

La synthèse de son rapport par la Cour des Comptes	Nos commentaires
--	------------------

Introduction

Depuis un rapport public thématique de 2011¹, la Cour n'avait plus examiné le domaine des soins en santé mentale et psychiatrie. La volonté de procéder à une « transformation » de l'offre, inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 dite « de modernisation de notre système de santé », rend opportune une première analyse de la mise en œuvre de l'orientation programmée dans l'article 69 de cette loi, visant à donner une place accrue aux « parcours » des patients et donc à organiser les soins dans une approche graduée et coordonnée. Pour contribuer à cette analyse, la Cour s'est appuyée sur les contrôles des chambres régionales des comptes (CRC) relatifs aux établissements publics, sur les travaux qu'elle a effectués sur certains établissements privés (à but lucratif ou non)² et sur l'exploitation des données des bases nationales (pour 2018 et parfois, à fins de comparaison, pour les années antérieures), validées quant à leur pertinence par les acteurs locaux interrogés, puis retravaillées en lien avec les agences spécialisées comme l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

1. Tenir compte de la diversité des troubles et de leur niveau de sévérité dans la mise en place de l'offre de soins : la nécessité d'une approche graduée

Le champ de la psychiatrie et de la santé mentale est très vaste. **Il convient de distinguer** :

- d'une part, le besoin en soins de « psychiatrie », qui **couvrent le champ des troubles psychiatriques tels que répertoriés dans la classification officielle (CIM10) et font l'objet du présent rapport** ;
- d'autre part, le besoin de soins en « santé mentale », qui répond à des symptômes passagers, souvent en réaction à des conditions

Depuis les Etats Généraux de la Psychiatrie (Montpellier 2003), les alertes se sont succédées en rangs serrés sur la dégradation fonctionnelle de la psychiatrie française, manifestations associatives, livres, articles, au moins 10 rapports officiels aux gouvernements successifs, en pure perte semble-t-il tant la logique budgétaire (contraintes sur les moyens face à une hausse des besoins) a submergé les autorités de tutelle de la Santé publique en France. Cela a été sensible pour la psychiatrie plus encore que pour les autres branches de la médecine, sous l'alibi humaniste de la « désinstitutionnalisation ». *L'erreur a été de penser que ce mouvement allait permettre des économies : les études réalisées en Angleterre ont bien démontré que ce n'était pas le cas si on voulait garder un niveau de soins équivalent pour les patients en dehors des hôpitaux psychiatriques*, nous rappelle le Pr BOULENGR³. Ces alertes ont duré jusqu'à ces derniers temps où se sont succédés le Rapport Laforcade (2016), la *feuille de route pour la psychiatrie* de la précédente ministre (juin 2018), fortement imprégnée dudit rapport, la nomination d'un délégué ministériel dédié à la psychiatrie et à la santé mentale (avril 2019), les mesures du Ségur de la Santé qui restent modestes face aux besoins de la psychiatrie^b. Certes, on se préoccupe du mal-être mental de la population confrontée à la crise sanitaire, mais la psychiatrie chargée des cas sévères reste en panne. Pourquoi, selon la Cour ?

En médecine somatique, les traitements et prises en charge sont généralement et sauf erreur de diagnostic, adaptés à la gravité de l'affection. Bien que les maladies mentales soient répertoriées et classées, les solutions de prise en charge ne sont pas assez graduées, par exemple on peut hospitaliser un patient pour un trouble léger et ignorer la prise en charge d'un schizophrène. Certes le diagnostic est rarement évident au premier abord, surtout dans un domaine où le déni est fréquent tant de la part du sujet que de son entourage.

sociales ou à des événements de vie . Ces derniers ne correspondent pas à des troubles psychiatriques et ne nécessitent pas de soins de cette discipline mais plutôt une prise en charge « psycho-sociale ».

A ces différents types de besoins correspondent en principe **des niveaux distincts de prise en charge dans le système de soins** primaire (avec les médecins traitants et des intervenants dits de « première ligne ») et dans le système spécialisé en psychiatrie, lui-même segmenté en psychiatrie libérale ou publique, avec **différentes modalités de prise en charge à temps plein, à temps partiel ou en ambulatoire**. La gradation de l'offre et surtout sa correspondance avec les différents niveaux de besoins sont ainsi des enjeux majeurs du système de soins psychiatrique français, **actuellement peu lisible et peu efficient**. Il est utile de distinguer :

- les **troubles dits « légers » ou « modérés »** (la plupart des troubles dépressifs et anxieux), relativement fréquents, qui concernent presque un tiers de la population en termes de prévalence³ sur la vie entière (et un quart environ pour l'année en cours). Ces troubles sont à différencier de la « détresse psychologique » ou du « mal-être » qui sont des symptômes passagers, très fréquents, souvent consécutifs à des événements négatifs et qui n'entrent pas à proprement parler dans le champ de la psychiatrie car ils ne correspondent pas à des diagnostics ;

- **les troubles « sévères »**, moins fréquents (1 % pour les troubles psychotiques dont les troubles schizophréniques, 2 à 3 % pour les troubles bipolaires, auxquels s'ajoutent les formes sévères des autres troubles, soit au total **7 à 8 % sur la vie entière**), qui demandent des parcours de soins plus complexes, impliquant une ou des hospitalisations et, pour certains **d'entre eux, une réinsertion longue qui dépasse le seul champ sanitaire**.

