



Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie

**Rapport présenté à Madame
Roselyne BACHELOT-NARQUIN,
Ministre de la santé et des sports**

Établi par

Monsieur Edouard COUTY
Conseiller Maître à la Cour des Comptes

Rapporteur général
Dr. Roland CECCHI-TENERINI
Inspecteur général des affaires sociales

Rapporteurs

Patrick BROUDIC
Conseillers généraux des établissements de santé

Dominique NOIRE

Sommaire

RESUME.....	7
RECOMMANDATIONS.....	11
1. UNE LOI DE SANTE MENTALE POUR LES MALADES ET LEUR FAMILLE INTEGRANT LES SOINS, LA REINSERTION SOCIALE ET L'ACCOMPAGNEMENT	11
2. LES MALADES, LEUR FAMILLE ET LEUR ENTOURAGE	11
3. EVALUER	11
4. LE PARCOURS DE SOINS	12
5. SOINS AUX DETENUS.....	12
6. METIERS	12
7. RECHERCHE	13
8. SANTE PUBLIQUE – PREVENTION - PROMOTION DE LA SANTE - VEILLE SANITAIRE.....	13
INTRODUCTION.....	15
PREMIERE PARTIE : LE SENS DE L'ACTION	17
1. DE LA PSYCHIATRIE A LA SANTE MENTALE.....	17
2. LES MALADES ET LEUR FAMILLE OU LEUR ENTOURAGE, ACTEURS A PART ENTIERE DU SYSTEME DE SANTE.....	18
2.1. <i>Garantir et renforcer la participation des usagers et des familles dans les instances sanitaires</i>	18
2.2. <i>Une activité institutionnalisée à soutenir et à développer</i>	19
2.2.1. Vers un financement public et pérenne des associations.....	19
2.2.2. La création à l'intérieur des établissements d'un « Bureau des usagers ».....	20
3. L'EVALUATION : UNE CULTURE ET DES PRATIQUES A GENERALISER.....	20
DEUXIEME PARTIE : UNE ORGANISATION TERRITORIALE DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA SANTE MENTALE CENTREE SUR LA CONTINUTE DES PRISES EN CHARGE	23
1. L'ORGANISATION DE LA CONTINUTE ET DU SUIVI DES PRISES EN CHARGE : UNE ABSOLUE NECESSITE.....	23
2. PRINCIPES D'ORGANISATION TERRITORIALE ET INSTITUTIONNELLE.....	25
2.1. <i>Une organisation graduée</i>	25
2.1.1. Les missions d'un secteur rénové.....	25
2.1.2. Un premier niveau de proximité structuré par la création de groupements locaux de coopération pour la santé mentale (GLC).....	26
2.1.3. La création de conseils locaux pour la santé mentale.....	28
2.2. <i>Le niveau 2 des soins psychiatrique organisé à l'échelle du territoire de santé</i>	28
2.3. <i>L'importance des soins de réhabilitation psychosociale et de l'éducation thérapeutique</i> ..	28
3. ENGAGER LE PROCESSUS D'UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MOYENS	29

4. UNE MISE EN ŒUVRE RAPIDE DE LA VALORISATION DES ACTIVITES EN PSYCHIATRIE (VAP)	30
5. EN MILIEU CARCERAL, UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE TRES HETEROGENE NECESSITANT UNE MEILLEURE COORDINATION DES STRUCTURES ET DES ADMINISTRATIONS SANITAIRES ET PENITENTIAIRES	30

TROISIEME PARTIE : CREER LES CONDITIONS DE LA REUSSITE 33

1. COMPETENCES PROFESSIONNELLES ET FORMATIONS.....	33
1.1. <i>La démographie des professionnels de psychiatrie et santé mentale</i>	33
1.1.1. Les médecins psychiatres	33
1.1.2. Le contrat santé /solidarité.....	34
1.1.3. Les infirmiers.....	34
1.2. <i>Le rôle des patients de leur famille ou de leur entourage dans le soin</i>	35
1.3. <i>Le nombre et la diversité des métiers intervenants en psychiatrie et santé mentale</i>	35
1.4. <i>Les coopérations entre professionnels de santé mentale</i>	36
1.5. <i>La formation</i>	36
1.5.1. La formation des psychiatres.....	37
1.5.2. La formation des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale.....	37
1.5.3. La formation des infirmiers	38
1.5.4. Les psychologues.....	38
1.6. <i>Les autres professionnels</i>	39
2. LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE ET DE SOCIETE.	39
2.1. <i>La situation de la recherche a évolué favorablement</i>	39
2.2. <i>Les faiblesses</i>	40
2.2.1. La recherche clinique est insuffisamment développée	40
2.2.2. Un nombre excessivement restreint de travaux véritablement pluridisciplinaires et intégratifs	40
2.2.3. Un équilibre nécessaire entre neurosciences et sciences humaines et sociales	41
2.2.4. La relative faiblesse de la recherche épidémiologique	41
2.2.5. Les unités de psychiatrie labellisées par les organismes, certes plus nombreuses que par le passé, atteignent cependant rarement une masse critique de chercheurs.	41
2.3. <i>Mieux structurer en profondeur le milieu de la recherche en psychiatrie</i>	41
2.3.1. Niveau 1, local.....	41
2.3.2. Niveau 2, régional et interrégional	42
2.3.3. Niveau 3, national ou international.....	42
2.4. <i>Développer la recherche clinique</i>	42
2.4.1. Favoriser le recrutement de chercheurs ayant une double formation.	42
2.4.2. Favoriser le recrutement de personnels non médecins.	42
2.4.3. Renforcer le développement des relations avec les associations de malades mentaux.....	43
2.5. <i>Consacrer des moyens à la recherche épidémiologique et en santé publique</i>	43
2.5.1. Evaluer les stratégies thérapeutiques	43
3. SURVEILLANCE ET VEILLE DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE	44
4. QUELLES PLACES DONNER A LA PREVENTION ET A LA PROMOTION DE LA SANTE ?	46
4.1. <i>Deux approches complémentaires de la promotion de la santé mentale</i> ,.....	46
4.1.1. L'Organisation Mondiale de la Santé définit les différentes composantes de la santé mentale.....	46
4.1.2. Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) considère la santé mentale comme une ressource collective	46

