

# COUR DES COMPTES

## Synthèse du Rapport public thématique

Décembre 2011

### L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "Psychiatrie et santé mentale" 2005-2010

#### ■ Avertissement

**C**ette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes. Seul le rapport engage la Cour des comptes. Les réponses des administrations et des organismes concernés sont insérées dans le rapport.

# Sommaire

<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>1</b> Le poids excessif de l'hospitalisation complète . . . .	<b>7</b>
<b>2</b> "Santé-justice" : progrès inaboutis .....	<b>11</b>
<b>3</b> Un pilotage insuffisant, au détriment d'objectifs essentiels .....	<b>13</b>
<b>4</b> L'organisation territoriale .....	<b>17</b>
<b>Conclusion</b> .....	<b>19</b>
<b>Recommandations</b> .....	<b>22</b>

# Présentation

*Les pathologies relevant de la psychiatrie arrivent en France au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Plus d'un million de prises en charge sont assurées chaque année pour un coût à la charge du seul régime général d'assurance maladie de l'ordre de 13 Md€ par an, soit environ 7 % de ses dépenses.*

*S'y ajoute un montant indéterminé à la charge d'autres régimes sociaux, et, au titre notamment de la prise en charge sociale et médico-sociale, de l'État et des collectivités territoriales. Le coût économique et social de ces pathologies est au total évalué à quelque 107 Md€ par an en France, montant analogue à celui constaté en Angleterre par exemple.*

*Cet enjeu majeur de santé publique a fait l'objet au cours des dernières années de multiples rapports aux recommandations généralement convergentes. Un plan « psychiatrie et santé mentale » a été mis en œuvre par les pouvoirs publics à compter de 2005. Ses cinq axes stratégiques étaient décomposés en 12 objectifs opérationnels, déclinés en 33 mesures donnant lieu à 196 actions.*

*Afin d'en établir un bilan et d'examiner les leçons à en tirer, la Cour a procédé à une enquête approfondie en 2011. Cette enquête a été circonscrite aux soins psychiatriques, hors maladie d'Alzheimer, autres démences et troubles envahissants du développement tels que les formes d'autisme.*

*Des visites ont été effectuées dans onze régions, auprès d'une quarantaine d'établissements psychiatriques ou pénitentiaires et des agences régionales de santé.*

*Des contacts constants ont été entretenus pendant l'enquête avec le Haut conseil de la santé publique (HCSP) qui a publié de son côté un rapport d'évaluation de la mise en œuvre du plan sous un angle plus médical.*

## *L'absence dans la loi d'une mission de service public de la psychiatrie*

*Un constat central est que la réalisation du plan a été obérée par le flou entourant la coordination géographique des services hospitaliers et extrahospitaliers : la « sectorisation psychiatrique », dont la base juridique a, parallèlement, été progressivement estompée. Les plans régionaux de santé en cours de développement par les agences régionales de santé sont de nature à remédier partiellement, mais, malgré le plan, cette mission de service public a été, omise dans la loi « HPST » de 2009. Une des principales recommandations de la Cour, (liste en annexe de cette synthèse) est de l'instaurer.*

*Dans sa réponse publiée en annexe du rapport, le ministre du travail, de l'emploi et de la santé adopte cette recommandation et annonce une concertation avec les professionnels à cet effet. ■*

## 1 Le poids excessif de l'hospitalisation complète

Ce chapitre 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 acteurs. Celle-ci est déterminante pour la pertinence et la qualité des soins comme pour prévenir et réduire les ruptures. L'offre de soins se répartit entre l'hospitalisation complète, les

alternatives à l'hospitalisation et les prises en charge ambulatoires assurées par des structures extrahospitalières installées en ville auxquelles s'ajoutent les consultations en ville.