2. L'importance quantitative des soins de psychiatrie et leur coût

Entre 1981 et 1991, en France, **le nombre de patients hospitalisés à temps complet** en psychiatrie, chaque année, dans un établissement sanitaire, est passé de 475 000 (soit 8,8 pour 1 000 habitants) à 250 000 (soit un taux de 4,3/1 000), ce qui traduit **le résultat d'une politique de « désinstitutionalisation »**. Or il était remonté en 2018 à 340 000 patients, soit un taux qui a augmenté jusqu'à 5,4 et même 6,4/1 000 pour les adultes. Les effectifs concernés par des soins spécialisés en psychiatrie sont donc importants. Ainsi, en 2018 :

- **340 000 patients ont été hospitalisés à temps complet (268 000 en établissements publics ou établissements de santé privés d'intérêt**

En outre, le lieu de premier accès aux soins n'est pas aussi identifiable que pour les affections somatiques. Néanmoins, une remise en ordre s'impose pour optimiser les moyens. Il faut « faire sortir les patients qui le peuvent et réserver le séjour intrahospitalier aux patients qui présentent des états psychiatriques décompensés » déclarait le délégué ministériel F. Bellivier^c. Certes il parlait dans le cadre des mesures anti-covid, mais c'est bien la philosophie recommandée par la Cour.

Selon ces indications (communément admises), cela signifie qu'à l'instant *t*, 4 à 5 millions de Français souffrent de troubles psychiques sévères. D'autres sources parlent de près de 3 millions de personnes handicapées psychiques. Même si ce terme, induit par la loi handicap de 2005, est discuté notamment pour des raisons philosophiques liées à la stigmatisation et à la discrimination^d. De son côté, dans une communication privée, le Pr BOULENGER signale qu'il faut faire *attention à l'interprétation des chiffres : tous les troubles « sévères » (déterminés en fonction de quels critères ?) ne sont pas des troubles permanents. D'autre part le terme de handicap psychique est peu explicite et est loin de ne recouvrir que des cas sévère*. Ces indications chiffrées se recourent. Combien de ces personnes sont suivies dans le système de soins ? Réponse ci-dessous.

collectif – ESPIC – et 94 000 en établissements privés à but lucratif⁴), dans 552 structures psychiatriques, dont 63 % ont une activité exclusive de psychiatrie ; et ce pour des durées d'en moyenne 55 jours. Parmi eux, 82.000 patients ont été hospitalisés sans consentement dans les établissements, publics ou ESPIC pour l'essentiel ;

- 131 000 patients ont été hospitalisés à temps partiel (124 000 en hôpital de jour) ;
- un peu plus de 2 millions ont reçu des soins dits ambulatoires, en centre médico-psychologique (CMP) notamment (mais près de 25 % d'entre eux pour une seule consultation dans l'année) ;
- il faut y ajouter les consultations de psychiatres libéraux et la part importante des patients souffrant de troubles psychiatriques pris en charge par les médecins généralistes.

En France, la psychiatrie publique est « sectorisée », c'est-à-dire que le territoire est découpé en « secteurs » géographiques précisément délimités (environ 800 pour les adultes et 300 pour les enfants et adolescents), chacun couvrant en principe 70 000 adultes et 200 000 enfants et adolescents pour les intersecteurs infanto-juvéniles. Ce découpage territorial correspond aux soins psychiatriques hospitaliers et extrahospitaliers, ce qui englobe un ensemble de structures d'hospitalisation partielle et de consultations qui s'ajoutent à l'hospitalisation à temps plein.

Ainsi l'offre de soins spécialisés est-elle constituée en large part des établissements de santé, établissements publics généraux ou spécialisés, et établissements du secteur privé à but non lucratif (leurs dépenses, environ 9,5 Md€ en 2018, représentent près des deux tiers des dépenses totales de soins psychiatriques). En croissance plus rapide au cours des dernières années, l'offre des établissements privés à but lucratif (830 M€ en 2018, y compris les honoraires) est plus limitée, avec des implantations très variables selon les régions et même les territoires de santé. Les psychiatres libéraux en ville représentent une autre composante, également de moindre ampleur (un peu plus de 400 M€ en 2018), même si elle est en croissance sensible. À cette offre sanitaire s'ajoute une offre médico-sociale, dont on peut estimer les dépenses globales à 4,4 Md€ en 2018, très diverse dans la mesure où des personnes avec handicap psychique sont accueillies dans presque toutes les catégories d'établissements ou services médico-sociaux (ESMS), pour des niveaux de prise en charge variables, allant de la prise en charge à temps plein à une surveillance hebdomadaire, voire moins. Cette orientation représente un peu plus de 20 % en moyenne de l'ensemble des personnes accueillies

Ainsi près de 500.000 personnes sont hospitalisées à temps complet ou de jour, en principe les cas les plus graves, plus 2 millions suivis dans le dispositif des secteurs, théoriquement moins touchés par les « crises » nécessitant l'hospitalisation, à quoi s'ajoutent les suivis par les médecins libéraux (psychiatres+généralistes). On évalue à 12 millions le nombre de personnes souffrant de troubles psychiques, dont 2,8 millions celles qui souffrent d'un trouble sévère et invalidant^e, chiffre à rapprocher des 4 à 5 millions évoqués ci-dessus. Par un calcul sommaire, il y aurait donc de l'ordre de 300.000 personnes handicapées psychiques (i.e. les malades les plus sévèrement atteints) en situation de non recours au système de soins. Notre Collectif estime, par d'autres recoupements, qu'elles sont au moins au nombre de 100.000 et même certainement bien plus de 150.000^f.