4.2. Dans le champ de la promotion de la santé, une priorité de santé publique : la lutte contre la discrimination et la stigmatisation du malade et de la maladie mentale	47
4.3. La prévention	48
4.3.1. Classiquement l’OMS définit trois niveaux de prévention.....	48
4.3.2. En matière de prévention de la maladie mentale, une attention particulière doit être portée aux secteurs de psychiatrie infanto juvénile et aux adolescents.	48
4.3.3. Le milieu scolaire et universitaire, un milieu privilégié pour le développement des actions de prévention en santé mentale et en psychiatrie.....	50
4.3.4. Rendre toute politique de prévention en santé mentale et en psychiatrie, cohérente au niveau national et territorial	50
CONCLUSION.....	53
ANNEXES.....	55
ANNEXE 1 : LETTRES DE MISSION	57
1. EDOUARD COUTY	57
2. DR. ROLAND CECCHI-TENERINI.....	57
3. PATRICK BROUDIC ET DOMINIQUE NOIRE	57
ANNEXE 2 : MEMBRES DE LA COMMISSION.....	65
ANNEXE 3 : THEMATIQUES ET PLANNING DES AUDITIONS ET DES SEANCES DE LA COMMISSION	67
1. INSTALLATION DE LA COMMISSION : 7 JUILLET 2008	67
2. ORGANISATION DES TRAVAUX : 16 JUILLET 2008	67
3. AUDITIONS GENERALES DU 2 ET 9 SEPTEMBRE	67
4. AUDITIONS THEMATIQUES.....	67
5. SEANCES DE SYNTHESE	68
ANNEXE 4 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES	69
ANNEXE 5 : SANTE MENTALE : ELEMENTS STATISTIQUES	75
1. LA MORBIDITE PSYCHIATRIQUE, DES DONNEES DE PREVALENCE.	75
2. L’OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE	77
3. DES DONNEES D’ACTIVITE EN PSYCHIATRIE.....	81
4. PLANIFICATION DES SOINS, UNE APPROCHE DES BESOINS EN SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE	83

Résumé

Selon l'OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L'OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif).

Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50% de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici 2020 si des mesures ne sont pas prises rapidement.

En France, les troubles psychiatriques sont responsables de 12000 morts par suicide, auxquels s'ajoutent la surmortalité non suicidaire (accidentelle, consommation d'alcool, de tabac et de drogue). Les études épidémiologiques comparées menées dans plusieurs pays européens montrent que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France.

La loi de programmation en santé publique prend en compte cette réalité en définissant plusieurs grands objectifs de santé publique dans le domaine des maladies psychiatriques.

La loi du 11 février 2005 qui a reconnu dans la définition du handicap, le handicap psychique rend impératif une collaboration étroite entre tous les acteurs de la santé mentale, professionnels de santé, ceux des champs social et médico social, les malades et leurs familles.

Deux plans successifs ministériels ont vu le jour, celui de 2002 et celui couvrant la période 2005-2008. Ces plans ont accompagné les évolutions de l'offre de soins en psychiatrie.

Enfin, la conférence Européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien être » qui s'est tenue le 13 juin 2008 a établi le « Pacte européen pour la Santé mentale » auquel la France a souscrit.

La future création des agences régionales de santé et les nouvelles orientations prises en matière d'organisation territoriale des établissements de santé et de gouvernance hospitalière sont à l'ordre du jour.

Dans ce contexte, Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative a souhaité que soit menée une réflexion d'ensemble sur la psychiatrie et la santé mentale.

A cet effet, Madame la Ministre a désigné un certain nombre de personnalités compétentes et représentatives du champ de la santé mentale pour siéger au sein d'une commission présidée par monsieur Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des Comptes.

La désignation d'un rapporteur général, le Dr Roland Cecchi- Tenerini, inspecteur général des affaires sociales et de deux rapporteurs, messieurs Patrick Broudic et Dominique Noire, conseillers généraux des établissements de santé, est venue compléter le dispositif.

Le périmètre d'investigations est vaste, de la définition de missions et de l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale, jusqu'aux politiques de santé publique à mettre en œuvre en la matière sans omettre l'écriture de recommandations quant à la démographie des professionnels de santé et à l'évolution nécessaire des différents métiers qui accompagnent tout au long de leur vie, les malades mentaux, leur familles et leurs proches.