La réduction du nombre de lits hospitaliers a été poursuivie :

Nombre de lits	2001	2005	2010
Psychiatrie	61 920	58 580	57 410
Générale	59 840	56 500	55 240
Infanto-juvénile	2 080	2 080	2 170

La saturation constatée des capacités de prise en charge en hospitalisation complète tient toutefois essentiellement à l'inadaptation de leur utilisation. En effet, 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 divisant les professionnels de santé de manière parfois antagoniste, il n'y a, au demeurant, pas de consensus sur un juste recours à ce type de prise en charge. La rédaction très consensuelle du plan n'a guère sur ce point rapproché les points de vue.

Loin de « décloisonner »<sup>(1)</sup> l'hospitalisation, certaines mesures ou annonces postérieures au lancement du plan ont ainsi durci clivages et incompréhensions, notamment en matière de sécurité et d'hospitalisation sans consentement. A côté de progrès remarquables, des situations difficiles perdurent.

Les hospitalisations inadaptées, les transferts intempestifs de patients du fait de suroccupations, les ruptures dans la prise en charge liées à des changements de résidence, notamment pour les populations précaires ou pour les per-

(1) Le HCSP a publié en 2011 une étude réalisée pour lui par le CREDOC sur ce sujet.

# Le poids excessif de l'hospitalisation complète

sonnes incarcérées, sont ainsi relevées par la Cour. Les alternatives à l'hospitalisation demeurent trop peu développées, et le chaînage est encore défaillant avec les structures médico-sociales. Ces situations exposent à des risques élevés de perte d'efficacité de soins par ailleurs souvent onéreux.

## L'augmentation des effectifs

S'agissant des personnels, le bilan est en demi-teinte. L'évolution des effectifs

	2005	2010
Médecins salariés	7 800	8 500
Soins	96 000	97 400
Educatifs & soc.	6 300	7 100
<b>TOTAL</b>	<b>110 100</b>	<b>113 000</b>
Internes	1 300	1 550
Libéraux	1 230	1 310

Au 1er janvier 2011, tous modes d'exercice confondus, les psychiatres étaient 13 645 en métropole (39,5 % en exercice libéral exclusif ou 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.

Alors qu'une correcte répartition des moyens sur le territoire est essentielle à l'égalité d'accès aux soins, 80 % des psychiatres exercent dans des villes de plus de 50 000 habitants.

Les emplois ne sont que difficilement pourvus dans les départements peu urbanisés. Les mesures prévues

des établissements est mal connue : un changement de méthodes rend les données ci-après peu comparables entre le début et la fin du plan.

Ce dernier a néanmoins permis d'augmenter les moyens, notamment en milieu extrahospitalier. Leur estimation en équivalents temps plein est la suivante :

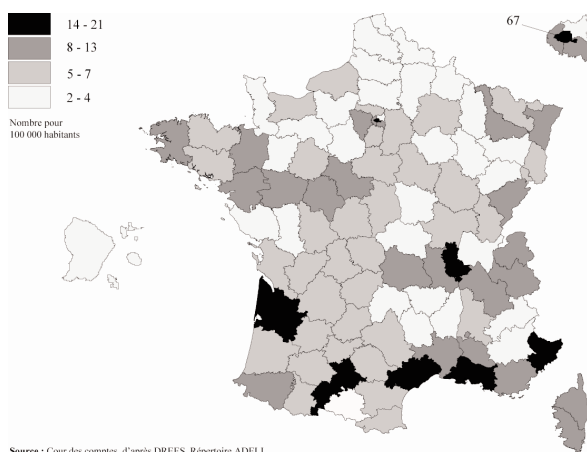
pour inciter les psychiatres à s'y installer n'ont pas été mises en œuvre.

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).

