



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

COMMISSION
DES AFFAIRES SOCIALES

PARIS, le 18 décembre 2013

Examen du rapport d'information établi en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie et adopté par celle-ci le 10 décembre 2013

M. DENYS ROBILIARD, rapporteur

(Document provisoire)

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	7
I. UN DISPOSITIF DES SOINS PSYCHIATRIQUES NOVATEUR AU BILAN DÉCEVANT	17
A. UNE PRÉOCCUPATION RÉCURRENTÉ DES POUVOIRS PUBLICS : L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE	17
1. Des plans successifs	17
2. Des constats récurrents	20
B. UN PILOTAGE MULTIPLE : UN FOISONNEMENT D'ACTEURS	22
1. Le ministère de la santé	22
a. La direction générale de la santé	22
b. La direction générale de l'offre de soins	22
2. Les agences régionales de santé	23
C. UN DISPOSITIF NOVATEUR : LA PRISE EN CHARGE ORGANISÉE AUTOUR DU « SECTEUR »	24
1. Une organisation originale	25
a. Un concept novateur	25
b. Un concept fragilisé	26
2. Une diversité des modalités de prise en charge	26
a. Les hospitalisations complètes	27
b. Les alternatives à l'hospitalisation	28
c. Les soins ambulatoires	29
d. Les urgences	29
3. Les particularités de la pédopsychiatrie	29
D. UN BILAN DÉCEVANT : DES DYSFONCTIONNEMENTS ET UNE INSUFFISANCE DE MOYENS	32
1. Des dysfonctionnements dans la prise en charge en amont et en aval	32
a. Des populations oubliées	33
b. Un accès difficile à une première consultation	34

c. Un cloisonnement entre le somatique et la psychiatrie.....	34
d. Un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique	35
e. Un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social.....	37
f. Des inégalités territoriales dans l'offre de soins persistantes	38
2. Des moyens inégalement répartis	40
a. Un financement fondé sur une dotation	40
b. Des moyens humains limités.....	41
3. Un effort de recherche contrasté.....	45
II. VERS UN DISPOSITIF DES SOINS PSYCHIATRIQUES RÉNOVÉ ET INTÉGRÉ	49
A. UN SECTEUR RÉNOVÉ	49
1. Un ancrage territorial réaffirmé	49
2. Une ouverture aux autres acteurs.....	50
a. La complémentarité avec l'offre privée	50
b. La solution des conseils locaux de santé mentale.....	51
3. Une intersectorialité confortée.....	54
B. UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE	58
1. Faciliter le premier accès aux soins	59
a. Le rôle clé des médecins généralistes	59
b. Une plus grande accessibilité aux centres médico-psychologiques	61
c. La prise en charge des maladies somatiques	62
2. Améliorer l'articulation avec le médico-social.....	63
a. Un renforcement de l'offre.....	63
b. Une coordination accrue entre tous les acteurs	65
3. Favoriser l'inclusion sociale	66
a. Renforcer les outils de démocratie sanitaire.....	66
b. Développer une offre de logements adaptés	73
c. Parvenir à l'insertion professionnelle	75
4. Améliorer la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques	76
C. DES MOYENS ADAPTÉS.....	83
1. Un nouveau modèle de financement.....	83
2. Une véritable politique de ressources humaines.....	84
a. Le partage des tâches	84
b. Une formation améliorée	86
3. De nouvelles orientations pour la recherche.....	87

LISTE DES 30 PROPOSITIONS	91
CONTRIBUTION DE M. JEAN-PIERRE BARBIER, PRÉSIDENT DE LA MISSION D'INFORMATION, AU NOM DU GROUPE UMP	97
TRAVAUX DE LA COMMISSION	99
ANNEXES	101
ANNEXE 1 : COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION	101
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR	103
ANNEXE 3 : DÉPLACEMENTS EFFECTUÉS PAR LA MISSION	115
ANNEXE 4 : INDEX DES SIGLES UTILISÉS	117

INTRODUCTION

Une personne sur quatre est susceptible de développer au cours de sa vie un trouble en santé mentale. 1,3 million de patients de plus de dix-huit ans ont été pris en charge, en France, par le système de soins psychiatriques en 2008.

Chaque année, environ 200 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en décèdent, le suicide s'avérant la première cause de mortalité chez les personnes âgées entre vingt-cinq et trente-quatre ans.

Tels sont les chiffres qui figurent dans le dernier projet annuel de performances de la mission *Santé* dans le projet de loi de finances pour 2014. Nous sommes donc face à un véritable enjeu de santé publique.

Une analyse plus détaillée fait apparaître que 1 % de la population française souffre de troubles schizophréniques et 2 % de troubles de l'humeur⁽¹⁾. En 2011, 280 000 patients ont été suivis en établissement de santé pour troubles dépressifs⁽²⁾.

Ce constat est confirmé par la liste établie pour 2011 des principaux diagnostics ayant entraîné le recours à des soins psychiatriques en établissement de santé⁽³⁾ : les épisodes et troubles dépressifs arrivent au premier rang avec près de 18 % des diagnostics, suivis des troubles névrotiques qui concernent 17,6 % des diagnostics, puis des troubles schizophréniques qui représentent 14,3 % des diagnostics.

Plus inquiétante est l'évolution constatée de la file active des patients⁽⁴⁾ suivis en psychiatrie : ainsi la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales et de la santé a constaté, de 1991 à 2003, une augmentation de 62 % de cette file active pour les adultes en psychiatrie générale et de 82 % pour les enfants en psychiatrie infanto-juvénile.

Conséquence de cette forte prévalence, le coût médico-économique, bien qu'imparfaitement mesuré, se révèle important. Selon une étude de l'Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France (URC Éco), ce coût, évalué aussi bien d'un point de vue sanitaire que d'un point de vue médico-social, était estimé à 18,5 milliards d'euros en 2007. La Cour des comptes, quant à elle, a

(1) *Audition du docteur Philippe Leborgne de la direction générale de la santé (DGS) le 20 juin 2013.*

(2) *Données du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P).*

(3) *Liste présentée par Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) lors de son audition du 14 février 2013.*

(4) *Total des patients vus au moins une fois dans l'année soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.*

évalué le coût économique et social de ces pathologies à environ 107 milliards d'euros par an ⁽¹⁾.

Votre Rapporteur souhaiterait souligner, à cette occasion, la nécessité de disposer de données précises et exhaustives.

Le premier Plan psychiatrie et santé mentale de 2005-2008 avait institué comme objectif de disposer d'un état des lieux de la prise en charge hospitalière des troubles psychiatriques et des populations suivies. Pour ce faire, des nouveaux outils statistiques devaient être développés.

Une base de données existante, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) devait donc comporter un volet spécifique à la psychiatrie. Deux autres bases étaient créées, le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) et le rapport d'activité de psychiatrie (RAPSY).

Depuis 2006, la SAE, gérée par la DREES, comprend donc une enquête spécifique à la psychiatrie. Cette base comprend des données sur les ressources en équipement, en personnel et l'activité de l'établissement exprimée en journées pour les prises en charge à temps complet, en venues ⁽²⁾ pour les prises en charge à temps partiel (hôpital de jour) et en actes pour les soins ambulatoires.

La nouvelle base de données, le RIM-P, gérée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), recense des données détaillées sur l'activité des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et sur leur patientèle.

Ce recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge, à temps complet, à temps partiel, ou en soins ambulatoires et leurs caractéristiques, séjours, journées, actes, modalités, lieux, professionnels. Il recueille aussi des données sur les caractéristiques cliniques et démographiques des patients. Ainsi, pour chaque personne suivie en établissement de santé, la base de données informera sur son sexe, son âge, les diagnostics reçus et les caractéristiques de sa prise en charge.

Quant au RAPSY, mis en place en 2009, il a fourni des informations sur l'organisation des prises en charge, les pratiques professionnelles et sur la continuité des soins. L'idée générale était de pouvoir établir des comparaisons entre les différents choix thérapeutiques et stratégies d'organisation des soins des établissements. Le mode d'interrogation de ces établissements de santé était complexe et entraînait une charge de travail importante pour ces derniers. Les

(1) *Cour des comptes*, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

(2) *Par venue*, on entend l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge :

- limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ;
- individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou de plusieurs intervenants ;
- habituellement itérative.

résultats obtenus ont été parcellaires, c'est pourquoi, cette enquête n'a pas été renouvelée.

Ces bases de données ne permettent qu'un aperçu. Le docteur Philippe Leborgne, médecin de santé publique à la Direction générale de la santé (DGS)⁽¹⁾, a reconnu qu'il fallait travailler sur le système d'information puisque actuellement les données n'étaient pas harmonisées de la même manière sur le territoire. « *Il y a une nécessité d'avoir une cohésion sur l'analyse de ces données pour mieux définir les politiques de santé mentale.* »

Par ailleurs, le système d'information sur le secteur social et médico-social est insuffisant. La DREES réalise une enquête tous les quatre ans sur les établissements et services sociaux pour les personnes en situation de handicap mais, ainsi que l'a relevé Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), il est difficile d'identifier les structures consacrées aux personnes souffrant de troubles psychiatriques de celles traitant de déficience intellectuelle.

Il n'en reste pas moins qu'au vu des taux de prévalence et du coût médico-économique, la santé mentale est un enjeu à la fois sanitaire, social et économique. C'est pourquoi, elle figure au nombre des priorités fixées par la ministre des affaires sociales et de la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé présentée le 23 septembre 2013.

Le périmètre de la psychiatrie s'étant élargi aux troubles de la santé mentale, votre Rapporteur distinguera au préalable la prise en charge de troubles psychiatriques de la question de la santé mentale, concept qui relève plus d'une approche sociale que médicale.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Il s'agit donc d'une acception large qui recouvre une approche globale de la personne dans son milieu de vie.

Les maladies psychiatriques, quant à elles, recouvrent des pathologies hétérogènes, comme notamment la schizophrénie, les conduites suicidaires ou les troubles du comportement. Ce sont des maladies multifactorielles, définies par un terrain génétique et des facteurs environnementaux déclenchant, aux conséquences sévères pouvant entraîner une mortalité prématurée et des handicaps associés⁽²⁾.

Le champ de la prise en charge des troubles psychiatriques relève du domaine médical et recouvre la prévention, le diagnostic et le traitement de ces affections.

(1) Audition du 20 juin 2013.

(2) Audition du 7 février 2013.

Si l'on se réfère au Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, le concept de santé mentale comporte trois dimensions :

– la santé mentale positive, discipline qui – s'approchant de la définition donnée par l'OMS – s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel ;

– la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ;

– les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Lors de son audition⁽¹⁾, le docteur Christian Muller, président de la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, est revenu sur l'émergence de cette notion de santé mentale qui, selon lui, risque de diluer les soins : « *Être malheureux ne relève pas du soin.* » Ce constat est partagé par le professeur Frédéric Rouillon, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris⁽²⁾, pour qui « *le rôle prioritaire de la psychiatrie est de soigner des maladies et non d'écouter de simples difficultés psychologiques* ». Quant à M. Mathieu Bellahsen, psychiatre et membre de l'association Utopsy⁽³⁾, il s'est référé à la notion de « santé-mentalisme » pour traduire cette évolution.

Les réflexions de votre Rapporteur privilégieront la prise en charge des maladies mentales.

Créée par la commission des affaires sociales le 7 novembre 2012, la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie a tenu sa réunion constitutive le 19 décembre suivant. Elle a alors décidé d'ouvrir à la presse l'ensemble de ses auditions et de retransmettre, par l'intermédiaire du site internet de l'Assemblée nationale, ses travaux, afin que l'ensemble de nos concitoyens soient en mesure d'y accéder et de bénéficier des opinions et témoignages, toujours très enrichissants, des personnes, organisations ou organismes ayant répondu à son invitation⁽⁴⁾.

Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape⁽⁵⁾. Le choix de cette approche a été motivé par la décision du

(1) Audition du 17 octobre 2013.

(2) Audition du 31 janvier 2013.

(3) Entretien du 27 novembre 2013.

(4) Les vidéos retransmettant les auditions de la mission d'information peuvent être consultées à l'adresse suivante : <http://www.assemblee-nationale.tv/chaines.html>.

(5) Denys Robiliard, Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales, Hospitalisations psychiatriques : le contrôle de la contrainte, Assemblée nationale, XIV^e législature, n° 1085, juin 2013.

Conseil constitutionnel qui a déclaré contraire à la Constitution deux dispositions du code de la santé publique⁽¹⁾ issues de 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. Dans la continuité de ce rapport d'étape, votre Rapporteur a déposé une proposition de loi⁽²⁾ qui a abouti à la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 précitée⁽³⁾. Il convient ainsi de se féliciter du cercle vertueux qui est susceptible d'être dessiné entre activités de contrôle et fonction législative, deux des missions que la Constitution, dans son article 24, assigne au Parlement⁽⁴⁾.

Après plus de soixante-dix-sept heures d'auditions et en ayant entendu cent soixante-dix-huit personnes dont des associations d'usagers et de familles de patients, des médecins, des professionnels de santé, des chercheurs et des experts, la mission a cherché à se constituer un corpus de connaissances et d'expériences et à identifier les principaux problèmes posés.

De plus, votre Rapporteur a soumis ses réflexions et propositions, à l'issue des auditions, à plusieurs intervenants déjà entendus.

Ces auditions ont été très riches et votre Rapporteur regrette de n'avoir pu en tirer complètement partie. Sans exhaustivité, deux problématiques ont été identifiées, qui ne sont pas ou très incomplètement traitées par le présent rapport.

M. Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, a relevé que des personnes âgées atteintes d'une maladie neuro-dégénérative pouvaient faire l'objet de restrictions de liberté, allant parfois jusqu'à la contention, dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), hors de tout cadre juridique. Lorsqu'il a présenté à la presse son rapport annuel pour l'année 2012, il a demandé que son domaine de compétence lui soit étendu⁽⁵⁾. Sa suggestion n'a pas fait consensus. Il a été souligné que les agences régionales de santé et les conseils généraux exerçaient conjointement et effectivement un contrôle de ces établissements. Il a été ajouté que la protection du domicile est due et que les mesures prises sont de précaution, dans l'intérêt et pour la sécurité des résidents. La discussion n'a pas été poursuivie par la mission car le sujet, pour important qu'il soit, ne relevait pas de la psychiatrie, point sur lequel elle a focalisé son attention. Mais la question subsiste. Un regard extérieur averti dans des lieux fermés est toujours utile et votre Rapporteur le tient même pour nécessaire. Le Défenseur des droits, dont la

(1) II de l'article L. 3211-12 et article L. 3213-8 du code de la santé publique.

(2) *Denys Robiliard*, Proposition de loi de visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet des soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, *Assemblée nationale, XIV^e législature, n° 1223, 3 juillet 2013*.

(3) *Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de 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*.

(4) *Voir encadré page 13*.

(5) *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport d'activité 2012, Cahier 6*.

dénomination n'a aucun caractère stigmatisant, pourrait avoir un rôle important à jouer. Votre Rapporteur espère que la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement permettra d'y répondre.

Le docteur Jean Oury, directeur de la clinique de La Borde et le Collectif des 39, d'autres usagers et psychiatres ont mis en cause la Haute Autorité de Santé (HAS). Ils considèrent les certifications comme chronophages, entraînant des frais à la nécessité discutée. Surtout, ils pensent qu'elle met en œuvre un processus de normalisation reposant sur une médecine basée sur les preuves dont ils récusent la pertinence en matière psychiatrique. Représentant la HAS, le docteur Cédric Grouchka, président de la commission recommandations de bonnes pratiques, et le docteur Michel Laurence, chef du service bonnes pratiques professionnelles, ont récusé toute normalisation ⁽¹⁾. Ils ont souligné que la certification était en réalité une accréditation « *notion (qui) offre davantage de souplesse par rapport aux situations individuelles et la HAS, dont le manuel de certification et les rapports sont publics n'édicte pas de normes. Le manuel n'est pas une norme mais un cadre de réflexion et d'identification de sujets (...)* ». Ce débat est essentiel, même s'il repose peut-être pour partie sur des malentendus. Il nous semble devoir être poursuivi de façon contradictoire.

La mission d'information ne s'est pas contentée d'une approche statique. Elle a donc effectué plusieurs déplacements, notamment à l'unité pour malades difficiles (UMD) Henri-Colin du groupe hospitalier Paul-Guiraud (Villejuif), au centre hospitalier Le Vinatier à Bron, dans la région de Grenoble, au centre médico-psychologique (CMP) de Crolles, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble ⁽²⁾ et au centre psychothérapique Nord-Dauphiné de Bourgoin-Jallieu ainsi qu'à l'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole.

Votre Rapporteur tient à saluer, à cette occasion, toutes les équipes médicales et administratives, pour leur accueil, leur disponibilité sans faille, leur sens du dialogue et la qualité des réponses apportées aux interrogations formulées par les membres de la mission.

Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, votre Rapporteur proposera des recommandations afin de les améliorer.

Conçue autour d'un dispositif original et novateur, le « secteur », la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques souffre de plusieurs dysfonctionnements. En amont, l'accès à un soin de premier recours est difficile et, en aval, l'articulation avec les structures médico-sociales déficiente. Votre Rapporteur suggère de replacer l'utilisateur au cœur du dispositif en rénovant le secteur, autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie l'inclusion sociale

(1) Audition du 14 février 2013

(2) Visites de l'hôpital de jour du pôle de psychiatrie-neurologie et d'une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles de l'humeur et pathologies des émotions.

ainsi que la démocratie sanitaire, et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif.

La mission a été conduite alors que la ministre des affaires sociales et de la santé définissait la stratégie nationale de santé, présentée le 23 septembre 2013. Le lecteur constatera la convergence des approches qui placent l'utilisateur au cœur du système de soins, territorialisent les politiques et considèrent la démocratie sanitaire comme un moteur. Votre Rapporteur espère que les travaux de la mission seront de ceux qui aideront Gouvernement et Parlement pour la préparation de la future loi de 2014.

Soins sans consentement : questions restant pendantes après la loi du 27 septembre 2013

La mission a adopté le 29 mai 2013 un rapport d'étape, consacré aux soins sous contrainte. Non qu'elle ait pensé que les soins sans consentement constituaient le point d'entrée dans une réflexion globale sur les soins psychiatriques. Il s'agissait de nourrir en temps utile la réflexion gouvernementale et parlementaire sur la modification de la loi du 5 juillet 2011, suite à la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 qui déclarait, avec effet au 1er octobre 2013, contraires à la Constitution des dispositions relatives aux patients ayant séjourné en unités pour malades difficiles (UMD) ou reconnus irresponsables pénaux.

La mission préconisait de supprimer le régime particulier de l'UMD parce qu'il s'agissait d'un dispositif thérapeutique qui n'avait dès lors pas à produire d'effets juridiques sur les conditions de levée d'une admission en soins psychiatriques sur décision du préfet. Elle souhaitait le maintien du régime des personnes reconnues irresponsables pénales sauf à le cantonner aux infractions graves. Ce régime consensuel, puisqu'adopté en 1990 (loi n° 90-527 du 27 juin 1990) et maintenu en 2011, lui semblait en effet de nature à convaincre nos concitoyens que toutes les précautions étaient prises avant de lever l'hospitalisation contrainte d'une personne ayant commis un acte grave sous l'empire d'une maladie mentale. La mission proposait enfin d'améliorer le contrôle judiciaire des hospitalisations sous contrainte notamment, en ramenant son délai à cinq jours, avec des audiences tenues à l'hôpital, en chambre du conseil, avec l'assistance nécessaire d'un avocat. Parce que redondant, la suppression du certificat dit de huitaine était proposée.

Présentée avec le soutien du Gouvernement qui l'a fait bénéficier de la procédure accélérée et d'une inscription aux ordres du jour de l'Assemblée nationale puis du Sénat dans des délais très brefs, une proposition de loi a repris ces recommandations. Les préconisations relatives aux UMD et aux conditions de levée d'une admission en soins psychiatriques après reconnaissance d'irresponsabilité pénale ont été intégralement reprises. Les modalités de contrôle judiciaire instituées par la loi du 5 juillet 2011 ont également été modifiées en reprenant pour l'essentiel les recommandations de la mission. Mais, au regard des conséquences sur l'activité des juges des libertés et de la détention, d'une part, des remarques de M. Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sur l'opportunité d'attendre les premiers effets du traitement thérapeutique, d'autre part, le délai d'intervention de la décision du juge des libertés et de la détention n'a été ramené que de quinze à douze jours. Les audiences auront lieu à l'hôpital, sous réserve de mise à

disposition d'une salle compatible avec l'indépendance de la justice et permettant la publicité effective de l'audience. Les conditions seront précisées dans une convention par chaque tribunal de grande instance avec l'agence régionale de santé, ce qui permettra une adaptation aux situations locales. L'audience en chambre du conseil sera de droit sur demande du patient ou de son avocat. À l'initiative du Sénat, la possibilité d'audience par visio-conférence a été complètement supprimée. Enfin, les parlementaires auront le droit de visiter les établissements de santé où séjourneront des personnes admises en soins sous contrainte.

La mission n'est pas revenue sur le sujet. Plusieurs questions restent cependant posées.

En premier lieu, celle de la compétence pour décider de l'hospitalisation sans consentement. À l'exception des décisions prises par une juridiction, elle appartient actuellement aux préfets pour cause d'ordre public (25 % des décisions) ou aux directeurs d'établissement sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. À l'exception de Mme Nicole Klein, préfète de Seine-et-Marne qui représentait le corps préfectoral, la totalité des personnes auditionnées sur cette question souhaitaient que le juge intervienne au lieu et place du préfet, voire du directeur d'établissement. Cette solution a été adoptée par plusieurs pays européens. Le Conseil constitutionnel ne l'impose cependant pas. Il a jugé le 26 novembre 2010 dans sa décision n°2010-71 QPC « *que si l'article 66 de la Constitution exige que toute privation de liberté soit placée sous le contrôle de l'autorité judiciaire, il n'impose pas que cette dernière soit saisie préalablement à toute privation de liberté* » (considérant n° 20). Il a ajouté « *que la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le délai le plus court possible ; que, toutefois, les motifs médicaux et les finalités thérapeutiques qui justifient la privation de liberté de personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées sans leur consentement peuvent être pris en compte pour la fixation de ce délai* » (considérant n° 25), avant de préciser qu'un délai supérieur à quinze jours n'était pas compatible avec la Constitution. Le problème réside dans les conditions de prise de la décision. Dans un nombre de cas conséquent, la personne devant être hospitalisée pourrait être en crise et ne pas pouvoir participer utilement à un débat contradictoire. Si le juge pouvait prendre sa décision sans débat préalable, en étant un juge administrateur, la qualité du contrôle s'en ressentirait faute du contradictoire qui est la marque du débat judiciaire. Par ailleurs, le nombre de décisions à rendre augmenterait alors que la loi du 5 juillet 2011 fut mise en application à moyens constants et que sa réforme par la loi du 27 septembre 2013 ne devrait, au mieux, bénéficier que d'un redéploiement de moyens. Il n'est, par ailleurs, pas certain (euphémisme doublé de litote) que des moyens budgétaires quittent la place Beauvau pour la place Vendôme. Or, si une réforme doit être menée, ce n'est pas simplement pour une satisfaction de pur principe mais bien pour que la situation des malades soit améliorée. De ce point de vue, la réflexion doit continuer d'être menée.

Ensuite, se pose la question de l'ordre public qui est liée à celle de la compétence du préfet. L'article L. 3213-1 du code de santé publique dispose, en effet, que peut faire l'objet d'un arrêté d'admission en soins psychiatriques une personne « *dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». La totalité des psychiatres auditionnés considère que le critère de l'ordre public devrait être abandonné et que seul devrait subsister celui de la nécessité des soins. Mais le critère de l'ordre public est paradoxalement protecteur de la liberté individuelle puisqu'il

s'ajoute à des considérations médicales, objet d'un certificat certes circonstancié mais qui ne peuvent seules, en l'état de notre droit, fonder un arrêté préfectoral d'admission en soins psychiatriques. Ajoutons que la Cour européenne des droits de l'homme considère que des « internements » ne violent pas l'article 5 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui prohibe les privations de liberté arbitraires, que si est démontrée « *l'existence de troubles mentaux réels ; ceux-ci doivent revêtir un caractère ou une ampleur légitimant l'internement* » ; « *la privation de liberté est une mesure si grave qu'elle ne se justifie que lorsque d'autres mesures, moins sévères, ont été envisagées et jugées insuffisantes pour sauvegarder l'intérêt personnel ou public* ». Dans un arrêt du 2 octobre 2012 ⁽¹⁾, la Cour européenne des droits de l'homme relevait, pour constater la violation de l'article 5, qu'il n'était pas contesté que le requérant, interné sur décision judiciaire parce qu'atteint d'une maladie mentale nécessitant des soins qu'il refusait, ne représentait nullement un danger imminent pour lui-même ou pour autrui. Le risque pour soi-même ou autrui semble ainsi pris par la Cour de Strasbourg comme pouvant démontrer l'existence de troubles mentaux d'un niveau suffisant pour légitimer l'internement. La notion d'ordre public ne disparaîtrait donc pas nécessairement si l'auteur des décisions d'admission en soins sous contrainte était un juge.

La dernière question est celle du programme de soins. Le bien-fondé et même la possibilité de soins sans consentement hors hospitalisation complète sont en effet mis en cause par des psychiatres et usagers, par exemple le Collectif des 39. Cette contestation n'a pas été relevée dans le rapport d'étape. Elle est davantage ressortie à l'occasion de plusieurs entretiens informels de votre Rapporteur, notamment à l'occasion des travaux parlementaires en vue de l'adoption de la loi du 27 septembre 2013. La mission n'a pas souhaité reprendre en l'état sa réflexion à ce propos. Le programme de soins a été institué pour répondre à la demande de familles qui constataient la difficulté à s'assurer de la continuité des soins après la sortie de l'hôpital. Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012, a jugé que les obligations d'un programme de soins ne peuvent être exécutées sous la contrainte. Le législateur a fait sienne cette interprétation, en la reprenant à l'article L. 3211-2-1 III du code de la santé publique. S'agissant d'une institution nouvelle qui entend satisfaire un besoin objectif et qui ne peut faire l'objet de mesures coercitives, il a paru souhaitable de prendre le temps d'une évaluation. Celle-ci suppose quelques années de pratique.

(1) *Pleso c. Hongrie*, 41248/08

I. UN DISPOSITIF DES SOINS PSYCHIATRIQUES NOVATEUR AU BILAN DÉCEVANT

A. UNE PRÉOCCUPATION RÉCURRENTÉ DES POUVOIRS PUBLICS : L'AVENIR DE LA PSYCHIATRIE

Face à la forte prévalence des maladies mentales et des troubles psychiatriques et à son incidence en termes sanitaires mais aussi économiques et sociaux, la santé mentale constitue une préoccupation majeure des pouvoirs politiques. Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être ⁽¹⁾ énonce que la santé mentale est un droit de l'homme. Il affirme que le niveau de santé mentale et de bien-être joue un rôle essentiel dans la réussite de l'Union européenne et représente un facteur important dans la réalisation des objectifs de la stratégie de Lisbonne pour la croissance, l'emploi, la cohésion sociale et le développement durable.