Les membres de la commission ont opté pour des séances de travail thématiques, hebdomadaires. Lors de ces journées, des personnalités compétentes sur le thème étudié ont été auditionnées. Ces auditions ont fourni la matière aux débats internes entre les membres de la commission. Ces débats ont été préparés par les rapporteurs et conduits avec l'aide d'un discutant externe à la commission et expert reconnu du thème étudié. Ces échanges fructueux et toujours profondément respectueux des différentes sensibilités exprimées ont permis au président de la commission de dégager au terme de chacune de ces séances de travail les axes forts à mettre en œuvre et les recommandations qui pourraient en être tirées.

Après avoir exploré l'ensemble des problématiques liées à la santé mentale et à la psychiatrie, les membres de la commission ont souhaité que le rapport dégage dans une première partie les trois principes structurants qui pourraient fonder le cadre d'une politique novatrice en santé mentale :

- ❖ Intégrer à la politique de santé publique, un volet santé mentale, s'appuyant sur trois aspects indissociables : sanitaire, social et médico-social. La psychiatrie, en tant que discipline médicale, contribue avec d'autres acteurs à la réalisation de cette politique ;
- ❖ Renforcer le rôle institutionnel des malades, de leur famille ou de leur entourage, acteurs à part entière du système de santé aux côtés des professionnels ;
- ❖ Consacrer l'évaluation des structures, des activités et des pratiques comme un outil consubstantiel de toutes pratiques en santé mentale et en psychiatrie.

Répondre aux besoins du malade et de sa famille, dans le cadre d'un parcours personnalisé a constitué, dans un deuxième temps, le fil conducteur de la réflexion. Pour chaque étape de la prise en charge, celle-ci a porté sur la question suivante : Quelle offre graduée, personnalisée et continue en santé mentale pour les malades, leur famille et leurs proches ?

Des recommandations ont été formulées pour une organisation territoriale de la santé mentale graduée en trois niveaux :

- ❖ Un niveau de proximité sur un territoire correspondant à celui du secteur psychiatrique actuel (adulte et infanto – juvénile), assurant une coopération efficace et une coordination effective des différents acteurs concernés notamment : élus, soignants, travailleurs sociaux, responsables des secteurs du logement et de l'emploi. Ces acteurs sont réunis au sein d'un groupement local de coopération pour la santé mentale (GLC) dont la nature juridique pourrait être un GIP ; Ce premier niveau comporterait également un conseil local de santé mentale, organe délibérant du GLC.
- ❖ un niveau de prise en charge de l'hospitalisation (publique et privée), le territoire de santé ;
- ❖ un troisième niveau de spécialisation et d'expertise, régional ou interrégional.

La création d'un groupement local de coopération pour la santé mentale et d'un conseil local de santé mentale permettra un partenariat rénové et actif entre tous les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie (publique et privée) dans les différents champs d'action (sanitaire, médico-social et social). Il offrira un cadre juridique pour une institution responsable et bien identifiée au niveau de proximité adéquat. Cela sera de nature à garantir une réponse rapide aux situations de crise, une prévention, un suivi et une réinsertion sociale des patients. Les collectivités territoriales, communes et départements, devront être étroitement associés à ces groupements.

Les relations contractuelles du GLC avec les nouvelles agences régionales de santé nécessitent l'identification dans chaque agence régionale de santé d'un « service » chargé de la préparation du projet territorial de santé mentale, du suivi de la politique de santé mentale et du fonctionnement des structures chargées de la mettre en œuvre.

Enfin les membres de la commission se sont interrogés dans une troisième partie sur les facteurs de réussite d'une telle réforme. Des recommandations sont aussi proposées dans les domaines du logement social, de la démographie des professions de santé, de l'évolution des métiers, de la formation et de la recherche, de la veille sanitaire, de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

L'augmentation de la prévalence des maladies mentales est une préoccupation pour l'ensemble des pays européens et plus particulièrement pour la France.

L'exigence d'une politique de santé mentale alliant l'intégration des malades dans la cité et des prises en charge sécurisées pour la population reste un impératif qui peut paraître paradoxal. Cela signifie que toute tentative de rénovation des dispositifs de prise en charge est complexe. Cette complexité est accrue par le fait que les pathologies devraient être pris en charge de façon spécifique et s'intégrer dans une démarche générale de santé publique.

C'est pourquoi, la commission propose d'engager une politique pour la santé mentale et la psychiatrie.

Une loi est nécessaire.

Ce texte législatif devrait intégrer les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement comme les soins aux détenus.

Afin d'assurer la mise en œuvre cohérente de ce dispositif, il devrait être mis en place, au niveau national, une mission « santé mentale » à compétence interministérielle placée auprès du ministre de la Santé. Cette mission chargée de la mise en œuvre d'une politique nationale pour la santé mentale devra :

- ❖ organiser le dialogue interministériel : éducation nationale, travail emploi, justice, intérieur, santé... ,
- ❖ coopérer avec la Haute Autorité en Santé et l'Institut de veille sanitaire (I.N.V.S.), et l'Institut National d'Education et de Prévention en Santé (I.N.P.E.S.),
- ❖ participer avec les autres organismes concernés au pilotage national des Agences régionales de santé (A.R.S.).