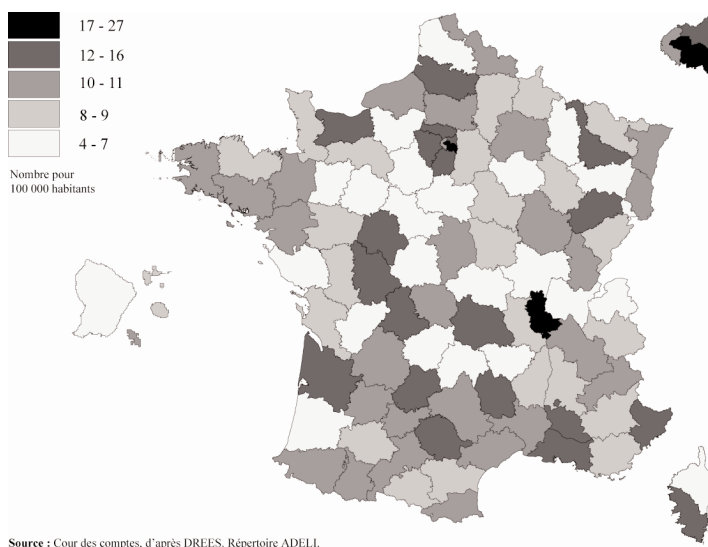
Une dizaine de cartes illustre dans le rapport les disparités entre régions ou départements.

En nombre de psychiatres libéraux par 100 000 habitants, les inégalités de répartition se sont légèrement accentuées entre 2000 et 2010 : les écarts allant du simple au décuple.

# Le poids excessif de l'hospitalisation complète



Il en va de même pour les psychiatres salariés des établissements de santé, soit, par 100 000 habitants au 1er janvier 2010 :



# Le poids excessif de l'hospitalisation complète

La formation des infirmiers a été renforcée notamment grâce au tutorat des agents débutants. Cette action a bénéficié de 46,7 M€ (à mi-2011), mesure prolongée jusque fin 2012 afin de tirer parti des 75 M€ prévus.

De même, les mesures qui visaient à porter la formation des psychiatres à cinq années, ou à créer un mastère de recherche en psychiatrie, sont restées inappliquées.

Les mesures visant à une accréditation des instituts de formation d'infirmiers et à la réorganisation des stages ont, elles, été abandonnées.

## 2 « Santé-justice » : progrès inaboutis

Ce chapitre du rapport analyse le principal programme consacré à une population donnée. Le programme « Santé-justice »<sup>(2)</sup> s'adresse à la population pénitentiaire. Jusqu'à 40 % des quelque 65 000 détenus font l'objet d'un suivi psychiatrique ou en addictologie.

Le cumul de troubles mentaux et de précarité accroît fréquemment les difficultés de réinsertion sociale et professionnelle comme de stabilisation médicale.

S'y ajoute, en cas de faux pas, le risque d'une réincarcération suivie d'une dégradation pathologique.

Les douze mesures prévues n'ont été mises en œuvre que partiellement, tardivement ou à un niveau non renseigné. En 2010, les 173 sites carcéraux concernés disposaient de 157 psychiatres ETP, organisés en 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Le plan ne leur a apporté, entre 2005 et 2008, que 5 M€ de crédits de fonctionnement additionnels. En revanche, 134,5 M€ (cinq fois plus que prévu) ont été affectés aux investissements, de sécurité principalement.

Un nombre plus élevé que prévu d'unités hospitalières spécialement amé-

nagées (UHSA) a ainsi été financé. Une UHSA est édiflée et gérée dans le respect des normes hospitalières mais également carcérales, au sein d'un établissement psychiatrique. Sa sécurité externe est assurée par l'administration pénitentiaire.

Une seule unité avait été mise en service fin 2010, 16 autres, généralement de 60 lits, étant échelonnées d'ici 2019.

La priorité conférée à l'amélioration des locaux, dont la vétusté n'est que lentement résorbée, et à leur sécurisation était nécessaire. En revanche, l'optimisation et la continuité des parcours de soins et de leur débouché vers une réinsertion sociale, n'ont pas toujours bénéficié d'une égale attention.

Des difficultés de coordination subsistent à plusieurs niveaux. Des dossiers de réinsertion de patients libérables ne trouvent pas tous des solutions rapides et certains demeurent ainsi durablement sans réponse.

En milieu pénitentiaire, quelque 8 % des consultations par an sont annulées au dernier moment, soit du fait des patients, soit par défaut de disponibilité de personnels assurant les transferts internes des détenus. Il en résulte une

(2) La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques a été publiée après l'enquête de la Cour ; sa mise en œuvre n'est donc pas analysée.