La sectorisation est l'un des deux grands mouvements nés pendant et après la 2^e guerre mondiale pour « désinstitutionnaliser » les personnes enfermées dans les asiles, s'appuyant sur le concept d'un suivi dans la collectivité (le secteur). L'autre mouvement (antérieur) fut celui de la psychothérapie institutionnelle qui développa des principes thérapeutiques humanistes destinés aux patients sévèrement affectés nécessitant de rester en établissement, mais un établissement ouvert avec un objectif de réinsertion dans la vie ordinaire en consacrant le temps nécessaire. La PI, modernisée, est toujours pratiquée quoique de moins en moins, malgré son très haut niveau d'efficacité^g. Sur l'histoire de la psychiatrie française, son âge d'or et sa décadence, voir le rapport cité en note f.

15 milliards d'euros, voilà la facture. Ces fonds sont-ils employés à bon escient ? Beaucoup de déperditions et d'inefficacité comme va le souligner la suite du rapport.

On estime à environ 7000 le nombre de places réservées au handicap psychique dans les MAS et les FAM, soit une goutte d'eau face aux besoins au sortir de l'hôpital psychiatrique^h. Et ceci malgré la loi handicap de février 2005, par laquelle a été instauré le pont *maladie mentale invalidante* => *handicap psychique* sous le lobbying de l'UNAFAM, avec l'idée que le médico-social pourrait déployer plus de moyens

en ESMS, soit plus de 110 000 personnes, la part relative variant, selon les données de l'enquête réalisée en 2014, de presque 95 % pour les adolescents pris en charge dans les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), à 13 % pour les adultes accueillis en maisons d'accueil spécialisées (MAS).

3. En l'absence d'une approche graduée, la mise en évidence de pertes d'efficacité« systémiques »

L'offre est cloisonnée, entre établissements sanitaires des divers types (public, ESPIC⁵, privé à but lucratif) et/ou professionnels libéraux « en ville », mais aussi entre le secteur sanitaire et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ou encore avec les équipes relevant du secteur social (dont l'ampleur n'a pu être appréciée, compte tenu de sa grande diversité). L'organisation des soins est construite en « silos », éclatée entre divers modes de prises en charge, y compris le plus souvent au sein d'un même opérateur. De plus, cette offre multiple est très différente suivant les territoires, certains étant beaucoup plus dotés que d'autres. En outre, elle n'est pas graduée par type de besoin : d'après les données exhaustives sur les activités de psychiatrie analysées pour 2018, les services spécialisés relevant des établissements comptent dans leur patientèle une part significative de troubles légers ou modérés. L'examen des diagnostics fait apparaître en effet qu'en 2018 au moins un tiers des entretiens en centre médico-psychologique (CMP) est réalisé avec des patients qui relèveraient des soins de « première ligne », si le médecin généraliste pouvait proposer les soins d'un psychologue, et, en tant que de besoin, disposer de l'appui d'un psychiatre, libéral ou hospitalier sectorisé. L'absence de gradation organisée des soins est ainsi source de pertes d'efficacité, mais aussi de pertes d'efficacité dans le cas des troubles les plus sévères, comme en témoigne l'examen des données disponibles. Les données mobilisées par l'enquête (les données médicalisées d'utilisation des ressources, notamment) font apparaître en effet :

- une proportion élevée des réhospitalisations rapides, souvent sous contrainte ;
- la persistance d'un pourcentage important (presque un tiers en nombre de journées) de patients hospitalisés sur de longues durées (un an ou plus), faute d'une prise en charge graduée, adaptée à leur état et orientée vers une sortie durable ;

que le sanitaire en faveur de la prise en charge des personnes concernées. Brillant calcul, mais trop faibles résultats.

Le rapport va s'attacher à montrer que le « parcours » d'un patient est entravé de ruptures. Pourquoi ?

Primo, l'offre est cloisonnée entre sanitaire (les soins au malade) et le médico-social (l'accompagnement de la personne handicapée par la maladie)¹. Elle est en outre hétérogène selon les territoires, certains très mal dotés.

Deuxièmement, elle n'est pas graduée selon le niveau de gravité de la maladie (et du handicap subséquent). C'est vrai notamment pour les consultations en CMP et les recours à l'hospitalisation, loin d'être optimisés (malgré le coût de cette dernière).

Troisièmement, le dispositif est inefficace en ce qui concerne la détection et la prise en charge précoce, du coup le parcours commence à la crise, quand la maladie s'est chronicisée et est devenue plus complexe et longue à soigner.

Quatrièmement, le rapport pointe du doigt le syndrome dit des « portes tournantes », entrées et sorties successives à l'hôpital pour gérer les crises, mais sans suivi efficace dans les intervalles. Autrement dit, le rapport souligne l'inefficacité du suivi ambulatoire dans les cas sévères, faute de moyens humains. En réalité, le débat porte aussi surtout sur l'inadaptation de l'ambulatoire pour des patients ayant besoin de « contenant »¹. Il ne faut pas négliger non plus le fait que nombre de patients refusent les suivis qui leur sont proposés car ils ne se considèrent

- l'absence de suivi proactif à domicile des patients les plus sévèrement atteints, le système étant débordé par le nombre de demandes, conséquence d'une demande trop large et pas assez ciblée. Les observations faites et documentées par les familles des patients⁶, mais aussi les remarques des associations de patients, confirment d'ailleurs ces constats. Enfin, la part relative des entrées dans les soins en provenance des urgences est importante, alors qu'en psychiatrie elle devrait être faible : les signaux précurseurs d'une « crise » sont généralement progressifs et perçus par les familles et les patients ; un suivi régulier proactif permettrait de les repérer et d'agir avant la « crise ». Les centres de crise (centres d'accueil et de crises ou CAC et centres d'accueil permanent, CAP), quant à eux, qui devraient permettre d'éviter les hospitalisations longues et favoriser l'acceptation des soins par les patients souffrant des troubles les plus sévères, évitant des soins sous contrainte éventuellement grâce à une hospitalisation brève (72 heures), ne sont pas centrés sur cette patientèle et ne remplissent pas ou peu ce rôle.

