

Plan psychiatrie et santé mentale : résultats insuffisants !

Six ans après le lancement du plan « Psychiatrie et santé mentale », la Cour des comptes dresse un constat sévère en particulier en matière de développement des structures alternatives à l'hospitalisation. La mise en œuvre du plan aurait souffert en particulier « d'insuffisances de méthodes ».

En 2011, afin d'évaluer et d'examiner les leçons à tirer de l'ambitieux plan « Psychiatrie et santé mentale » lancé en 2005, la Cour des comptes a enquêté auprès d'une quarantaine d'établissements hospitaliers (dans 11 régions) et dans des établissements pénitentiaires. Rappelons les quatre objectifs principaux de ce plan : améliorer la prise en charge des patients, prendre mieux en compte les besoins de ces derniers, de leurs familles et des professionnels, développer la qualité des soins et la recherche, et impulser des programmes spécifiques, notamment pour les patients placés sous main de justice. D'emblée les rapporteurs signalent que le pilotage de ces objectifs n'a pas été à la hauteur des ambitions et que la psychiatrie reste en souffrance. La Cour fait quatre constats marquants et formule des recommandations qui en découlent.

LE POIDS EXCESSIF DE L'HOSPITALISATION COMPLÈTE

« Le basculement espéré de l'hospitalisation complète de nombreux patients vers des alternatives plus nombreuses et plus diverses n'a pas été obtenu », signale Didier Migaud, premier président de la Cour des comptes qui constate « que l'hospitalisation complète continue de jouer un rôle trop central dans les prises en charge ». Les lits sont partout saturés en partie à cause d'occupations prolongées par manque de solutions d'aval, c'est-à-dire de structures sanitaires extra-hospitalières et de places adaptées en établissements médico-

sociaux. Néanmoins, dans près de deux tiers des régions, c'est l'hospitalisation complète qui a bénéficié de la plus grande partie des financements laissés à la discrétion des équipes locales.

Un nombre important de professionnels mobilisés par l'hôpital manque donc à l'extra-hospitalier et à la prévention. Didier Migaud précise que « l'insuffisance des ressources affectées aux structures extra-hospitalières, notamment aux centres médico-psychologiques (CMP), conduit à des délais d'attente tout à fait excessifs pour obtenir une première consultation psychiatrique. Certes, le nombre de patients suivis a augmenté mais les ressources médicales affectées n'ont pas suivi en proportion, maintenant l'accès aux soins difficile, et la prévention, insuffisante. Le plan, faute de définir une méthode d'allocation des ressources, n'a pas permis de concrétiser tous les progrès annoncés ». Dès lors, les incohérences et les ruptures de prise en charge sont nombreuses et donc très préjudiciables pour les patients. Pour la Cour, il faut impérativement développer les conditions d'un réel transfert des moyens de l'hospitalisation complète vers des alternatives par ailleurs moins coûteuses.

Signalons encore que la répartition des professionnels de santé sur le territoire reste très inégale en particulier pour les psychiatres libéraux.

En attendant, la Cour préconise « aux agences régionales de santé (ARS) de jouer un rôle plus prescriptif envers les

hôpitaux, afin de résorber plus vigoureusement les disparités et poursuivre le développement d'une offre diversifiée, un parcours de soins fluide et au plus près du lieu de vie et l'insertion sociale du patient ». Elle recommande également une évaluation de la qualité de fonctionnement thérapeutique de ces structures extra-hospitalières, aujourd'hui quasi inexistante.

SANTÉ-JUSTICE : PROGRÈS INABOUTIS

Près de 40 % des 65 000 détenus font l'objet d'un suivi psychiatrique. La prise en charge de cette population particulièrement vulnérable demeure très insatisfaisante, le monde pénitentiaire offrant, selon Didier Migaud, « un concentré de toutes les difficultés rencontrées en psychiatrie ». Le rapport signale que les douze mesures prévues par le plan n'ont été mises en œuvre que partiellement, tardivement ou à un niveau non renseigné et que le nombre de psychiatres travaillant en milieu pénitentiaire est parfois insuffisant.

Si un nombre plus élevé que prévu d'Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) a été financé, la cour pointe néanmoins le fait que « l'optimisation et la continuité des parcours de soins et de leur débouché vers une réinsertion sociale, n'ont pas toujours bénéficié d'une égale attention ». Il reste par ailleurs, comme le soulignent les rapports du contrôleur général des lieux de privation de liberté « à réduire de multiples situations d'insalubrité, de promiscuité, de déficiences en effectifs et en formation ».

UN PILOTAGE INSUFFISANT

Si initialement un dispositif de suivi rigoureux du plan était prévu il s'est rapidement délité dès mi-2007. Les différents acteurs ont donc manqué d'indicateurs fiables.

Alors que les objectifs du plan étaient ambitieux en matière de renforcement des effectifs, de modernisation immobilière et de développement de la recherche, les financements correspondants ont été inégalement répartis. Ils ont été élevés pour l'immobilier (la moitié des investissements ont bénéficié aux anciens « asiles » vétustes), la formation des infirmiers et la sécurité, mais difficilement identifiables pour les créations de postes et presque inexistantes en recherche.

