

**Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales
en conclusions des travaux de la mission sur
la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie**

Député Denys Robiliard

Contexte du rapport

Mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie créée le 17 novembre 2012 par la commission des affaires sociales

Réunion constitutive le 19 décembre 2012

77 heures d'audition

178 personnes auditionnées : associations d'usagers et de familles de patients, médecins, professionnels de santé, chercheurs, experts...

Le rapport aborde de nombreux sujets ; quelques questions abordées mais non traitées car un peu à part (contention des personnes âgées en EHPAD, débat sur la certification HAS des établissements psychiatriques).

Un rapport après bien d'autres....

Denys Robiliard rappelle l'existence de quinze rapports entre 2000 et 2009 sur la psychiatrie avec de nombreuses recommandations communes à l'ensemble des auteurs, et déplore le manque d'évolution. Denys Robiliard explique cette situation par l'inadaptation de certaines propositions mais également le faible lobby des patients atteints de troubles psychiatriques ainsi que l'inertie des professionnels et le manque de volonté politique.

Première partie : un dispositif des soins psychiatriques novateur au bilan décevant

Dans cette première partie, le député Denys Robiliard met l'accent sur l'organisation de la prise en charge des troubles psychiatriques et la construction de la notion de secteur. Il décrit le pilotage des soins psychiatriques et déplore le manque de cohérence.

Ainsi, au **niveau national**, deux directions du ministère des affaires sociales et de la santé sont impliquées dans l'organisation des soins psychiatriques : direction générale de la santé et DGOS.

A l'**échelle régionale**, ce sont les ARS qui pilotent les politiques de santé mentale avec la préconisation, dans le plan psychiatrie et santé mentale, de créer une commission chargée de coordonner les acteurs pour un parcours de soins fluide (peu d'exemple actuellement de cette démarche ; 3 ARS : Nord Pas-de-Calais, IDF, PACA).

Puis Denys Robiliard revient sur la notion de **secteur**, créé dans les années 60, et reconnu par la loi depuis 1985. Le but du secteur était d'assurer la continuité des prises en charge des patients atteints de troubles psychiatriques en garantissant une pluridisciplinarité des équipes (professionnels sous l'autorité d'un psychiatre chef de secteur). Le secteur était garant d'une proximité et d'une égalité de traitement.

La loi HPST introduit la notion de territoire de santé : article L.3221-1 du CSP : « à cet effet, les établissements autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-1 du CSP ». Cependant, la notion de secteur subsiste...

Par ailleurs, une profonde évolution de la psychiatrie entraîne un important changement dans les prises en charge : 75% des prises en charge se font en ambulatoire selon la DRESS. Ceci entraîne une baisse du nombre de lits : 130 000 lits en 1974 à 60 000 lits en 2010. De nombreuses alternatives à l'hospitalisation sont développées : à temps complet (appartement thérapeutique, accueil familial thérapeutique, HAD) ou à temps partiel (hôpital de jour, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Les soins ambulatoires sont délivrés par le médecin généraliste en priorité puis par le psychiatre libéral ou le CMP.

Les urgences sont le plus souvent prises en charge par les services d'urgence de CH généraux. Il existe également des structures spécifiques (à Paris : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), CAC ou CAP).

Enfin, la pédopsychiatrie est une spécialité de plus en plus sollicitée : 500 000 enfants suivis (97% d'ambulatoire) requérant un lien avec la scolarité. Plusieurs types de structures existent dans ce champ : CMPP, institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), institut médico-éducatif (IME), maison des adolescents (depuis 2005). Le rapport fait état d'une grande difficulté dans l'accès aux soins (délai d'attente), et met l'accent sur la place des familles dans le consentement aux soins des mineurs.

Le rapport mentionne alors les **dysfonctionnements** évoqués par l'ensemble des personnes auditionnées.

Tout d'abord, le député Robiliard déplore les difficultés en amont et en aval des prises en charge.

Le secteur a été le lieu d'une prise en charge totale au lieu d'être celui d'une prise en charge globale, il a privilégié la protection de la personne plutôt que son intégration. Le député Robiliard mentionne également le manque d'articulation entre les structures sanitaire et médico-sociale, l'hétérogénéité des secteurs et des prises en charge, ce qui va à l'encontre du but initial.