4. Des leviers traditionnels peu mobilisés

Ces divers constats, qui correspondent à autant d'indicateurs susceptibles de relever d'un pilotage national et régional, ne font pas l'objet d'une attention suffisante et encore moins systématique. Pourtant, les administrations de tutelle disposent en apparence de leviers puissants pour structurer l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie, comme pour les autres activités hospitalières autorisées. Toutefois un examen plus attentif met en évidence le caractère peu opérationnel de ces leviers dans le champ particulier des soins de psychiatrie :

- les conditions techniques de fonctionnement, qui décrivent des obligations de contenu minimal des soins, sont inexistantes pour les établissements de psychiatrie publics et les établissements sanitaires privés d'intérêt collectif (ESPIC) participant au service public, et elles sont très limitées pour le secteur privé à but lucratif. Or l'expérience acquise dans d'autres secteurs du soin montre que ces outils juridiques pourraient, notamment, être utilisés pour rendre obligatoires des dispositifs de coordination pluridisciplinaire ou de suivi des patients à l'issue des périodes d'hospitalisation à temps complet ;
- la mission d'accueil en soins sans consentement est confiée à certains établissements, de statut public ou ESPIC dans la très grande majorité des cas, « désignés » sur une base historique, sans que soit présenté

pas comme « malades », précise le Pr BOULENGER. En effet nous avons évoqué ci-dessus le déni fréquent de la maladie par les patients et aussi par leur entourage.

Ainsi, même l'urgentisme qui devient l'apanage du secteur hospitalier public ne devient-il qu'une machine à produire de l'hospitalisation sous contrainte.

Le rapport souligne que les autorités de tutelle (ce sont surtout les ARS qui sont visées) ne sont pas capables d'adapter les outils qu'elles utilisent pour la gestion de la médecine somatique aux spécificités de la médecine psychiatrique, et pour cause. Cette dernière repose beaucoup plus sur les moyens humains (*horresco referens* !) que l'autre, qui est de plus en plus technique et technologique. Les investissements, les fonctionnements, les processus, les durées n'ont pas grand-chose en commun. La Cour peut légitimement souhaiter que la psychiatrie soit mieux organisée et gérée, en s'inspirant là où c'est pertinent des modèles de la médecine somatique, mais les spécificités mentionnées, les missions particulières (hospitalisation sous contrainte) et l'organisation territoriale spécifique (sectorisation) limitent ces transpositions : la psychiatrie doit avoir son cahier des charges propre. C'est l'objet du chapitre suivant.

à cet effet un projet, destiné à réduire le recours à ce type de soins, en durée et en pourcentage des patients, en particulier par l'utilisation de la période d'observation de 72 heures (obligatoire avant une éventuelle hospitalisation sous contrainte) pour permettre une acceptation des soins. Or la contrainte dans les soins mine « l'alliance thérapeutique », reconnue comme précieuse dans le traitement. Instituer pour les établissements l'obligation de construire un projet, avant d'être désignés, et ce quel que soit leur statut, permettrait notamment de préciser les partenariats utiles à nouer avec les autres établissements ou avec les équipes de « première ligne » ;

- la mission de secteur, évoquée ci-avant, est également confiée à des établissements désignés à cet effet, mais sans qu'ils soient tenus de présenter au préalable un projet de déploiement territorial des soins : ainsi la responsabilité de construire la cohérence et la gradation dans les soins est accordée sans aucun engagement des établissements ni suivi de la part des agences régionales de santé (ARS). Rendre obligatoire la définition d'un projet ad hoc permettrait de clarifier le rôle des divers intervenants, ce qui servirait à construire des partenariats indispensables entre les établissements désignés et d'autres établissements, ou même avec des équipes de soins primaires.

5. Des outils « empilés » sans cohérence suffisant

La prise de conscience de la nécessité de construire, pour les patients, des parcours mieux gradués et coordonnés, s'est traduite par la mise en place d'une « boîte à outils » diversifiée, avec plusieurs dispositifs institutionnels nouveaux, spécifiques à la psychiatrie, comme les projets territoriaux de santé mentale (PTSM, devant être mis en œuvre par des contrats territoriaux de santé mentale, CTSM) ou les communautés psychiatriques de territoire (CPT), mais aussi avec la possibilité de mobiliser, dans le domaine des soins de santé mentale et de psychiatrie, des dispositifs applicables aux autres filières de soins, comme les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou les contrats locaux de santé (CLS). Définis par la loi du 26 janvier 2016 dite « de modernisation de notre système de santé », ces dispositifs ont été ajustés par une loi plus récente, du 24 juillet 2019. Il est encore trop tôt pour établir un bilan complet de tous ces outils, qui souvent sont encore en cours de déploiement, notamment s'agissant des PTSM (la loi du 26 janvier 2016 avait prévu qu'ils soient établis et adoptés pour juillet 2020, ce délai ayant été reporté à décembre 2020 en raison de la crise sanitaire). D'ores et

N'est-ce pas la moindre des choses qu'un établissement sanitaire ait un projet thérapeutique pour ses patients, autre que traiter les situations de crises, gérer les privations médicales de liberté ou la gestion fonctionnelle d'un secteur ? Ce projet est d'assurer un parcours continu de soins en s'appuyant quand nécessaire sur un réseau de compétences partenaires. De toute évidence plus facile à dire qu'à mettre en œuvre, d'autant que beaucoup tiennent à leur pré carré et sont trop débordés pour prendre le recul nécessaire. Des outils ont cependant été créés pour les y aider...