Recommandations

1. UNE LOI DE SANTE MENTALE POUR LES MALADES ET LEUR FAMILLE INTEGRANT LES SOINS, LA REINSERTION SOCIALE ET L'ACCOMPAGNEMENT

Intégrer les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement ainsi que l'organisation des soins aux détenus.

Intégrer dans cette politique de santé mentale, un important volet social et médico social pour la réinsertion des patients dans la cité et l'accompagnement des familles : emploi, habiletés sociales. Dans ce cadre la question du logement ou de l'hébergement des malades en cours de réinsertion sociale est un aspect essentiel, déterminant pour le succès de cette réinsertion.

Mettre en place au niveau national une mission santé mentale à compétence interministérielle placée auprès du ministre de la santé.

2. LES MALADES, LEUR FAMILLE ET LEUR ENTOURAGE

Etendre la représentation institutionnelle des usagers dans les différentes instances du système de soins aux associations d'usagers en santé mentale et des familles.

Poursuivre et accélérer le développement des Groupes d'entraide mutuelle (GEM), après une évaluation nationale de leur activité et de leur fonctionnement.

Retenir le principe de la création de « bureau des usagers » au sein des établissements de santé. Cette création doit se dérouler dans le cadre d'une expérimentation dans le temps et dans l'espace. Elle devra être évaluée.

3. EVALUER

Encourager la Haute Autorité en Santé à accélérer sa démarche de certification des structures extra hospitalières et de l'évaluation des pratiques professionnelles, pour garantir la bonne qualité des prises en charge et la pérennité d'un système rénové.

Evaluer la pratique et le fonctionnement des « maisons des adolescents » et fixer les conditions d'une éventuelle généralisation de ces structures au niveau territorial.

Evaluer les besoins en santé mentale par bassin de population.

4. LE PARCOURS DE SOINS

Définir réglementairement une organisation graduée des soins psychiatriques et de la santé mentale en trois niveaux, un niveau de proximité, un niveau du territoire de santé qui assure l'hospitalisation et un niveau régional ou interrégional d'expertise ;

Redéfinir, en conséquence, les missions du secteur au niveau de proximité extra hospitalier comme acteur déterminant, mais non exclusif, du soin psychiatrique. Le secteur participe avec les autres acteurs concernés à la mise en œuvre coordonnée de la politique de santé mentale.

Mettre en place sous la responsabilité des Agences régionales de santé (A.R.S.) des groupements locaux de coordination pour la santé mentale et créer au sein de ces GLC un conseil local pour la santé mentale.

Développer les structures et les activités autour de la réhabilitation psycho sociale et l'éducation thérapeutique.

Favoriser et encourager l'expérimentation du fonctionnement novateur d'équipes visant à compenser un défaut d'attractivité.

Accélérer la mise en place de la VAP en vue d'une généralisation pour 2010-2011.

Mettre en place des unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielles au sein des GLC de santé mentale.

Généraliser les équipes mobiles de psychiatrie au sein des GLC.

5. SOINS AUX DETENUS

Renforcer la coordination entre le ministère de la santé et le ministère de la justice par la signature par les deux ministres d'une lettre confiant à une personnalité qualifiée une mission de coordination ; cette lettre devrait clairement préciser les objectifs et le calendrier de l'action devant être conduite par le chargé de mission et les modalités selon lesquels il devrait rendre compte de son action. Il pourrait être chargé d'élaborer un cahier des charges national en coopération entre le ministère de la santé et le ministère de la justice précisant le rôle des différents intervenants, les missions et les modes de prise en charge.

Accélérer la mise en œuvre du programme de création d'UHSA et l'adapter à l'évolution de la population pénale.

Organiser pour les UMD, et pour les SMPR un fonctionnement en réseau national chargé de concevoir des formations pour les professionnels, d'élaborer des bonnes pratiques et des critères d'évaluation, de promouvoir des programmes de recherche, d'harmoniser les modes de fonctionnement, notamment pour la prévention de la violence.

6. METIERS

Préparer, par la concertation avec tous les professionnels concernés, une nouvelle répartition des tâches, des champs de compétence et des responsabilités. Ménager la possibilité d'expérimenter sous l'égide de l'observatoire national des professions de santé, différentes formules de coopération entre les psychiatres et les infirmiers spécialisés en santé mentale, et entre les psychiatres et les psychologues.

Développer les stages en CMP et en secteur médico-social et étendre les lieux de stage au secteur privé volontaire pour exercer les missions de service public et renforcer les formations en psychiatrie légale et expertise judiciaire.

Prendre des mesures incitatives fortes afin que les généralistes s'engagent aux cotés des spécialistes dans les groupements locaux de coopération pour la santé mentale (formation continue, conditions d'exercice, rémunération mixte, possibilité de vacances mieux rémunérées qu'actuellement à l'hôpital et dans le secteur psychiatrique, voire possibilité d'exercice à temps partiel au sein des GLC).

Renforcer les effectifs « enseignants hospitalo-universitaires » dans une planification sur le moyen terme.

Créer un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie (master professionnel de spécialisation) dans le cadre de la mise en place de la réforme LMD.

Ouvrir le concours pour le recrutement de psychologues dans les établissements publics de santé aux candidats disposant d'un master professionnel clinique avec un stage clinique obligatoire.