# “Santé-justice” : progrès inaboutis

sous-utilisation, qui équivaut à des dizaines d'ETP de personnels psychiatriques.

Ce taux atteint 54 % dans le Limousin, 28 % dans le Nord-Pas-de-Calais. Selon l'administration pénitentiaire, les horaires des personnels psychiatriques ne sont pas toujours adaptés. Ces distorsions sont onéreuses, au détriment des soins.

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.

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

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

*Dans sa réponse, le ministre de la justice annonce des dispositions prenant en compte les recommandations formulées en conséquence.*

## L'absence d'audits internes et de mesures contre la fraude

L'inspection générale des affaires sociales a consacré une vingtaine de rapports aux établissements psychiatriques depuis 2005. L'absence d'audit interne au ministère jusqu'en 2010 a, en revanche, obéré son aptitude à contrôler l'efficacité du plan, les risques y afférents et la fiabilité des statistiques.

Un test a montré que, dans une région, chacun des trois psychiatres les plus actifs s'étaient fait rembourser en 2009, en moyenne, 63 consultations par jour, la moyenne nationale étant de 11,5. Il n'y avait pas jusqu'à maintenant d'indicateurs appropriés de détection de tels abus, mais des fraudes en matière de médicaments ont été sanctionnées. La Caisse nationale d'assurance maladie a prévu une campagne de contrôles.

## 3 Un pilotage insuffisant, au détriment d'objectifs essentiels

Ce chapitre analyse le mode de pilotage du plan et ses conséquences au regard notamment des objectifs importants qu'il s'était fixés en matière de renforcement des effectifs, de modernisation immobilière et de développement de la recherche.

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

Nombre de données financières et statistiques sont encore provisoires et en cours d'expertise, ce qui explique qu'un bilan exhaustif n'ait pas été établi. Ainsi, n'y a-t-il pas encore d'indicateurs pour suivre les quatre objectifs en matière psychiatrique de la loi relative à la politique de santé publique de 2004, auxquels le plan s'est référé.

Des progrès sensibles ont toutefois été accomplis dans la collecte annuelle de données, grâce aux investissements informatiques financés dans le cadre du plan.

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

→ 540 M€ de subventions ont été versés au titre des exercices 2005 à 2008, dont 36 M€ par l'Etat et le solde par l'assurance maladie ;

→ Depuis 2009, l'assurance maladie verse 229 M€ par an pour reconduire des actions du plan ;

→ jusqu' 1,8 Md€ auront été affectés entre 2005 et 2017, aux investissements immobiliers et de sécurité.

Ces derniers sont pour moitié financés par l'assurance maladie (Fonds de modernisation des établissements publics et privés de santé, FMESPP), et pour moitié à la charge des établissements, par redéploiement interne ou endettement.

Ces trois principales aides ont représenté une augmentation annuelle inférieure à 2 % des moyens, au regard des 13 Md€/an que représente la psychiatrie pour l'assurance maladie obligatoire.

Ce dernier financement a connu une croissance moindre en psychiatrie qu'en médecine, chirurgie et obstétrique pendant la durée du plan : aussi les mesures du plan paraissent-elles avoir été financées par redéploiement ciblé, et non pas par des crédits additionnels.

# Un pilotage insuffisant, au détriment d'objectifs essentiels

## Un programme immobilier important, mais en retard

Au plan immobilier, domaine dont le plan soulignait les graves déficiences, 329 opérations ont été prévues, dont plus de la moitié restent à livrer, d'ici 2017 :

Année de mise en service	Nombre d'opérations
2005	1
2006	7
2007	19
2008	31
2009	39
2010	18
2011	91
2012	26
2013-2014	12
Ultérieur	58
Date inconnue	27
<b>Total</b>	<b>329</b>
<i>Projets abandonnés</i>	25

Dispersés entre des centaines d'opérations de mises à niveau, en soi nécessaires et urgentes, ces financements ont à ce stade abouti au maintien de sites inégalement fonctionnels, parfois avec retard. Les prix de revient au mètre carré ont été très hétérogènes.