... mais ces outils, selon la Cour, s'empilent sans s'articuler clairement entre eux, ce qui est typique de la bureaucratie à la française, d'autant qu'il n'y a pas de leadership stable désigné pour coordonner leur mise en œuvre. La Cour craint que le processus des PTSM ne s'essouffle par défaut de coordination et par insuffisance d'outils méthodologiques. On pourrait ajouter, puisque le rapport l'a souligné ci-dessus, que c'est aussi faute d'un référentiel clair à défaut d'être unanimement admis, des actes thérapeutiques gradués en matière de maladies mentales. Le rapport va y revenir au point suivant.

Revenons à ce référentiel dont on vient de parler. Selon le Pr BOULENGER, ce référentiel devra cependant reposer sur une base de consensus national même si sa déclinaison méritera d'être adaptée au niveau local. A titre d'exemple dans certaines

déjà, on note une **dynamique incontestable, dans les territoires de santé**, de concertation entre différents acteurs qui souvent se sont longtemps ignorés. Toutefois il est possible que cette **dynamique s'essouffle, faute d'outils de suivi** suffisamment précis :

- la **coordination entre les acteurs** est posée comme une **priorité indiscutable**, qui doit viser à mieux articuler les interventions respectives des différents niveaux (de première et de deuxième lignes, voire le recours à des moyens spécialisés de troisième ligne) .Toutefois la **responsabilité de cette coordination n'a pas été déterminée**. La loi du 26 janvier 2016 l'a confiée aux secteurs, sans que soient identifiées des procédures précises à cet effet. Le lien n'a pas été fait, du moins explicitement, entre cette mission nouvelle et la répartition par les tutelles des éventuels moyens nouveaux ciblés ;
- parmi les dispositifs nouveaux créés par la loi du 26 janvier 2016, les contrats locaux de santé (CLS), pour leur volet potentiel en santé mentale et psychiatrie, peuvent être des supports pertinents, de même que les contrats territoriaux **de** santé mentale (CTSM), qui doivent traduire en actions et en mesures concrètes les orientations des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Toutefois il conviendrait que soit assurée la capacité des équipes chargées de leur mise en œuvre à porter un projet dans la durée. Il conviendrait également que soient développés et renforcés les **outils méthodologiques aujourd'hui embryonnaires**, destinés à piloter les progrès escomptés et **que soient rendus obligatoires**, notamment, les **indicateurs relatifs à la pertinence des parcours en fonction des niveaux de sévérité**, à partir des données existantes, largement accessibles, dont celles du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) « psy ». Elles devraient être mobilisées à des fins de contractualisation régionale, dans le cadre **des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)** ou des **futurs contrats territoriaux de santé mentale (CTSM)** prévus par la loi du 26 janvier 2016. Il conviendrait donc que les tutelles régionales en ARS soient mieux « armées » sur le plan juridique et méthodologique. Les réformes qui se profilent (relatives aux autorisations d'activités, notamment) constituent d'ailleurs des occasions pour **renforcer les outils traditionnels** (contreparties exigées pour l'octroi des autorisations et CPOM) et pour enrichir le contenu des documents en cours de définition (un élargissement des missions des communautés psychiatriques de territoire serait utile, de ce point de vue).

régions où la nécessité de développer des liens entre sanitaire et médico-social est soulignée dans les PTSM aucun dispositif (Type équipe mobile) n'est prévu pour étayer ces collaborations.

6. Des arbitrages nationaux indispensables pour construire une offre graduée

De telles mesures demeurerait insuffisantes, cependant, en l'absence de choix nationaux structurants, destinés à construire des parcours mieux gradués et coordonnés :

- les moyens spécialisés sont souvent « asphyxiés », faute d'être centrés sur les publics prioritaires. Il convient donc de « filtrer » l'accès aux CMP, grâce à une orientation ou une consultation préalable de la part d'un professionnel de « première ligne » ;
- une deuxième mesure nécessaire consisterait à étendre une expérimentation engagée depuis deux ans dans quatre départements, autorisant la prise en charge par la Cnam de psychothérapies faites par des psychologues libéraux, sur prescription des médecins traitants. Au vu des nombreux éléments déjà disponibles (20 000 patients impliqués, 200.000 séances remboursées), il paraît possible de généraliser cette expérimentation.

Ces deux évolutions sont liées : c'est grâce à la mise en place de solutions thérapeutiques éprouvées et de coût modéré que l'on évitera de recourir de manière abusive et souvent inefficace à des soins spécialisés, plus coûteux. Les annonces ministérielles les plus récentes⁷, même si elles restent à préciser, vont d'ailleurs dans leur sens. Une troisième évolution nécessaire vise à réorganiser les activités des secteurs psychiatriques, en favorisant leur recentrage sur les patients souffrant des troubles les plus complexes et en encourageant la mobilité « proactive » des équipes. Elle nécessite l'ouverture élargie des horaires de CMP, en y acceptant les demandes de soins non programmées et les patients hors secteur. Elle implique la fusion des équipes d'intervenants dans toutes leurs composantes, aujourd'hui de plus en plus souvent organisées en « silos », et la possibilité pour tous de participer à la mise en place de visites à domicile, pour les patients qui ont besoin d'un tel type de suivi, afin d'éviter les rechutes et d'ainsi leur permettre un maintien à domicile supervisé ou autonome. Selon les données déjà disponibles à l'étranger, qui doivent être confirmées par le recueil d'informations en cours pour la France, ces évolutions ne représentent pas de surcoût notable à court terme, des gains potentiels significatifs ayant été mis en évidence à moyen terme dans le cadre des politiques de gradation des soins déjà menées dans des pays voisins (en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas notamment) : une part significative des coûts est en effet indirecte, liée aux prestations en espèces, les indemnités journalières maladie ou invalidité.