Ouvrir des postes dans les équipes hospitalières pour les professions qui y sont actuellement faiblement représentées ou absentes afin d'améliorer la prise en charge globale du patient, notamment pour les assistants sociaux, ergothérapeutes, rééducateurs, psycho-motriciens...

7. RECHERCHE

Développer la recherche en santé mentale en prenant mieux en compte les dimensions, sciences sociales et sciences humaines, aux côtés des neurosciences.

Mieux structurer territorialement et fonctionnellement la recherche en psychiatrie et développer le fonctionnement en réseaux thématiques de recherche avancée (RTRA) des différents niveaux.
Investir pour le développement de la recherche clinique, de la recherche en épidémiologie et de la recherche évaluative

8. SANTE PUBLIQUE – PREVENTION - PROMOTION DE LA SANTE - VEILLE SANITAIRE

Fixer un nouvel objectif prioritaire national : la lutte contre les discriminations et la stigmatisation de la psychiatrie, de la santé mentale et des malades.

Se donner pour priorité de changer le regard de la société vis-à-vis des psychoses chroniques et plus particulièrement des schizophrènes.

Elaborer au niveau du ministère de l'éducation nationale en lien étroit avec le ministère de la santé une stratégie globale et opérationnelle pour la prévention de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire.

Faire assurer le pilotage et la coordination de la surveillance de la santé mentale en France par l'institut de veille sanitaire (In.V.S.).

La promotion de la santé mentale et la prévention rend indispensable un pilotage national interministériel reconnu et accepté par tous les acteurs.

Introduction

Selon l’OMS, les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Elles affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l’on se réfère à la prévalence sur la vie entière. L’OMS retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes pour le XXIème siècle (schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif).

Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s’alourdir dans les prochaines années, avec une augmentation de 50% de la contribution des maladies mentales à la charge de morbidité due à l’ensemble des maladies d’ici 2020 si des mesures ne sont pas prises rapidement.

En France, les troubles psychiatriques sont responsables de 12000 morts par suicide, auxquels s’ajoutent la surmortalité non suicidaire (accidentelle, consommation d’alcool, de tabac et de drogue). Les études épidémiologiques comparées menées dans plusieurs pays européens montrent que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France.

La loi de programmation en santé publique prend en compte cette réalité en définissant plusieurs grands objectifs de santé publique dans le domaine des maladies psychiatriques.

Depuis plusieurs années la psychiatrie connaît dans notre pays des évolutions importantes : la loi du 11 février 2005 qui a reconnu dans la définition du handicap, le handicap psychique, rend impératif une collaboration étroite entre tous les acteurs de la santé mentale : professionnels de santé, ceux des champs social et médico social, les malades et leurs familles.

La perspective de création des agences régionales de santé et les nouvelles orientations prises en matière d’organisation territoriale des établissements de santé et de gouvernance hospitalière sont autant d’éléments qui ont conduit madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative a souhaité que soit menée une réflexion d’ensemble sur la psychiatrie et la santé mentale.

A cet effet, Madame la Ministre a désigné un certain nombre de personnalités compétentes et représentatives du champ de la santé mentale pour siéger au sein d’une commission¹ présidée par monsieur Edouard Couty, conseiller maître à la Cour des Comptes².

La désignation d’un rapporteur général, le Dr Roland Cecchi-Tenerini, inspecteur général des affaires sociales et de deux rapporteurs, messieurs Patrick Broudic et Dominique Noire, conseillers généraux des établissements de santé, est venue compléter le dispositif³.

Le périmètre d’investigations est vaste, de la définition des missions et de l’organisation de la psychiatrie et de la santé mentale, jusqu’aux politiques de santé publique à mettre en œuvre en la matière sans omettre l’écriture de recommandations quant à la démographie des professionnels de santé et à l’évolution nécessaire des différents métiers qui accompagnent tout au long de leur vie, les malades mentaux, leur familles et leurs proches.

¹ Cf. Annexe 2 : Membres nommés au sein de la commission de travail sur la santé mentale et la psychiatrie

² Cf. Annexe 1 : lettres de mission

³ Cf. Annexe1 : lettres de mission

C'est pourquoi les membres de la commission ont opté pour des séances de travail thématiques, hebdomadaires⁴. Lors de ces journées, des personnalités compétentes sur le thème étudié ont été auditionnées⁵. Ces auditions ont fourni la matière aux débats internes entre les membres de la commission. Celui-ci a été préparé par l'un des rapporteurs et conduit avec l'aide d'un discutant externe à la commission et expert reconnu du thème étudié. Ces échanges fructueux et toujours profondément respectueux des différentes sensibilités exprimées ont permis au président de la commission de dégager au terme de chacune de ces séances de travail les axes forts à mettre en œuvre et les recommandations qui pourraient en être tirées.

Après avoir exploré l'ensemble des problématiques liées à la santé mentale et à la psychiatrie, les membres de la commission ont souhaité que le rapport dégage dans une première partie les trois principes structurants qui pourraient fonder le cadre d'une politique novatrice en santé mentale et fixer le sens de l'action :

- Penser la santé mentale comme une politique de santé publique comportant d'importants aspects sociaux et médico-sociaux ;
- Reconnaître la place importante des usagers, de leur famille et entourage ;
- Développer l'évaluation des structures, des activités et des pratiques.