Les établissements les plus anciens, souvent en partie très dégradés, les ex, « centres hospitaliers spécialisés » (CHS), ont bénéficié de la moitié des crédits, pour le tiers des projets ainsi financés.

Les investissements extrahospitaliers ont, pour leur part, été limités à 12 % du total. Ce niveau est inférieur à ce qu'appelait la stratégie de changement en faveur d'un décloisonnement, c'est-à-dire de services en milieu ouvert, propices à une meilleure réinsertion sociale.

Un effort important a été ainsi engagé pour améliorer la qualité et la sécurisation du parc hospitalier psychiatrique, mais sans pour autant l'amener partout au même niveau que les autres établissements de santé.

# Un pilotage insuffisant, au détriment d'objectifs essentiels

Cette modernisation, trop concentrée sur les structures d'hospitalisation complète, n'a pas été guidée par une stratégie claire et appropriée, faute d'inviter davantage à réorienter en profondeur les modes de prise en charge pour prévenir ou abrégé l'hospitalisation.

*La réponse du ministre du travail et de la santé annonce un prochain inventaire du patrimoine hospitalier, ainsi que des mesures d'amélioration de la mise en œuvre et du suivi des opérations immobilières.*

La recherche en psychiatrie demeure la parente pauvre de la 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.

Le plan avait ainsi classé la recherche en sciences humaines et sociales parmi celles « *qui ne sont pas suffisamment développées et doivent faire l'objet d'un soutien prioritaire* », mais il n'a rien prévu ni suscité pour pallier cette faiblesse.

Seuls les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ont bénéficié, par redéploiement d'autres secteurs, de moyens nouveaux : l'assurance maladie a 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 a lancé un appel à projet « Maladie Neurologiques et psychiatrie » pour 2008-2010, créé un groupe de travail « santé mentale et addictions » et, pour la première fois, un programme « Santé mentale et addiction » (SAMENTA).

## 4 L'organisation territoriale

Le chapitre IV, enfin, traite de l'organisation territoriale des prises en charge : la « sectorisation » psychiatrique. Ce mode d'organisation spécifique des prises en charge psychiatrique depuis un demi-siècle a fait l'objet d'une progressive mise en déshérence, aboutissant à un flou préoccupant sur le cadre organisationnel dans lequel doivent désormais s'inscrire les soins en psychiatrie.

La mise en œuvre du plan s'est déployée 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 extrêmement dommageable.

Les quelques 107 territoires de santé pourraient intégrer un maillage de proximité assurant la pérennité des acquis des secteurs et remédiant à leurs insuffisances. Cela aiderait à instaurer une meilleure cohérence entre les capacités de prise en charge sur la base de références, sinon de normes, à homogénéiser

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

L'atteinte de cet objectif central suppose que les agences régionales de santé (ARS) 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.

Les ARS élaboraient, fin 2011, leurs plans stratégiques régionaux de santé que suivront des schémas d'organisation (soins, prévention, médico-social) et de projets territoriaux de santé issus des travaux des conférences de territoires. Il est donc urgent que soient sans délai 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 souvent la nécessité d'actions de réinsertion, rendent ainsi nécessaire la définition d'une nouvelle mission de service public qui lui serait propre.

*Le ministre de l'enseignement supérieur annonce dans sa réponse divers moyens par lesquels son administration « s'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 ».*

# Conclusion

*Le plan « psychiatrie santé mentale », sujet central de l'enquête de la Cour, a incontestablement joué un rôle de catalyseur sur le terrain. Le ministère de la santé a évalué en 2009 le degré d'exécution des 33 mesures et 196 actions du plan. Un quart des actions étaient déconcentrées ; leur hétérogénéité et celle des prestations ne permettent pas d'en tirer des indicateurs nationaux et significatifs.*