Que sont ces choix nationaux structurants pour graduer les parcours de soins ? Faut-il, face à chaque maladie psychique listée dans la classification (CIM 10, chapitre F) expliciter une liste-type de traitements (chimiothérapeutiques et psychothérapeutiques, voire chirurgicaux) et de prise en charge (hospitalisation ou externe) ? Il est sûr qu'en médecine somatique on ne va pas hospitaliser un patient pour un simple rhume (quoique les urgences sont assaillies de petits bobos) ni a contrario chez lui un cancéreux avec de l'aspirine. Si on suit le rapport, c'est un peu ce qui se passe en psychiatrie, d'où des « moyens spéciaux » asphyxiés. Selon la Cour, beaucoup de psychothérapies concernant des cas peu sévères pourraient être ainsi « sous-traitées » à des psychologues libéraux sur ordonnance. Il y a près de 75.000 psychologues en France, pour 15.000 psychiatres. Meilleure allocation des ressources en fonction de la gravité ou médecine à 2 vitesses ?

Mieux recentrées sur les cas sévères, les équipes des secteurs pourraient suivre ceux-ci en externat comme le montre les expériences notamment britanniques. Nous avons déjà évoqué ce schéma^k hautement recommandé par le Rapport Laforcade comme soi-disant plus humaniste et plus économe^l mais il ne peut s'envisager que pour des patients stabilisés et ayant un domicile stable. C'est loin d'être le cas de tous les patients chroniques lourdement handicapés.

Exemple de matrice des besoins de soins et des ressources à proposer

Besoins / Ressources	Soins primaires		Soins spécialisés			
	Généraliste, psychologue, intervenants de première ligne	Appui d'un psychiatre libéral ou d'un CMP	Ambulatoire, psychiatre libéral/CMP	Hospitalisation brève et suivi ambulatoire	Hospitalisation jusqu'à trois mois (HdJ, CATTP) et suivi ambulatoire	Hospitalisation longue (unités de réinsertion, médico-social et social)
Détresse psychologique	x					
Troubles dépressifs ou anxieux légers ou modérés	x					
Troubles dépressifs ou anxieux sévères		x	x	x		
Troubles psychotiques transitoires, troubles bipolaires, épisodes psychotiques aigus			x	x		
Troubles psychotiques à évolution plus longue			x		x	
Troubles psychotiques avec difficultés d'insertion sociale			x		x	x

Source : Cour des comptes. Le jaune correspond au système de soins primaire, c'est-à-dire à ce qui peut être pris en charge par le médecin généraliste (parfois avec un appui) ; le rose représente le niveau deux, c'est-à-dire le système de soins spécialisés en psychiatrie. Le rose clair correspond aux patients le plus souvent soignés en ambulatoire mais qui peuvent nécessiter des hospitalisations brèves, tout en restant bien insérés dans la vie active. Le rose plus foncé représente les patients qui nécessiteront une prise en charge plus longue, en articulation avec les services sociaux et médico-sociaux. CMP : centres médico-psychologiques ; HdJ : hôpital de jour ; CATTP : centres d'accueil thérapeutique à temps partiel. NB : les troubles addictifs ne sont pas pris en compte spécifiquement.

En réalité, la situation la plus préoccupante est celle des patients situés dans les deux cases violette les plus à droite, pour lesquels le nombre de place d'accueil est si dramatiquement insuffisant, comme on l'a vu plus haut, que c'est eux qu'on retrouve massivement dans des familles plongées dans un enfer tant qu'elles subsistent, puis (ou directement) à la rue et enfin, ayant commis quelque délit sous l'effet de la désocialisation, incarcérés. Rappelons qu'on estime, en croisant diverses sources, que 60 % des SDF et 50 % des détenus souffrent de troubles mentaux, sans toutefois préciser si c'est la maladie qui est à l'origine de leur situation, ou si leur situation est la cause de leur affection^m. Mais en tout état de cause on a là de l'ordre de 100.000 personnes hors dispositif de soins adaptés.

Lorsque l'on prend en considération l'ensemble des coûts, en incluant les prestations en espèces, comme le fait la Cnam dans ses études périodiques par pathologies publiées dans le rapport Charges et produits, les dépenses en soins de santé mentale et de psychiatrie apparaissent comme le premier poste de dépenses, avec 25 Md€ par an environ. Si l'on ajoute en outre le coût des prestations servies dans les situations chronicisées (en particulier l'allocation aux adultes handicapés ou AAH), on mesure l'impact potentiel de mesures destinées à prévenir le risque de chronicisation et à organiser des parcours incluant une réhabilitation. Or, le

Nul ne contestera que la précocité du diagnostic et de la prise en charge est susceptible de réduire le risque de chronicisation pour certaines pathologies, mais cela ne concerne pas toutes les psychoses dont beaucoup sont soit très longues à diagnostiquer (bipolarité) ou à décompensation imprévisible (certaines schizophrénies). Il ne faut donc pas rêver à des économies, mais plutôt à une meilleure allocation des dépenses.