En France, la nécessité de traduire de manière formelle des orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale a conduit à l'élaboration de plans spécifiques et de nombreux rapports ont été rendus sur ce sujet.

1. Des plans réussis

Dès 2004, quatre objectifs en matière d'affections psychiatriques ont été fixés par le législateur dans la loi de politique de santé publique ⁽²⁾. Un premier plan pour la période 2005-2008 a, par la suite, été présenté.

Les objectifs de la loi du 9 août 2004 de santé publique en matière d'affections psychiatriques

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

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

N° 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.

N° 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.

(1) Conférence européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien-être » du 13 juin 2008.

(2) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Après avoir dressé un état des lieux de la santé mentale en France, le plan relève une inadéquation entre l'offre de soins et les besoins des malades, ainsi qu'un clivage entre prévention et soin. Il propose cinq axes pour améliorer la prise en charge des malades en psychiatrie.

Axe n° 1 : « une prise en charge décloisonnée des patients » : développement de l'information et de la prévention, amélioration de l'accueil et des soins, accompagnement de la prise en charge du patient.

Axe n° 2 : « des actions en faveur des patients, des familles et des professionnels » : renforcement des droits des malades et de leurs proches, amélioration de l'exercice des professionnels.

Axe n° 3 : « le développement de la qualité et de la recherche » : favoriser les bonnes pratiques, améliorer l'information en psychiatrie, développer la recherche.

Axe n° 4 : « la mise en œuvre de quatre programmes spécifiques » : dépression et suicide / santé et justice / périnatalité, enfants et adolescents / populations vulnérables.

Axe n° 5 : « assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan ».

À la suite de son évaluation, un deuxième plan a été préparé couvrant la période 2011-2015. Il fixe de grandes orientations portant sur l'amélioration de l'accès aux soins, la continuité des prises en charge sur tout le territoire, ainsi que sur la formation et la recherche.

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Le plan repose sur cinq principes d'action :

- des actions qui pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement ;
- des actions orientées dans la recherche d'une alliance thérapeutique ;
- des actions qui luttent contre la stigmatisation ;
- des actions pour une prise en charge pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle ;
- des actions soumises à évaluation.

Quatre axes sont définis afin de prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques :

Axe n° 1 : prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne : permettre aux différents âges de la vie à toute personne d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants.

Axe n° 2 : prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires : garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social.

Axe n° 3 : prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal : renforcer le dialogue entre la psychiatrie et la société, en redonnant sa juste place à la psychiatrie, et reconnaître la santé mentale comme facteur essentiel de cohésion sociale.

Axe n° 4 : prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs : renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission pour consolider

L'avenir de ce plan demeure toutefois incertain, le projet annuel de performances de la mission *Santé* dans le projet de loi de finances pour 2014 précise : « *Ce plan mérite toutefois d'être réexaminé pour faire ressortir une stratégie d'actions, notamment au niveau local.* »

Lors de son audition, Mme Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins de la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) ⁽¹⁾, a néanmoins indiqué que quatre grands objectifs fixés par ce dernier plan pour la période 2011-2015 étaient toujours d'actualité :

- un diagnostic plus précoce des pathologies ;
- une prise en charge des patients plus homogène sur tout le territoire et un suivi somatique ;
- une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale de l'ensemble des acteurs ;
- une plus grande intégration des malades dans la société, notamment par l'intermédiaire du logement.

Par ailleurs, Mme Natacha Lemaire a souligné que la stratégie nationale de santé devait couvrir la santé mentale et qu'il n'était pas prévu de nouveau plan de santé mentale.

Cependant, les professionnels du secteur sont en demande d'une réflexion globale et plaident pour une loi cadre spécifique. « *La psychiatrie est partout mais on ne trouve nulle part la réflexion de son organisation* », tel est le constat posé par la docteure Isabelle Montet, secrétaire générale du Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) ⁽²⁾.

(1) Audition du 20 juin 2013.

(2) Audition du 27 juin 2013.

2. Des constats récurrents

Bien que les réflexions sur l'avenir de l'organisation des soins psychiatriques ne semblent pas avoir manqué depuis une décennie, votre Rapporteur tient à relever le nombre important de rapports qui ont été rendus sur le sujet, sans avoir véritablement abouti. De 2000 à 2009, ce ne sont pas moins de quinze rapports qui ont été élaborés.

Comme le relève la Cour des comptes dans le tableau résumant les principales recommandations des rapports publiés entre 2000 et 2009 figurant dans son rapport sur les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010)⁽¹⁾, nombre de constats sont récurrents.

Selon votre Rapporteur, plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette absence de suivi des recommandations proposées dans ces rapports.

La première serait une inadaptation de ces propositions, bien qu'elles soient récurrentes.

Un intérêt tout relatif pour ces questions, qui suscitent encore peur et rejet, pourrait également être un facteur d'explication. Par ailleurs, les malades souffrant de troubles psychiatriques, eux-mêmes, sont rarement dans une logique de sollicitation, étant dans le déni voire l'opposition à tout suivi.

En troisième lieu, la force d'inertie de professionnels œuvrant dans ce domaine rendrait difficile toute mise en œuvre de ces recommandations.

Enfin, l'absence de volonté politique contribuerait à l'absence de réforme importante dans ce domaine. La ministre des affaires sociales et de la santé, dans sa présentation de la stratégie nationale de santé le 23 septembre 2013 lors d'une conférence de presse à l'occasion de la remise du rapport de M. Alain Cordier « Un projet global pour la stratégie nationale de santé », a d'ailleurs souligné que la santé mentale avait été longtemps négligée. Une nouvelle impulsion politique sur le sujet est donc nécessaire.

(1) *Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.*

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE RAPPORTS PUBLIÉS RELATIFS À DE LA PSYCHIATRIE, 2000-2009

	CC 2000	IGAS 2001	DHOS 2001	Piel et Roela. 2001	PLAN 2001	LIVRE BLANC 2001	Roe- landt 2002	Charzat 2002	DGS 2002	Clery- Merlin 2003	PLAN 2005	MNASM 2005	Couty 2009	Sénat et Ass. Nat. 2009/10	Milon 2009
1. Améliorer l'information		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
2. Formation des professionnels		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
3. Faciliter l'accès aux soins	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
4. Réduire les disparités régionales	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
5. Collaboration hospitalier/libéral	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
6. Meilleure organisation géographique	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
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 des personnes avec troubles mentaux		•		•			•	•			•	•			•
13. Soutenir et impliquer les familles		•	•	•		•	•	•		•	•	•	•		•
14. Impliquer les élus locaux			•	•		•	•	•					•		
15. Suivi pers. ss main justice				•									•	•	•
16. Étudier & 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 F. Rouillon, Paris, Elsevier Masson, 2007, page 666.

B. UN PILOTAGE MULTIPLE : UN FOISONNEMENT D'ACTEURS

Au niveau national, les professionnels de santé disposent de deux interlocuteurs au ministère de la santé. Au niveau régional, ce sont les agences régionales de santé (ARS) qui assurent le pilotage des projets régionaux de santé dans lesquels figure l'offre de soins psychiatriques.

1. Le ministère de la santé

Au sein du ministère de la santé, dans le champ de l'organisation des soins psychiatriques, deux directions sont compétentes.

a. La direction générale de la santé

« La direction générale de la santé prépare la politique de santé publique définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique et contribue à sa mise en œuvre, en liaison avec les autres directions et services du ministère chargé de la santé et des autres départements ministériels compétents, de leurs services déconcentrés et des établissements ou organismes qui en dépendent. À ce titre : elle propose les objectifs et assure le suivi des politiques de santé mentale. »⁽¹⁾

Le service des politiques de santé comprend une sous-direction de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques dans laquelle se trouve le bureau de la psychiatrie et de la santé mentale.

Lors de son audition⁽²⁾, M. Pascal Melihan-Cheinin, adjoint à la sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques de la DGS, en a résumé les missions : pilotage d'études et de recherches, soutien aux associations œuvrant dans ce domaine, actions intersectorielles. À ce titre, ce bureau pilote le programme de prévention du suicide et encourage l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

b. La direction générale de l'offre de soins

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) suit la santé mentale par l'intermédiaire du bureau des prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale.

Elle est responsable selon l'article D.1421-2 du code de la santé publique :

(1) Article D. 1421-1 du code de santé publique.

(2) Audition du 20 juin 2013.

– de la régulation de l’offre de soins, notamment des établissements de santé ;

– de l’organisation de l’offre de soins au bénéfice des personnes détenues et retenues.

En outre, elle définit et évalue les politiques relatives à l’accès aux soins de premier recours, à la prise en charge continue des malades, ainsi qu’à l’adaptation des parcours de soins, notamment ceux des malades chroniques, et veille à la cohérence des politiques d’offre de soins développées dans les champs sanitaire et médico-social.

Enfin, elle contribue à la définition des priorités de la recherche, en particulier sur le champ clinique, et veille à la conduite d’études prospectives sur l’offre de soins. Elle favorise et oriente le développement et la diffusion des processus de soins et des produits de santé innovants.

2. Les agences régionales de santé

Les agences régionales de santé (ARS) élaborent un projet régional de santé qui est décliné au sein des territoires de santé, en cohérence avec les politiques menées par les collectivités territoriales.

Par exemple, l’ARS Nord-Pas-de-Calais a fait le choix de définir un programme régional spécifique de santé mentale intitulé « Prévention, soins psychiatriques et parcours de vie » axé sur un parcours intégré, tandis que l’ARS Île-de-France a privilégié, de son côté, une approche globale du sujet en incluant les questions de santé mentale dans tous ses programmes ⁽¹⁾.

Dans le cadre du schéma régional d’organisation des soins, les ARS définissent pour chaque territoire les articulations entre l’offre hospitalière et l’offre de ville, y compris médico-sociale.

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 préconise l’organisation d’une commission chargée de la coordination entre les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale afin de mettre en œuvre un parcours de soin fluide.

Ce type d’instance existait auparavant sous la forme des commissions régionales de concertation en santé mentale ⁽²⁾ qui étaient chargées de contribuer à la définition, à la mise en œuvre, au suivi et à l’évaluation de la politique de santé mentale définie, notamment, par le schéma régional d’organisation sanitaire. À ce titre, elles pouvaient formuler toute proposition relative au développement des réseaux de santé et aux modalités de coopération entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé et les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

(1) *Audition du 20 juin 2013.*

(2) *Article R. 3221-7 du code de la santé publique abrogé au 1^{er} avril 2010.*

À ce jour, seules les ARS Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Île-de-France ont mis en place ce type de structure.

Le choix, en Île-de-France, a été fait de ne pas reprendre l'organisation antérieure de la représentation qui présidait à l'ancienne commission de concertation, très institutionnelle, afin d'ouvrir cette nouvelle commission à d'autres partenaires de la santé mentale, comme la justice ou l'université.

Ainsi, cette commission comprend trente-cinq membres soit trois représentants des usagers, trois pour les collectivités territoriales, cinq au titre des organisations d'hospitalisation publique et privée, trois représentants des organisations et institutions médico-sociales, cinq au titre des professionnels de santé (deux psychiatres, deux médecins libéraux, un urgentiste), deux au titre des partenaires sociaux et quatorze représentants des institutions partenaires comme le rectorat, la direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement.

La commission sera composée d'un groupe de travail permanent qui fixe le programme de travail annuel et de groupes thématiques qui traiteront d'une question particulière. Ces groupes comprendront une quinzaine de personnalités qualifiées, n'appartenant pas forcément au groupe de travail permanent.

L'objectif est de réunir des représentants des usagers, des professionnels de santé, des élus et des administrations afin d'élaborer des projets dans le cadre des programmes régionaux de santé mentale des ARS, de promouvoir des réalisations innovantes, de mettre l'accent sur des sujets peu ou mal traités et de permettre une acculturation réciproque de tous ces acteurs.

Les thèmes abordés pour l'année 2013-2014 seront notamment l'inclusion sociale et la lutte contre la stigmatisation, la santé mentale en prison, la psychiatrie et la médecine de ville, la santé mentale du sujet âgé.

Cette commission est en cours de constitution et la première réunion devait se tenir début décembre 2013.

C. UN DISPOSITIF NOVATEUR : LA PRISE EN CHARGE ORGANISÉE AUTOUR DU « SECTEUR »

Conçue autour d'un dispositif original et novateur, le secteur, la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques privilégie les soins ambulatoires. Malgré la volonté affichée d'offrir des soins de proximité, intégrés et également répartis sur tout le territoire, le bilan de la sectorisation se révèle insuffisant.

1. Une organisation originale

a. Un concept novateur

Après la seconde guerre mondiale, un groupe de psychiatres, le « groupe de Sèvres » dénonce les asiles et la pratique de l'internement. Il prône une psychothérapie institutionnelle qui replace le patient dans un réseau relationnel : l'idée générale est d'intégrer le patient dans la vie de la cité.

Par ailleurs, la mise sur le marché de médicaments (neuroleptiques et tranquillisants) permet de réduire les symptômes des troubles psychiatriques et facilite un traitement ambulatoire.

Concept profondément novateur, le secteur est conçu autour de trois axes :

– la continuité de la prise en charge des patients qui va de la prévention au soin et à l'insertion ;

– la pluridisciplinarité de la prise en charge. Corollaire de cette continuité, des équipes pluriprofessionnelles sous l'autorité d'un médecin psychiatre « chef de secteur » sont regroupées au sein du secteur ;

– la proximité de la prise en charge et l'égalité de traitement des patients. Le territoire est ainsi découpé en secteurs géographiques d'environ 70 000 habitants.

Une circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales consacre le concept de secteur de psychiatrie adulte.

Il faudra attendre 1985⁽¹⁾ pour introduire le secteur dans un cadre législatif.

L'article R. 3221-1 du code de la santé publique définit précisément trois types de secteurs :

– les secteurs de psychiatrie générale qui répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans ;

– les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents ; chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale ;

– les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire qui répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.

(1) Article 8 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses mesures d'ordre social et loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

La loi organise donc, de ce fait, une prise en charge spécifique pour les pathologies psychiatriques.

b. Un concept fragilisé

Avec l'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), le territoire de santé devient le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie. L'article L. 3221-1 du code de la santé publique précise : « À cet effet, les établissements de santé autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-1 du code de la santé publique. »⁽¹⁾

Le secteur ne disparaît pas pour autant des textes. Cette loi introduit donc une ambiguïté quant à son devenir.

En premier lieu, l'expression « sectorisation psychiatrique » figure toujours au chapitre premier du titre deuxième du code de la santé publique.

En deuxième lieu, à l'article L. 3221-4 du code de la santé publique, il est indiqué que « chaque établissement autorisé en psychiatrie et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés ».

Enfin, les dispositions réglementaires, citées ci-dessus, définissant et organisant les secteurs sont toujours en vigueur.

La notion de territoire de santé est définie par chaque agence régionale de santé, son périmètre géographique est large, il peut être régional, infrarégional ou interrégional. L'ARS Île-de-France a choisi le département comme délimitation géographique pour ses territoires de santé. Solution adoptée dans d'autres régions car le conseil général joue un rôle dans la création et le maintien des structures médico-sociales.

Le cadre juridique de l'organisation des soins psychiatriques est donc fragilisé, même si, en pratique, territoire de santé et secteur coexistent.

2. Une diversité des modalités de prise en charge

Depuis les années 1970, le traitement de la santé mentale et des troubles psychiatriques privilégie l'intégration du patient dans la cité, sa resocialisation, d'où la part prépondérante occupée par les soins ambulatoires, qui seraient de l'ordre de 75 % des prises en charge selon les études de la DREES.

(1) Article 1^{er} de l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Corollaire de cette prise en charge ambulatoire, le nombre de lits a presque diminué de moitié et est passé de 130 000 lits en 1974 à 60 000 en 2010 ⁽¹⁾.

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 a traduit cette évolution en affirmant que « *la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* » ⁽²⁾.

Selon la DGOS, en 2010, 2 millions de patients ont été suivis, tous types de prise en charge confondus. 1,7 million ont été soignés en ambulatoire, 395 269 en hospitalisation à temps complet, ce qui représente 20 millions de journées d'hospitalisation et 163 319 en hospitalisation à temps partiel, soit 6 millions de journées.

On distingue quatre types de prise en charge :

- les hospitalisations complètes ;
- les alternatives à l'hospitalisation ;
- les soins ambulatoires ;
- les urgences.

a. Les hospitalisations complètes

Les pathologies les plus lourdes sont traitées au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie. La Cour des comptes, dans son rapport d'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, en recense environ 600, dont 46 % de statut public ⁽³⁾.

Quatre types de structures peuvent être distingués : les établissements spécialisés appelés centres hospitaliers spécialisés ou établissements publics de santé mentale, les hôpitaux généraux qui disposent d'un service de psychiatrie, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les établissements privés à but lucratif.

Cette diversité de structures s'explique par la mise en place de la sectorisation qui a privilégié la proximité des soins. Les hôpitaux spécialisés correspondent le plus souvent aux anciens asiles d'aliénés, souvent situés à la périphérie des villes. Afin d'assurer une prise en charge au plus près des patients,

(1) *Audition du 5 juin 2013 de Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES).*

(2) *Article L. 3221-1 du code de la santé publique.*

(3) *Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.*

des services de psychiatrie ont donc été ouverts dans les hôpitaux généraux, intégrés dans la ville.

80 % des lits d'hospitalisation à temps complet relèvent du secteur public ou du secteur privé d'intérêt collectif. Ils sont financés par les régimes obligatoires d'assurance maladie, par l'intermédiaire d'une dotation annuelle de fonctionnement allouée par les ARS dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les 20 % de lits restant sont gérés par des établissements privés à but lucratif, financées par le tarif de journée dans le cadre de l'objectif quantifié national (OQN) relatif à la psychiatrie.

À titre d'exemple, l'offre hospitalière en Île-de-France en 2010 est constituée de 40 établissements publics, 36 ESPIC, 24 cliniques pour une file active de 255 755 patients adultes ⁽¹⁾.

b. Les alternatives à l'hospitalisation

Ces alternatives peuvent donner lieu à une prise en charge à temps complet ou partiel.

La prise en charge à temps complet peut se faire par l'intermédiaire :

– des appartements thérapeutiques qui sont des structures de soins, rattachés à un hôpital, favorisant la réadaptation et l'insertion dans le milieu social. Les patients disposent d'une chambre individuelle et partagent des pièces communes. Des équipes de soignants accompagnent les malades dans l'apprentissage de l'autonomie ;

– de l'accueil familial thérapeutique dans des familles volontaires, rémunérées par l'hôpital, qui permet d'assurer une transition entre l'hospitalisation et le retour au domicile ;

– de l'hospitalisation à domicile.

Quant à la prise en charge à temps partiel, elle relève :

– de l'hôpital de jour qui assure des soins intensifs par journée ou demi-journée ;

– des centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) qui délivrent des actions de soutien et de thérapie de groupe.

(1) Plan régional de santé de l'ARS Île-de-France.

c. Les soins ambulatoires

Pour les pathologies plus légères, la prise en charge ambulatoire s'effectue par :

– la consultation chez un médecin généraliste ;

– la consultation chez un psychiatre libéral ;

– la prise en charge dans des centres médico-psychologiques (CMP) qui sont des unités extrahospitalières de coordination et d'accueil situées en centre-ville et composées d'équipes pluridisciplinaires de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers et d'assistants sociaux ;

– les services d'accompagnement pour les handicapés psychiques.

d. Les urgences

La prise en charge des urgences est organisée de façon à prendre en compte la spécificité des troubles mentaux. On distingue trois dispositifs :

– les services d'urgence (SU) implantés dans les hôpitaux généraux où la continuité des soins psychiatriques est assurée en liaison avec le secteur ;

– en Île-de-France, le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), situé au centre hospitalier Sainte-Anne à Paris qui accueille en consultation toute personne de plus de quinze ans qui se présente, quel que soit son domicile et quelles que soient les circonstances. Il s'efforcera de traiter la crise soit par la consultation ou une hospitalisation sur place qui ne pourra excéder soixante-douze heures. Selon l'état du patient, le CPOA pourra l'orienter vers une consultation ambulatoire ou une hospitalisation libre ou sans consentement, en coordination avec le secteur ;

– les centres d'accueil et de crise (CAC et CAP) qui assurent une permanence téléphonique et des consultations psychiatriques. Ils accueillent, soignent, orientent ou hospitalisent pour une durée brève, mais ne prennent pas en charge les hospitalisations sans consentement.

3. Les particularités de la pédopsychiatrie

Ce sont 500 000 enfants qui sont suivis par an, chiffre qui a doublé en quinze ans comme le remarquait le docteur Jacques Sarfaty, chef de service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Henri-Mondor à Créteil⁽¹⁾.

Néanmoins cette évolution reflète l'élargissement du périmètre des troubles psychiatriques vers des questions de santé mentale que votre Rapporteur a déjà relevées dans son introduction. Mme Michèle Bourrat, présidente de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines

(1) Audition du 16 mai 2013.

associées⁽¹⁾, a expliqué l'augmentation de la file active en pédopsychiatrie en indiquant : « *Ce n'est pas la pathologie psychiatrique qui augmente mais tout le souci du soin psychologique, la dimension de la santé mentale qui augmente, la demande par rapport à la santé mentale.* »

Par ailleurs, la pédopsychiatrie qui prenait en charge au début des années 1960 principalement des enfants de six à douze ans a élargi ses soins à la périnatalité et à l'adolescence.

Si la prise en charge des enfants correspond dans l'ensemble à celle des adultes, il existe néanmoins des particularités.

Votre Rapporteur recommandera dans la deuxième partie de son rapport de réaffirmer la légitimité et l'actualité de l'intersecteur infanto-juvénile en fixant par la loi leurs missions minimales.

En premier lieu, au sein du secteur, la prise en charge s'effectue à 97 % en ambulatoire principalement au CMP. L'hospitalisation à temps complet est réservée aux cas lourds ou aux situations de crise⁽²⁾.

En deuxième lieu, la synergie entre le soin et l'enseignement est privilégiée afin de permettre l'inclusion scolaire. Le docteur Jacques Sarfaty a insisté sur l'évolution de la prise en charge des enfants à temps partiel afin de permettre l'intégration scolaire.

C'est pourquoi, le dispositif de pédopsychiatrie s'appuie sur un réseau important de structures médico-éducatives qui offrent une prise en charge à la fois médicale et éducative.

Le centre médico-psycho-pédagogique (CMPP)⁽³⁾ en est la structure la plus représentative. Développés au sortir de la seconde guerre mondiale, avant même la création du secteur, ces centres se voulaient une réponse à l'enfance inadaptée. Structures majoritairement associatives ayant une mission de service public, elles ne sont pas sectorisées. Placés sous l'autorité d'un pédiatre ou d'un pédopsychiatre, ces centres sont composés de façon pluriprofessionnelle, avec des médecins, des orthophonistes, des psychomotriciens, des psychologues et des assistants sociaux. Ils accueillent des enfants présentant des troubles d'apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs ou de comportement et assurent leur soutien éducatif, leur rééducation ou leur prise en charge. Le docteur Richard Horowitz, pédopsychiatre, vice-président de la Société de l'information psychiatrique⁽⁴⁾, a indiqué que ces centres accueilleraient de plus en plus des enfants

(1) Audition du 16 mai 2013.

(2) Conseil économique, social et environnemental, La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge, février 2010.

(3) Décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux.

(4) Audition du 16 mai 2013.

atteints de troubles envahissants du développement ; à Paris, ils constitueraient jusqu'à 12 % à 18 % des diagnostics.

Mme Sylvie Champion, présidente de la Fédération nationale des CMPP ⁽¹⁾, s'est félicitée de ce dispositif qui permet une accessibilité plus facile car sans limitation géographique.

Au sein de ce réseau on trouve également des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), qui accueillent des enfants présentant des difficultés psychologiques et des instituts médico-éducatifs (IME) qui prennent en charge des enfants avec une déficience intellectuelle.

Enfin, apparues dans ce paysage en 2005, les maisons des adolescents ⁽²⁾, qui sont un dispositif non sectorisé, proposent des soins pluridisciplinaires en pédiatrie et en médecine, dans le champ des troubles du comportement alimentaire (anorexies et boulimies), en psychologie et en psychiatrie pour les adolescents de onze à dix-huit ans. Le docteur Alain Fuseau, président de l'Association nationale des maisons des adolescents ⁽³⁾, a cependant remarqué que 15 % des départements ne disposaient pas de ce type de structure.

Les difficultés que rencontre la pédopsychiatrie sont similaires à celles du secteur adulte.

En premier lieu, l'accès aux soins est difficile, ce qui se traduit par un délai d'attente important pour bénéficier d'une première consultation ; l'avis du Conseil économique, social et environnemental sur la pédopsychiatrie constate que, dans 55 % des secteurs, le délai minimum d'attente pour une première consultation avec un médecin en CMP est d'un mois et dans 16 % des secteurs ce délai peut s'élever à trois mois. Lors des auditions, il a même été indiqué à votre Rapporteur un délai de six mois.

En deuxième lieu, cet accès aux soins fait apparaître le rôle important joué par les médecins généralistes. Comme pour la psychiatrie adulte, leurs relations avec le psychiatre sont primordiales. Le docteur François Bridier, vice-président de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile ⁽⁴⁾, plaide pour un consensus avec les médecins généralistes sur leur rôle de relai et d'intervenant de premier recours.

Néanmoins quelques problématiques sont spécifiques à ce secteur.

Tout d'abord la place de la famille dans le parcours de soins est importante. La docteure Fabienne Roos-Weil, présidente de la Société de

(1) Audition du 16 mai 2013.

(2) Circulaire CAB/FC/12871 du 4 janvier 2005 relative à la création de maisons des adolescents.

(3) Audition du 16 mai 2013.

(4) Audition du 16 mai 2013.

l'information psychiatrique ⁽¹⁾, a insisté sur la nécessité de déterminer le projet de soins en accord avec les parents.

Cette implication pose la question du consentement aux soins de la part de personnes mineures.

Mme Michèle Bourrat a cité les propos de M. Bruno Falissard, pédopsychiatre, directeur de l'unité INSERM relative à la santé mentale de l'adolescent, qui reflète cette question. « *Le problème de l'enfant, c'est qu'il ne vient pas, il est conduit par d'autres, ce sont les autres qui le trouvent malade.* » ⁽²⁾

Ce point est particulièrement délicat dans le cas d'hospitalisations à temps complet.

La décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur de même que la levée de cette mesure sont demandées par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou, sur le fondement des articles 375-3 et 375-9 du code civil, par le juge des enfants.

Mme Virginie Duval, secrétaire générale de l'Union syndicale de la magistrature (USM) ⁽³⁾, a donc insisté sur le fait que « *l'hospitalisation des mineurs ne fait actuellement l'objet d'aucun contrôle, car on considère que quand l'hospitalisation d'un mineur est décidée à la demande des parents, elle est assimilée à une hospitalisation volontaire* ».