Puis dans une deuxième partie, répondre aux besoins du malade et de sa famille dans le cadre d'un parcours personnalisé a constitué le fil conducteur de la réflexion pour chaque étape de la prise en charge autour de la question suivante : Quelle offre graduée, personnalisée et continue en santé mentale pour les malades, leur famille et leurs proches ?

Enfin les membres de la commission se sont interrogés, dans une troisième partie, sur les facteurs de réussite nécessaires à l'accompagnement de ces dispositifs. Des recommandations sont proposées dans les domaines du logement, de la démographie des professions de santé, de l'évolution des métiers, de la formation et de la recherche, de la veille sanitaire, de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

⁴ Cf. Annexe 3 : les différentes thématiques abordées au cours des séances de travail de la commission

⁵ Cf. Annexe 4 : liste des personnes auditionnées

Première partie : le sens de l'action

Proposer un cadre national pour les missions et l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale suppose une réflexion préalable sur les facteurs de succès d'une politique publique de santé mentale afin que celle-ci contribue à apporter des réponses efficaces aux besoins de la population et atteigne son objectif : l'amélioration significative de l'état de santé, individuel et collectif.

Trois déterminants doivent concourir à donner à la politique de santé mentale une impulsion nouvelle et permettre une nouvelle organisation des dispositifs :

- ❖ Penser la santé mentale comme une politique de santé publique s'appuyant sur trois aspects indissociables : sanitaire, social et médico-social,
- ❖ Créer les conditions pour que les usagers de la santé mentale soient des acteurs à part entière du système de santé ;
- ❖ Développer à tous les niveaux une culture et des pratiques d'évaluation : évaluation des structures, des activités et des pratiques.

1. DE LA PSYCHIATRIE A LA SANTE MENTALE

Le concept de santé est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un état de complet bien être physique, mental et social. La santé n'est pas seulement l'absence de maladie. Cette vision positive de la santé comme la résultante d'un état d'équilibre entre un individu, une communauté et son environnement, personnel et/ ou collectif, se retrouve dans l'approche que la commission propose concernant la psychiatrie et la santé mentale.

La santé mentale représente l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui agissent sur la personne elle-même et la communauté.

Les situations de déséquilibre peuvent faire apparaître des troubles mentaux dont la prise en charge comme état pathologique relève alors de la psychiatrie. En ce sens, la psychiatrie est considérée comme une spécialité médicale aux côtés des autres spécialités.

La psychiatrie participe, avec d'autres acteurs des secteurs médico-social et social, de la bonne mise en œuvre d'une politique de santé mentale.

Pour autant, la psychiatrie, comme spécialité médicale ne peut aussi simplement être renvoyée à une organisation commune de l'offre de soins. Elle conserve une part de spécificité inhérente aux caractéristiques des pathologies qu'elle prend en charge et qu'elle traite :

- ❖ Dans de nombreux cas, les malades mentaux n'ont pas, pendant une longue période, la conscience de leur maladie. Ils perçoivent leur souffrance mais ne peuvent l'exprimer dans un contexte rationalisé d'offre de soins accessibles, financièrement et géographiquement. A l'opposé des personnes atteintes d'autres pathologies, ces personnes ne peuvent aussi simplement exprimer un besoin de diagnostic, de prise en charge, et d'accompagnement. En conséquence, attendre la demande de soins par le malade lui-même, ne peut que retarder le diagnostic et la mise en œuvre d'un projet thérapeutique personnalisé. Ce temps a pour conséquence de placer la personne elle-même, sa famille et ses proches, mais aussi les professionnels dans des situations qui peuvent s'avérer lourdes de conséquences.
- ❖ La maladie mentale peut conduire la personne malade à « troubler l'ordre public ». Aussi toute organisation de l'offre de santé doit proposer des dispositifs prenant en compte cette

dimension. Les membres de la commission ont proposé le terme de « prise en charge sécurisée » comme étant celle que les professionnels doivent offrir aux malades.

- ❖ Dans le champ des soins somatiques et de l'hospitalisation de court séjour en médecine chirurgie ou obstétrique, le regroupement des activités, des compétences et des moyens matériels lourds sur des plateaux techniques performants est souvent gage de qualité et de sécurité. S'agissant de l'organisation en santé mentale, c'est l'action de proximité, pérenne et permanente, qui est le plus souvent garante de qualité et de sécurité tant pour les actions de prévention que pour la prise en charge et l'accompagnement des patients.

2. LES MALADES ET LEUR FAMILLE OU LEUR ENTOURAGE, ACTEURS A PART ENTIERE DU SYSTEME DE SANTE

La place des usagers dans le système de santé a connu depuis une dizaine d'année une évolution sans précédent, sous l'effet conjugué des grandes crises sanitaires comme celle liée au SIDA et de la montée en puissance des maladies chroniques qui touchent plus de 15 millions de personnes en France.

La loi du 4 mars 2002 complétée par celle du 9 août 2004 a concrétisé la place et le rôle institutionnel des associations d'usagers. Parallèlement, l'Organisation Mondiale de la Santé invitait les pays à rendre les usagers, les malades, les familles et plus largement la communauté, acteurs du système de santé.

Qu'en est-il pour la santé mentale, tant en matière de représentation institutionnelle que d'activités institutionnalisées au sein du système de santé ?