La psychiatrie publique n'a pas bénéficié d'un renforcement global de ses moyens, ce qui relativise l'effet du plan en matière de crédits de fonctionnement. Notons par ailleurs la forte progression des moyens de la psychiatrie privée dont le financement par l'assurance-maladie a augmenté de 32,3 % sur la même période, trois fois et demie plus que la psychiatrie publique qui prend les cas les plus lourds.

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

REFONDER L'ORGANISATION TERRITORIALE

La Cour constate d'emblée que « *la sectorisation psychiatrique, fait l'objet d'une discrète et progressive mise en déshérence* ».

La mise en œuvre du plan « Psychiatrie et santé mentale » s'est ainsi déployée entre une stratégie nationale de suppression de la sectorisation et son maintien de facto. Didier Migaud relève ainsi que : « *Désormais, aucune autorité n'est compétente pour découper le secteur ni désigner les personnes qui en sont en charge. Les secteurs demeurent dans les faits la base de la coordination, alors qu'ils n'existent plus en droit. Une confusion dommageable en a résulté, faute d'une déclinaison explicite sur le terrain de cette stratégie ministérielle, de mise en déshérence de la sectorisation. La cohérence de cette coordination de proximité avec les territoires de santé (guère*

Du côté de la formation...

La formation des infirmiers a été renforcée notamment grâce au tutorat des agents débutants. Cette action a bénéficié de 46,7 M€ (à mi-2011), mesure prolongée jusque fin 2012 afin de tirer parti des 75 M€ prévus. De même, les mesures qui visaient à porter la formation des psychiatres à cinq années, ou à créer un master de recherche en psychiatrie, sont restées inappliquées. Les mesures visant à une accréditation des instituts de formation d'infirmiers et à la réorganisation des stages ont, elles, été abandonnées.

...et de la recherche

Le constat négatif formulé sur la recherche pour le plan 2005 demeure, en particulier en épidémiologie. Le plan avait alors classé la recherche en sciences sociales et humaines comme devant bénéficier d'un soutien prioritaire mais rien n'a été prévu. Seuls les Programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC) ont bénéficié par redéploiement de moyens nouveaux. Signalons toutefois le programme « Santé mentale et addiction » (Samenta) de l'Agence nationale de la recherche.

plus qu'un par département, soit huit fois moins que de secteurs) sur lesquels travaillent les agences régionales de santé, reste à assurer ».

Au moment où les Agences régionales de santé ont entrepris, dans le cadre de leurs plans stratégiques de santé, de mieux organiser les complémentarités entre structures publiques et privées, il est donc urgent de redéfinir et de clarifier les missions et les modes d'action des différents acteurs.

POUR CONCLURE...

Au total, le rapport fait apparaître que seulement 11 des 33 mesures du plan ont été réalisées à un niveau « élevé » ou « complet », 14 à un niveau « modéré » ou « variable », 8 le sont de manière « faible » « incertaine » ou ont été abandonnées. Didier Migaud constate ainsi que « *des progrès réels ont donc été concrétisés, mais ils n'ont été assez étendus pour modifier significativement l'état des lieux que le plan lui-même avait lucidement dressé en 2005* ».

En conséquence, la Cour formule 26 recommandations qui visent à traduire les quatre grandes orientations stratégiques suggérées par le présent rapport :

– **Définir**, au sens du code de la santé publique, et **mettre en œuvre d'une mission de service public visant l'ensemble de la psychiatrie** (au lieu de la seule hospitalisation sans consentement comme jusqu'à maintenant). Cette clarification devrait préserver les acquis de la sectorisation, et faciliterait la mise en œuvre de la stratégie indispensable de réorganisation et de hiérarchisation de l'offre de soins.

– **Réduire vigoureusement les disparités géographiques**, par redéploiement en raison des contraintes financières de l'assurance-

maladie, en renforçant la priorité affectée aux alternatives de proximité.

– **Réformer le financement des soins psychiatriques**. Les progrès du plan en matière d'informatisation et de statistiques devraient permettre de ne plus la différer.

– **Renforcer l'efficience et l'efficacité des soins par un accroissement de la recherche et de l'épidémiologie**.

Plus concrètement il s'agit entre autres de :

– Réduire les files d'attente d'un avis médical spécialisé en psychiatrie.

– Continuer à développer et à diversifier une offre sanitaire, médico-sociale et sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées à temps plein de manière inadéquate en redéployant plus activement les moyens hospitaliers et en définissant une mission de service public propre à la psychiatrie.

– Généraliser les conseils locaux de santé mentale, regroupant tous les acteurs.

– Mettre en œuvre un pôle national de coordination de la recherche en psychiatrie, toutes disciplines réunies.

– Mettre en conformité avec des normes nationales les établissements et services accueillant des malades mentaux, y compris en milieu carcéral.

– Harmoniser la conception, la répartition et l'emploi des unités pour malades difficiles et des chambres d'isolement.

Prochaine étape courant février avec la version définitive du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2011-2015 qui devrait fournir les orientations stratégiques pour l'avenir.

L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010, décembre 2011, Cour des comptes : www.ccomptes.fr