Lors de son audition ⁽⁴⁾, M. Jean-Marie Delarue Contrôleur général des lieux de privation de liberté, considérait qu'un contrôle juridictionnel serait souhaitable. La mission ne l'a pas préconisé considérant improbable une collusion parents et professionnels de la psychiatrie. La question reste cependant posée.

Votre Rapporteur recommande de réaffirmer la légitimité et l'actualité de l'intersecteur infanto-juvénile en fixant par la loi leurs missions minimales.

D. UN BILAN DÉCEVANT : DES DYSFONCTIONNEMENTS ET UNE INSUFFISANCE DE MOYENS

1. Des dysfonctionnements dans la prise en charge en amont et en aval

Selon Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ⁽⁵⁾, le concept du secteur a été

(1) Audition du 16 mai 2013.

(2) Libération du 9 mai 2013.

(3) Audition du 22 février 2013.

(4) Audition du 21 février 2013.

(5) Audition du 14 février 2013.

dévoiyé. Il a privilégié une approche totale du patient au lieu d'une approche globale, en cherchant à protéger la personne plutôt qu'à l'intégrer.

Les ambitions qui présidaient à l'organisation originale de la prise en charge des soins psychiatriques et qui préfiguraient la notion actuelle de parcours de soins se sont heurtées à de nombreuses difficultés. Le principal obstacle est la permanence d'un « hospitalo-centrisme », qui a empêché l'articulation entre le sanitaire et le médico-social. De plus l'hétérogénéité des secteurs, à la fois en taille, en moyens et en pratiques reflétant les choix du chef de secteur, ne répond pas à son objectif initial d'égalité des soins.

a. Des populations oubliées

Le territoire est découpé en secteurs, auquel toute personne est rattachée, ce concept suppose néanmoins l'existence d'un domicile fixe et identifié.

Deux catégories de population ne peuvent correspondre à ce type d'organisation, les populations précaires et les demandeurs d'asile.

Selon le « rapport Samenta »⁽¹⁾ (Santé mentale et addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France), les troubles psychiatriques sont plus fréquents et généralisés chez les populations précaires que dans la population générale. Plus d'un tiers des personnes sans logement personnel (environ 31 %) serait atteinte d'un trouble psychiatrique sévère, soit de troubles psychotiques (à hauteur de 13 %), soit de troubles de l'humeur (pour 7 %) ou de troubles anxieux (pour 12 %). La schizophrénie est la pathologie la plus répandue. L'étude met en lumière une différence de troubles selon les catégories de personnes. Les personnes isolées développeront plus de troubles psychotiques (de l'ordre de 17 %) tandis que les familles seront atteintes de troubles anxieux généralisés (de l'ordre de 8 % à 10 %).

Par ailleurs, entendues par votre Rapporteur, certaines associations spécialisées dans l'accueil des réfugiés et des exilés, l'Association Primo Levi, le Comité médical pour les exilés (COMEDE) et le réseau SAMDARRA/l'ORSPERE⁽²⁾ ont souligné que les demandeurs d'asile et plus généralement les migrants étaient confrontés à des difficultés singulières du fait de leur exil et de la précarité de leur situation en France. Les raisons qui les ont conduits à fuir leur pays, de même que les circonstances de leur départ souvent précipité, les exposent à une importante vulnérabilité. Confrontés aux difficultés d'installation en France et compte tenu de la précarité de leur situation, du point de vue matériel, administratif, social et juridique, ils se trouvent souvent dans l'incapacité de faire face aux syndromes posttraumatiques dont ils souffrent.

(1) Étude réalisée sur 800 personnes en 2009 dans les centres d'hébergement d'urgence, les centres de réinsertion et les hôtels par le SAMU social de Paris et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale.

(2) Audition du 6 juin 2013.

À cela viennent souvent s'ajouter les difficultés pour bénéficier d'un interprète familial de ces problématiques.

Les concepts développés notamment par le docteur Tobie Nathan professeur émérite de psychologie clinique et pathologique au Centre Georges Devreux, à propos de l'ethnopsychiatrie peuvent s'avérer d'une grande utilité dans le cadre des soins qui seront proposés à cette partie de la population.

Quant aux personnes âgées présentant des troubles psychiatriques, elles rencontrent un autre type de difficultés, le rattachement territorial de l'établissement médico-social duquel elles dépendent ne correspondant pas forcément au secteur psychiatrique dont elles relèvent.

b. Un accès difficile à une première consultation

Le CMP est présenté par les professionnels du secteur comme le point d'entrée pour un suivi psychiatrique en première consultation. Or, bien que le maillage soit dense, 3 800 centres étant répartis sur le territoire, le délai d'attente pour un premier rendez-vous peut atteindre jusqu'à six mois, notamment en pédopsychiatrie. La Cour des comptes cite un délai supérieur à un mois pour une première consultation dans 20 % des secteurs de psychiatrie adulte et dans 60 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile en 2003 ⁽¹⁾.

Par ailleurs, les amplitudes horaires de ces centres sont limitées, la plupart étant fermés durant le week-end et la majorité fermant à 18 heures ⁽²⁾. De plus, le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport d'évaluation relevait que beaucoup de ces centres étaient souvent difficiles d'accès, car éloignés des centres-villes ⁽³⁾.

c. Un cloisonnement entre le somatique et la psychiatrie

L'originalité de la sectorisation reposait sur la pluridisciplinarité des prises en charge, or le suivi des soins somatiques est très souvent déficient.

La majorité des patients atteints de troubles psychiatriques développent également une maladie somatique, très souvent ignorée et qui ne fait donc pas l'objet d'un suivi. Ces malades ont un mode de vie, combinant généralement addiction, précarité, isolement, qui favorise l'apparition de pathologies comorbides. Par ailleurs, la prise de médicaments psychotropes peut entraîner des effets secondaires. De plus, leurs troubles psychiatriques les conduit à occulter leur corps et à relativiser la souffrance, soit en la niant, soit en la surestimant.

(1) *Cour des comptes*, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

(2) *31 % des CMP sont ouverts au moins deux jours par semaine après 18 heures, selon le Syndicat des psychiatres des hôpitaux.*

(3) *Haut Conseil de la santé publique*, Évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, octobre 2011.

La professeure Marion Leboyer, responsable du pôle de psychiatrie du centre hospitalier Henri-Mondor de Créteil⁽¹⁾, a relevé que les maladies cardiovasculaires étaient la première cause de décès chez les patients atteints de troubles bipolaires.

S'agissant d'une autre pathologie, la schizophrénie, le docteur Christian Muller, président de la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés⁽²⁾, a fait part d'une étude de cohorte menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), de 1993 à 1999, qui a démontré une mortalité 3,7 fois supérieure à la moyenne nationale de l'échantillon, soit 307 décès pour la cohorte, contre 83 décès si le taux de mortalité dans la cohorte avait été celui de la population générale. La première cause de décès est le suicide mais les maladies cardiaques ou infectieuses sont surreprésentées.

Une des conséquences de cette absence de suivi somatique est un taux de mortalité des malades psychiatriques supérieur à la moyenne générale de la population. Ainsi l'espérance de vie d'un schizophrène est écourtée de neuf ans à douze ans par rapport à la population générale⁽³⁾.

d. Un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique

La contention est une prescription médicale dans un contexte de soins.

Ce procédé thérapeutique qui consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard permet de protéger un malade agité ou violent de s'automutiler ou de blesser son entourage⁽⁴⁾.

Les statistiques dans ce domaine sont rares et aucun suivi n'existe au niveau national, comme l'a rappelé M. Joseph Halos, président de l'Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)⁽⁵⁾. La docteure Christiane Santos, secrétaire générale de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique, a mené auprès de ses adhérents une enquête qui a fait ressortir que la pratique de la contention était utilisée partout, seule une moitié du personnel interrogé ayant répondu qu'elle était en augmentation depuis quelques années.

Lorsque cette pratique est utilisée, les raisons invoquées sont la diminution du nombre de soignants dans les équipes, la féminisation de ces équipes et le manque de formation des infirmiers et des jeunes médecins.

(1) Audition du 7 février 2013.

(2) Audition du 17 octobre 2013.

(3) Plan régional de santé de l'ARS Île-de-France.

(4) Définition du Larousse médical.

(5) Audition du 27 juin 2013.

Lors de son audition, Mme Danièle Hagen, cadre de santé, référente du collectif psychiatrie de la Coordination nationale des infirmiers ⁽¹⁾, a reconnu que cette pratique dépendait de plusieurs facteurs comme l'organisation des locaux et l'expérience de l'équipe : « *Quand une équipe a peur, il est certain que le médecin va prescrire des contentions.* »

Le docteur Jean-Claude Pénochet, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux ⁽²⁾, a, quant à lui, insisté sur la formation des professionnels qui conditionne le recours à la contention : « *La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie. Plus la psychiatrie va mal, plus la contention sera utilisée.* »

Le docteur Jean Ferrandi, secrétaire général du Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) ⁽³⁾, plaide pour contenir la contention par un protocole.

À l'inverse, le docteur Patrice Charbit, président de l'Association française des psychiatres d'exercice privé-Syndicat national des psychiatres privés, n'est pas favorable à un encadrement de cette pratique car cela déresponsabiliserait les professionnels de santé ⁽⁴⁾.

De plus, le respect des libertés individuelles et de la dignité du malade est parfois mis à mal comme le souligne M. Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de liberté ⁽⁵⁾ : « *Beaucoup de choses ne vont pas : par exemple, les conversations téléphoniques, qui devraient être confidentielles alors qu'elles se font souvent par le truchement des soignants, dans le bureau des infirmiers et, par conséquent, en présence d'un tiers, ou que, lorsqu'il y a des cabines téléphoniques, elles sont installées dans un couloir et dépourvues de protection phonique. Il faut donc soit admettre qu'on ne peut pas téléphoner, soit que si on peut le faire, c'est dans des conditions qui en garantissent la confidentialité. Il en va de même pour la possibilité d'avoir des affaires à soi : certains hôpitaux permettent de disposer dans les chambres de placards fermant à clef, moyennant bien sûr la possibilité pour les soignants d'y accéder, mais ces hôpitaux sont minoritaires.* »

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté insiste par ailleurs sur « *les fortes différences de régimes qui peuvent exister entre les unités dans un hôpital déterminé [...]. Ces unités correspondent naturellement le plus souvent aux secteurs : ce ne sont donc pas les types d'affections qui vont déterminer le régime, mais la volonté du responsable d'unité, qui va définir un régime particulier. Par exemple, l'accès au téléphone portable est autorisé dans certaines unités, sans guère de restrictions, sauf peut-être ces cas précédemment évoqués ; dans d'autres, il faut venir quémander le droit d'utiliser son propre téléphone*

(1) Audition du 4 juillet 2013.

(2) Audition du 27 juin 2013.

(3) Audition du 27 juin 2013.

(4) Audition du 27 juin 2013.

(5) Audition du 21 février 2013.

chez les infirmiers qui le détiennent ; dans d'autres, enfin, les téléphones sont totalement interdits. Aucune raison ne justifie de telles différences, car s'agissant des droits des malades, les régimes doivent être identiques sauf si la nature de la maladie s'y oppose : il faut faire du cas par cas de santé et non pas du général par unité.

« À chaque visite, nous nous heurtons à ces différences, qui nous paraissent absolument injustifiées. Ce n'est pas simplement d'une sorte de pratique qu'il s'agit, mais d'une réglementation, qui oblige par exemple les malades à remettre leur téléphone portable ou leur ordinateur. La question sous-jacente, au travers de laquelle les choses doivent être abordées, est celle de la nature des liens qu'un malade mental peut conserver avec l'extérieur : si la nature de ces liens doit dépendre de l'état pathologique – il faut évidemment éviter qu'un paranoïaque se livre au harcèlement téléphonique – ils ne peuvent être tributaires de la volonté générale d'un praticien qui se traduit par un règlement intérieur applicable à l'ensemble des malades de l'unité. »

e. Un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social

Le secteur se devait de garantir une prise en charge globale, allant du diagnostic jusqu'à l'insertion sociale. Force est de constater que cette mission n'a pas été réalisée complètement.

Faute de place dans des structures médico-sociales, de nombreux patients séjournent à l'hôpital de façon prolongée occasionnant des hospitalisations dites inadéquates, obérant leurs possibilités de réinsertion et d'autonomie.

L'ARS Île-de-France a mené une enquête en 2003 qui a démontré que 75 % des séjours prolongés dans sa région correspondaient à des hospitalisations par défaut ⁽¹⁾.

Ce point est particulièrement frappant s'agissant des personnes en situation de précarité. Lors de son audition, le docteur Vincent Girard, psychiatre à l'hôpital Sainte Marguerite à Marseille ⁽²⁾, a évalué à 20 % environ le taux de patients qui restaient hospitalisés pour des raisons non médicales. De même le docteur Alain Mercuel, chef de service santé mentale et exclusion sociale à l'hôpital Sainte-Anne à Paris ⁽³⁾, a remarqué que nombre de personnes sans domicile étaient hospitalisées, faute de posséder un lieu de vie ou de pouvoir rejoindre une structure sociale ou médico-sociale.

On retrouve ce constat s'agissant des adolescents. Mme Isabelle Coutant, sociologue au CNRS ⁽⁴⁾, a relaté l'hospitalisation de jeunes de l'aide sociale à

(1) Plan régional de santé de l'ARS Île-de-France.

(2) Audition du 23 mai 2013.

(3) Audition du 23 mai 2013.

(4) Audition du 16 mai 2013.

l'enfance présentant des troubles psychiatriques pendant une année dans une unité pédopsychiatrique, faute de structures alternatives.

Cette question du cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social est particulièrement importante pour la population âgée, que ce soit les personnes atteintes de troubles psychiatriques vieillissantes ou les personnes âgées présentant des troubles apparentés aux troubles psychiatriques.

Lors de son audition ⁽¹⁾, M. Olivier Quenette, directeur de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) Saint-Jean-de-Dieu à Marseille a insisté sur la difficulté de la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques à partir de soixante ans. Ces patients relèvent du secteur médico-social, or nombre de maisons de retraite ou d'EHPAD ne sont adaptées pour recevoir ce type de résidents.

De même, les personnes âgées hébergées dans des établissements de type EHPAD nécessitent parfois des soins psychiatriques, ce qui se révèle complexe.

f. Des inégalités territoriales dans l'offre de soins persistantes

L'instauration d'un dispositif de sectorisation avait pour objectif de permettre une prise en charge de proximité sur tout le territoire, le bilan dans ce domaine est décevant.

En effet, selon l'IRDES, la délivrance de soins psychiatriques en France se caractérise par d'importantes disparités.

L'IRDES a réalisé un classement des secteurs en trois catégories ⁽²⁾, les secteurs très bien dotés, les secteurs moyennement dotés et les secteurs peu dotés, répartis en neuf classes. La classe 6, regroupant les secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical, représente une file active moyenne de 1 578 personnes et la classe 9, regroupant secteurs faiblement dotés avec forte orientation somatique, est composée d'une file active moyenne de 1 485 patients.

S'agissant du personnel, on trouve 16 équivalents temps plein (ETP) de psychiatres pour 100 000 habitants, 99 ETP d'infirmiers et 9 ETP de psychologues dans le secteur bien doté de classe 6 contre 9 ETP de psychiatres, 54 ETP d'infirmiers et 5 ETP de psychologues pour le secteur peu doté de classe 9.

Concernant l'équipement, on recense 104 lits d'hospitalisation pour 100 000 personnes en secteur 6 et 54 lits en secteur 9, 31 places en hôpital de jour contre 25,5 places en secteur 9.

(1) Audition du 3 octobre 2013.

(2) IRDES, Questions d'économie de la santé cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France, août 2009.

**STATISTIQUES DESCRIPTIVES DE LA PARTITION EN NEUF CLASSES
DES SECTEURS PSYCHIATRIQUES**

	Secteurs très bien dotés			Secteurs moyennement dotés		Secteurs peu dotés			
	Classe 6	Classe 2	Classe 1	Classe 3	Classe 4	Classe 7	Classe 8	Classe 5	Classe 9
Nombre de secteurs dans la classe	93	36	132	184	57	23	80	86	103
Pourcentage de la classe dans l'ensemble des secteurs	11,8	4	16,7	23,3	7,2	2,9	10,1	10,9	13
Équipement									
Nombre moyen de centres médico-psychologiques (CMP)	1,5	2,4	3,7	2,9	2,9	2,2	1,8	2,3	2,3
Nombre moyens de centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et d'ateliers thérapeutiques (AT)	1,2	1,5	2,8	2,3	1,6	1,3	1,1	1,7	0,9
Places en hôpital de jour *	30,9	93,0	82,8	49,3	89	23,2	2,7	35,5	25,4
Places en hôpital de nuit *	3,6	11,5	5,5	4,7	8,7	0,2	1	3,1	2,7
Lit d'hospitalisation temps plein *	104	317	241	172	166	316	112	98	54
Personnel									
Équivalents temps plein (ETP) de psychiatres	16,1	13,5	11,7	8,8	11	7,9	10,3	7,3	9,2
ETP d'infirmiers *	99,3	137,8	171,7	114,1	109,4	50,6	74,5	94,8	54
ETP de psychologues *	8,9	6,6	7,4	5,3	5,8	5,3	5	4,5	5,1
Accessibilité - Accueil									
Pourcentage de CMP ouverts au moins 2 jours/semaine après 18 heures	77,3	54,7	30	29,9	43,7	24,2	52,3	37	44,3
Pourcentage de CMP ouverts tout au long de l'année (y c. été)	97,3	87,8	87,3	92,3	74	96,6	94,9	93	87,7
Pourcentage d'hôpitaux de jour ouverts tout au long de l'année (y c. été)	88,6	63,4	83,8	81,6	79	81,1	80	89,2	90,3
Activité									
File active totale	1 578	1 361	1 813	1 438	1 514	1 227	1 448	1 374	1 485
Durée moyenne d'hospitalisation cumulée dans l'année (en journées)	42,1	45,2	49,3	46,2	39,9	39,4	42,8	41,9	34,2
Taux d'occupation des lits	90	96	92	92	92	92	90	87	88

Caractéristiques des classes

- 6 Secteurs franciliens très bien dotés en personnel médical
- 2 Secteurs urbains bien dotés en équipement varié
- 1 Secteurs ruraux bien dotés en personnel non médical et équipement
- 3 Secteurs moyennement dotés en personnel et équipement
- 4 Secteurs moyennement dotés rattachés à des CHR
- 7 Secteurs atypiques sans hospitalisation à temps plein
- 8 Secteurs faiblement dotés en personnel et en alternatives
- 5 Secteurs aux problèmes de démographie médicale importants
- 9 Secteurs faiblement dotés avec forte orientation somatique

* pour 100 000 habitants de plus de 20 ans

Sources : Rapport d'activité des secteurs de psychiatrie, 2003, DREES ; Recensement général de Population, 1999, INSEE.

Lors de son audition du 14 février 2013, Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'IRDES, a confirmé que les dotations en moyen entre secteurs étaient inégales, car on constate un écart entre 9 ETP et 16 ETP pour les psychiatres, entre 54 ETP et 140 ETP pour les infirmiers et un nombre de lits variant de 50 à 300.

La Cour des comptes, dans son rapport sur l'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ⁽¹⁾, a également souligné que la sectorisation n'avait pas permis de réduire les inégalités territoriales, notamment dans la répartition des lits et des professionnels de santé.

S'agissant de l'hospitalisation à temps complet, les régions qui étaient bien dotées, comme le Centre et la Bretagne, le demeurent. En 2009, on recense ainsi 89 lits pour 100 000 habitants en Île-de-France contre 154 lits pour 100 000 en Bretagne. Quant à l'hospitalisation à temps partiel, on retrouve ces mêmes écarts. La Bretagne compte 59 places pour 100 000 habitants contre 22 places pour 100 000 en Corse et 26 places pour 100 000 en Bourgogne.

La répartition des psychiatres est, de même, disparate. S'agissant des psychiatres libéraux et mixtes, on recense 21 professionnels pour 100 000 habitants en Gironde contre 2 pour 100 000 en Vendée en 2009. Quant aux psychiatres salariés, on constate un écart entre 27 pour 100 000 habitants à Paris et 5 pour 100 000 en Indre.

2. Des moyens inégalement répartis

Bien que les dépenses représentées par les troubles psychiatriques au sein de l'assurance maladie soient conséquentes, les moyens humains sont insuffisants et pâtissent de vacances de postes.

a. Un financement fondé sur une dotation

Les dépenses occasionnées par le traitement des troubles psychiatriques et en santé mentale sont loin d'être négligeables.

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a chiffré à 22,6 milliards d'euros le montant des dépenses remboursées en 2011 par l'assurance maladie au titre de la santé mentale, soit 15 % du total des dépenses de santé ⁽²⁾.

Les dépenses hospitalières sont majoritaires, de l'ordre de 10,5 milliards d'euros, soit 47 % des dépenses de santé mentale. Elles ont augmenté de 1,8 % en moyenne par an de 2008 à 2012.

S'agissant des dépenses ambulatoires qui comprennent aussi bien le remboursement de médicaments soit 2,9 milliards d'euros que le versement d'indemnités journalières à hauteur de 2,6 milliards d'euros, elles représentent un total de 9,8 milliards d'euros soit 43 % des dépenses de santé mentale. Elles ont progressé de 4,9 % en moyenne par an de 2005 à 2011.

(1) *Cour des comptes*, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

(2) *Audition du 17 octobre 2013*.

Les prestations pour invalidité, quant à elles, contribuent pour 2,2 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses de santé mentale.

Si l'on examine de façon plus détaillée la répartition des dépenses liées à la santé mentale, on relève qu'elle est différente selon les pathologies.

14,1 milliards d'euros ont été mobilisés pour des patients atteints de pathologies psychiatriques dont la sévérité a nécessité une hospitalisation ou une prise en charge au titre de l'ALD (affection de longue durée) et 8,5 milliards d'euros ont été dépensés pour des patients ayant une consommation régulière de médicaments psychotropes.

Le mode de financement actuel repose sur une dotation annuelle de fonctionnement qui couvre les activités de psychiatrie et de soins de suite. La dotation comprend les prises en charge à temps complet, l'hôpital de jour et les CMP. Les dotations sont fixées par arrêté du directeur de l'ARS de rattachement de l'établissement de santé et versées mensuellement par les caisses d'assurance maladie compétentes.

Chaque établissement est ensuite autonome dans l'allocation des ressources, comme l'a souligné Mme Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins à la DGOS ⁽¹⁾.

Ce dernier point n'est pas favorable à la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux.

Lors de son audition ⁽²⁾, M. Édouard Couty, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes, a rapporté que le groupe de travail de sa commission avait constaté la situation souvent délicate des services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, où cohabitent des activités tarifées en T2A (à l'activité) et une activité de psychiatrie sous le régime de la dotation globale. « *Tous les responsables nous ont indiqué que la situation était souvent délicate, car lorsqu'un hôpital général est déficitaire du fait de la T2A, par exemple du fait d'une petite baisse d'activité en maternité ou en chirurgie, on vient prendre sur la masse du budget global de la psychiatrie pour rééquilibrer les comptes de l'établissement.* »

Un autre inconvénient de ce système est de pérenniser les inégalités car il repose sur des budgets historiques qui sont reconduits.

De plus, ce système de financement n'incite pas à la prise en charge ambulatoire.

b. Des moyens humains limités

S'agissant des troubles psychiatriques, si de nombreux professionnels interviennent : médecins généralistes et psychiatres, infirmiers, ergothérapeutes

(1) Audition du 20 juin 2013.

(2) Audition du 7 février 2013.

ainsi que des psychologues et des assistants sociaux, ils doivent faire face à des vacances de postes et à une répartition inégale sur le territoire.

- *La situation paradoxale des psychiatres*

Selon la Cour des comptes⁽¹⁾ au 1^{er} janvier 2011, on dénombrait 13 645 psychiatres, dont 60,5 % de salariés et 39,5 % en exercice libéral mixte ou exclusif. Ce chiffre est passé à 14 401 psychiatres au 1^{er} janvier 2012 selon la DGOS.

La densité est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants, ce qui place la France au-dessus de la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). En effet, selon sa base de données de santé de 2009, la densité la plus forte se situe en Suisse avec 42 psychiatres pour 100 000 habitants et la plus faible en Turquie avec 3 psychiatres pour 100 000 habitants, la moyenne étant de 15 psychiatres pour 100 000 habitants comme au Canada ou aux Pays-Bas. Il convient d'émettre des réserves sur ce type de comparaison, car la définition de cette discipline et le champ des responsabilités exercées diffère d'un pays à l'autre.

Néanmoins, ce constat ne doit pas occulter trois difficultés.

Un des premiers sujets de préoccupation est la vacance des postes en psychiatrie publique. Ainsi, la Cour des comptes, dans son rapport précité, a indiqué qu'un poste budgétaire sur cinq était vacant. Lors de son audition⁽²⁾, la docteure Francine Van Hee, référente en santé mentale de l'ARS Nord-Pas-de-Calais, a évoqué la situation de sa région. Sur 366 postes de psychiatres dans le secteur adulte, 70 sont vacants et, sur les 90 postes de pédopsychiatrie, 14 postes ne sont pas pourvus.

Parallèlement à cette difficulté, la question du remplacement des psychiatres partant à la retraite se pose avec acuité, en raison d'une pyramide des âges défavorable.

Selon les statistiques de l'IRDES, 59 % des psychiatres pour adultes ont cinquante ans et plus. Ce sont donc 40 % des psychiatres qui partiront à la retraite d'ici sept ans, a rappelé le docteur Patrice Charbit, président de l'Association française des psychiatres d'exercice privé-Syndicat national des psychiatres privés⁽³⁾.

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 avait donc prévu d'augmenter les places offertes en psychiatrie, à l'issue de l'examen national

(1) *Cour des comptes*, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

(2) *Audition du 20 juin 2013*.

(3) *Audition du 27 juin 2013*.

classant pour les passer de 245 à 300 places. À la rentrée 2011, ce sont 465 places qui ont été proposées.

Enfin, la répartition des psychiatres libéraux sur le territoire est inégale.

La Cour des comptes relève ainsi dans son rapport précité ⁽¹⁾ que 80 % des psychiatres exercent dans des villes de plus de 50 000 habitants.

- *La disparition des infirmiers psychiatriques*

La deuxième difficulté tient à la disparition progressive des infirmiers psychiatriques.

En 2009, 51 138 infirmiers exerçaient en établissements de santé psychiatrique. La densité est de 87 infirmiers pour 100 000 habitants ⁽²⁾.

Initialement, les infirmiers travaillant dans des hôpitaux psychiatriques recevaient une formation particulière de deux ans ⁽³⁾, portée par la suite à trois ans, et portaient le titre d'infirmier psychiatrique ⁽⁴⁾.

En 1992 un diplôme unique d'infirmier a été créé ⁽⁵⁾ et les infirmiers psychiatriques ont été mis en cadre d'extinction. Une des conséquences est la diminution de la formation théorique en psychiatrie.

Lors de son audition ⁽⁶⁾, la Coordination nationale des infirmiers a souligné que désormais la formation en psychiatrie comprend 440 heures de théorie et 350 heures de stages obligatoires, contre 2 280 heures de théorie et 2 360 heures de stage qui étaient prévues dans la formation antérieure du diplôme d'infirmier psychiatrique.