Certaines populations sont « oubliées » : les personnes sans domicile personnel ainsi que les demandeurs d'asile et les personnes âgées en établissement.

Par ailleurs, le rapport fait état d'un accès difficile à la première consultation : en CMP (de 1 à 6 mois d'attente par exemple).

Le député décrit également le cloisonnement entre les soins somatiques et la psychiatrie. Les patients atteints de troubles psychiatriques présentent en effet des taux de mortalité supérieurs à la moyenne pour les maladies cardiaques par exemple.

Le recours à la **contention** est un autre dysfonctionnement exposé. Plusieurs facteurs expliquent une telle pratique : absence de protocole, inexpérience des professionnels, configuration des lieux, féminisation des équipes... Denys Robiliard constate également que l'accès aux affaires personnelles, au téléphone ou à l'ordinateur est très variable d'un établissement à l'autre et que ces divergences ne sont pas justifiées par la pathologie des patients.

Le rapport met l'accent sur le **cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social**, ce qui se traduit par des hospitalisations trop longues et/ou inadaptées. La prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans illustre le manque de structures médico-sociales adaptées à leurs troubles psychiatriques.

Les **inégalités territoriales** sont décrites. L'IRDES a décrit 3 types de secteurs (du mieux dotés au moins bien dotés). La sectorisation n'a pas permis de rétablir une offre de soins plus harmonieuse sur le territoire.

Les **dépenses** remboursées par la CNAMTS au titre de la **santé mentale** sont très importantes : 22,6 milliards € soit 15% des dépenses de santé. Cependant, il apparaît que le système de financement des établissements par dotation, qui repose sur des budgets historiques, est parfois détourné et permet de combler les budgets de pôles déficitaires financés en T2A. Par ailleurs, ce mode de financement n'incite pas à la prise en charge ambulatoire des patients.

Les **moyens humains** sont inégalement répartis : 14 401 psychiatres (au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE) mais nombreuses vacances de postes en psychiatrie publique et une disparition progressive des infirmiers psychiatriques (depuis 1992). La place des psychologues est à réinterroger ainsi que le rôle des assistants de service social.

Le domaine de la **recherche** est abordé sous ces trois aspects : recherche fondamentale en neurosciences, recherche en épidémiologie et recherche en sciences humaines et sociales. Plusieurs points sont soulignés : l'insuffisance du financement public (3% des crédits publics de recherche en santé), la faiblesse de la recherche biologique, le manque de chercheurs, le défaut d'interdisciplinarité. Cependant, de bons résultats sont obtenus puisque 3% des publications mondiales sont françaises, et qu'il existe des réseaux structurés dans ce domaine.

Deuxième partie : vers un dispositif des soins psychiatriques rénové et intégré

Le **secteur reste**, selon Denys Robiliard, le **lieu d'une prise en charge optimale** : légitimité et actualité du secteur avec nécessité d'avoir une définition législative de leurs missions communes ; l'intersecteur étant l'échelon de la pédopsychiatrie.

Le rapport préconise une **complémentarité psychiatrie publique et privée** via les schémas régionaux d'organisation des soins. Il réaffirme la place des élus et met l'accent sur les **conseils locaux de santé mentale**, lieux d'observation, de coordination, d'élaboration de projet, liens entre le sanitaire et le social pouvant intégrer la problématique du logement par exemple. La création de ces instances doit être encouragée avec un périmètre étendu à la pédopsychiatrie et aux sujets âgés.

L'intersectorialité est promue notamment dans le domaine de la précarité (création d'un référent précarité) ou de la personne âgée (équipe mobile psychiatrie précarité ou PASS PSY). Le rapport rappelle que les troubles psychiatriques du sujet âgé sont sous-évalués et décrit les bonnes pratiques à généraliser : équipes mobiles en psychiatrie du sujet âgé, meilleure prise en charge dans les EHPAD ; passerelle entre hôpital et EHPAD ; convention EHPAD / établissement psychiatriques.

Le rapport propose des recommandations dans l'accès aux soins de premier recours.

Denys Robiliard rappelle le rôle clé des **généralistes** : premier accès aux soins, moins stigmatisant (20 à 30% des consultations liées à des troubles psychiatriques). Leur formation pourrait inclure un stage obligatoire en psychiatrie. Par ailleurs, une amélioration de la collaboration médecin généraliste / psychiatre apporterait une chance pour le patient d'être mieux pris en charge.