2.1. Garantir et renforcer la participation des usagers et des familles dans les instances sanitaires

Depuis 2002, les avancées en matière de participation des usagers sont réelles. Rappelons que la loi⁶ crée un régime de monopole de la représentation des usagers du système de santé dans les instances hospitalières ou de santé publique, réservé aux associations « ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades » et qui bénéficieront d'un agrément, soit national, soit local. L'obtention de cet agrément permet aux associations d'usagers de représenter les usagers du système de santé dans les instances hospitalières et de santé publique.

Pour remplir leur rôle, les représentants des usagers bénéficient d'une formation et de congés « de représentation » s'ils sont salariés.

Les associations d'usagers en santé mentale et des familles, en accord avec les membres de la commission, revendiquent une spécificité de représentation au sein des organisations et institutions sanitaires et sociales.

Les usagers en santé mentale, comme le précise Jean – Luc Roelandt⁷, ne se distinguent des autres usagers qu'en lien avec la situation dans laquelle ils ont été longtemps placés : celle de personnes quelque fois privées de leur discernement, qu'il est difficile d'associer aux décisions concernant leur santé, donc peu informées et à même de consentir et de participer au choix thérapeutique et a fortiori aux choix collectifs dans le champ de la santé mentale. Les responsables de l'UNAFAM et de la FNA-Psy expliquent très justement la spécificité de leurs associations qui « partagent cette expérience terrible de ne jamais savoir si le patient assume ou non sa liberté ». Ils soulignent que « c'est ce qui les unit dans un combat commun pour protéger les droits de ces

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : Article L.114-1 du CSP complété par la loi 2004-806 du 9 août 2004

⁷ Jean-Luc Roelandt : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité – rapport remis au ministre de la santé avril 2002

patients, en même temps souvent intelligents et infiniment fragiles du fait des conséquences de la maladie. »

Qu'en est-il aujourd'hui de cette représentation dans les établissements de santé ?

Si ces associations siègent au sein des hôpitaux psychiatriques, cela n'est pas toujours le cas dans les centres hospitaliers disposant de services de psychiatrie. Aussi, serait-il nécessaire que dans tous les textes réglementaires soit précisé qu'au sein des structures (publiques ou privées) et de différentes instances du système de santé, les associations d'usagers en santé mentale et les associations de familles de malades et handicapés psychiques soient représentées.

Recommandation n°1 : Etendre la représentation institutionnelle des usagers dans les différentes instances du système de soins aux associations d'usagers en santé mentale et des familles notamment :

- ❖ au niveau national au CNCPH, au conseil de la CNSA, au sein de l'instance nationale de concertation pour la mise en œuvre des politiques de santé mentale ;
- ❖ au niveau régional au sein de la conférence régionale de santé et des autres instances territoriales de santé, au sein des instances des ARS et de la cohésion sociale ;
- ❖ au niveau départemental, au sein du conseil départemental des personnes handicapées (CDCPH), commission exécutive des MDPH et commission départementale des droits et de l'autonomie (CDAPH) ;
- ❖ au sein des conseils locaux de santé mentale ;
- ❖ garantir la pluralité de la représentation des usagers dans les instances des établissements de santé disposant de services de psychiatrie : 3 représentants, permettant la participation des usagers du court séjour (MCO), des personnes âgées et des usagers de la psychiatrie⁸.

2.2. Une activité institutionnalisée à soutenir et à développer

Les associations agréées répondent à un critère essentiel et obligatoire celui de leur indépendance, que ce soit vis-à-vis des professionnels de santé, de l'industrie pharmaceutique ou même des associations tutélaires. Les moyens de cette indépendance passent par l'autonomie financière de ces associations.

2.2.1. Vers un financement public et pérenne des associations

Une politique d'aide aux associations représentatives des usagers et des familles au niveau national est, aujourd'hui, engagée au sein du ministère de la Santé.

- ❖ L'attribution de subventions par la direction générale de l'action sociale (D.G.A.S.) et la direction générale de la santé (D.G.S.) pour le fonctionnement des associations nationales ;
- ❖ Le soutien à la mise en œuvre d'actions spécifiques par les associations d'usagers et de familles notamment dans le cadre de l'association nationale des groupes d'entraide mutuel (G.E.M.). Les GEM apparaissent particulièrement adaptés à la situation et aux besoins actuels des personnes handicapées psychiques. 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, précise la circulaire⁹, les groupes d'entraide mutuelle peuvent contribuer à assurer

⁸ Composition du conseil de surveillance des établissements de santé : le titre I, chap.2, art.5 du projet de loi « patients, santé, territoires » fixe le nombre de ces représentants à 2 représentants au plus.

⁹ 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.

un meilleur accompagnement des personnes en souffrance psychique. Trois ans après leur mise en œuvre, une évaluation qualitative de ces pratiques devraient être réalisée.

La commission demande que cette politique soit maintenue et développée pour donner toute la place aux associations comme acteur à part entière de l'organisation du système de santé mentale et de la psychiatrie. C'est à cette condition que les associations nationales des usagers en santé mentale et de leur famille pourront se structurer sur tout le territoire et répondre ainsi à la demande des pouvoirs publics.