Selon Mme Brigitte Fages, cadre supérieur socio-éducatif à l'hôpital Paul-Guiraud de Villejuif ⁽⁷⁾, les infirmiers se concentrent désormais sur des actes techniques quand les infirmiers psychiatriques privilégiaient le relationnel.

Mme Danièle Hagen, cadre de santé, référente du collectif psychiatrie de la Coordination nationale des infirmiers ⁽⁸⁾, a également constaté que les nouveaux infirmiers étaient « *plus dans l'agir que dans le réfléchir* » et éprouvaient des

(1) *Cour des comptes*, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

(2) *Données de la direction générale de l'offre de soins (DGOS)*.

(3) *Arrêté du 23 juillet 1955*.

(4) *Arrêté du 12 mai 1969*.

(5) *Décret n° 92-264 du 23 mars 1992 modifiant le décret n° 81-306 du 2 avril 1981 modifié relatif aux études conduisant au diplôme d'État d'infirmier et d'infirmière*.

(6) *Audition du 4 juillet 2013*.

(7) *Audition du 4 juillet 2013*.

(8) *Audition du 4 juillet 2013*.

difficultés à gérer les crises, voire même les relations avec des patients psychotiques ou schizophrènes.

Toutefois, un des points positifs de cette réforme est la meilleure prise en charge somatique des patients.

En pratique, les infirmiers titulaires du diplôme unique sont encore minoritaires, de l'ordre de 25 % de l'effectif global selon les chiffres SAE de 2008.

- *La place des psychologues*

Enfin, une réflexion s'impose sur le rôle que pourraient jouer les psychologues.

Selon le docteur Piernik Cressard, membre de la section éthique et déontologie de l'Ordre national des médecins, le psychiatre établit un diagnostic médical tandis que le psychologue se livre à un diagnostic psychologique. « *Le psychiatre est diplômé de la faculté de médecine et juge du fonctionnement de l'esprit tandis que le psychologue est diplômé de la faculté de lettres et s'occupe du désordre de l'esprit.* »⁽¹⁾.

En préalable, votre Rapporteur soulignera qu'au sein de ce métier coexistent plusieurs professions.

Les psychologues de la fonction publique hospitalière exercent dans des établissements publics de santé deux fonctions : une fonction clinique et une fonction de formation et de recherche. Ainsi, « *ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité* »⁽²⁾. En pratique, ils réalisent des expertises cliniques et des actes de psychothérapie. Ainsi, le psychologue écoute, accompagne les patients et met en œuvre des thérapies de type verbal ou corporel (psychodrame) ou de type matériel (expression graphique, musicale).

D'autres psychologues peuvent exercer dans des établissements de santé publics ou privés ou dans des structures médico-sociales sans pour autant appartenir au personnel médical ou paramédical. En effet, ces derniers sont titulaires d'un diplôme de sciences humaines en psychologie clinique et en psychopathologie. Ils entretiennent des liens de coopération et non hiérarchiques avec les équipes soignantes.

(1) Audition du 4 juillet 2013.

(2) Décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière.

De par leur accompagnement d'autres professionnels de la santé ou du secteur social, dans l'exercice de leur métier, ils peuvent donc jouer un rôle important.

- *Le rôle important des assistants sociaux*

Le rôle des assistants sociaux est primordial pour accompagner les malades dans leurs démarches, qui sont souvent isolés et démunis. Ils participent également à des visites à domicile avec les infirmiers.

Le Haut Conseil de la santé publique dans son rapport d'évaluation ⁽¹⁾ note d'ailleurs qu'« *au même titre que les infirmières, les assistantes sociales apparaissent comme des acteurs centraux de la prise en charge des patients par l'écoute et le conseil* ».

Lors de son audition ⁽²⁾, l'Association professionnelle des services sociaux hospitaliers et de la santé a estimé qu'entre 2 500 et 3 000 assistants sociaux travaillent en psychiatrie.

La prise en charge sociale contribue au projet de soin, c'est pourquoi les assistants sociaux en psychiatrie sont associés à l'équipe pluridisciplinaire, à la différence de leurs collègues œuvrant en secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) qui relèvent du service social.

Cependant, selon Mme Brigitte Fages, cadre supérieur socio-éducatif à l'hôpital Paul-Guiraud de Villejuif ⁽³⁾, le recrutement et la fidélisation sont difficiles.

3. Un effort de recherche contrasté

Lors de son audition, le docteur Bernard Bioulac, ancien directeur de l'Institut thématique multi-organismes (ITMO) Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie, a rappelé que le champ de la recherche en psychiatrie était large, comprenant à la fois une recherche fondamentale en « neurosciences », une recherche en épidémiologie et une recherche en sciences humaines et sociales, les trois étant difficilement dissociables.

Trois principales difficultés ont été relevées lors de l'audition consacrée à la recherche :

– un financement public insuffisant : la recherche dans ce domaine reçoit 3 % des crédits publics de recherche en santé ⁽⁴⁾, les sciences du vivant absorbant

(1) *Haut Conseil de la santé publique, Évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, octobre 2011.*

(2) *Audition du 4 juillet 2013.*

(3) *Audition du 4 juillet 2013.*

(4) *Cour des comptes L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.*

23 % de l'ensemble des crédits budgétaires recherche de la mission interministérielle *Recherche et enseignement supérieur*, soit 3 milliards d'euros en 2013.

Le professeur Frédéric Rouillon, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, a relevé la faiblesse de la psychiatrie dans la recherche biologique. Ce point a été corroboré par la professeure Marion Leboyer, directrice de la fondation Fondamental, qui a cité une étude médico-économique comparative sur le financement de la recherche publiée en 2012 qui montre que la part du budget total de la recherche biomédicale attribuée aux maladies mentales n'est que de 2 % en France contre 7 % au Royaume-Uni et 11 % aux États-Unis ;

– un faible nombre de chercheurs. Les effectifs hospitalo-universitaires en psychiatrie ne représentent que 2,4 % de l'ensemble de leur catégorie. Par ailleurs, ils doivent se consacrer à leurs activités cliniques et ne disposent pas d'assez de temps pour leurs activités de recherche ;

– une recherche interdisciplinaire peu développée. Les sciences humaines et sociales spécialisées dans la psychiatrie sont très peu représentées, alors même que les troubles psychiatriques sont liés également à des facteurs environnementaux.

Néanmoins, malgré ce constat, la France réussit à obtenir de très bons résultats dans certains domaines.

En 2010, les publications françaises représentent 3 % de la production mondiale et se situent au quatrième rang européen et au neuvième rang mondial.

La France est à la pointe de la recherche génétique, elle a identifié des gènes de vulnérabilité à la schizophrénie. Mme Marie-Odile Krebs, responsable du programme santé mentale et addictions à l'Agence nationale de la recherche (ANR), a indiqué que les thérapeutiques innovantes étaient un des domaines d'excellence de la recherche française. Des travaux pilotes ont été menés dans le domaine de la stimulation cérébrale profonde afin de traiter des troubles obsessionnels compulsifs sévères et résistants. Votre Rapporteur a d'ailleurs visité, lors de son déplacement au centre hospitalier universitaire de Grenoble, l'unité de traitements biologiques qui pratique des stimulations magnétiques crâniennes.

La recherche française possède des atouts. Elle s'est structurée en réseau, ce qui favorise le développement d'une recherche innovante. L'avantage d'une telle structure est de créer une masse critique de chercheurs ce qui permet une recherche interdisciplinaire et une plus grande visibilité sur le plan international.

La fondation Fondamental est représentative ce type de réseau. Créée en 2007 par le ministère de la recherche et de l'enseignement, cette fondation se consacre aux troubles psychiatriques les plus sévères autour de quatre missions :

– les soins : elle cherche à améliorer le diagnostic précoce des maladies mentales. Pour ce faire, des centres experts, spécialisés par pathologie, consistant en des plateformes pluridisciplinaires de diagnostic et de recherche suivent des cohortes ;

– la recherche : elle travaille sur l'identification des biomarqueurs ;

– la formation : elle cherche à sensibiliser les jeunes médecins ;

– l'information : la fondation mène des campagnes afin de « dé-stigmatiser » les maladies mentales.

Vingt-cinq centres experts en France mènent des activités notamment sur les troubles bipolaires, la schizophrénie et la dépression sévère.

II. VERS UN DISPOSITIF DES SOINS PSYCHIATRIQUES RÉNOVÉ ET INTÉGRÉ

Afin de replacer l’usager au cœur du dispositif, il est impératif de rénover le secteur, autour d’une prise en charge intégrée qui privilégie l’inclusion sociale et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif.

A. UN SECTEUR RÉNOVÉ

Comme l’a résumé Mme Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l’offre de soins à la DGOS ⁽¹⁾, « *ce qui semble faire consensus, c’est que le secteur est une aire d’organisation d’une offre de soins de proximité* ». Deux éléments clés sont à l’origine du secteur, la territorialité et un maillage serré (population de 70 000 à 110 000 habitants par secteur) assurant la proximité qui permettent une prise en charge optimale du malade. C’est pourquoi cette organisation des soins conserve toute son actualité, même si elle doit s’adapter aux évolutions et corriger ses insuffisances.

Votre Rapporteur préconise de réaffirmer la légitimité et l’actualité des secteurs en fixant par la loi leurs missions communes (proposition n° 6) ⁽²⁾.

S’agissant de la pédopsychiatrie, votre Rapporteur recommande de réaffirmer la légitimité et l’actualité de l’intersecteur infanto-juvénile en fixant par la loi leurs missions minimales (proposition n° 13).

L’organisation sectorielle doit évoluer à la fois vers plus de coopération avec d’autres acteurs et conforter les politiques intersectorielles.

1. Un ancrage territorial réaffirmé

Selon l’expression de M. Édouard Couty, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes ⁽³⁾, « *un secteur psychiatrique, c’est un territoire et la définition de ce territoire de proximité est particulièrement importante car il s’agit du parcours de vie d’un patient sur ce territoire* ».

Ce constat est partagé par Mme Natacha Lemaire ⁽⁴⁾, qui souligne que le territoire permet de faire le lien avec l’ensemble des autres partenaires et acteurs de la prise en charge, au-delà des professionnels de la santé mentale et participe donc du décroisement de la prise en charge qui sera traité ci-dessous.

(1) Audition du 20 juin 2013.

(2) Voir liste des propositions page 91.

(3) Audition du 7 février 2013.

(4) Audition du 20 juin 2013.

C'est pourquoi, dans son pacte de confiance pour l'hôpital ⁽¹⁾, M. Édouard Couty propose d'assurer la prise en charge des maladies mentales, sur un territoire de proximité défini par le secteur psychiatrique, dont l'organisation et le fonctionnement pourraient être renouvelés.

2. Une ouverture aux autres acteurs

a. La complémentarité avec l'offre privée

Selon le Haut Conseil de la santé publique ⁽²⁾, « *la psychiatrie privée est un partenaire important mais très inégalement présent dans les régions selon les secteurs. Or la psychiatrie libérale et les cliniques privées ont un rôle important dans l'offre de soins pour compléter la carte des lieux de prise en charge* ».

Pour le docteur Patrice Charbit, président de l'Association française des psychiatres d'exercice privé-Syndicat national des psychiatres privés ⁽³⁾, l'articulation entre la psychiatrie publique et privée existe déjà. Selon M. Michel Marchand, président d'honneur de ce même syndicat, la file active des psychiatres libéraux serait de 2 millions de patients et ils réaliseraient 17 millions de consultations par an. 65 % des psychiatres exercent dans le secteur 1 et sont donc remboursés par la sécurité sociale.

Le dernier rapport de la Fédération hospitalière de France ⁽⁴⁾ fait état de 161 cliniques et hôpitaux privés ayant réalisé 4,6 millions de journées en 2011, soit 17 % de l'activité totale de psychiatrie.

S'agissant de l'offre d'établissements de santé, M. François Meillier, délégué général de l'Union nationale des cliniques psychiatriques privées (UNCPSY) ⁽⁵⁾, a fait part du développement depuis 2005, dans ces structures, de l'offre d'hospitalisation de jour, qui est passée de 200 places à un millier aujourd'hui.

Cependant, la part de marché des cliniques privées en psychiatrie est très inégalement répartie sur le territoire. Selon une évaluation de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ⁽⁶⁾, elles représentent 45 % « des parts de marché » en Languedoc-Roussillon en 2010 et 38 % en Champagne-Ardenne mais ne sont présentes ni en Basse-Normandie, ni en Guadeloupe et Guyane. Sur tout le territoire, elles totalisent 17 % « des parts de marché ».

(1) Édouard Couty et Claire Scotton, Le pacte de confiance pour l'hôpital, *Ministère des affaires sociales et de la santé*, mars 2013.

(2) Haut Conseil de la santé publique, Évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, octobre 2011.

(3) Audition du 27 juin 2013.

(4) Fédération hospitalière de France Cliniques et hôpitaux privés au cœur du système de santé, *édition 2013*.

(5) Audition du 3 juillet 2013.

(6) Fabienne Bartoli, Nathalie Destais, Isabelle Yeni, Hubert de Beauchamp, Évaluation de la place et du rôle des cliniques privées dans l'offre de soins, *Inspection générale des affaires sociales*, septembre 2012.

Par ailleurs, Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'IRDES⁽¹⁾, a noté une spécialisation des cliniques privées dans les troubles de l'humeur. En analysant les données du RIM-P en 2011, la dépression représente 45 % de la patientèle des cliniques privées. *A contrario*, les troubles schizophréniques représentent 13 % de la patientèle des cliniques privées contre 17 % de la patientèle dans le secteur public.

Lors de son audition⁽²⁾, la CNAMTS a présenté une comparaison de l'organisation des soins psychiatriques en France par rapport à plusieurs pays étrangers. La prépondérance de l'hospitalisation en établissement public se retrouve en Angleterre et en Autriche. En Allemagne, Espagne, Italie, Norvège et aux États-Unis, la répartition entre le secteur public et privé est la règle. Quant aux Pays-Bas, ils ont fait le choix d'une offre essentiellement privée avec conventionnement.

Une plus grande complémentarité entre l'offre publique et privée pourrait être organisée, notamment par l'intermédiaire des ARS et de leurs schémas régionaux d'organisation des soins, comme l'a rappelé Mme Natacha Lemaire, sous-directrice de la régulation de l'offre de soins à la DGOS⁽³⁾. C'est ainsi que M. Olivier Devron, président de l'UNCPSY⁽⁴⁾, a indiqué que cinq de leurs structures avaient été ouvertes, suite à un appel d'offres des ARS, qui, en fonction des besoins régionaux, avaient élaboré une complémentarité avec l'hôpital public.

Votre Rapporteur suggère donc de favoriser, dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé, l'articulation entre l'offre de soins psychiatriques publique et privée (proposition n° 7).

b. La solution des conseils locaux de santé mentale

La majorité des malades vivant désormais dans la cité, les élus sont confrontés aux difficultés d'insertion et à la vulnérabilité de ces populations. Ils doivent gérer des troubles de voisinage ou des troubles à l'ordre public. Sollicités, les élus locaux ont toute légitimité pour s'impliquer dans le domaine de la santé mentale.

« *Consoler l'esprit, consolider la cité* », telle est l'expression qu'utilise M. Laurent El Gozhi, président de l'association Élus, santé publique et territoires.

Dans le cadre de la politique de la ville, les élus se sont donc investis dans les « ateliers santé ville » au sein desquels les questions de santé mentale sont apparues comme prioritaires. À partir des années 2000, une nouvelle structure a émergé, propre à la santé mentale, avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM). Ces plateformes permettent une concertation et une coordination entre

(1) Audition du 5 juin 2013.

(2) Audition du 17 octobre 2013.

(3) Audition du 20 juin 2013.

(4) Audition du 3 juillet 2013.

les professionnels de santé, dont les psychiatres, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers et leurs familles, et les élus locaux. Peuvent y participer les bailleurs ou les services municipaux.

Lors de son audition, M. Laurent El Gozhi ⁽¹⁾, a précisé le fonctionnement de ces conseils. Le maire en assure la présidence, une assemblée plénière décide des orientations et des priorités ; des groupes de travail peuvent être constitués sur des thématiques comme le logement ou le travail. La professeure Catherine Massoubre praticienne hospitalière en psychiatrie, au centre hospitalier de Saint-Étienne ⁽²⁾, a loué le travail effectué par le CLSM de cette ville qui a mis en place trois groupes ayant pour thème « espace public et habitat », « culture, loisir, sport » et « formation, information ».

Le CLSM est le lieu qui permet l'articulation entre le sanitaire et le social sur un territoire. En son sein, peuvent être ainsi abordées des questions qui participent de la prise en charge de l'usager sans relever du sanitaire, comme le logement, les services d'accompagnement à la vie sociale, l'attribution de droits et prestations sociales, l'insertion professionnelle ou l'accès aux loisirs. À Lille, une cellule des situations complexes réunit notamment un élu, une coordonnatrice du Conseil intercommunal de santé mentale et de citoyenneté, un professionnel de santé, un représentant des usagers et l'usager s'il l'accepte, pour trouver des solutions concrètes à ses problèmes de logement et parfois d'emploi.

Il est aussi le lieu où des professionnels peuvent confronter leurs méthodes de travail. Mme Marianne Auffret, maire-adjointe à la mairie du XIV^e arrondissement de Paris ⁽³⁾, a cité, au titre de l'acculturation entre les services, le dialogue entre les pompiers et les assistants sociaux au sein de son CLSM.

Le CLSM permet donc une véritable prise en charge globale et participe de la « dé-stigmatisation » des malades. Il est un cadre de mobilisation des dispositifs de droit commun. Ceux-ci doivent être préférés à la création de dispositifs spécifiques qui ne devraient être envisagée qu'à titre subsidiaire. Un autre atout est sa capacité à répondre à des questions locales, chaque territoire étant appréhendé avec ses caractéristiques sociales et économiques. À Lille, la cellule des cas complexes examine concrètement les solutions à proposer à des usagers qui sont invités à participer à la réunion les concernant.

Ce dispositif rencontre un succès auprès des élus. Au nombre de vingt-cinq en 2009, plus d'une centaine sont recensés en 2013, dont soixante-quatre en fonctionnement et quarante-cinq en gestation. L'ARS Île-de-France a même décidé de lancer un appel à projet afin de faciliter et de pérenniser la création de ces instances. L'objectif est de soutenir une soixantaine de CLSM sur cinq ans. Pour ce faire, elle a élaboré un cahier des charges et propose de cofinancer quinze

(1) Audition du 19 juin 2013.

(2) Audition du 23 mai 2013.

(3) Audition du 19 juin 2013.

postes de coordinateurs de CLSM. En 2013, huit communes ont été retenues : Nanterre, Saint-Denis, Aubervilliers, Nemours, Choisy-le-Roi, Tremblay-en-France, Montreuil et Bondy.

La ministre des affaires sociales et de la santé a réaffirmé son soutien à ce dispositif lors de la deuxième rencontre nationale des CLSM à Lyon en mars 2013 : « *Je me réjouis de la montée en puissance des CLSM dont je veux soutenir le déploiement sur l'ensemble du territoire.* »

C'est pourquoi votre Rapporteur préconise d'encourager la constitution de conseils locaux de santé mentale ou de santé et de santé mentale et d'élaborer à cette fin un référentiel national qui servirait de guide tout en gardant la souplesse nécessaire à l'adaptation au territoire (proposition n° 17).

Il lui semble judicieux également d'étendre le périmètre des activités des conseils locaux de santé mentale à la pédopsychiatrie et à la psychiatrie du sujet âgé (proposition n° 18).

Le cahier des charges de l'ARS Île-de-France pour constituer un CLSM

Ce cahier des charges a pour objectif de fixer un guide pour la mise en place d'un CLSM pour les professionnels, les élus, les usagers, les institutions, les établissements et les associations afin de constituer un espace de concertation.

Le CLSM a trois missions :

- mettre en place une observation en santé mentale visant à repérer des données épidémiologiques, connaître et partager l'état des ressources, les besoins de santé des usagers ;
- coordonner le partenariat entre tous les acteurs ;
- développer une stratégie locale répondant aux besoins de la population en matière de prévention, d'accès aux soins et de continuité.

Le CLSM a quatre objectifs stratégiques :

- organiser un diagnostic local de la situation en santé mentale ;
- permettre un égal accès aux soins et leur continuité ;
- développer l'éducation en santé mentale ;
- favoriser l'inclusion sociale et contribuer à la dé-stigmatisation.

Et quatre objectifs opérationnels :

- définir des priorités à partir du diagnostic ;
- développer et conforter les partenariats entre acteurs ;
- améliorer les pratiques professionnelles ;
- faciliter la participation des usagers et de leurs aidants.

La gouvernance :

Le maire préside le CLSM, le chef de secteur est associé au pilotage, les représentants des usagers sont partie prenante.

Un comité de pilotage qui rassemble tous les participants arrête les objectifs prioritaires et le programme de travail, le choix et la composition des groupes de travail.

L'assemblée plénière est un lieu d'échanges et de concertation.

Un coordonnateur est responsable du fonctionnement courant du CLSM et prépare les assemblées plénières et les comités de pilotage et en assure le suivi.

3. Une intersectorialité confortée

L'intersectorialité est une évolution tendant à la mise en place de dispositifs transversaux centrés sur des activités répondant à des pathologies spécifiques.

- *Les populations précaires*

La précarité recouvre des situations différentes et s'entend de manière large.

La professeure Catherine Massoubre, psychiatre au centre hospitalier de Saint-Étienne⁽¹⁾, a cité la définition de la docteure Viviane Covez adoptée par l'Union européenne : la précarité est « *l'absence d'une ou plusieurs sécurités essentielles, emploi, logement, famille qui permettent aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux* ».

La prévalence importante des troubles psychiatriques et mentaux au sein des populations précaires rappelée ci-dessus et leur isolement ont nécessité la mise en place d'un dispositif original, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

Une circulaire du 23 novembre 2005⁽²⁾ définit les missions de ces équipes. Elles sont chargées d'aller au-devant de ces populations, par le biais de maraudes dans la rue, de visites dans les hôtels sociaux afin de faciliter la prévention, d'identifier leurs besoins et de les orienter vers un dispositif de soins si nécessaire. Elles doivent également assurer l'interface entre les services sociaux et les secteurs de psychiatrie afin d'assurer une prise en charge globale de ces personnes. Le relais peut être pris, alors, par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS-PSY)⁽³⁾ adossées à un établissement de santé. Elles accueillent, orientent

(1) Audition du 23 mai 2013.

(2) DHOS /02/DGS/6C/DGAS/1a/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

(3) Article L. 6112-6 du code de la santé publique.

et accompagnent les patients en situation de précarité dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Si des conventions ont été conclues avec l'État, ces permanences peuvent aussi prendre en charge des consultations et délivrer des traitements.

Lors de son audition, le docteur Alain Mercuel, chef de service santé mentale en exclusion sociale à l'hôpital Sainte-Anne de Paris ⁽¹⁾, a indiqué qu'il existait environ cent vingt EMPP sur le territoire dont vingt-cinq en Île-de-France. Ces équipes sont coordonnées de manière départementale comme dans les Bouches-du-Rhône ou sur une base régionale comme en Île-de-France ou en Pays de la Loire.

Le docteur Alain Mercuel a mené une enquête en 2011 auprès de 62 EMPP qui s'occupaient d'une file active de 33 000 personnes. 74 % de ces équipes sont rattachées à un centre hospitalier spécialisé, 14 % à un établissement privé de santé d'intérêt collectif et 12 % à un centre hospitalier de recherche universitaire. 60 % sont situées en milieu urbain.

La composition de ces équipes (3,6 ETP en moyenne) est majoritairement composée d'infirmiers (1,9 ETP en moyenne) et de psychologues (0,7 ETP en moyenne). Elles prennent en charge entre 270 et 280 personnes en moyenne.

L'intérêt majeur de ce dispositif est de permettre le maintien dans le soin de ces populations. En effet, environ trois quarts des personnes précaires abandonnent le parcours de soin. C'est pourquoi, il convient de généraliser ce dispositif et de systématiser, à un niveau intersectoriel à définir par les ARS pour tenir compte des nécessités locales, la mise en place d'un référent précarité.

C'est pourquoi, votre Rapporteur recommande de généraliser sur une base territoriale définie par l'agence régionale de santé le dispositif des équipes mobiles psychiatrie précarité (proposition n° 10).

- *La psychiatrie du sujet âgé*

La psychiatrie du sujet âgé recouvre des situations très diverses.

La docteure Marie-Pierre Pancrazi en charge de l'équipe de gérontologie à l'ARS Île-de-France ⁽²⁾ a détaillé les trois types de populations âgées pouvant entrer dans ce périmètre :

- les malades atteints de troubles psychiatriques vieillissants ;
- les malades qui étaient atteints de troubles psychiatriques ou de santé mentale sans manifestation apparente durant leur vie d'adulte et qui décompensent à un âge avancé ;

(1) Audition du 23 mai 2013.

(2) Audition du 3 octobre 2013.

– les malades présentant des pathologies neurologiques ou neurodégénératives, associées à des troubles psychiatriques.

Selon l'ARS Île-de-France, 1 % à 5 % des personnes âgées présentent une pathologie psychiatrique dont des troubles dépressifs (15 % à 20 %), des troubles bipolaires (1 % à 1,5 %), des psychoses (1 %), et de la démence (6,5 % après soixante-cinq ans, 40 % après quatre-vingt-dix ans).

Le suicide des personnes âgées est un phénomène méconnu.

Cette population cumule les difficultés de l'âge et de la maladie mentale. Les dispositifs de soins adaptés sont peu développés bien que le vieillissement de la population et l'augmentation des pathologies psychiatriques chez les personnes âgées rendent cette question primordiale.

En 2012, 16,8 % de la population a plus de soixante-cinq ans et 2,6 % de la population est âgée de plus quatre-vingt-cinq ans ⁽¹⁾. À l'horizon 2030, un tiers des Français aura soixante ans ou plus ⁽²⁾.

La docteure Marie-Pierre Pancrazi en charge de l'équipe de gérontologie à l'ARS Île-de-France a rappelé que, selon l'OMS, la France se classait au dix-huitième rang pour la réponse aux pathologies relevant de la géronto-psychiatrie.

L'organisation de la prise en charge des personnes âgées est donc plus que jamais nécessaire. Elle pourrait passer par des compétences renforcées et des pratiques adaptées à la fois dans les établissements de santé mentale et dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Des dispositifs souples peuvent être élaborés afin de gérer deux problématiques.

La première est celle de l'accès aux soins. Le repérage de ces personnes vulnérables et le maintien à leur domicile sont deux enjeux importants. La collaboration entre les médecins généralistes, les assistants sociaux, les associations d'aide à domicile pourrait y contribuer. S'agissant du soin, la mise en place d'équipes mobiles en psychiatrie du sujet âgé peut être une solution. À l'Établissement public de Lille Métropole, les soins médico-psychologiques de proximité comprennent des visites à domicile.

La deuxième problématique est la prise en charge de crises survenant en maisons de retraite ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Mme Marie-Hélène Angelloz-Nicoud, présidente de la Conférence nationale des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées et

(1) INSEE.