*Aucun tableau n'a rendu compte du degré de réalisation des trois-quarts des autres actions, d'importance très variable. Le plan a ainsi souffert d'une maîtrise très insuffisante de la méthodologie qu'appelle la gestion d'un plan de santé publique. Dans ces conditions, le degré de réalisation du plan est difficilement pondérable. La Cour s'y est néanmoins attachée au niveau des 33 mesures, dans le tableau ci-après.*

*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.*

*Le rapport d'évaluation réalisé par le Haut conseil de la santé publique (HCSP) concomitamment à l'enquête de la Cour conforte les observations de la Cour, et il apporte d'autres études de cas et appréciations dans les domaines qui sont les siens.*

*Au regard du constat très critique que dressait le plan en avril 2005, des progrès réels ont certes permis de modifier significativement l'état des lieux, qui était marqué par l'insuffisance persistante des structures alternatives en amont comme en aval de l'hospitalisation.*

*Toutefois, nombre d'actions apparaissent inachevées, et nombre de points d'inflexion majeurs restent en chantier.*

*Ainsi, plus de 10 000 personnes demeurent 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.*

*Une remobilisation est donc à opérer autour d'un ensemble plus sélectif de priorités et de mesures, afin de soigner chacun avec la dignité à laquelle il a droit en France, conformément aux attentes des patients, de leurs familles et des professionnels.*

*L'enjeu est désormais de réorganiser les soins, en préservant les bénéfices de leur sectorisation, en renforçant une coordination de proximité.*

*Une politique de redéploiement plus active des moyens hospitaliers au profit des structures extrahospitalières est donc nécessaire.*

*Elle devra tenir compte du contexte de déséquilibre financier de l'assurance maladie, qui offre des marges de manœuvre très limitées pour l'affectation de moyens nouveaux.*

*Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé annonce dans sa réponse un nouveau plan consacré à la psychiatrie et à la santé mentale et précise que, déjà en cours de concertation, ce plan « pourra s'appuyer largement sur les orientations retenues par la Cour ».*

# Conclusion

Tableau 1. Estimation du degré de réalisation du plan 2005-2008

Mesure	Abandonnée	Faible ou incertaine	Modérée ou variable	Elevée	Complète
<b>AXE 1 : UNE PRISE EN CHARGE DÉCLOISONNÉE</b>					
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			
<b>AXE 2 : DES PATIENTS, DES FAMILLES ET DES PROFESSIONNELS</b>					
2.1.1 Usagers et familles : concertation			x		
2.1.2 Soutien aux associations usagers et f.					x
2.1.3 Élargir 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	
<b>AXE 3 : DÉVELOPPER LA QUALITÉ ET LA RECHERCHE</b>					
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			
<b>AXE 4 : METTRE EN OEUVRE DES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES</b>					
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	
<b>AXE 5 : METTRE EN OEUVRE, SUIVRE ET ÉVALUER LE PLAN</b>					
5.1 Un suivi national du plan			x		
5.2 Une démarche régionale				x	
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>8</b>	<b>3</b>

Source : Cour des comptes

# Recommandations

Les 23 recommandations opérationnelles formulées par la Cour visent à traduire les quatre grandes orientations stratégiques suggérées par le présent rapport :

→ en premier lieu, la définition et la mise en œuvre d'une mission de service public visant l'ensemble de la psychiatrie (au lieu de la seule hospitalisation sans consentement comme jusqu'à maintenant) ;

Cette redéfinition devrait préserver les acquis de la sectorisation et clarifier la stratégie. Une telle mission et la contractualisation qu'elle implique avec ses 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, il convient de plus vigoureusement réduire les disparités géographiques, par redéploiement en raison des contraintes financières de l'assurance maladie, en renforçant la

priorité affectée aux alternatives de proximité ;

→ en troisième lieu, la réforme du financement des soins psychiatriques doit être élaborée et mise en œuvre. Les progrès du plan en matière d'informatisation et de statistiques devraient permettre de ne plus différer cette remise en ordre, au profit des structures extrahospitalières ;

→ enfin, le renforcement de l'efficacité et de l'efficacités des soins appelle un renforcement de la recherche et de l'épidémiologie.



# Récapitulatif 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.