La généralisation de consultations de psychiatre en maison de santé serait également un axe à développer. Les SROS pourraient également décrire un délai maximum d'attente pour avoir un entretien dans un CMP afin d'améliorer la fluidité des parcours.

Les CMP pourraient développer un système de pré-entretien avec un IDE ou un psychologue, et proposer une offre de soins sur des horaires plus étendus.

L'accès aux soins somatiques des patients atteints de troubles psychiatriques devrait être intégré dans les CPOM des établissements. Par ailleurs, le rapport préconise l'intervention de somaticiens dans unités de soins psychiatriques, et la signature de conventions entre hôpitaux psychiatriques et hôpitaux généraux.

Concernant le lien avec le médico-social, le rapport entend décrire des parcours de vie plus que des parcours de soins. Certaines structures doivent ainsi se développer : service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), MAS agréées pour accueillir des personnes avec un handicap psychique, lits « Halte santé »

Par ailleurs, la **coordination avec les acteurs du médico-social** est possible avec l'intervention d'équipe mobile de psychiatrie ou encore d'assistance téléphonique. Ce type de dispositif permet de former et de rassurer les professionnels du secteur médico-social.

Les droits individuels du patient sont rappelés : ainsi, la contention ou l'isolement thérapeutique doivent être le dernier recours, sur décision médicale individuelle à réévaluer. Un registre administratif des contentions et des isolements thérapeutiques doit être créé.

Les pratiques restrictives de liberté sont rendues exceptionnelles et les groupes d'entraide mutuelle ainsi que les maisons des usagers doivent être encouragés au sein des établissements.

Le fonctionnement des **commissions départementales des soins psychiatriques** doit être amélioré : il apparaît nécessaire de les rendre plus lisibles pour garantir une meilleure démocratie sanitaire.

Concernant le **logement** : les systèmes de baux glissants ou d'intermédiation locative sont promus.

Le développement à l'accès au monde du travail (ESAT, chantiers thérapeutiques...) réduit de 35% le risque d'une hospitalisation et doit être encouragé.

La prise en charge des personnes détenues

Forte prévalence des troubles psychiatriques en prison (20 à 30% des détenus selon les estimations). L'article 122-1 du Code pénal distingue l'abolition du discernement de son altération et permet d'incarcérer la personne en tenant compte de cette circonstance. Mais en réalité, le trouble psychiatrique est souvent une circonstance **aggravante** et non atténuante. Par ailleurs, le nombre de lits en psychiatrie a beaucoup baissé d'où un basculement vers l'incarcération. On constate deux logiques en prison : psychiatre (secret professionnel...) versus aspect sécurité de l'administration pénitentiaire. L'accès aux soins en prison est assuré par des unités sanitaires (US) pour les soins psychiatriques ambulatoires. Les hospitalisations de jour sont assurées par les services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Les hospitalisations complètes se font dans les unités hospitalières spécialement aménagées (depuis 2002). Le problème de surpopulation carcérale remet néanmoins en cause cet accès aux soins (accès à un psychologue : délai de 4 mois par exemple). Il est nécessaire d'améliorer la formation des équipes pénitentiaires aux pathologies psychiatriques et de mieux préparer la sortie des détenus et leur réinsertion par le biais de convention entre ministères de la justice et de la santé et la mise en place de dispositif coordonné de sortie entre administration pénitentiaire et équipe médicale.

Le rapport ne fait **aucune recommandation sur le modèle de financement** qui doit cependant évoluer selon Denys Robiliard.

Enfin, le rapport préconise de **valoriser le recours au psychologue** en première intention et d'étudier les modalités d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Le rôle des médiateurs issus d'association de patients qui peuvent suppléer la personne de confiance (Pays Bas, Royaume Uni) est décrit.

Denys Robiliard préconise également d'améliorer la formation des infirmiers et de revenir à une **spécialisation du cursus**.

Sur la **recherche**, il préconise d'injecter plus de moyens, et une incitation à la recherche pour les internes (transformer un stage en stage de recherche). Il encourage l'interdisciplinarité dans la recherche : recherche clinique et recherche sociologique, science humaines et neurosciences ; enfin, il insiste sur la création de plus de postes d'enseignants hospitalo-universitaires et propose une recherche menée par des praticiens.