(2) DREES 2011.

dépendantes (CNDEHPA), a détaillé les principaux problèmes rencontrés par ces derniers. Il leur est difficile de disposer d'interlocuteurs médicaux appropriés, soit par manque d'intérêt, soit par déficit de professionnels. Les maladies psychiatriques n'affectent que rarement les personnes âgées hébergées dans les établissements médico-sociaux.

Le cloisonnement entre le secteur hospitalier et le secteur médico-social rend difficile la consultation de psychiatre en EHPAD.

Lors de son déplacement au centre hospitalier Le Vinatier à Bron, votre Rapporteur a visité l'unité du sujet âgé. Cette unité accueille des patients qui présentent des troubles psychiatriques et ne se veut pas un service gériatrique. La moyenne d'âge est de soixante-dix-huit ans et la durée d'une hospitalisation d'une centaine de jours. La cheffe de pôle, la docteure Blandine Perrin, a souligné une difficulté majeure : l'offre de soins en aval. En effet, il manque des structures pour accueillir ce type de patients car 80 % des patients repartent en EHPAD.

C'est pourquoi, il serait souhaitable d'établir des passerelles entre l'hôpital et les EHPAD, avec des allers retours éventuels.

La docteure Marie-Pierre Pancrazi en charge de l'équipe de gérontologie à l'ARS Île-de-France⁽¹⁾ évoquait, de son côté, la disponibilité de lits d'hospitalisation en cas de crise aiguë de ces malades, avec un personnel formé.

Mme Liliane Capelle, adjointe au maire de Paris chargée des seniors et du lien intergénérationnel⁽²⁾, a présenté la mise en œuvre d'une équipe expérimentale sur trois ans, financée par l'ARS Île-de-France, basée à l'EHPAD Alquier-Debrousse. Dénommée « Unité de liaison psychiatrie », elle se compose d'un psychiatre, d'un cadre et d'une infirmière. Son objectif est de mieux structurer l'interface entre la psychiatrie et les EHPAD et résidences services des centres d'action sociale de la Ville de Paris (CASVP).

Les missions de cette équipe seront :

- d'effectuer un état des lieux et de définir des modalités opérationnelles de partenariat entre les EHPAD et les résidences avec les secteurs. En effet à ce jour seuls un cinquième des résidents présentant des troubles psychiatriques sont suivis par le secteur ;

- de prévenir et de traiter les crises ; dans 12 % des cas la pathologie est découverte ou est apparue après l'admission ;

- de soutenir les équipes des EHPAD et des résidences services souvent démunies ; en effet, près d'un quart des résidents psychiatriques leur posent des problèmes.

(1) Audition du 3 octobre 2013.

(2) Audition du 3 octobre 2013.

Quant à la question de la prise en charge des personnes souffrant de pathologies psychiatriques vieillissantes, elle est particulièrement complexe. Il n'existe pas de structures dédiées et cette question se pose avec d'autant plus d'acuité qu'à partir de soixante ans, en pratique, la prise en charge de ces personnes doit s'effectuer au sein d'institutions médico-sociales, de type EHPAD où leur admission est difficile. Ces personnes sont jeunes par rapport à la moyenne d'âge des résidents qui tourne autour de quatre-vingt-cinq/quatre-vingt-sept ans, il existe une crainte de relations difficiles avec les autres résidents et le personnel de ces établissements n'est pas formé aux troubles psychiatriques, d'où une réticence à les accueillir.

M. Olivier Quenette, directeur de l'EHPAD Saint-Jean-de-Dieu à Marseille ⁽¹⁾, a présenté son institution qui est spécialisée dans l'accueil des malades psychiatriques âgés « vieux chroniques stabilisés ». La moyenne d'âge est de soixante-dix-sept ans et, en 2012, 30 % des admissions étaient le fait de personnes âgées de moins de soixante ans. Des conventions ont été passées avec les hôpitaux psychiatriques afin d'accompagner le passage de ces malades vers une autre institution (procédures de trois à six mois). Ce type d'établissement devrait être encouragé bien que l'hospitalisation ne doive intervenir qu'en dernier recours.

Votre Rapporteur recommande d'établir des passerelles entre les secteurs et les établissements médico-sociaux en incitant à la signature de conventions entre les EHPAD et les établissements de santé mentale afin de prévoir des consultations de psychiatres en EHPAD et l'admission en hôpital en cas de crise (proposition n° 9).

B. UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE

Il est possible d'apprendre à vivre avec une pathologie mentale, selon M. Tim Graecen, directeur du laboratoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche à Paris ⁽²⁾.

S'agissant des schizophrènes, le docteur Vincent Girard ⁽³⁾, psychiatre à l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille, a insisté sur le fait qu'environ 30 % des personnes se rétablissent dans les cinq ans du début de la maladie, 30 % beaucoup plus tard parfois après vingt-cinq ans et un tiers ne se rétablissent pas. La professeure Catherine Massoubre praticienne hospitalière en psychiatrie, au centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne ⁽⁴⁾, évoque, quant à elle, la rémission symptomatique qui permet de faire diminuer les symptômes de la schizophrénie et la rémission fonctionnelle qui permet de revivre dans la société et

(1) Audition du 3 octobre 2013.

(2) Audition du 23 mai 2013.

(3) Audition du 23 mai 2013.

(4) Audition du 23 mai 2013.

d'aboutir au rétablissement. On parle en effet de rétablissement, notion distincte de celle de guérison.

Le processus de rétablissement n'est possible que grâce à l'action cumulée des soins médicaux et de la réinsertion du malade dans la société, ce qui suppose une prise en charge intégrée. Ainsi que l'a résumé M. René Caillet, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale de la Fédération hospitalière de France ⁽¹⁾, le secteur doit être rénové en articulant mieux les soins, le médico-social et le social.

1. Faciliter le premier accès aux soins

a. Le rôle clé des médecins généralistes

Le médecin généraliste est souvent le professionnel de santé de premier recours pour un patient présentant des troubles psychiatriques ou de santé mentale, plus facile d'accès et surtout n'ayant pas une connotation stigmatisante. On estime qu'entre 20 % à 30 % des consultations des médecins généralistes sont liées à ces troubles ⁽²⁾.

Selon une étude de la DREES ⁽³⁾, 48 % des médecins généralistes qui prennent en charge des patients atteints de dépression proposent exclusivement un traitement médicamenteux. En cas de dépression non sévère, 50 % déclarent prescrire des antidépresseurs et des anxiolytiques. Selon la CNAMTS ⁽⁴⁾, 5,8 millions de personnes prennent des traitements psychotropes. Les proportions sont d'environ 5,5 % pour les médicaments anxiolytiques, 5 % pour les antidépresseurs et lithium, 3 % pour les hypnotiques et 0,6 % pour les neuroleptiques.

Le médecin généraliste s'impose donc comme un acteur de la santé mentale en premier recours à la fois en termes de prescription et d'orientation des malades.

Néanmoins, ce rôle pâtit de deux difficultés, une formation limitée dans ce domaine et une collaboration déficiente avec leurs confrères psychiatres.

Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'IRDES, a souligné que la formation du médecin généraliste ne conduisait pas nécessairement ce dernier à orienter ses patients vers un dispositif spécialisé. En effet, selon elle, la culture médicale et les modalités d'exercice libéral du médecin généraliste sont différentes des pratiques des psychiatres exerçant en milieu hospitalier.

(1) Audition du 12 septembre 2013.

(2) Lettre de la mission nationale d'appui en santé mentale, n° 92/93, octobre-novembre 2011.

(3) DREES « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et résultats*, septembre 2012

(4) CNAMTS, Rapport au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2014, juillet 2013.

Ce point a déjà été relevé par M. Édouard Couty, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes ⁽¹⁾ dans son rapport ⁽²⁾, où il constatait que ne figurait pas dans l'internat de médecine générale de stage obligatoire en psychiatrie, que ce soit en ambulatoire ou en service hospitalier.

Le docteur Piernik Cressard, membre de la section éthique et déontologie de l'Ordre national des médecins ⁽³⁾, s'est d'ailleurs prononcé pour une amélioration de la formation des médecins en psychiatrie.

Le suivi obligatoire d'un stage en psychiatrie en ambulatoire et en hospitalier, lors de leur cursus, pourrait être une solution ⁽⁴⁾.

C'est pourquoi, votre Rapporteur recommande de former les médecins généralistes afin qu'ils puissent détecter les troubles psychiatriques et orienter au mieux les patients en incluant un stage obligatoire en psychiatrie, en secteur hospitalier et en ambulatoire, dans la formation initiale et en renforçant la formation continue dans le domaine de la psychiatrie (proposition n° 1).

S'agissant de la collaboration avec leurs confrères psychiatres, soulevée par Mme Christine Bronnec, cheffe du bureau des prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale de la DGOS ⁽⁵⁾, il est recommandé d'élaborer un programme thérapeutique qui définit la place des deux professionnels de santé, afin d'éviter que le médecin généraliste ne suive plus son patient, à partir du moment où il a été adressé à un psychiatre.

Selon la professeure Marie-Christine Hardy, ancienne présidente du Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP) ⁽⁶⁾, dans le domaine de la dépression, ce travail en commun est important car il n'y aurait que 20 % de chance que la pathologie soit traitée de façon optimale si le généraliste seul la prend en charge. Ce taux passerait à 80 % lorsqu'un binôme médecin généraliste et psychiatre traite le patient.

La Haute Autorité de santé (HAS) a diffusé en février 2011 des recommandations de bonne pratique sur les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation chez le médecin généraliste. Les objectifs de ces recommandations sont de favoriser les échanges de courrier entre ces deux confrères, de formaliser leur contenu et de faire de ces échanges des éléments de formation à la santé mentale pour le médecin généraliste.

(1) *Audition du 7 février 2013.*

(2) *Édouard Couty, Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie, Rapport présenté à la ministre de la santé et des sports, janvier 2009.*

(3) *Audition du 4 juillet 2013.*

(4) *Audition de l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique le 27 juin 2013.*

(5) *Audition du 20 juin 2013.*

(6) *Audition du 26 juin 2013.*

Lors de son déplacement à l'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole, votre Rapporteur a pu observer un dispositif intéressant mis en place dans ce secteur dénommé « soins médico-psychologiques de proximité », dans lequel le médecin traitant joue un rôle clé. Toute personne orientée par son médecin traitant est reçue pour un entretien clinique dans les quarante-huit heures par un infirmier qui évalue sa situation. En cas d'urgence, le malade sera examiné par un psychiatre. Pour les autres cas, une réunion pluridisciplinaire est organisée deux fois par semaine afin d'orienter au mieux les patients et un avis est adressé au médecin traitant afin de l'informer de la suite donnée à sa demande. Ce dispositif est situé dans des maisons médicales mais aussi des centres communaux d'action sociale ou des centres sociaux.

Une des solutions pourrait être la consultation de psychiatres au sein de maisons de santé pluriprofessionnelles. Lorsque un tel dispositif existe, la professeure Marie-Christine Hardy a insisté sur le fait que le suivi entre les deux professionnels de santé était facilité et que l'absence au premier rendez-vous chez le psychiatre était fortement diminuée.

Afin de développer la collaboration entre généralistes et psychiatres votre Rapporteur recommande d'encourager les consultations de psychiatres dans les maisons de santé, de favoriser les échanges entre le médecin généraliste et le psychiatre pour assurer un suivi optimal du patient et enfin d'appuyer les échanges et collaborations dans le cadre du secteur (proposition n° 2).

b. Une plus grande accessibilité aux centres médico-psychologiques

Si le réseau des CMP est dense et correspond à des soins de proximité, le problème majeur réside dans le délai pour accéder à une première consultation, pouvant atteindre six mois en pédopsychiatrie. Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 avait d'ailleurs pointé ce dysfonctionnement : « *Les délais pour obtenir un rendez-vous ou une prise en charge sont souvent importants et témoignent d'un fonctionnement parfois inadapté* », sans pour autant y remédier.

Selon la dernière enquête menée par la DREES ⁽¹⁾, seuls 6 % des médecins généralistes adressent leur patient à un CMP, pour trois raisons principales : les délais d'obtention d'un rendez-vous, l'absence de retour d'informations et le manque de collaboration.

Une des solutions pourrait consister dans une organisation différente du fonctionnement du CMP. Lors de son déplacement à Grenoble, votre Rapporteur a pu constater qu'au CMP de Crolles, un système de pré-entretien avec un infirmier ou un psychologue permettait de répondre à l'urgence et d'organiser la prise en charge ultérieure du malade en fonction de la gravité de sa situation.

(1) DREES, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et résultats*, septembre 2012.

L'augmentation des jours et des heures d'ouverture est également un point important. Des progrès ont été constatés dans ce domaine. Le rapport de la Cour des comptes sur l'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 ⁽¹⁾ note la diminution notable du nombre de CMP ouverts moins de cinq jours par semaine qui passe de 1 300 en 2000 à 940 en 2009.

Votre Rapporteur suggère donc, afin d'améliorer l'accessibilité aux CMP, plusieurs préconisations (proposition n° 3) :

– fixer dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé un objectif de délai maximal pour obtenir un premier rendez-vous ;

– organiser un système de pré-entretien avec le concours d'infirmiers ou de psychologues afin de permettre une évaluation du patient et une orientation vers une prise en charge ultérieure ;

– augmenter l'amplitude horaire et les jours d'ouverture des centres médico-psychologiques.

c. La prise en charge des maladies somatiques

De nombreuses pathologies somatiques comorbides ne sont pas diagnostiquées chez les patients atteints de troubles psychiatriques, faute d'articulation entre les psychiatres et les somaticiens.

Lors de sa visite au centre hospitalier du Vinatier à Bron, votre Rapporteur a pu constater que, dans cet établissement spécialisé, une unité était dédiée aux soins somatiques soit 22 lits de médecine générale et 24 lits d'autres soins comme les soins dentaires qui nécessitent une approche particulière pour les patients atteints de troubles mentaux.

Ce type d'organisation mériterait d'être généralisé.

Lors de son audition ⁽²⁾, la Fédération hospitalière de France a plaidé pour l'élaboration de conventions entre établissements psychiatriques et hôpitaux généraux.

C'est pourquoi, votre Rapporteur recommande d'organiser la prise en charge des maladies somatiques des personnes atteintes de troubles psychiatriques :

– en inscrivant cet objectif dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens des établissements ;

(1) *Cour des comptes*, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

(2) *Audition du 12 septembre 2013*.

– en prévoyant selon la taille de l'hôpital un service, un poste ou des vacations de somaticiens dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie ;

– en élaborant des conventions entre les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux ou des maisons de santé (proposition n° 5).

2. Améliorer l'articulation avec le médico-social

Le docteur Charles Alezrah, représentant l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP) ⁽¹⁾, considère que le secteur médico-social s'était construit sur le système de l'offre et non sur celui du besoin. Il est donc important d'ajuster ce dispositif avec celui de la psychiatrie. Le docteur Vincent Girard ⁽²⁾, psychiatre à l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille, a développé ce même constat, en faisant remarquer que la politique du secteur telle qu'initialement définie impliquait d'accorder 70 % des moyens sur l'extrahospitalier et 30 % sur l'intrahospitalier mais que ce schéma était néanmoins minoritaire.

Lors de son audition ⁽³⁾, la CNAMTS a présenté une comparaison de l'organisation de la prise en charge des troubles psychiatriques en France par rapport à plusieurs pays étrangers. Les alternatives à l'hospitalisation y sont plus fortement développées qu'en France, notamment par la mise en place de structures résidentielles alternatives en Angleterre, Espagne, Italie et aux États-Unis.

Votre Rapporteur suggère donc d'établir des passerelles entre les secteurs et les établissements médico-sociaux (proposition n°8).

a. Un renforcement de l'offre

Selon M. Joseph Halos, président de l'Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale (ADESM) ⁽⁴⁾ : « *Pour la discipline de la psychiatrie, il faut avant tout réfléchir à un parcours de vie avant de réfléchir à un parcours de soins. N'oublions pas que lorsque l'on prend en charge une personne atteinte de troubles psychiatriques, nous savons que nous aurons à gérer des problématiques autres que le sanitaire et c'est d'ailleurs le seul moyen de parvenir à la réintégration des personnes.* »

Il importe donc de développer une offre de structures diversifiées qui puisse répondre aux besoins spécifiques de chaque patient.

C'est pourquoi, le docteur Charles Alezrah, représentant l'IDEPP, a plaidé pour une plus grande complémentarité, en termes d'accompagnement ou de relais des soins psychiatriques, avec des nouvelles structures comme les services

(1) Audition du 27 juin 2013.

(2) Audition du 23 mai 2013.

(3) Audition du 17 octobre 2013.

(4) Audition du 27 juin 2013.

d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).

Aux termes de l'article D. 312-162 du code de l'action sociale et des familles, « *les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité* ».

Quant aux SAMSAH ⁽¹⁾, ils prennent en charge des personnes dont l'état nécessite, en plus des interventions mentionnées pour les SAVS, des soins réguliers et un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. Ils bénéficient d'une équipe de soins composée d'infirmiers et d'aides-soignants. Ils assurent la coordination des prises en charge et servent aussi de relais entre les différents acteurs, qui sont en relation avec le malade.

Selon la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (CNSA), s'agissant des SAMSAH, sur 2 357 places prévues par son programme pluriannuel de création de places pour un accompagnement tout au long de la vie de personnes handicapées sur la période 2008-2013, 977 seulement ont été installées.

Le Haut Conseil de la santé publique, dans son rapport d'évaluation ⁽²⁾, préconisait même d'anticiper la sortie des patients souffrant de troubles psychiatriques en mettant en place des conventions entre l'hôpital et les structures médico-sociales sous la forme de réservation de lits.

L'articulation entre le sanitaire et le médico-social est particulièrement importante pour la gestion des malades en situation de précarité. Comme cela a été analysé, ci-dessus, l'absence de lieu de vie médico-social entraîne des hospitalisations dites inadéquates.

Les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ⁽³⁾ permettent de répondre à ce besoin mais sont en nombre insuffisant. Elles assurent l'hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, des aides à la vie courante et des activités de vie sociale afin d'aider à la réinsertion. Leur financement est assuré par l'assurance maladie.

Mme Françoise Toux, directrice du pôle urgences sociales au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre ⁽⁴⁾, a présenté le dispositif du centre d'action sociale de la Ville de Paris, qui a élaboré un partenariat avec les centres

(1) Article D. 312-166 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Haut Conseil de la santé publique, Évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, octobre 2011.

(3) Article R. 344-1 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Audition du 23 mai 2013.

d'hébergement et de réinsertion sociale. Un système de réservation de places et des consultations psychiatriques a été mis en place. L'évaluation de ce dispositif, effectif depuis 2009, est satisfaisante mais les places d'accueil restent insuffisantes. À Paris, il n'existe que deux MAS agréées pour accueillir les personnes en situation de handicap psychique. Sur tout le territoire, on ne recense que 170 places sur les 1 714 places prévues par le programme pluriannuel précité sur la période 2008-2013 ⁽¹⁾.

Un autre dispositif existe, les lits « Halte santé ». Financés par l'assurance maladie, ils assurent un hébergement et une prise en charge médico-sociale aux personnes sans domicile qui nécessitent des soins somatiques et psychiatriques. L'hébergement est inférieur à deux mois. Le docteur Jacques Hassin, responsable du pôle médecine sociale aux urgences sociales du centre d'accueil et de soins hospitalier de Nanterre ⁽²⁾, a résumé les missions de ce dispositif en ces termes : « *Nous prenons en charge des personnes qui ne sont pas assez malades pour être prises en charge à l'hôpital mais trop malades pour rester dans la rue.* » À Nanterre, ce dispositif permet une certaine stabilisation de patients psychiatriques chroniques, car il permet une délivrance continue du traitement.

b. Une coordination accrue entre tous les acteurs

Une meilleure articulation suppose également une plus grande coordination entre acteurs, afin de vaincre les peurs véhiculées par les pathologies psychiatriques.

Le Haut Conseil de la santé publique, dans son rapport d'évaluation ⁽³⁾, notait que les consultations de la psychiatrie dans les structures médico-sociales permettaient aux acteurs des deux secteurs de nouer des liens et de construire une habitude de travail en commun.

Selon Mme Christine Bronnec, cheffe du bureau des prises en charge post-aiguës, pathologies chroniques et santé mentale de la DGOS ⁽⁴⁾, les hospitalisations dites inadéquates résultent plus des réticences de certains établissements médico-sociaux à accueillir des patients en situation de crise que d'un manque de places. La mise en place d'équipes mobiles de liaison qui forment les acteurs médico-sociaux à répondre aux crises et qui ont formalisé des réponses aux urgences est une des solutions.

La constitution de réseaux comme celui de la promotion pour la santé mentale dans les Yvelines Sud a été développé dans cette logique. Constitué de professionnels de la psychiatrie, à savoir des médecins et des infirmiers, il

(1) CNSA, Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement du handicap tout au long de la vie, Premiers chiffres clés au 31 décembre 2010.

(2) *Audition du 23 mai 2013.*

(3) *Haut Conseil de la santé publique, Évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, octobre 2011.*

(4) *Audition du 20 juin 2013.*

s'adresse exclusivement aux aidants sociaux et médico-sociaux. Il organise des réunions de formation adaptées à des situations rencontrées et informe sur les moyens de recours disponibles en cas de crise.

C'est pourquoi, votre Rapporteur propose de :

– développer les liens entre secteurs et professionnels de santé (protection maternelle et infantile, médecine du travail, service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, institution d'aide sociale et de travail social), afin de repérer les personnes paraissant présenter des troubles mentaux et, le cas échéant, coordonner les actions à leur bénéfice ;

– prévoir une assistance téléphonique auprès d'un service psychiatrique à destination de ces professionnels (proposition n° 4).

3. Favoriser l'inclusion sociale

Selon la CNAMTS, en Angleterre, Espagne, Italie, Norvège, Pays-Bas et aux États-Unis, une prise en charge personnalisée par une équipe spécialisée composée de personnels paramédicaux sous la responsabilité d'un psychiatre, vise à permettre une réhabilitation psychosociale, qui passe notamment par une réadaptation au travail ⁽¹⁾.

a. Renforcer les outils de démocratie sanitaire

Faire évoluer le statut de l'utilisateur, de malade à citoyen, et l'intégrer pleinement dans la communauté, suppose à la fois de promouvoir les droits individuels de l'utilisateur et particulièrement d'encadrer et de suivre le recours à la pratique de la contention et de l'isolement thérapeutique et de développer la participation des usagers et des familles notamment dans des structures comme les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ou les maisons des usagers. Par ailleurs, le rôle des commissions départementales des soins psychiatriques devrait être mieux reconnu.

● Promouvoir les droits individuels

Bien qu'aucune statistique ne soit disponible pour étayer cette question, l'attention de votre Rapporteur a été attirée sur la recrudescence du recours à la contention et à l'isolement thérapeutique.

Ainsi que le relevait M. Jean-Marie Delarue ⁽²⁾, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, « nous pressentons quelquefois que des mesures de confort sont adoptées, notamment la nuit ; des médecins signent des ordonnances "si besoin", l'initiative revenant dès lors aux soignants ».

(1) Audition du 17 octobre 2013.

(2) Audition du 21 février 2013.

L'interrogation sur cette pratique est d'autant plus forte que, lors de ses déplacements, votre Rapporteur a constaté que les situations semblaient inégales d'une région à l'autre, alors que la nature des maladies soignées n'est pas sensiblement différente : ainsi le recours à la contention et à l'isolement thérapeutique était pratiqué de façon habituelle au centre psychothérapique Nord-Dauphiné à Bourgoin-Jallieu, tandis qu'à la clinique de l'Établissement de santé mentale de Lille Métropole, elle était rare et vécue comme un échec.

Une conférence de consensus sur la liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et les obligations de soins et de sécurité s'est tenue en novembre 2004 avec la participation de la Fédération hospitalière de France et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ⁽¹⁾. S'agissant de la contention, le jury considère cette pratique comme une atteinte à la liberté inaliénable d'aller et venir. Il considère qu'elle doit être exceptionnelle, réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis :

- recherche préalable systématique d'alternatives ;
- prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ;
- déclaration dans un registre consultable dans l'établissement ;
- surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- information de la personne et de ses proches ;
- vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité ;
- réévaluation toutes les trois heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

Il n'appartient évidemment pas à votre Rapporteur de déterminer s'il est médicalement nécessaire d'y recourir, mais cette pratique devrait être limitée dans le temps et utilisée en dernier recours.

Votre Rapporteur recommande de considérer qu'isolement thérapeutique et contention sont des solutions de dernier recours qui relèvent d'une prescription médicale individuelle prise pour une durée limitée dont la mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte (proposition n° 15).

En tout état de cause, M. Jean-Marie Delarue ⁽²⁾ demande « depuis cinq ans [...] que les mesures d'isolement et de contention soient retracées dans des registres ad hoc, que la plupart des établissements ne tiennent pas, au motif que

(1) Instance devenue en 2005 la Haute Autorité de santé.

(2) Audition du 21 février 2013.

ces mesures sont déjà inscrites dans les dossiers médicaux » et alors qu'il s'agit d'une norme du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT).

Votre Rapporteur préconise donc de constituer un registre administratif dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin des mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre (proposition n° 15).

De plus, votre Rapporteur recommande de rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté et ainsi de s'assurer au niveau du ministère de la santé, des agences régionales de santé, des établissements de santé mentale et de la Haute Autorité de santé que les restrictions aux libertés individuelles de patients faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte soient adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis (proposition n° 14).

- *Développer la participation des usagers et des familles*

Les groupes d'entraide mutuelle réunissent des usagers de la psychiatrie afin de partager leurs expériences et de se réinsérer dans la vie sociale. Reconnus par la loi du 11 février 2005 ⁽¹⁾, ils sont définis comme un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité.

Les GEM se situent en amont et en aval du soin. Ils permettent de resocialiser les malades, qui deviennent acteurs du soin, à la fois pour eux-mêmes et pour les autres. Le fait de pouvoir aider maintient les usagers dans leur rétablissement. Tirant parti de leur expérience personnelle et du vécu des mêmes situations, les personnes participant aux GEM peuvent aider les malades à effectuer des démarches pour trouver un médecin, un logement, accomplir des formalités administratives. On parle alors de « *pairaidance* ».

Bénéficiant du statut associatif de la loi de 1901, les usagers sont les adhérents de ces GEM. Une circulaire ⁽²⁾ précise que le GEM doit disposer d'un local de 80 à 150 mètres carrés et avoir au moins un animateur afin d'aider au déroulement des activités et des réunions. Ce point est sujet à critique car le rôle de l'animateur est ambigu, doit-il apporter son aide ou encadrer et diriger les

(1) Article 11 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, codifié à l'article L. 114-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

activités ? Un arrêté de juillet 2011 ⁽¹⁾ semble aller dans le sens de l'encadrement, puisque le recours à un parrain est devenu obligatoire : « *L'association doit être épaulée dans son fonctionnement par un parrain.* » Ce point a été critiqué par Mme Annie Labbé, vice-présidente de GEM France ⁽²⁾, car la philosophie du GEM repose sur une gouvernance par et pour les usagers. Elle constate que « *les professionnels prennent le pas sur le groupe* ».