déploiement de soins plus précoces et gradués présente l'intérêt de réduire les prescriptions d'arrêts de travail (ainsi que de psychotropes) et surtout les séjours hospitaliers évitables. Au-delà des aspects financiers, les gains en efficacité attendus répondent à une exigence de qualité des soins et même de dignité des patients⁸. La France a d'ailleurs fait l'objet de critiques récurrentes de la part de la rapporteure spéciale de l'ONU, qui considère que le virage vers des soins « inclusifs » y est trop lent au regard des engagements pris. De fait, alors que le taux d'hospitalisation et les durées moyennes en nombre de jours d'hospitalisation en psychiatrie avaient baissé rapidement de 1960 à 1990, ces paramètres ont augmenté à nouveau, traduisant une sorte de « panne » dans le mouvement de « désinstitutionnalisation » et plus généralement un accueil et un suivi peu efficaces. Une politique cohérente de gradation et de coordination des soins constitue ainsi un levier indispensable pour renouer avec la politique de soins inclusifs, dessinée dès 1960. À défaut, les parcours des patients, qu'ils souffrent de troubles sévères, modérés ou légers, sont pénalisés, l'organisation du système de soins devenant illisible, et les ressources nécessaires souvent inaccessibles.

Recommandations

1. Soumettre l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie à des conditions techniques de fonctionnement propres aux activités psychiatriques, comportant notamment la traçabilité du travail pluridisciplinaire et l'obligation de coordination interne et externe à l'établissement, afin de garantir la continuité des soins (ministère des solidarités et de la santé).
2. Enrichir le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec l'ensemble des établissements autorisés d'un socle d'indicateurs relatifs aux parcours des patients ; y intégrer, pour les établissements désignés à cet effet, un volet relatif à la mission d'accueil des patients en soins sans leur consentement et à la mission de secteur (ministère des solidarités et de la santé, ARS).
3. Mettre à la disposition de toutes les équipes chargées de suivre les projets territoriaux de santé mentale (et les contrats qui s'en déduisent avec les ARS) un panel socle d'indicateurs

Epingler la France pour son manque d'égard pour la dignité des patients paraît complètement décalé : elle devrait plutôt être épinglée pour une organisation des soins psychiatriques qui laisse tant de personnes au bord du chemin. La panne dans le mouvement de « désinstitutionnalisation » est plutôt une panne dans la prise en charge adaptée, en particulier à la sortie de l'hôpital psychiatrique.

On reste confondu devant tous les discours de bons apôtres sur la dignité, la destigmatisation, le risque d'un étiquetage sclérosant l'avenir, l'inclusion, etc., largement inspirés (notamment pour les mineurs) par les familles assoiffée de « normalité », d'ailleurs bien compréhensibles et même légitimesⁿ, alors que la priorité reste toute autre. Bien sûr que nos concitoyens handicapés psychiques ont droit à tout cela, mais avant tout, ils ont droit à des soins, un toit sur la tête et un accompagnement. La dignité et l'autonomie sont au terme du parcours, c'est l'objectif, pas le moyen.

Les recommandations de la Cour se lisaient déjà dans le corps du rapport. Elles visent évidemment à organiser, fluidifier, décloisonner, coordonner et orienter au mieux vers la sortie du couple maladie/handicap les patients. L'idée était déjà sous-jacente dans la proposition de création d'un « carnet de santé » émise par le rapport Piveteau (juin 2014), qui avait « pour objectif de répondre aux besoins des personnes handicapées qui sont confrontées à des ruptures dans leur parcours en établissement spécialisé et de trouver des solutions pour faciliter leur admission et accueil durable ».^o

Comment y parvenir à travers le millefeuille d'intervenants et de plans ? Comment mettre en place des indicateurs d'efficacité ? C'est d'ailleurs l'occasion de remettre sur la table l'utilité des ARS, une nouvelle couche administrative bureaucratique, auxquelles médias et politiques reprochent de compliquer plus que faciliter opérationnellement la gestion de la santé, on l'a encore vu avec la crise sanitaire.

<p>relatifs aux parcours et les données correspondantes (ministère des solidarités et de la santé).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Généraliser dès que possible la prise en charge par l'assurance maladie des psychothérapies faites par des psychologues et prescrites par le médecin traitant (ministère des solidarités et de la santé, Cnam). 5. Prévoir que l'accès aux soins en centre médico-psychologique pour les adultes passe par le filtrage d'un service de « première ligne » et que le secteur (ou l'inter-secteur) contribue à la mission d'appui aux professionnels de « première ligne » (ministère des solidarités et de la santé). 6. Réaliser une enquête épidémiologique en population générale tous les dix ans (ministère des solidarités et de la santé). 7. Rendre obligatoire l'usage d'une échelle de sévérité des pathologies et la transmission des données anonymisées correspondantes, dans le cadre des données transmises à l'ATIH par les établissements (ministère des solidarités et de la santé). 	<p>La Cour insiste sur cette idée qui vise à désencombrer la psychiatrie de cas « subsidiaires ».</p> <p>Autrement dit donner un coefficient de gravité à chaque affection listée dans la CIM 10 chapitre F, afin d'en graduer l'importance technique et économique des traitements et thérapies. Plus précisément, selon le Pr BOULENGER, <i>il faut inventer un indice tenant compte de la durée des troubles, du nombre et de la gravité des raisons d'hospitalisation, de l'adhésion aux soins du patient et des tentatives de prise en charge...</i></p>
--	---

Auteur : Hervé GANDILLON, coordinateur du Collectif *100.000 handicapés psychiatriques à l'abandon*
cent.mil.handicapés.psy@gmail.com

Supervision scientifique : Pr Jean-Philippe BOULENGER, Professeur Emérite de psychiatrie d'adultes à l'Université de Montpellier^P, médecin-conseil d'une importante association régionale basée à Marvejols (48), *le Clos du Nid* (20 établissements et services médico-sociaux – dont 3 MAS, et 2 FAM , plus de 800 salariés, plus de 1000 usagers).

