective du Projet d'Etablissement « 2010-2014 » qui répond pour partie aux remarques de la Cour.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DU CENTRE HOSPITALIER LE VINATIER

Le rapport public thématique intitulé « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010) », n'appelle aucune observation de ma part.

REPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES

Je n'ai aucune observation à apporter à ce rapport.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE NAVARRE

La lecture de ce document m'amène à vous présenter quelques précisions.

• Il semble important d'infirmer ces propos et confirmer les premières observations que je vous avais communiquées par courrier en date du 04 août 2011 (co-signé du directeur du CHI Eure-Seine) : les crédits prévus ne permettaient pas de construire à coté du CHIES. Les premières études de faisabilité et l'élaboration du programme technique détaillé ont tout de suite conclu à un surcoût important non finançable et donc à un projet irréalisable ;

• De plus, le terrain envisagé présentait des inconvénients majeurs (le long d'une quatre voies, présence de marnières, important dénivelé, nuisances sonores….) qui auraient nécessité des mesures architecturales correctives supplémentaires et très onéreuses ;

• Le CHS de Navarre a effectivement cherché d'autres sites, sans succès, car les autres terrains avoisinants le CHIES étaient déjà occupés(le golf) ou engagés par la collectivité dans d'autres orientations (lotissement, poney club) ;

• Le choix final de la reconstruction sur site fait suite à une étude de faisabilité réalisée par une société d'ingénierie indépendante.

• L'ARH a été partie prenante à chaque étape de ce dossier, notamment par la participation directe de ses représentants dans tous les groupes de travail « Nouvel Hôpital ».

• Par ailleurs, il est important de noter que ce service permet de prendre en charge une nouvelle frange de la population qui ne se serait pas rendue au CHS de Navarre. De plus, notre Etablissement a d'ores-et-déjà pu mesurer les effets positifs liés aux consultations réalisées en amont de l'hospitalisation puisque les statistiques d'activité prouvent que 65 % des personnes reçues au CAC peuvent retourner à leur domicile. Aussi, nous pouvons conclure que ce nouveau service apporte un réel bénéfice à la population euroise.

• Il faut remarquer que si la conférence citée en exemple a bien été organisée unilatéralement par le CHIES, d'autres conférences en 2011 le sont en concertation entre les deux établissements, ou même organisées par le CHIES dans nos locaux (conférence sur le suicide et les neurosciences du 24 novembre 2011, par exemple).

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE PAUL GUIRAUD

Je vous remercie de cet envoi et de la possibilité qui m'est laissée de joindre à ce rapport une réponse publique aux observations que vous faites concernant les structures du groupe hospitalier Paul Guiraud qu'un Magistrat de votre Juridiction a visité.

Nous avons eu l'occasion à plusieurs reprises d'échanger avec le rapporteur, à propos des interrogations et remarques qu'il a soulevées. Les réponses que j'avais souhaité apporter dans cette phase de préparation du rapport public ont été prises en compte dans le projet que vous m'avez soumis.

Cependant, vous notez un décalage de six ans entre la notification initiale des crédits à l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France pour la construction d'une Unité d'hospitalisation spécialement aménagée dans cette région, et sa mise en service prévue début 2013 sur le site de mon établissement. Je souhaite rappeler que ce décalage est dû, pour au moins une année, aux arbitrages nationaux concernant le dimensionnement et la localisation de cette structure. Je peux vous assurer une nouvelle fois que mon établissement a procédé et continue de procéder à toutes les diligences nécessaires pour achever et mettre en service cette structure dans les meilleurs délais.

REPONSE DU DIRECTEUR DU CENTRE HOSPITALIER SAINTE-ANNE

A cet égard, concernant le Groupement d'intérêt scientifique (GIS) en épidémiologie psychiatrique, je puis vous préciser le nom des organismes ayant financé cette structure.

Ces derniers sont :

- la Direction Etudes Recherches Statistiques (DREES) pour 23 572 € ;

- la Direction générale de la Santé (DGS) pour 137 000 € ;

- l'Institut de veille sanitaire (InVS) pour 27 000 €.

Le document que vous m'avez communiqué n'appelle pas d'autre commentaire de ma part.

REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE LA CAISSE DES DEPOTS ET CONSIGNATIONS

Je souhaite apporter la réponse suivante :

▪ *La Cour écrit : « A l'automne 2011, la Caisse des dépôts avait ainsi déjà versé 29,7 M€ pour les Unités hospitalières de soins ambulatoires (UHSA).... La Caisse les a versés en novembre 2010 au vu de simples factures d'études ... soit 18 mois avant les premières factures de construction ... L'insuffisance de trésorerie dont souffre l'assurance maladie appelle des paiements plus rigoureusement échelonnés en fonction des besoins ».*

Le paiement au vu des factures d'études est conforme à l'engagement contractuel entre l'agence régionale de santé (ARS) et l'établissement hospitalier, prévu par le décret du 21 décembre 2001.

Il convient de noter que par lettre du 15 octobre 2010, la direction financière du centre hospitalier Paul Guiraud de Villejuif a demandé à la CDC le versement de la subvention de 11 919 000 euros conformément à la circulaire DHOS/02/F2/E4 2007 du 16 juillet 2007 et à l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé le 8 octobre 2009 entre le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France (ARHIF) et le directeur de l'établissement hospitalier Paul Guiraud.

A l'appui de cette demande, était jointe la copie du marché de conception/réalisation signé le 8 juillet 2010.

Le paiement a été réalisé en novembre 2010 sur production de premières factures, qui concernaient des études.

Le service gestionnaire du FMESPP a considéré que, dans ce cas, les factures présentées valaient factures attestant le début de réalisation des travaux.

Cette position est en tout point conforme à celle retenue par la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) et communiquée, par celle-ci, aux ARS : « Les études font partie intégrante de l'investissement (et à ce titre immobilisées), et sont donc finançables par le Fonds de modernisation des établissements de santé (FMESPP) dès le début des projets. Le lancement des études liées à ces projets peut donc constituer le début des travaux ».

Egalement destinataires du projet d'observations de la Cour, la ministre des solidarités et de la cohésion sociale ainsi que la directrice de la fondation Fondamental, ne lui ont pas adressé de réponse.

REPONSE DU CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE

Au regard des constats ayant suivi les visites d'établissements psychiatriques que j'ai effectuées depuis 2008, je vous suis reconnaissant d'avoir bien voulu mentionner la création du Contrôleur général des lieux de privation de liberté comme ayant contribué à renforcer les droits des personnes hospitalisées.

Je n'ai pas d'observation à formuler sur le rapport.

Egalement destinataire du projet de rapport de la Cour la directrice de la fondation FondaMental, hôpital Albert Chenevier, pôle psychiatrie, ne lui a pas adressé de réponse.