Lors de son déplacement à l'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole, votre Rapporteur a rencontré des adhérents du GEM « les Ch'tis Bonheurs » et a visité leurs locaux. Ce GEM qui est ouvert tous les jours sauf le dimanche reçoit une vingtaine de personnes par jour, avec l'aide d'une animatrice à plein temps et de deux autres à temps partiel. Durant la semaine, diverses activités sont proposées, ateliers informatiques, couture, diffusion de films. Le samedi un déjeuner préparé par les adhérents est proposé et le dimanche des sorties (spectacles, événements sportifs) sont organisées grâce à un partenariat avec une association de la commune.

La gestion du financement de ces associations est assurée par la CNSA qui répartit les enveloppes entre les ARS. Chaque GEM peut recevoir jusqu'à 75 000 euros. En outre, des municipalités peuvent mettre à disposition des locaux.

La maison des usagers s'inscrit dans cette même démarche. Implantée au sein de l'hôpital, elle promeut l'expérience individuelle des patients, « le savoir profane » de la maladie qui est défini comme le savoir acquis par la personne au cours de sa maladie et de son parcours de soin. Les maisons des usagers jouent un rôle de passerelle entre tous les acteurs, entre les patients et les équipes de soins, entre les familles et les soignants, entre les associations et l'hôpital et réciproquement. Elles participent aux conseils locaux de santé mentale.

Une circulaire les définit comme « *des lieux d'expression de la parole individuelle et collective des usagers. C'est aussi un outil qui vise à faciliter le dialogue et les partenariats avec les professionnels de santé et l'institution hospitalière* » ⁽³⁾.

Son mérite principal est de replacer l'utilisateur en tant qu'acteur et de l'inciter à se maintenir dans le soin.

Mme Céline Loubières, ancienne coordinatrice de la maison des usagers de Sainte-Anne à Paris ⁽⁴⁾, a présenté cette structure. Dispositif pilote, implanté dès 2003 sous l'impulsion de la direction du centre hospitalier Sainte-Anne, il est intégré dans le projet d'établissement. À ce titre, la maison des usagers émet un

(1) Arrêté du 13 juillet 2011 pris pour l'application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles et fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du même code.

(2) Audition du 12 juin 2013.

(3) Circulaire DHOS/E1/2006/550 du 28 décembre 2006 relative à la mise en place de maisons des usagers au sein des établissements de santé.

(4) Audition du 12 juin 2013.

avis sur les axes prioritaires du projet médical et de soins, elle participe à des groupes de travail institutionnels comme les droits des patients, le livret d'accueil. Elle peut être sollicitée à l'occasion du parcours de soin d'un patient :

– en amont, la maison des usagers peut renseigner sur les avantages et les inconvénients d'une prise en charge et faire partager son expérience ;

– au cours d'une prise en charge, elle sert d'intermédiaire lorsque le patient n'ose pas aborder une question, comme les effets secondaires d'un médicament, ses droits à contester une prise en charge ;

– en aval, pour un soutien après une hospitalisation.

Une convention de partenariat a été signée entre le centre hospitalier et les associations participant à la maison des usagers et une charte commune a été élaborée. L'établissement de santé a financé un ETP qui assure la coordination avec les instances représentatives de l'hôpital.

Au quotidien, 65 bénévoles représentant une douzaine d'associations tiennent des permanences d'information, d'entraide et de prévention. En 2012, la maison des usagers de Sainte-Anne a reçu 1 284 personnes.

Une soixantaine de maisons des usagers existeraient au sein des hôpitaux sur tout le territoire. Ce dispositif mériterait d'être étoffé.

Votre Rapporteur recommande donc de renforcer la participation des usagers et des familles en :

– incitant au développement des maisons des usagers au sein des établissements de santé mentale ;

– encourageant la constitution de groupes d'entraide mutuelle (proposition n° 19).

L'implication des associations d'usagers et des familles de patients participe également de cette logique de psychiatrie citoyenne.

Les associations assurent des permanences, des réunions d'information, des groupes de parole. Elles contribuent à la déstigmatisation des malades et à pallier l'isolement des familles.

De plus, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ⁽¹⁾ permet aux associations, ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, qui sont agréées de représenter les usagers du système de santé dans les instances de santé publique.

(1) L. 1114-1 du code de la santé publique.

Votre Rapporteur préconise de veiller à la représentation effective des usagers et de leur famille dans toutes les instances où elle est prévue (proposition n° 20).

● *Améliorer le fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques*

Les commissions départementales des soins psychiatriques, instituées initialement par la loi du 27 juin 1990 ⁽¹⁾ sous le nom de « commissions départementales des hospitalisations psychiatriques », comprennent six membres dont quatre sont désignés par le préfet (un psychiatre, un médecin généraliste et deux représentants d'associations agréées, l'une de malades, l'autre de familles de personnes malades), un autre psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel et un magistrat nommé par le premier président de la cour d'appel. L'un des deux psychiatres ne doit pas exercer dans un établissement autorisé en psychiatrie.

Les compétences de cette commission, énoncées à l'article L. 3223-1 du code de la santé publique, tel que résultant de la loi de 2011 ⁽²⁾, sont théoriquement étendues :

– elle est informée de toute décision (autre que judiciaire) d'admission en soins sans consentement, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins ;

– elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de soins sans consentement ou celles de leur conseil et examine leur situation ;

– elle examine, en tant que de besoin, la situation des personnes faisant l'objet de soins sans consentement, et, obligatoirement, celle de toutes les personnes dont l'admission a été prononcée par le directeur d'établissement pour péril imminent ou dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an ;

– elle saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes qui font l'objet de soins sans consentement ;

– elle visite les établissements, vérifie les informations figurant sur le registre que doivent tenir les établissements et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées ;

– elle adresse, chaque année, son rapport d'activité au juge des libertés et de la détention compétent dans son ressort, au préfet, au directeur général de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ;

– elle peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une

(1) Loi n° 90-527 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) 10° de l'article 8 de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

personne admise en soins sans consentement d'ordonner la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ;

– elle statue sur les modalités d'accès de toute personne admise en soins sans consentement aux informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée.

L'audition de M. Jean-Marie Delarue ⁽¹⁾, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, a cependant montré que la réalité était assez éloignée de ces dispositions : *« En principe, les commissions départementales des soins psychiatriques existent partout mais on a beaucoup de mal à les faire fonctionner, notamment à nommer les deux psychiatres, en particulier le psychiatre libéral, qui doivent en faire partie. Par conséquent, beaucoup de ces commissions, qui doivent être renouvelées à intervalles réguliers, ne sont de fait pas réunies parce que le préfet n'a pas réussi à en nommer tous les membres.*

« Une fois qu'elles parviennent à se réunir, leur rôle est extrêmement utile. Elles se rendent dans les établissements : elles peuvent écouter des malades et notamment contribuer à des mainlevées d'hospitalisations qui seraient infondées ou mal fondées. Il ne faut pas que des psychiatres de l'établissement hospitalier en cause fassent partie de cette commission, mais face à la pénurie de psychiatres, notamment dans certains départements, on ne voit pas par qui ils pourraient être remplacés : il faut évidemment un œil expert et, en cas de controverse sur des mainlevées, il faut que ces commissions comprennent deux experts.

« Au-delà de ces difficultés de composition et, partant, de réunion, s'il y a un reproche à adresser à ces commissions, c'est seulement celui de ne pas jouer leur rôle assez activement, lorsqu'elles passent très épisodiquement – une fois par an – dans un établissement et qu'elles restent inaccessibles aux malades, dont il serait bon qu'ils soient prévenus de leurs visites. Des dispositions de nature réglementaire pourraient donc utilement être adoptées afin de prévoir par exemple un minimum de visites annuelles ou la possibilité pour un malade de demander à être écouté à tout moment. »

(1) Audition du 21 février 2013.

Le bilan du fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques dressé par la DGS montre également de fortes disparités entre les départements ⁽¹⁾.

– Sur la composition des commissions, il ressort que soixante-dix d’entre elles (sur quatre-vingt-quinze) fonctionnent avec les six membres prévus par la loi, quinze avec cinq membres, dix avec quatre membres. Le représentant des usagers manque dans quinze CDSP, alors que celui des familles de malades est présent partout. Le médecin généraliste n’a pas été désigné dans sept CDSP, les deux psychiatres n’ont pas été nommés dans six CDSP et le magistrat ne figure pas dans une CDSP.

– Le nombre de réunion varie de une à vingt-cinq par an selon les départements, avec un nombre de dossiers examinés qui va de zéro à neuf cent treize pour la CDSP de Paris. En moyenne il s’établit à cent quarante-trois par an. Dix départements, plutôt ruraux, ont traité moins de dix dossiers, *a contrario* dix se sont occupés de plus de trois cent dossiers. Pour la DGS, le contraste de l’activité est également visible dans le nombre de visites d’établissements (en moyenne moins de quatre par an).

– Le nombre moyen de plaintes est de huit par an. Les commissions ont peu proposé de lever des hospitalisations sous contrainte.

Votre Rapporteur déplore que le rôle de ces commissions ne soit pas mieux reconnu et que leur fonctionnement soit aléatoire car elles demeurent une institution de référence dans l’exercice de la démocratie sanitaire.

C’est pourquoi, il préconise de prendre les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques et de veiller au recueil et à l’exploitation de leurs rapports (proposition n° 16).

b. Développer une offre de logements adaptés

La question du logement est apparue comme récurrente au fil des auditions. L’insertion dans la cité et la stabilisation des malades passe par un domicile. C’est pourquoi, le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 encourageait le développement de conventions entre bailleurs, réseaux associatifs, services médico-sociaux et psychiatriques.

Des progrès conséquents restent néanmoins à accomplir lorsque l’on observe les chiffres relatifs à Paris communiqués par l’Union nationale des amis et familles de malades psychiatriques (UNAFAM) ⁽²⁾: 990 places en logement accompagné sont disponibles pour 50 000 à 60 000 malades.

(1) Journée des CDSP le 13 décembre 2011.

(2) Audition du 24 janvier 2013.

Plusieurs expérimentations ont été menées afin de tenter de remédier à cette difficulté. Une d'entre elles, « *un chez-soi d'abord* », est l'adaptation en France du programme américain « *housing first* ».

Le docteur Vincent Girard ⁽¹⁾, psychiatre à l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille, a présenté ce programme mis en œuvre dans sa ville.

Partant du constat que les personnes sans abri atteintes de troubles mentaux ne pouvaient se soigner sans avoir pu, au préalable, retrouver des conditions de vie structurantes, il est proposé à ces personnes « *un chez-soi* ». Ce programme vise à maintenir et accompagner ces personnes, à la fois sur le plan médical et social. Sur un plan médical, ce programme leur permet de suivre un traitement adapté et, sur un plan social, de faire valoir leurs droits sociaux.

Selon le docteur Vincent Girard, 80 % des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères mais stabilisés seraient d'habiter un logement autonome, à condition d'être accompagnés par une équipe pluridisciplinaire. 70 personnes ont pu ainsi sortir de la rue et se resocialiser à Marseille.

Ce programme a été lancé dans plusieurs grandes villes. À Paris, il se heurte au prix du foncier.

Une autre expérimentation a été menée par la ville de Saint-Étienne, présentée par la docteure Catherine Massoubre, praticienne hospitalière en psychiatrie au centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne ⁽²⁾. En janvier 2008, une résidence d'accueil à vocation psychiatrique de quinze places a ouvert, destinée à des patients sortant d'une hospitalisation en psychiatrie. Ces logements indépendants sont situés dans un immeuble non dédié, mais afin que leur installation se déroule au mieux, les malades sont accompagnés par deux maîtresses de maison et un partenariat avec le centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne et le conseil général de la Loire a été établi.

Le bilan est très satisfaisant à la fois sur le plan sanitaire et social. Sur le premier point, ces patients en situation de handicap psychique lié à une pathologie mentale se sont stabilisés, et leur réhospitalisation a été limitée. Quant au deuxième point, ce mode de structure a permis une autonomie et une stabilisation sociale de ces personnes. De plus, le coût d'une journée dans ce type de résidence est limité, de l'ordre de 16 euros. Il convient néanmoins de relever que ce bilan porte sur un échantillon de petite taille.

Lors de son déplacement à l'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole, votre Rapporteur a visité une résidence associative, la résidence André Breton, qui comporte des logements sociaux et des appartements associatifs destinés à des personnes sortant de soins psychiatriques. Chaque résident est

(1) Audition du 23 mai 2013.

(2) Audition du 23 mai 2013.

locataire de son appartement en son nom propre. Une équipe pluridisciplinaire assure leur suivi et maintient le contact avec les médecins.

L'expérimentation des baux glissants par les communes, les centres communaux d'action sociale ou les centres intercommunaux d'action sociale dans le cadre des CLSM pourrait être une autre piste. La collectivité territoriale demeure titulaire du bail jusqu'à la stabilisation de la personne qui devient alors locataire en son nom propre. Dans le même registre, le dispositif d'intermédiation locative permet à des associations de servir d'intermédiaire entre le bailleur et le locataire.

Votre Rapporteur préconise donc de soutenir la démarche « Un chez-soi d'abord » et de mettre à disposition des logements adaptés en développant la pratique des baux glissants ou l'intermédiation locative afin de favoriser l'accueil des malades dans des logements indépendants (proposition n° 11).

c. Parvenir à l'insertion professionnelle

Le dispositif actuel d'insertion professionnelle est principalement constitué par les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Structure offrant aux travailleurs handicapés des activités professionnelles et un soutien médico-social et éducatif, elle accueille des personnes dont les capacités de travail ne permettent de travailler ni dans une entreprise ordinaire ni dans une entreprise adaptée.

L'ESAT doit permettre de mettre en place des actions de maintien des acquis professionnels et d'accès à l'autonomie. En effet, il doit favoriser des passerelles vers le travail en milieu ordinaire par le biais de formations, de stages ou de mise à disposition à l'extérieur, l'objectif étant l'intégration dans une entreprise.

Le Haut Conseil de la santé publique a cité un exemple intéressant dans son rapport d'évaluation ⁽¹⁾ : la mission « MAIRE ». Mise en place dans les années 1980, elle a pour objectif de favoriser la réadaptation au monde du travail. Une évaluation des compétences s'effectue pendant six semaines dans six ateliers différents avant de dresser un bilan d'orientation. Une prise en charge de la personne qui peut durer de un à trois ans, permet son adaptation vers un travail jusqu'à ce qu'une place en ESAT se libère.

L'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole a mis en place un ESAT expérimental dénommé Établissement et service d'aide par le travail intégré « ETIC » car intégré dans la cité. Les travailleurs handicapés exercent leurs activités professionnelles au sein des collectivités territoriales ou des

(1) *Haut Conseil de la santé publique, Évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, octobre 2011.*

associations qui les emploient. Vingt-cinq personnes travaillent à temps partiel et sont accompagnées par des éducateurs afin de se réinsérer progressivement dans la vie professionnelle. L'Établissement public de santé mentale a également développé des chantiers thérapeutiques, au cours desquels des malades encore en soins rénovent des appartements associatifs de manière bénévole, afin de faciliter leur retour à un emploi.

Lors de son audition ⁽¹⁾, l'UNAFAM a prôné une plus grande insertion professionnelle des malades. La possibilité de travailler réduirait de 35 % le risque d'une hospitalisation et multiplie par cinq la possibilité d'accéder ensuite à un emploi non aidé. Une des solutions consisterait à proposer des contrats de travail, lié au poste et non à la personne, ce qui permettrait à plusieurs personnes d'occuper un poste et ainsi d'assurer une continuité du travail.

Votre Rapporteur suggère de développer l'insertion professionnelle, en prenant appui dans la mesure du possible sur le conseil local de santé mentale (proposition n° 12).

4. Améliorer la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques

La prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques relève d'une sectorisation et d'une organisation particulière.

La prévalence des troubles psychiatriques en détention est importante.

20 % des détenus seraient atteints de troubles psychotiques selon l'Observatoire international des prisons (OIP). Lors de son audition, l'Union générale des syndicats pénitentiaires CGT ⁽²⁾ a même estimé à 30 % la proportion des personnes détenues présentant des troubles psychiatriques.

Le professeur Frédéric Rouillon, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, a mené une étude épidémiologique entre juillet 2003 et septembre 2004 ⁽³⁾. Parmi l'échantillon analysé de 800 détenus masculins en métropole, cette étude a conclu à la présence de 21,4 % de troubles psychotiques dont 7,3 % de schizophrénies et 7,3 % de psychoses chroniques. Par ailleurs, 40,3 % des détenus présentaient un syndrome dépressif.

Deux facteurs ont conduit à l'augmentation du nombre de ces personnes.

En premier lieu, l'article 122-1 du code pénal opère une différence entre l'abolition du discernement et son altération dans les causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité de personnes ayant commis un délit ou un

(1) Audition du 24 janvier 2013.

(2) Audition du 30 mai 2013.

(3) Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani, Bruno Falissard, Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison, réalisée dans 23 établissements pénitentiaires sur un échantillon de 1 000 personnes,

crime ; dans le premier cas, la personne sera reconnue irresponsable pénalement, dans le second, elle demeure punissable : « *La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable ; toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime.* » Dans l'esprit du législateur, cette dernière disposition permet à la juridiction de fixer la durée et les modalités de la peine et devrait conduire à une réduction de la peine. Or il en est tout autrement comme l'a rappelé M. Alain Blanc, président de l'Association française de criminologie ⁽¹⁾ et ancien président de Cour d'assises à Paris, qui a évoqué le développement d'un principe de précaution qui conduit au prononcé de peines plus lourdes, les troubles psychiatriques jouant souvent comme une circonstance aggravante et non atténuante.

De la même manière, M. Antoine Lazarus, président de l'OIP ⁽²⁾, constate que de manière paradoxale, les personnes sont plus sévèrement punies depuis qu'on les soigne et sont de plus en plus envoyées en prison. Il décrit ces détenus comme des « *personnes dont on admet bien qu'elles soient atteintes d'une maladie mentale mais qui sont devenues un personnage nouveau, malade objet de soin mais qui n'est plus tout à fait fou* ».

La docteure Catherine Paulet, cheffe du service médico-psychologique régional du centre pénitentiaire de Marseille ⁽³⁾, partage cet avis et souligne une moins grande tolérance à des situations qui autrefois auraient conduit plus tôt les intéressés dans le système sanitaire ainsi qu'un durcissement de la réaction aux troubles qui était moins sensible auparavant. « *Avec cet esprit consistant à envisager qu'on puisse se passer de l'abolition du discernement pour ne retenir que l'altération plus ou moins importante du discernement, on expose de facto à la sanction pénale la totalité des personnes, y compris celles qui ont commis des actes – graves ou non, car il y a aussi beaucoup de délinquance circonstancielle – alors qu'objectivement, on devrait les orienter dans un premier temps vers le dispositif sanitaire. Il faut donc réhabiliter l'esprit et la lettre de l'alinéa premier de l'article 122-1.* »

En second lieu, la mise en place d'une psychiatrie intégrée dans la cité a conduit à la fermeture de lits dans les hôpitaux psychiatriques. M. Fabrice Dorion, membre du bureau national de la CGT pénitentiaire, a évoqué l'idée de la prison conçue comme un sas du secteur psychiatrie. Constat repris par M. Jimmy Delliste, secrétaire général du Syndicat national pénitentiaire FO-Direction ⁽⁴⁾, qui a relevé : « *On peut avoir l'impression d'un système de vases communicants entre des personnes qui ne peuvent plus être dans des hôpitaux psychiatriques et ne*

(1) Audition du 23 mai 2013.

(2) Audition du 30 mai 2013.

(3) Audition du 23 février 2013

(4) Audition du 30 mai 2013.

pouvant néanmoins pas rester en milieu libre, qui se retrouvent à l'occasion de délits, dans les établissements pénitentiaires. »

C'est pourquoi, votre Rapporteur devant le nombre de personnes incarcérées présentant des troubles mentaux graves préconise d'évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal (proposition n° 21).

Pour le docteur Cyrille Canetti, chef du SMPR de la prison de la Santé à Paris et vice-président de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP)⁽¹⁾, la place du malade mental n'est pas en prison.

L'enfermement aggraverait même les pathologies psychiatriques. La perte de repères sensoriels et sociaux accentue la schizophrénie selon M. Philippe Carrière, membre de l'OIP⁽²⁾. Quant au docteur Patrick Serre, président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)⁽³⁾, il a déclaré : « *On a affaire à des patients qui seront mis à mal par une surveillance pénitentiaire et sécuritaire. »*

En effet, la prise en charge des détenus présentant des troubles psychiatriques est complexe, l'établissement pénitentiaire n'étant pas un établissement de santé.

Bien que la prise en charge sanitaire des détenus relève du ministère de la santé depuis 1994⁽⁴⁾, le partage des compétences entre le ministère de la justice et l'administration pénitentiaire et le ministère de la santé et les équipes médicales reste délicat. Deux logiques se confrontent, celle du soin et celle de la sécurité.

Le docteur Patrick Serre, président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)⁽⁵⁾, a résumé ce constat en indiquant que l'administration pénitentiaire évoquait des critères de dangerosité tandis que les médecins se référaient à des critères psychiatriques, les deux ne se recoupant pas.

On retrouve néanmoins une organisation de la prise en charge similaire aux autres patients avec des dispositifs différenciés selon que le détenu bénéficie d'une prise en charge ambulatoire ou est hospitalisé, en vertu du principe d'égalité des soins.

En effet, l'article 46 de la loi pénitentiaire⁽⁶⁾ et le guide méthodologique sur les soins des personnes placées sous main de justice⁽⁷⁾ indiquent que la qualité des soins doit être équivalente à celle de la population générale. Les soins doivent

(1) *Audition du 30 mai 2013.*

(2) *Audition du 30 mai 2013.*

(3) *Audition du 30 mai 2013.*

(4) *Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.*

(5) *Audition du 30 mai 2013.*

(6) *Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire.*

(7) *Ministères de la justice et de la santé, Prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice, mars 2013.*

être consentis et le secret médical préservé. Ces deux autres principes applicables à la population générale ne sont pas sans poser des difficultés.

S'agissant de la confidentialité des informations médicales, les positions de l'administration pénitentiaire et du corps médical s'opposent. Pour les premiers, il est important de connaître la pathologie dont souffre le détenu afin de gérer son incarcération et notamment de prévenir les suicides. Pour les seconds, le médecin ne peut évoquer le cas de son patient à son insu et le secret professionnel doit être maintenu.

Cette question se pose avec acuité lors de la réunion de la commission pluridisciplinaire unique (CPU)⁽¹⁾ qui est une commission administrative à caractère consultatif qui doit favoriser le dialogue pluridisciplinaire entre les différents professionnels intervenant au sein des établissements pénitentiaires. Afin de permettre la meilleure prise en charge pour le détenu, elle est compétente s'agissant notamment :

– de l'examen de la situation des personnes détenues arrivantes à l'issue de la phase d'accueil, notamment de l'évaluation de leur dangerosité et de leur vulnérabilité ; cet examen précède l'affectation de chaque personne détenue dans le secteur d'hébergement qui lui semble adapté ;

– du suivi de l'évaluation de la dangerosité et de la vulnérabilité des personnes incarcérées ;

– de la prévention du suicide.

Selon le docteur Patrick Serre, président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)⁽²⁾, le détenu doit être responsabilisé et doit donc être averti de l'étude de son dossier en CPU et donner son accord quant à son suivi judiciaire. De son côté, M. Jean-Michel Dejenne, directeur du quartier pour peines aménagées de Fresnes⁽³⁾, souligne la nécessité pour les personnels pénitentiaires de connaître des éléments pour anticiper le comportements des détenus, sans que leur pathologie ne soit pour autant révélée.

Au sein des établissements pénitentiaires, deux types de prises en charge sont possibles.

- *Les soins ambulatoires*

Installées au sein des établissements pénitentiaires, les unités sanitaires (US), adossées à un établissement de santé de rattachement, sont composées d'une équipe pluridisciplinaire, comprenant des médecins, des psychiatres et des

(1) Décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 modifié relatif à la création, à la composition et au fonctionnement de commissions administratives à caractère consultatif.

(2) Audition du 30 mai 2013.

(3) Audition du 30 mai 2013.

infirmiers. Elles assurent les consultations et les soins somatiques et psychiatriques.

- *L'hospitalisation*

- l'hospitalisation de jour

Depuis 1986, vingt-six services médico-psychologiques régionaux (SMPR) implantés au sein d'un établissement pénitentiaire offrent des soins psychiatriques en assurant une activité ambulatoire et une hospitalisation de jour.

- l'hospitalisation à temps complet

Afin de pallier l'absence de structure à temps complet, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été créées par la loi de programmation et d'orientation de la justice en septembre 2002⁽¹⁾ et sont destinées à l'accueil des personnes détenues souffrant de troubles mentaux, qu'elles soient en hospitalisation libre ou en soins sans consentement.

Les UHSA reposent sur deux principes fondamentaux : la primauté des soins et une double prise en charge, sanitaire et pénitentiaire.

La sécurité périmétrique de ces unités est assurée par l'administration pénitentiaire tandis que les unités de soins sont sous l'entière responsabilité de l'équipe soignante ; l'administration pénitentiaire n'est pas présente au sein de l'unité de soins, sauf si le personnel soignant le demande.

Le programme élaboré vise à créer dix-sept unités pour une capacité de 705 lits au final.

La première tranche du programme comporte 440 lits répartis en neuf unités, dont la première a ouvert ses portes à Bron (Le Vinatier) en mai 2010. Ont suivi les UHSA de Toulouse (Gérard-Marchant) en janvier 2012, de Nancy (Laxou) en mars 2012, d'Orléans (Georges-Daumezon) en mars 2013, de Villejuif (Paul-Guiraud) en avril 2013 et de Lille (Seclin) en juillet 2013.

Le ressort territorial de chaque UHSA est fixé par décret⁽²⁾. Des dérogations sont prévues à ce principe : l'absence de places ou des motifs de sécurité.

Dans l'attente de la finalisation du programme des UHSA, des établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant la mission de service public d'accueil des patients en soins sans consentement continuent à accueillir des personnes détenues dans le cadre des hospitalisations régies par l'article D. 398 du code de procédure pénale.

(1) Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice.

(2) Article R. 3214-1 du code de la santé publique.

Ce dernier prévoit, en effet, que « *les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique* ». Parmi ces derniers, on peut citer les unités pour malades difficiles. Bien que l'article L. 3222-3 du code de la santé publique ait été abrogé par la loi du 27 septembre 2013, les détenus continuent d'y être pris en charge en application de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique.

Bien que cette prise en charge soit organisée au sein du secteur, l'accès aux soins et leur suivi en détention reste difficile.

En premier lieu, l'accès aux soins peut être compromis. Selon Mme Anne Chereul, membre de l'OIP, entre 25 % et 35 % de consultations psychiatriques en SMPR sont annulées pour des raisons de sécurité, l'organisation de l'accompagnement des détenus étant déficiente. De plus, comme le rappelait notre collègue Dominique Raimbourg, dans son récent rapport d'information⁽¹⁾, la surpopulation carcérale limite fortement l'accès aux soins.