Les notes appelées par un chiffre sont celles du rapport de la Cour, les notes appelées par une lettre se rapportent à nos commentaires.

¹ Cour des comptes, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010, rapport public thématique, décembre 2011, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

² Depuis l'extension du champ de contrôle prévue par l'article 109 de la loi du 26 janvier 2016. Cinq établissements privés autorisés en psychiatrie ont été contrôlés en 2019.

³ La prévalence d'une maladie représente la proportion de personnes atteintes par cette maladie sur une période donnée qui doit être précisée : un an, toute la vie, au moment de l'enquête.

⁴ Chiffres non corrigés des patients accueillis dans plusieurs établissements.

⁵ Établissements de santé privés d'intérêt collectif.

⁶ On a considéré dans cette estimation l'ensemble des troubles dépressifs (un peu plus de 20 % des diagnostics) comme sévères, alors que l'examen plus détaillé par sous-code pourrait conduire à mettre en évidence parmi eux une part de troubles modérés.

⁷ L'Union nationale des familles et amis de malades (Unafam), qui concerne les patients souffrant des troubles les plus sévères, dont la schizophrénie et les troubles bipolaires, a relevé, dans une étude de 2016 portant sur 3 000 adhérents, des parcours fréquemment dysfonctionnels.

^a Pr Jean-Philippe BOULENGER, dans une communication privée.

^b Le saupoudrage de la « rallonge » budgétaire annoncée en janvier 2021 par le ministère de la santé va bien sûr dans le bon sens, sauf que le « aller vers » les personnes en détresse psychiatrique ne servira qu'à les insérer dans le cycle entrée/sortie de l'hôpital psychiatrique si on ne leur offre pas de solution stable après le traitement de la crise. Voir les liens proposés ci-dessous en notes g et h.

^c Au Quotidien du Médecin (édition en ligne 27/03/2020).

^d Voir notamment Handicap Psychique : questions vives, Valérie BOUCHERAT-HUE et alii, éers 2016.

^e Soit constitutif d'un handicap psychique, voir note d.

^f Pour plus d'information sur l'état de la psychiatrie française, ses causes et les conséquences notamment l'évaluation du nombre de personnes sans soins ou suivis de façons inadaptée, se reporter au document intitulé 100.000 PSYCHOTIQUES FRANÇAIS A L'ABANDON, de février 2019. Ce rapport a été remis au Président de la République, au Premier ministre, aux ministres en charge de la santé et du handicap et au Défenseur des droits ainsi qu'en dernier lieu au Délégué ministériel à la psychiatrie. Synthèse dans cette page à l'adresse suivante :

<https://150000citoyens-sans-visage.smartrezo.com/article-l-etat-deleter-de-la-psychiatrie-francaise-jette-par-milliers-les-handicapes-psychiques-a-la-rue-ou-en-prison.html?id=23646>.

Pour télécharger le document complet au format PDF, cliquer [ici](#).

^g Sur la PI voir : <https://150000citoyens-sans-visage.smartrezo.com/article-quoi-apres-l-hopital-psychiatrique-un-nouveau-regard-sur-la-psychotherapie-institutionnelle.html?id=23645>

^h Sur l'après HP, voir l'article sur la PI et sur les MAS et FAM : <https://150000citoyens-sans-visage.smartrezo.com/article-quoi-apres-l-hopital-psychiatrique-mas-fam-et-autres-dispositifs-medico-sociaux.html?id=23623>

ⁱ Un des thèmes de l'ouvrage cité en note d.

^j Voir le dossier cité note f. Ces cycles entrées/traitement de crise/sortie/suivi extérieur déficient/rechute/ré hospitalisation et ainsi de suite peuvent avoir (heureusement rarement) des effets dramatique. Voir à titre d'exemple : <https://aunomde100000citoyenssansvoix.smartrezo.com/article-10-morts-et-30-blesses-dans-l-incendie-de-la-rue-erlanger-la-nuit-du-4-fevrier-dernier-a-qui-la-faute.html?id=22278>

^k Voir lien proposé en note h.

^l Le gain économique n'est pas prouvé, la perte non plus, le Pr BOULENGER l'a rappelé ci-dessus, voir commentaires au niveau de l'Introduction.

^m Selon le Pr BOULENGER, c'est quand même la maladie qui est le *primum movens*.

⁸ Une mesure du « Ségur de la Santé » (n° 31) concerne justement le développement de consultations par des psychologues, prises en charge par l'assurance maladie dans un cadre structuré. Le ministre des solidarités et de la santé a en outre appelé le 17 septembre 2020, dans un message à un colloque tenu à Lille, à une « refondation » de l'organisation des soins en psychiatrie, qui fait écho aux orientations préconisées par le présent rapport.

ⁿ En particulier quand la chronicité n'est pas avérée : on comprend les réticences des professionnels de l'enfance et de l'adolescence à étiqueter « définitivement » comme handicapés psychiques des sujets en situation évolutive et améliorables grâce aux thérapies et à une éducation adaptée. Mais encore une fois, le sujet concerne ici d'abord les adultes.

^o Selon le Pr BOULENGER, c'est une excellente recommandation car le plus souvent lors de ces hospitalisations de « crise » itératives les équipes n'ont aucune idée (autre que les infos rapportées par le patient) sur les aléas de son parcours antérieur.

^p Ancien chercheur associé à l'institut national américain de santé (NIMH), ancien directeur de recherche à l'INSERM, ancien professeur à l'Université de Sherbrooke (Canada), entre autres titres.