En deuxième lieu, le suivi psychiatrique en détention pâtit des vacances de postes et de la faiblesse des temps de vacation de psychiatre. Ce phénomène que l'on retrouve dans les hôpitaux généraux et spécialisés du secteur public est particulièrement aigu en détention. M. Philippe Carrière, membre de l'OIP⁽²⁾, a cité l'exemple d'un centre de détention de 64 places, comptant 144 détenus qui ne bénéficiait que de deux psychiatres exerçant deux demi-journées. Le docteur Patrick Serre, président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)⁽³⁾, a indiqué que le délai moyen d'attente pour rencontrer un psychologue était de quatre mois, alors que beaucoup de détenus avaient déjà terminé leur peine dans ce délai.

C'est pourquoi, votre Rapporteur recommande de renforcer le temps d'intervention et le nombre de professionnels de santé mentale intervenant auprès des détenus (proposition n° 22).

Par ailleurs, le travail du personnel pénitentiaire serait facilité si ce dernier bénéficiait d'une formation minimale aux troubles psychiatriques.

M. Jimmy Delliste, secrétaire général du Syndicat national pénitentiaire FO-Direction⁽⁴⁾, a reconnu que le regroupement de personnes présentant des

(1) Dominique Raimbourg, Rapport d'information déposé par la commission des lois : les moyens de lutte contre la surpopulation carcérale, XIV^e législature, n° 652, janvier 2013.

(2) Audition du 30 mai 2013.

(3) Audition du 30 mai 2011.

(4) Audition du 30 mai 2013.

troubles du comportement ou des troubles psychiatriques induisait des difficultés au quotidien pour le personnel pénitentiaire mais aussi des tensions avec les autres détenus. C'est pourquoi, il déplore le manque de formation des personnels. Ces derniers n'ont souvent pas la capacité de différencier un trouble du comportement d'un trouble psychiatrique, plus sévère. Ce constat est partagé par M. Cédric Lassaigne, premier surveillant de la maison d'arrêt de Draguignan ⁽¹⁾, qui regrette de ne pas bénéficier de formations relatives aux pathologies psychiatriques rencontrées au quotidien.

M. Fabrice Dorion, membre du bureau national de la CGT pénitentiaire, a déploré de son côté, l'absence de formation commune entre les professionnels de santé et les personnels relevant du ministère de la justice, qui permettrait de « *lever les blocages existants et d'échanger sur les pratiques dans une dynamique d'ensemble* » ⁽²⁾.

Il serait donc opportun de prévoir une formation à l'École nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP).

Votre Rapporteur suggère ainsi de sensibiliser le personnel pénitentiaire aux pathologies psychiatriques dans le cadre de leur formation initiale et continue à l'ENAP, en lien avec le ministère de la santé (proposition n° 24).

En troisième lieu, les prises en charge sont inégales.

Deux structures adaptées aux détenus présentant des troubles psychiatriques, les SMPR et les UHSA, ne sont pas présentes sur tout le territoire.

S'agissant des SMPR, le détenu peut être incarcéré dans une région différente du secteur psychiatrique dont il relève. Certains détenus sont donc éloignés de leur famille et de leur lieu de résidence, ce qui ne contribue pas à l'amélioration de leur état, comme le soulignait, M. Cédric Lassaigne, premier surveillant de la maison d'arrêt de Draguignan ⁽³⁾.

Les SMPR n'accueillent que des personnes en demande de soins et n'assurent pas de prise en charge la nuit et le week-end.

Par ailleurs, comme le soulignait Mme Christel Drouet du Syndicat national des directeurs pénitentiaires ⁽⁴⁾, « *dans certains établissements pour peine, on a été amené à instaurer un secteur de prise en charge dédié, avec régime fermé. Or normalement, dans ce type d'établissement le régime est ouvert* ».

(1) Audition du 30 mai 2013.

(2) Audition du 30 mai 2013.

(3) Audition du 30 mai 2013.

(4) Audition du 30 mai 2013.

De plus, comme cela a été rappelé ci-dessus, les détenus relevant de l'article D. 398 du code de procédure pénale qui n'ont pu être incarcérés dans une UHSA continuent à être hospitalisés dans un établissement de santé autorisés en psychiatrie, ce qui impose leur admission dans des unités fermées ou par défaut dans des chambres d'isolement ou avec recours à la contention. En effet, il n'est pas prévu dans cet article de garde statique pour les détenus hospitalisés pour des troubles psychiatriques, contrairement aux soins somatiques ⁽¹⁾.

Quant au suivi de la sortie des détenus atteints de troubles psychiatriques, il est insuffisant.

La réinsertion est difficile pour tout détenu, mais elle est encore plus complexe pour ceux présentant des troubles psychiatriques. Il n'existe pas de dispositif spécifique, comme l'a rappelé M. Jimmy Delliste, secrétaire général du Syndicat national pénitentiaire FO-Direction, mais du « *bricolage, avec l'hôpital de jour ou un foyer d'accueil* ».

La coordination entre les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et les psychiatres devrait être formalisée. Lors de son audition, le docteur Patrick Serre, président de l'Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP) ⁽²⁾, a fait remarquer que la préparation de la sortie d'un détenu était souvent compromise car le psychiatre en était informé le jour même.

C'est pourquoi votre Rapporteur préconise que des conventions entre les ministères de la santé et de la justice soient passées afin de prévoir un dispositif coordonné de sortie entre l'administration pénitentiaire et l'équipe médicale afin d'assurer un suivi de soins pour ces personnes (proposition n° 23).

C. DES MOYENS ADAPTÉS

Toute amélioration de la prise en charge passe, de plus, par des moyens adaptés, que ce soit un nouveau modèle de financement plus dynamique, une amélioration de la formation des professionnels du secteur ou des nouvelles orientations pour la recherche.

1. Un nouveau modèle de financement

Si la tarification à l'activité n'est pas pertinente tant la prise en charge au long cours d'un patient ne saurait se réduire à une succession d'actes et nécessite l'installation de relations humaines de qualité, aussi chronophages que difficiles à appréhender par un tarif, un autre modèle de financement doit être trouvé.

(1) « Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation. »

(2) *Audition du 30 mai 2013.*

Comme cela a été souligné ci-dessus, le modèle actuel de dotation globale maintient de fortes disparités de moyens entre établissements, en reconduisant les budgets. Il n'incite pas à la mise en œuvre de politiques dynamiques, étant déconnecté de l'activité et des besoins.

Le premier Plan psychiatrie et santé mentale pour 2005-2008 souhaitait introduire un nouveau modèle, la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP), qui aurait reposé sur quatre critères :

- l'activité mesurée par le RIM-P ;
- les missions d'intérêt général ;
- les dotations de médicaments ;
- les caractéristiques de la population sur le territoire donné.

M. René Caillet, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale de la Fédération hospitalière de France, lors de son audition ⁽¹⁾, a proposé d'élaborer un modèle prenant en compte la population suivie et d'orienter le financement vers des missions et non des structures. Le docteur Christian Muller ⁽²⁾, président de la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, de même, a plaidé pour une approche géo-populationnelle et intégrant une partie de l'activité.

Lors de son audition ⁽³⁾, M. Édouard Couty, conseiller maître honoraire à la Cour des comptes a évoqué, une formule qui comprendrait une partie forfaitaire et une autre élaborée en fonction du nombre de patients suivis, par rapport au flux d'entrées et de sorties dans l'activité annuelle d'un service (file active) et en fonction des pathologies traitées, qui requièrent plus ou moins de moyens humains.

Votre Rapporteur, s'il est convaincu de la nécessité d'une évolution, n'a cependant pas pu approfondir suffisamment ses investigations pour établir une recommandation.

2. Une véritable politique de ressources humaines

a. Le partage des tâches

Une prise en charge optimale nécessite un travail d'équipe qui associe aussi bien les médecins, généralistes ou psychiatres, les infirmiers, les aides-soignants et les psychologues. Dans un contexte de vacances de postes, cette nécessité est renforcée.

(1) Audition du 12 septembre 2013.

(2) Audition du 17 octobre 2013.

(3) Audition du 7 février 2013.

Lors de son audition, M. Joseph Halos, président de l'Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)⁽¹⁾, a évoqué le concept de pratiques avancées, développé par les infirmières qui mêle savoir-faire et connaissances théoriques.

- *Un rôle accru pour les psychologues cliniciens*

Le recours au psychologue en premier recours pourrait être favorisé. Cela permettrait une première prise en charge, quitte, si la nécessité en était constatée, à organiser à bref délai une consultation chez un psychiatre. Il sera, par ailleurs, peut-être plus facile pour certains patients d'accepter de rencontrer un psychologue plutôt qu'un psychiatre, profession d'emblée associée au traitement de la folie.

En pratique, de nombreux psychologues pratiquent déjà des psychothérapies dans les CMP. Un quart de celles-ci selon M. Jacques Borgy, du Syndicat national des psychologues, sont réalisées par les psychologues⁽²⁾.

Ces professionnels s'inscrivent dans une démarche complémentaire. De par leur formation en sciences humaines, ils traitent de l'individu mais aussi de son environnement et peuvent travailler également avec la famille.

Votre Rapporteur préconise de reconnaître un rôle aux psychologues cliniciens en premier recours et d'examiner la possibilité et les modalités d'une prise en charge de leur exercice par l'assurance maladie (proposition n° 25).

- *Un nouvel acteur : les médiateurs*

La Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY)⁽³⁾ a souligné le rôle positif joué par des médiateurs aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, qui peuvent suppléer la personne de confiance. Ces derniers font souvent partie d'associations de patients.

Le concept du plaidoyer, développé par M. Tim Graecen, directeur du laboratoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche à Paris⁽⁴⁾, va dans ce sens. L'expérience des usagers sert à aider les malades. Le docteur Vincent Girard, psychiatre à l'hôpital Sainte-Marguerite à Marseille, a indiqué que son équipe mobile précarité comportait six médiateurs issus de la rue.

(1) Audition du 27 juin 2013.

(2) Audition du 4 juillet 2013.

(3) Audition du 24 janvier 2013.

(4) Audition du 23 mai 2013.

b. Une formation améliorée

La question de l'amélioration de la formation des médecins généralistes a été développée par votre Rapporteur dans le chapitre consacré à l'amélioration de la prise en charge de premier recours.

- *Les psychiatres*

En premier lieu, la formation des internes en psychiatrie doit être renforcée.

Le docteur Charles Alezrah, représentant l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP)⁽¹⁾, a insisté sur la nécessité d'améliorer la formation des internes, notamment en encadrant les stages hors filière.

Selon ce dernier, la formation de base des internes devrait comporter une formation en psychothérapie, des bases de santé publique et en économie de la santé. Quant aux stages, le programme d'internat pour la psychiatrie adulte comprend actuellement deux stages en pédopsychiatrie, deux stages hors filière ainsi qu'un stage en milieu universitaire. Un seul stage hors filière serait suffisant et devrait être limité à certaines spécialités et à la place du deuxième stage hors filière serait instauré un semestre de recherche.

Le professeur Bernard Granger, président du Syndicat universitaire de psychiatrie⁽²⁾, quant à lui, plaide pour une augmentation du taux d'encadrement des internes en psychiatrie. En effet, en 2017 pour deux mille internes en psychiatrie, un universitaire encadrera seize internes, alors que sept cent trente-deux internes en cardiologie bénéficieront d'un universitaire pour cinq internes.

- *Les infirmiers*

En deuxième lieu, il est nécessaire d'améliorer la formation des infirmiers exerçant en milieu psychiatrique.

Comme cela a été rappelé ci-dessus, les infirmiers qui travaillent dans des établissements psychiatriques sont depuis 1993 titulaires du diplôme unique d'État. Ceux-ci ont moins d'enseignement théorique sur la psychiatrie et peuvent dans leur cursus de formation pratique n'accomplir qu'un temps très limité dans un ou plusieurs services psychiatriques. Or, la psychiatrie nécessite une formation particulière afin de vaincre l'appréhension et la peur que peuvent susciter les troubles des patients et de pouvoir gérer leurs crises.

(1) Audition du 27 juin 2013.

(2) Audition du 26 juin 2013.

C'est pourquoi, en 2003, une circulaire a rappelé la nécessité de renforcer la formation des infirmiers exerçant en milieu psychiatrique⁽¹⁾. En 2006, un tutorat infirmier a été mis en place afin d'encadrer les personnels appelés à travailler en secteur psychiatrique⁽²⁾.

Afin d'améliorer leur formation, le Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) et la Coordination nationale des infirmiers (CNI) auditionnés⁽³⁾ plaident pour un cursus commun avec une spécialisation en psychiatrie sous la forme d'un master pour ceux qui souhaiteraient exercer dans ce secteur. Ils ont toutefois insisté sur la nécessité d'une alternance entre un enseignement théorique et pratique, regrettant la pratique antérieure du compagnonnage. Cette masterisation permettrait de revaloriser la profession et de mieux recruter.

Le docteur Mathieu Bellahsen, psychiatre et membre d'Utopsy, plaide pour une formation spécifique pour les étudiants qui souhaiteraient travailler en psychiatrie, dès la deuxième année. Elle comprendrait une formation théorique et pratique avec des stages et aboutirait à un diplôme d'État avec orientation psychiatrique.

Votre Rapporteur préconise de proposer une orientation spécifique aux étudiants infirmiers souhaitant travailler principalement dans des établissements de santé mentale en reconnaissant une spécialisation en psychiatrie lors de leur formation à leur diplôme et pour ceux en poste depuis 1993 en recourant à la valorisation des acquis de l'expérience (proposition n° 26).

3. De nouvelles orientations pour la recherche

En premier lieu, votre Rapporteur plaide pour un renforcement des moyens financiers alloués à la recherche en santé mentale au sein de la recherche en santé (proposition n° 27).

En deuxième lieu, face au constat du faible nombre de chercheurs universitaires comparé au champ de la population suivie, il est important de sensibiliser les internes en psychiatrie aux activités de recherche.

Lors de son audition⁽⁴⁾, le docteur Charles Alezrah, représentant l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP), a d'ailleurs souligné que les internes en psychiatrie se plaignaient de ne recevoir aucune formation, ni incitation à effectuer de la recherche.

(1) Circulaire DGS/DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier.

(2) Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie.

(3) Audition du 4 juillet 2013.

(4) Audition du 27 juin 2013.

Il convient donc de renforcer les effectifs d'enseignants hospitalo-universitaires et d'inclure un stage d'initiation à la recherche, dans le cadre de la formation des internes en psychiatrie.

Votre Rapporteur propose donc de sensibiliser les internes en psychiatrie à la recherche en incluant un stage d'initiation à la recherche dans le cadre de la formation et en renforçant le nombre de postes « d'enseignants hospitalo-universitaires » (proposition n° 28).

En troisième lieu, l'interdisciplinarité doit être encouragée.

En effet, l'identification d'éléments biologiques dans les modèles de maladies psychiatriques comme la détermination de facteurs environnementaux et sociétaux sont importants.

Mme Marie-Odile Krebs, responsable du programme santé mentale et addictions à l'Agence nationale de la recherche (ANR)⁽¹⁾, a insisté sur cette nécessité de coupler recherche clinique et recherche sociologique.

Dans ce cadre, des études épidémiologiques doivent être conduites.

L'épidémiologie repose sur l'analyse d'échantillons représentatifs à partir d'instruments validés et reconnus. Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 entendait renforcer l'étude des facteurs influant la santé mentale, la répartition, la fréquence et la gravité des états pathologiques. Cet objectif n'a pas été réalisé, notamment faute de financement, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport d'évaluation précité⁽²⁾.

Lors des auditions, de nombreux participants ont regretté l'absence de données fiables. Il serait pertinent de conduire des enquêtes de population de manière régulière en utilisant les mêmes instruments et échantillons.

À l'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole, les activités de recherche sont essentiellement des « recherches-actions » axées sur la diffusion de données épidémiologiques sur les troubles psychiques constatés dans le secteur et sur l'utilisation des soins médicaux et non médicaux.

Votre Rapporteur suggère d'encourager la pluridisciplinarité et l'interdisciplinarité de la recherche en mobilisant aussi bien les sciences humaines que les neurosciences, la recherche fondamentale et celle exploitant les données de la clinique (proposition n° 29).

Enfin, la recherche théorique, fondamentale, et la recherche clinique doivent être associées afin de mieux diffuser les innovations.

(1) Audition du 5 juin 2013.

(2) Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010), décembre 2011.

Comme l'a relevé le professeur Pierre Thomas, président du Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP) ⁽¹⁾, une des difficultés de la recherche en santé mentale réside dans sa diffusion ; toute découverte afin d'être validée doit, au préalable, être évaluée sur une population clinique ou générale.

La professeure Marie-Christine Hardy, ancienne présidente du CNUP ⁽²⁾, a cité l'exemple des recherches en neurosciences qui ont permis d'améliorer le traitement des patients schizophrènes et sont néanmoins peu diffusées.

M. Tim Graecen, directeur du laboratoire de recherche de l'établissement public de santé Maison Blanche à Paris ⁽³⁾, a, quant à lui, pointé l'absence de recherche interventionnelle sur les pratiques ou les programmes qui permet de repérer ce qui est efficient et le cas échéant de le diffuser.

Les programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) sont un des outils de cette validation, servant d'interface entre la recherche et la pratique. Ces programmes doivent être renforcés, sur le modèle de ce qui avait été réalisé lors du premier Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 où trente-deux projets avaient été financés.

Un meilleur contact entre les chercheurs et cliniciens permettrait, de plus, de développer une culture de l'évaluation, qui fait défaut en France.

Le professeur Frédéric Rouillon, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris ⁽⁴⁾, a ainsi évoqué cette « *allergie à l'évaluation et aux recommandations de bonne pratique* ».

Les pédopsychiatres ⁽⁵⁾ ont d'emblée admis leur carence dans l'évaluation faute de temps et ont souligné combien elle était délicate d'un point de vue scientifique et méthodologique.

Les modes d'évaluation doivent être déterminés en lien avec les professionnels concernés et ne sauraient constituer un mode d'unification des écoles et pratiques.

Votre Rapporteur recommande de reconnaître la recherche menée par des praticiens hors du cadre universitaire et définir les modalités de son évaluation (proposition n° 30).

(1) Audition du 26 juin 2013.

(2) Audition du 26 juin 2013.

(3) Audition du 23 mai, 2013.

(4) Audition du 31 janvier 2013.

(5) Audition du 16 mai 2013

LISTE DES 30 PROPOSITIONS

UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Diminuer le délai de diagnostic des maladies mentales et de premier accès aux soins.

Proposition n° 1 (page 60) : former les médecins généralistes afin qu'ils puissent détecter les troubles psychiatriques et orienter au mieux les patients en :

– incluant un stage obligatoire en psychiatrie, en secteur hospitalier et en ambulatoire dans la formation initiale ;

– renforçant la formation continue dans le domaine de la psychiatrie.

Proposition n° 2 (page 61) : développer la collaboration entre généralistes et psychiatres en :

– encourageant les consultations de psychiatres dans les maisons de santé afin de favoriser la coordination entre le médecin généraliste et le psychiatre ;

– favorisant les échanges entre le médecin généraliste et le psychiatre pour assurer un suivi optimal du patient ;

– encourageant des échanges et collaborations dans le cadre du secteur.

Proposition n° 3 (page 62) : améliorer l'accessibilité au centre médico-psychologique (CMP) en :

– fixant dans les schémas régionaux d'organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé un objectif de délai maximal pour obtenir un premier rendez-vous ;

– organisant un système de pré-entretien avec le concours d'infirmiers ou de psychologues afin de permettre une évaluation du patient et une orientation vers une prise en charge ultérieure ;

– augmentant l'amplitude horaire et les jours d'ouverture des centres médico-psychologiques.

Proposition n° 4 (page 66) : développer les liens entre secteurs et professionnels de santé (protection maternelle et infantile, médecine du travail, service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé, institution d'aide sociale et de travail social), afin de repérer les personnes paraissant présenter des troubles mentaux et, le cas échéant, coordonner les actions à leur bénéfice.

Prévoir une assistance téléphonique auprès d'un service psychiatrique à destination de ces professionnels.

Améliorer la prise en charge des maladies somatiques.

Proposition n° 5 (page 63) : organiser la prise en charge des maladies somatiques en :

- inscrivant cet objectif dans le cadre du contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens des établissements ;
- prévoyant selon la taille de l’hôpital un service, un poste ou des vacations de somaticiens dans les unités d’hospitalisation en psychiatrie ;
- élaborant des conventions entre les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux généraux ou des maisons de santé.

UN SECTEUR RÉNOVÉ

Proposition n° 6 (page 49) : réaffirmer la légitimité et l’actualité des secteurs en fixant par la loi leurs missions communes.

Proposition n° 7 (page 51) : favoriser, dans les schémas régionaux d’organisation des soins élaborés par les agences régionales de santé, l’articulation entre l’offre de soins psychiatriques publique et privée.

Proposition n° 8 (page 63) : établir des passerelles entre les secteurs et les établissements médico-sociaux.

Proposition n° 9 (page 58) : inciter à la signature de conventions entre les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et les établissements de santé mentale afin de prévoir des consultations de psychiatres en EHPAD et l’admission en hôpital en cas de crise.

Conforter les politiques intersectorielles.

Les populations précaires

Proposition n° 10 (page 55) : généraliser sur une base territoriale définie par l’agence régionale de santé le dispositif des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP).

Proposition n° 11 (page 75) : soutenir la démarche « Un chez-soi d’abord ». Mettre à disposition des logements adaptés en développant la pratique des baux glissants ou l’intermédiation locative afin de favoriser l’accueil des malades dans des logements indépendants.

Proposition n° 12 (page 76) : développer l’insertion professionnelle en prenant appui dans la mesure du possible sur le conseil local de santé mentale.

Proposition n° 13 (page 49) : réaffirmer la légitimité et l’actualité de l’intersecteur infanto-juvénile en fixant par la loi leurs missions minimales.

UNE INCLUSION SOCIALE FAVORISÉE

Développer la démocratie sanitaire.

Rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté.

Proposition n° 14 (page 68) : s'assurer au niveau du ministère de la santé, des agences régionales de santé, des établissements de santé mentale et de la Haute Autorité de santé que les restrictions aux libertés individuelles de patients faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte sont adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.

Proposition n° 15 (page 68) : considérer qu'isolement thérapeutique et contention sont des solutions de dernier recours qui relèvent d'une prescription médicale individuelle prise pour une durée limitée dont la mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte.

Constituer un registre administratif dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin des mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre.

Proposition n° 16 (page 73) : prendre les dispositions nécessaires au bon fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques, veiller au recueil et à l'exploitation de leurs rapports.

Développer les conseils locaux de santé mentale.

Proposition n° 17 (page 53) : encourager la constitution de conseils locaux de santé mentale ou de santé et de santé mentale. Élaborer à cette fin un référentiel national qui servirait de guide tout en gardant la souplesse nécessaire à l'adaptation au territoire.

Proposition n° 18 (page 53) : étendre le périmètre des activités des conseils locaux de santé mentale à la pédopsychiatrie et à la psychiatrie du sujet âgé.

Encourager la participation des usagers et des familles.

Proposition n° 19 (page 70) : renforcer la participation des usagers et des familles en :

- incitant au développement des maisons des usagers au sein des établissements de santé mentale ;
- encourageant la constitution de groupes d'entraide mutuelle.

Proposition n° 20 (page 71) : veiller à la représentation effective des usagers et de leur famille dans toutes les instances où elle est prévue.

Améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire.

Proposition n° 21 (page 78) : évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal au regard du nombre important de détenus atteints de maladie mentale grave.

Proposition n° 22 (page 81) : renforcer le temps d'intervention et le nombre de professionnels de santé mentale intervenant auprès des détenus.

Proposition n° 23 (page 83) : assurer un meilleur suivi de la sortie des détenus présentant des troubles psychiatriques en formalisant la coordination entre les services pénitentiaires de probation et d'insertion (SPIP) et les psychiatres pour préparer leur sortie, par le biais de conventions entre les ministères de la santé et de la justice.

Proposition n° 24 (page 82) : sensibiliser le personnel pénitentiaire aux pathologies psychiatriques dans le cadre de leur formation initiale et continue à l'École nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP), en lien avec le ministère de la santé.

DES MOYENS ADAPTÉS

Proposition n° 25 (page 85) : réarticuler les compétences professionnelles en :

– reconnaissant un rôle aux psychologues cliniciens en premier recours et en examinant la possibilité et les modalités d'une prise en charge de leur exercice par l'assurance maladie ;

– reconnaissant le rôle des infirmiers ;

– affirmant le lien avec les généralistes intervenant dans le service psychiatrique comme hors du service.

Améliorer la formation des infirmiers.

Proposition n° 26 (page 87) : proposer une orientation spécifique aux étudiants infirmiers souhaitant travailler principalement dans des établissements de santé mentale en reconnaissant une spécialisation en psychiatrie lors de leur formation à leur diplôme et pour ceux en poste depuis 1993 en recourant à la valorisation des acquis de l'expérience.

Développer la recherche.

Proposition n° 27 (page 87) : donner à la recherche sur les maladies mentales des moyens financiers à hauteur de leur taux de prévalence.

Proposition n° 28 (page 88) : sensibiliser les internes en psychiatrie à la recherche en :

– incluant un stage d’initiation à la recherche dans le cadre de la formation ;

– renforçant le nombre de postes d’« enseignants hospitalo-universitaires ».

Proposition n° 29 (page 88) : encourager la pluridisciplinarité et l’interdisciplinarité de la recherche en mobilisant aussi bien les sciences humaines que les neurosciences, la recherche fondamentale et celle exploitant les données de la clinique.

Proposition n° 30 (page 89) : reconnaître la recherche menée par des praticiens hors du cadre universitaire et définir les modalités de son évaluation.

Mettre en œuvre les recommandations.

Proposition n° 30 bis : diminuer le nombre de rapports et donner la priorité à la mise en œuvre des recommandations récurrentes.

CONTRIBUTION DE M. JEAN-PIERRE BARBIER, PRÉSIDENT DE LA MISSION D'INFORMATION, AU NOM DU GROUPE UMP

– Je tiens à saluer le travail de notre Rapporteur. Le rapport de cette mission d'information, même s'il s'ajoute à de très nombreux rapports publiés depuis une dizaine d'années était un travail nécessaire et ne restera pas, espérons-le, lettre morte. Je souhaite que nous trouvions une volonté politique commune, que ce soit dans le cadre de la future loi promise autour de la santé publique ou bien dans un cadre législatif spécifique sur la santé mentale pour que nous puissions améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques dans notre pays.

La psychiatrie est un enjeu majeur de santé publique, un peu méconnu, oublié des débats et du financement de la recherche, alors qu'il a été démontré par l'OMS que les maladies mentales seront d'ici à une dizaine d'années au premier rang des causes mondiales de handicap, dépassant les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Un Français sur cinq souffre, a souffert, ou souffrira au cours de sa vie d'une maladie mentale. Elles sont la première cause de mortalité chez les jeunes adultes avec 4 000 suicides recensés chaque année, plaçant ainsi la France dans le peloton de tête mondial.

En termes médico-économiques, le poids de la maladie mentale est considérable en matière de coûts directs, mais également indirects. Les maladies mentales constituent le deuxième motif d'arrêt de travail et la première cause d'invalidité. Elles réduisent notablement la qualité de vie des personnes atteintes et perturbent profondément celle de leurs proches.

– Notre politique publique en matière de psychiatrie repose aujourd'hui essentiellement sur des plans de santé mentale. Le premier (celui de 2005 à 2008) a été évalué en 2011 par la Cour des comptes et avait injecté 475 millions d'euros de crédits de fonctionnement et 750 millions d'euros de crédits d'investissement et le second (de 2011 à 2015) est en cours d'exécution, son programme de mise en œuvre étant paru en février 2012. Elle est largement perfectible, le constat est partagé.

L'évaluation du Plan Psychiatrie et santé mentale (2005-2008) faisait ressortir plusieurs problèmes abordés dans le présent rapport, notamment le cloisonnement persistant des soins à toutes les étapes de la prise en charge et l'absence de politique d'innovation et d'amélioration des soins.

Meilleure complémentarité entre l'offre publique et privée (notamment autour des SROS des ARS), conseils locaux de santé mentale aux périmètres étendus, meilleure formation des médecins généralistes qui sont souvent le

premier recours avant un diagnostic spécialisé, favoriser les échanges et la consultation de psychiatres au sein des maisons de santé, puis établir des passerelles entre les secteurs et les établissements médico-sociaux, voilà autant de mesures qui pourraient favoriser ce décloisonnement qui est indispensable.

De même, l'innovation et l'amélioration des soins passera avant tout par la recherche, et nous regrettons que la recherche française (qui est pourtant reconnue dans plusieurs domaines, notamment l'autisme) ne représente que 2,5 % des publications mondiales. Il existe une sous-dotation persistante qu'il va falloir corriger d'autant que de nouvelles perspectives de diagnostic et de soins s'ouvrent à la psychiatrie.

– Nous déplorons les écarts de prise en charges et différences de pratiques qui existent dans les établissements et nourrissent parfois des polémiques stériles. Les professionnels qui travaillent dans les hôpitaux spécialisés que nous avons pu rencontrer font un travail remarquable et il me semble essentiel de tout faire pour ne pas alimenter ces polémiques, on peut le déplorer mais c'est une réalité, il est malheureusement indispensable qu'ils puissent avoir recours à des mesures de contention s'ils le jugent nécessaire pour la sécurité de tous (du malade et de l'équipe soignante).

Il pourrait être intéressant pour dépassionner ce débat de s'appuyer sur la Haute Autorité de Santé qui est à même de mener un travail de consensus, en lien avec les professionnels et les représentants des patients qui peut élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Sans être contraignantes, elles pourraient constituer des références pour les malades et leurs proches.

– Vous avez enfin souhaité aborder à nouveau la difficile question du débat entre deux logiques qui peuvent se confronter: celle du soin et celle de la sécurité. Peut-être qu'il conviendrait d'apprendre à mieux les concilier.

Au-delà de la proposition d'évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal dont on ne sait pas très bien ce que sous-tend une telle évaluation et comment elle pourrait avoir lieu, il convient de favoriser une meilleure conciliation de ces deux impératifs. L'ouverture de structures comme les unités hospitalières spécialement aménagées est une réponse adaptée et le programme d'ouvertures qui a été commencé sous la précédente législature doit être maintenu. Nous souscrivons parfaitement à toute mesure visant à mieux sensibiliser les personnels pénitentiaires aux pathologies psychiatriques ou à renforcer le temps d'intervention des professionnels de santé psychique.

Pour finir, il est clair que tout cela va demander des moyens supplémentaires et l'on peut déplorer que le Gouvernement se prive d'un certain nombre de marges de manœuvre dans le budget de la sécurité sociale. Nous serons au rendez-vous, et attendons donc cette fameuse loi de santé publique que la ministre des affaires sociales et de la santé nous a promise.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

La commission des affaires sociales examine le rapport d'information de M. Denys Robiliard en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie au cours de sa séance du mercredi 18 décembre 2013.

ANNEXES

ANNEXE 1 :

COMPOSITION DE LA MISSION D'INFORMATION

(15 membres)

	<i>Groupes politiques</i>
M. Arnaud Robinet, président (<i>jusqu'au 11 février 2013</i>)	UMP
M. Jean-Pierre Barbier, président (<i>désigné en remplacement de M. Arnaud Robinet à compter du 4 avril 2013</i>)	UMP
M. Denys Robiliard, rapporteur	SRC
M. Gérard Bapt	SRC
Mme Kheira Bouziane	SRC
Mme Martine Carrillon-Couvreur	SRC
M. Jérôme Guedj	SRC
Mme Ségolène Neuville	SRC
Mme Martine Pinville	SRC
M. Gérard Sebaoun	SRC
Mme Valérie Boyer	UMP
Mme Isabelle Le Callennec	UMP
M. Jonas Tahuaitu	UDI
Mme Véronique Massonneau	Écologiste
Mme Dominique Orliac	RRDP
Mme Jacqueline Fraysse	GDR

Groupe UMP : groupe de l'Union pour un mouvement populaire

Groupe SRC : groupe socialiste, républicain et citoyen

Groupe UDI : groupe de l'Union des démocrates et indépendants

Groupe RRDP : groupe radical, républicain, démocrate et progressiste

Groupe GDR : groupe de la Gauche démocrate et républicaine

ANNEXE 2 :

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR

Jeudi 24 janvier 2013 :

- **Fédération nationale des associations d’usagers en psychiatrie (FNAPSY)** – Mme Claude Finkelstein, présidente
- **Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)** – M. Philippe Charrier, président, et M. Michel De Lisi, secrétaire général
- **Mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires (MIVILUDES)** – M. Serge Blisko, président

Jeudi 31 janvier 2013 :

- **Professeur Frédéric Rouillon**, professeur de psychiatrie à l’université René Descartes, chef de service et de pôle à l’hôpital Sainte-Anne (Paris)
- **Dr. Jean Oury**, directeur de la clinique de La Borde
- **Centre collaborateur de l’Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale** – Dr. Jean-Luc Roelandt, directeur

Jeudi 7 février 2013 :

- **Cour des comptes, sixième chambre** – Mme Marianne Lévy-Rosenwald, conseiller maître, présidente de la section politique et établissements de santé, et M. Alain Gillette, conseiller maître
- **M. Édouard Couty**, conseiller maître à la Cour des comptes, président de la commission « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » (2008-2009)
- **Professeure Marion Leboyer**, responsable du pôle de psychiatrie du groupe hospitalier Henri- Mondor (Créteil), directeur du laboratoire de psychiatrie génétique à l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), professeure de psychiatrie à l’université Paris-Est (Créteil)

Jeudi 14 février 2013 :

- **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)** – Mme Magali Coldefy, maître de recherche
- **Haute Autorité de santé (HAS)** – **Dr. Cédric Grouchka**, membre du Collège de la HAS et président de la Commission de validation des recommandations de bonnes pratiques, et **Dr. Michel Laurence**, chef de service des recommandations de bonnes pratiques

Jeudi 21 février 2013 :

- **M. Jean-Marie Delarue**, Contrôleur général des lieux de privation de liberté
- **Dr. Catherine Paulet**, cheffe du service médico-psychologique régional (SMPR) de Marseille, experte auprès du Comité pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du Conseil de l'Europe
- **Professeur Antoine Lazarus**, professeur émérite de santé publique et sociale, université Paris XIII
- **Table ronde :**
 - **Groupement information asiles (GIA)** : Mme Maryse Coureaud, présidente, M. Thierry Jouanique, vice-président
 - **Collectif « Mais c'est un homme »** : M. Jean Vignes, secrétaire fédéral de Sud Santé Sociaux, Dr. Philippe Gasser, psychiatre, pour l'Union syndicale de la psychiatrie (USP), M. Claude Deutsch, pour Advocacy France, et M. André Bitton, président du Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA)
 - **Collectif des 39** : Dr. Patrick Chemla, psychiatre chef de pôle (centre Antonin- Artaud de Reims), Dr. Thierry Najman, psychiatre chef de pôle (hôpital psychiatrique de Moisselles), Dr. Mathieu Bellahsen, et M. Serge Klopp, cadre de santé (centre médico-psychologique de Grigny)

Vendredi 22 février 2013 :

➤ **Table ronde :**

- **Syndicat de la magistrature** : M. Xavier Gadrat, secrétaire national
- **Union syndicale des magistrats (USM)** : Mme Virginie Valton, vice-présidente, et Mme Virginie Duval, secrétaire générale
- **Syndicat des greffiers de France (SDGF-FO)** : Mme Isabelle Besnier-Houben, secrétaire générale, et Mme Catherine Arnal, secrétaire générale adjointe
- **Syndicat national CGT des Chancelleries et services judiciaires** : M. Henri-Ferréol Billy, membre de la direction

➤ **Table ronde :**

- **Syndicat des avocats de France (SAF)** : M^e Florian Borg, secrétaire général, et M^e Jean-Marc André, membre du conseil syndical
- **Barreau de Lille** : M^e Aurore Bonduel
- **Conseil national des barreaux (CNB)** : M^e Carine Monzat, membre du Conseil national, M^e Vincent Potié, personnalité qualifiée à la commission « Accès aux droits et à la justice », et M. Jacques-Édouard Briand, chargé des relations avec les pouvoirs publics

➤ **Table ronde :**

- **Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH)** : Dr. Jean-Claude Penochet, président
- **Union syndicale de la psychiatrie (USP)** : Dr. Olivier Labouret, président
- **Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP)** : Dr. Michel Triantafyllou, président, Dr. Jean-Paul Bouvattier, vice-président, et Dr. Jean Ferrandi, secrétaire général
- **Syndicat des psychiatres français (SPF)** : Dr. Jean-Yves Cozic, président

➤ **Table ronde :**

- **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI)** : M. Thierry Amouroux, secrétaire général
- **Coordination nationale infirmières (CNI)** : Mme Régine Wagner et M. Thierry Alberti, membres du bureau national

Jeudi 28 février 2013 :

- **Mme Nicole Questiaux**, présidente de section honoraire au Conseil d'État, membre de la Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH)

Jeudi 14 mars 2013 :

➤ **Table ronde :**

- **Syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés (SYNCASS-CFDT)** : M. Hubert Meunier, directeur du Centre hospitalier du Vinatier à Bron, et M. Claude Lescouet, directeur des soins, secrétaire national du SYNCASS-CFDT
- **Syndicat des managers publics de santé (SMPS)** : M. Olivier Falanga, délégué national, et M. Guy Chiambaretto, directeur-adjoint, Hôpitaux de Saint-Maurice
- **Syndicat national des cadres hospitaliers-FO** : M. Hadrien Scheibert, directeur des admissions, des finances et du système d'information, Groupe hospitalier Paul- Guiraud (Villejuif)
- **Union fédérale des médecins, ingénieurs, cadres et techniciens (UFMICT)- CGT** : Mme Dominique Sahal, directeur-adjoint, Centre hospitalier spécialisé Gérard- Marchant (Toulouse)

➤ **Table ronde :**

- **Conférence des directeurs généraux de CHU** : Mme Monique Ricomes, secrétaire générale de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), et Mme Marjorie Obadia, directrice-adjointe à l'AP-HP
 - **Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CNDCH)** : M. Denis Fréchou, directeur général des hôpitaux de Saint-Maurice
 - **Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)** : M. Joseph Halos, président, et M. Antoine de Riccardis, directeur du centre hospitalier Charles- Perrens de Bordeaux
- **Association du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du ministère de l'intérieur (ACPHFMI)** : Mme Nicole Klein, préfète de Seine-et-Marne

Jeudi 28 mars 2013 :

- **Mme Sophie Théron**, maître de conférences en droit public à l'université Toulouse 1 Capitole, et **M. Éric Péchillon**, maître de conférences en droit public à l'université Rennes 1, responsable pédagogique du diplôme interuniversitaire « Droit et psychiatrie »

Jeudi 16 mai 2013 : auditions sur la pédopsychiatrie

➤ **Table ronde :**

- **Dr. Jacques Sarfaty**, chef du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, et **Dr. François Bridier**, vice-président de l'Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API)
- **Mme Marie-Michèle Bourrat**, présidente de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et disciplines associées (SFPEADA), et **M. Michel Wawrzyniak**, professeur de psychologie clinique à l'Université de Picardie, vice-président
- **Dr. Nicole Garret-Gloanec**, présidente de la Société de l'information psychiatrique (SIP), et **Dr. Fabienne Roos- Weil**
- **Mme Sylvie Champion**, présidente de la Fédération nationale des CMPP (FDCMPP), et **M. Richard Horowitz**, pédopsychiatre, vice-président

➤ **Table ronde :**

- **Mme Isabelle Coutant**, sociologue chargée de recherche au CNRS auteur de l'ouvrage *Troubles en psychiatrie. Enquête dans une unité pour adolescents*
- **Dr. Alain Fuseau**, président de l'Association nationale des maisons des adolescents
- **Professeur Bernard Golse**, chef du service pédopsychiatrique à l'hôpital Necker

Jeudi 23 mai 2013 : auditions sur la précarité

➤ **Table ronde :**

- **Dr. Alain Mercuel**, chef de service santé mentale et exclusion sociale à l'hôpital Sainte-Anne, et **Mme Françoise Toux**, directrice du pôle médico-social du centre hospitalier Sainte-Anne
- **Dr. Jacques Hassin**, responsable médical et responsable du pôle médecine sociale au pôle urgences sociales (lits Halte santé) au centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre
- **Dr. Stéphanie Vandentorren**, responsable pôle épidémiologie et santé publique, membre de l'Observatoire du Samu social, affectée au Samu social et en lien avec le Réseau Souffrances et Précarité
- **Dr. Vincent Girard**, psychiatre, auteur du rapport *La santé des personnes sans chez-soi*
- **M. Tim Greacen**, directeur du laboratoire de recherche de l'Établissement public de santé Maison Blanche
- **Pr. Catherine Massoubre**, praticienne hospitalière en psychiatrie, au centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne

➤ **Association française de criminologie** – M. Alain Blanc, président

Jeudi 30 mai 2013 : auditions sur les prisons

- **Observatoire international des prisons (OIP)** – M. Antoine Lazarus, président, M. Philippe Carrière, administrateur, et Mme Anne Chereul, membre
- **Établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF)** – Mme Anne Dulioust, cheffe de service de médecine
- **Table ronde réunissant des professionnels de santé :**
 - **Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire (ASPMP)** : Dr. Michel David, président, psychiatre des hôpitaux, et Dr. Cyrille Canetti, vice-président, psychiatre des hôpitaux, chef du service médical-psychologique régional (SMPR) de la prison de la Santé
 - **Syndicat des praticiens exerçant en prison (SPEEP)** : Dr. Émeline Chaigne, présidente
 - **Association des professionnels de santé exerçant en prison (APSEP)** : Drs. Patrick Serre, président, et Anne Lecu

➤ **Table ronde réunissant des personnels des établissements pénitentiaires :**

- **Syndicat national pénitentiaire FO-Direction :** M. Jimmy Delliste, secrétaire général, et M. Patrick Wiart, membre du bureau national du SNP FO-Direction et directeur du centre de détention de Casabianda
- **Syndicat national des directeurs pénitentiaires :** M. Jean Michel Dejenne, premier secrétaire, directeur du quartier pour peines aménagées de Fresnes Villejuif, et Mme Christel Drouet, conseillère nationale, cheffe du bureau n° 1 de l'état-major de sécurité de la direction de l'administration pénitentiaire (DAP)
- **Union générale des syndicats pénitentiaires CGT :** M. Fabrice Dorions, membre du bureau national de la CGT Pénitentiaire, référent national des travailleurs sociaux et M. Cédric Lassaingne, premier surveillant de la maison d'arrêt de Dradignan

Mercredi 5 juin 2013 :

- **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)** – Mme Magali Coldefy, maître de recherche

Jeudi 6 juin 2013: auditions sur la recherche

- **Agence nationale de la recherche (ANR)** – Mme Marie-Odile Krebs, responsable du programme santé mentale et addictions (SAMENTA)
- **Institut de veille sanitaire (INVS)** – Mme Isabelle Grémy, directrice du département maladies chroniques et traumatismes
- **Audition conjointe :**
- **Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) :** M. Bernard Bioulac, ex-directeur de l'ITMO Neurosciences, Sciences Cognitives, Neurologie, Psychiatrie
 - **Institut de recherche en santé publique :** Mme Isabelle Vazeilles, chargée de mission, et Mme Archana Singh Manoux, directrice adjointe de l'ITMO Santé publique

➤ **Table ronde sur la santé mentale des étrangers et demandeurs d’asile :**

- **Association Primo Levi** : Mme Sibel Agrali, directrice du centre de soins
- **Comité médical pour les exilés (COMEDE)** : Dr. Arnaud Veïsse, directeur, et Mme Laure Wolmark, responsable du service psychothérapie et santé mentale
- **Réseau Samdarra/l’Orspere** : Mme Halima Zeroug-Vial, psychiatre et directrice

Mercredi 12 juin 2013 : auditions sur la démocratie sanitaire

➤ **Audition conjointe :**

- **Union nationale Groupe d’entraide mutuelle (GEM) France** : Mme Annie Labbé, vice-présidente, et M. Claude Ethuin, vice-président
- **Maison des usagers** : Mme Helen Jagers, responsable, Mme Nathalie Alamowitch, directrice adjointe du centre hospitalier de Sainte- Anne, et Mme Céline Loubières, ancienne coordinatrice de la maison des usagers

Mercredi 19 juin 2013 :

- **Association « Élus santé publique et territoires »** – M. Laurent El Gozhi, président, conseiller municipal à Nanterre, Mme Marie-Odile Dufour, vice-présidente, maire-adjointe à Champigny sur Marne, et Mme Marianne Auffret, maire-adjointe à la mairie du 14ème arrondissement de Paris

Jeudi 20 juin 2013 : auditions sur l’organisation des soins

- **Direction générale de la santé (DGS)** – M. Pascal Melihan-Cheinin, adjoint à la sous-directrice du bureau des maladies chroniques, Mme Maryse Simonet, médecin de santé publique (champ de la santé mentale enfants adolescents), et M. Philippe Leborgne, médecin de santé publique (champ de la santé mentale adultes)
- **Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – Mme Christine Bronnec, cheffe du bureau des prises en charge post-aiguës, des pathologies chroniques et de la santé mentale, et Mme Natacha Lemaire, sous directrice de la régulation de l’offre de soins

➤ **Audition conjointe :**

- **Agence régionale de santé (ARS) Île-de-France :** Dr. Catherine Isserlis, praticienne hospitalière, chargée de mission, et M. Lazare Reyes, chargé de mission psychiatrie santé mentale
- **Agence régionale de santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais :** Dr. Francine Van Hee, référente en santé mentale

Mercredi 26 juin 2013 :

➤ **Audition conjointe :**

- **Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP) :** Pr. Pierre Thomas, de l'université de Lille, président du CNUP, et Pr. Marie-Christine Hardy, ancienne présidente du CNUP
- **Syndicat universitaire de psychiatrie (SUP) :** Pr. Bernard Granger, président du Groupe Alpha et M. Pierre Ferracci, président

Jeudi 27 juin 2013 : auditions sur les professions

- **Association française des psychiatres d'exercice privé-Syndicat national des psychiatres privés (AFPEP-SNPP) :** Dr. Patrice Charbit, président, M. Élie Winter, secrétaire général, M. Michel Marchand, président d'honneur, et Mme Béatrice Guinaudeau, trésorière
- **Table ronde réunissant les psychiatres du secteur public**
 - **Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) :** Dr. Michel Triantafyllou, président, M. Jean-Paul Gouvattier, vice-président, et Dr. Jean Ferrandi, secrétaire général
 - **Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP) :** Dr. Christiane Santos, médecin cheffe de pôle à Paris, secrétaire générale et Dr. Charles Alezrah
 - **Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) :** Dr. Jean-Claude Pénochet, président, et Dr. Isabelle Montet, secrétaire générale
- **Association des directeurs d'établissements participant au service public de santé mentale (ADESM) :** M. Joseph Halos, président
- **Fédération d'aide à la santé mentale (FASM) Croix Marine –** Dr. Bernard Durand, président, et M. Patrick Alary, vice-président, et Mme Marie-Claude Barroche, présidente d'AGAPSY
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) –** M. David Causse, coordonnateur du pôle santé-social, accompagné de Mme Julie Gauthier, conseillère santé-social à la FEHAP

Mercredi 3 juillet 2013 :

- **Union nationale des cliniques psychiatriques privées (UNCPSY) :** Dr. Olivier Drevon, président, accompagné de M. Benjamin Guiraud-Chaumeil, secrétaire général, et de M. François Meillier, délégué général

Jeudi 4 juillet 2013 : auditions sur les professions

- **Syndicat national des psychologues (SNP) :** M. Jacques Borgy, secrétaire général, et Mme Jacqueline Maillard, psychologue
- **Ordre national des médecins :** Dr. Piernik Cressard, membre de la section éthique et déontologie
- **Audition conjointe :**
 - Mme Régine Wagner, membre du bureau national de la **Coordination nationale des infirmiers (CNI)**, et Mme Danièle Hengen, référente du collectif psychiatrie CNI
 - **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI) :** M. Hervé Viennet
- **Association professionnelle des services sociaux hospitaliers et de la santé (AProSSheS) –** Mme Brigitte Fages, cadre supérieur socio-éducatif à l'hôpital Paul-Guiraud à Villejuif, et Mme Isabelle Favier, cadre adjointe au centre hospitalier de Provins

Jeudi 12 septembre 2013 :

- **Fédération hospitalière de France (FHF) –** M. René Caillet, responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale

Jeudi 3 octobre 2013 : auditions sur la psychiatrie du sujet âgé

- **Table ronde réunissant des directeurs d'EHPAD :**
 - **Conférence nationale des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées et dépendantes (CNDEHPA) :** Mme Marie-Hélène Angelloz-Nicoud, présidente, et Mme Virginie Borja, vice-présidente de la CNDEPAH, directrice du pôle gérontologique du Riou Blanc à Seillans
 - **Fédération nationale des associations de directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA) :** Mme Françoise Toursière, directrice, et M. Olivier Quenette, directeur de l'EHPAD Saint-Jean- de- Dieu à Marseille
 - **Association des directeurs au service des personnes âgées (AD-PA) :** M. Romain Gizolme, chargé de mission

- **Agence Régionale de Santé (ARS) Île-de-France** – Mme Catherine Isserlis, référente psychiatrie santé mentale, M. Lazare Reyes, chargé de mission Psychiatrie – Santé mentale, et Dr. Marie-Pierre Pancrazi, en charge de l'équipe de gérontologie
- **Ville de Paris** – Mme Liliane Capelle, adjointe au maire de Paris, chargée des seniors et du lien intergénérationnel, et Mme Claire Davy, conseillère technique
- **CODIFAlzheimer (Coordination des associations Alzheimer d'Île-de-France) Association France Alzheimer Seine-Saint-Denis** – Mme Catherine Ollivet, présidente fondatrice

Jeudi 17 octobre 2013 : auditions sur le financement

- **Conférence nationale des présidents Commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés (CME-CHS)** – Dr. Christian Muller, président
- **Table ronde réunissant les mutuelles :**
 - **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)** : M. Alain Rouché, directeur santé, M. Jean-Paul Laborde, directeur des affaires parlementaires, et M. Kevin Figuière, attaché parlementaire
 - **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)** : Mme Évelyne Guillet, directrice santé, et M. Stéphan Reuge, directeur institutionnel et stratégique prévoyance et assurances du groupe PRO- BTP
 - **Mutualité française** : Dr. Karim Ould Kaci, responsable du département Innovation développement de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), M. Michel Couhert, directeur du Groupement hospitalier de la Mutualité française, et M. Anton Camp, chargé de mission à la direction des affaires publiques de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
- **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général, Mme Sophie Martinon, directrice de cabinet du directeur général, Mme Marie-Hélène Rodde-Dunet, médecin conseil, cheffe de service au cabinet du médecin conseil national, et Mme Véronika Levendof, responsable de la mission relations avec le Parlement et veille législative

Mercredi 30 octobre 2013 : audition sur le financement

- **Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)** – M. Christian Anastasy, directeur général

ANNEXE 3 :

DÉPLACEMENTS EFFECTUÉS PAR LA MISSION

– Déplacement à l'unité de malades difficiles (UMD) Henri-Colin, groupe hospitalier Paul- Guiraud à Villejuif

- Présentation générale de l'établissement
- Visite du pavillon entrant
- Visite de l'atelier d'ergothérapie

– Déplacement au centre hospitalier Le Vinatier à Bron

- Visite des locaux réservés aux audiences du juge des libertés et de la détention
- Visite de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)
- Visite de l'unité de malades difficiles
- Visite de l'unité du sujet âgé
- Visite de l'unité médicale d'accueil (service des urgences)

– Déplacement en Isère

– Visite du centre médico-psychologique (CMP) de Crolles « La Belle Étoile »

- Visite au centre hospitalier universitaire de Grenoble

* de l'hôpital de jour du pôle de psychiatrie-neurologie et notamment de son unité pour traitements biologiques (stimulation cérébrale profonde) et des locaux de recherche

* d'une unité d'hospitalisation complète de psychiatrie (unité spécialisée dans la prise en charge des troubles de l'humeur et pathologies des émotions)

– Rencontre avec le Docteur Patrick Glatigny, psychiatre libéral à la Côte Saint-André

- Visite du centre psychothérapique Nord-Dauphiné à Bourgoin-Jallieu

– Déplacement à l'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole (EPSM Lille Métropole)

– Participation au « tour téléphonique » permettant une coordination inter équipes

– Présentation générale des services de santé mentale intégrés dans la cité de Lille Est

* Présentation du service de soins intensifs intégré dans la Cité (SIIC) (soins intensifs à domicile et équipe mobile)

* Présentation du service médico-psychologique de proximité

* Présentation du dispositif « Habilité »

* Présentation de la filière travail avec l'Établissement et service d'aide par le travail intégré dans les municipalités « ETIC » Fernand Léger

– Repas avec les élus municipaux

– Visite de la résidence André Breton (résidence associative adaptée)

– Visite du groupe d'entraide mutuelle « Ch'tits Bonheurs »

– Visite de la clinique Jérôme Bosch (unité d'hospitalisation à temps complet)

ANNEXE 4 :

INDEX DES SIGLES UTILISÉS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

ARS : Agence régionale de santé

ASPDRE : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État

ASPD : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

CATPP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CMP : Centre médico-psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CPOA : Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil

CPT : Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

DGOS : Direction générale de l'organisation des soins

DGS : Direction générale de la santé

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

HAS : Haute Autorité de santé

RAPSY : Rapport d'activité de psychiatrie

RIM-P : Recueil d'information médicalisé en psychiatrie

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

SAVS : Services d'accompagnement à la vie sociale

SMPR : Service médico-psychologique régional

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : Unité de malades difficiles

USIP : Unité de soins intensifs en psychiatrie