Recommandation n°2 : Après une évaluation nationale de l'activité et du fonctionnement des Groupes d'entraide mutuelle (GEM), poursuivre et accélérer leur développement

2.2.2. La création à l'intérieur des établissements d'un « Bureau des usagers »

Rendre les associations d'usagers acteur du système de santé passe par une définition claire de leurs missions au sein des lieux de soins, par l'organisation de leur présence au sein de l'hôpital et par les conditions de leur fonctionnement.

Il s'agit de ménager un espace permettant par exemple, la rencontre et la discussion avec les usagers de l'établissement, l'information sur un problème de santé, la participation à l'éducation thérapeutique et à l'éducation à la santé des malades, l'information des droits des malades hospitalisés avec une dimension particulière en psychiatrie qui est celle de l'hospitalisation sans consentement (information des familles et de l'entourage du malade, accès au dossier médical, modalités d'hospitalisation, droits sociaux...).

Cet espace doit permettre l'expression du malade. Il peut également être un lieu où l'équipe de soins peut échanger avec ce collectif d'usagers.

Ni lieu de soins, ni lieu administratif, il doit être le lieu des usagers, clairement identifié au sein de la structure hospitalière et intégré en tant que tel dans le projet d'établissement.

Recommandation n°3 : Retenir le principe de la création de « bureau des usagers » au sein des établissements de santé. Cette création doit se dérouler dans le cadre d'une expérimentation dans le temps et dans l'espace. Elle devra être évaluée.

3. L'EVALUATION : UNE CULTURE ET DES PRATIQUES A GENERALISER

L'évaluation des activités, des structures et des pratiques professionnelles, admise dans son principe, nécessite une attention particulière quant à sa réalisation. Plusieurs exemples ont montré aux membres de la commission que ce temps d'analyse était peu, voire mal, réalisé quelque soit l'objet de cette évaluation.

Un effort important doit être prodigué pour qu'aucune des activités liées à la santé mentale ne puisse être pérennisée sans qu'au préalable une évaluation n'ait été menée. Tous les acteurs du système de santé mentale doivent s'y engager. Des formations à la méthode évaluative doivent être proposées et aider à la réalisation de cet objectif. De nouveaux programmes de recherche en épidémiologie évaluative doivent être lancés et soutenus.

Au niveau national par le biais de la Haute autorité en santé comme au niveau territorial par celui des futures agences régionales de santé (A.R.S.), l'organisation technique de la mise en œuvre de ces dispositifs existent.

Comme l'a rappelé la HAS,¹⁰ la certification des établissements implique l'entité fonctionnelle dans son ensemble et non une certification de services. Pour autant, le contexte

¹⁰ Contribution de la direction de la HAS aux travaux de la commission en date du 1^{er} décembre 2008

institutionnel de la psychiatrie doit être pris en compte, en intégrant notamment les structures extra – hospitalières ou les structures accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement dans le champ de la certification. De même les démarches « qualité » et les procédures mises en œuvre dans les établissements pour une meilleure gestion des risques doivent être encouragées et soutenues.

Par ailleurs, le déploiement de l'évaluation des pratiques professionnelles initiées par la HAS, passe par la structuration de collèges de bonnes pratiques, « structures fédératives de spécialités ». Cette démarche générale « correspond au regroupement des différents modes d'exercice – public et privé – et des sous spécialités d'une même discipline, en vue de l'organisation des pratiques professionnelles ». Pour la psychiatrie, la démarche est suspendue à la recherche d'un consensus par les psychiatres pour homogénéiser leur représentation au sein de ses instances... Cette démarche devrait être reprise et accélérée afin qu'une solution soit rapidement trouvée.

Recommandation n°4 : Encourager la Haute Autorité en Santé à accélérer sa démarche de certification des structures extra hospitalières et de l'évaluation des pratiques professionnelles, pour garantir la bonne qualité des prises en charge et la pérennité d'un système rénové.

Deuxième partie : Une organisation territoriale de la psychiatrie et de la santé mentale centrée sur la continuité des prises en charge

Partant du parcours des patients et des difficultés rencontrées par leur famille et leur entourage dans les arcanes complexes du système actuel, les réflexions de la commission ont porté sur deux questions : l'organisation de la continuité des prises en charge et ses conséquences sur l'organisation territoriale et institutionnelle

1. L'ORGANISATION DE LA CONTINUITÉ ET DU SUIVI DES PRISES EN CHARGE : UNE ABSOLUE NECESSITE

Il s'agit de permettre, pour les patients, leur famille et leur entourage une bonne identification des structures de prise en charge et de suivi. Il s'agit également de bien identifier la responsabilité de cette prise en charge pour que soit garantie l'intervention de professionnels compétents, au moment adéquat.

On a pu se rendre compte à l'occasion d'événements dramatiques récents que l'aggravation de l'état pathologique est à la fois cause et effet d'un affaiblissement ou d'une perte du contact entre le patient et le dispositif de soins. La perte de contact a généralement pour effet des problèmes d'observance médicamenteuse et conduit souvent à une décompensation rendant nécessaire une nouvelle hospitalisation. La perte de contact est toujours source de grandes difficultés pour les familles ou l'entourage qui sont le plus souvent des partenaires actifs de la prise en charge.

L'affaiblissement ou la perte du lien thérapeutique a souvent pour origine une perte de repères, des problèmes d'isolement social, des difficultés matérielles, en particulier de logement. La prise en charge des patients psychiatriques ne peut donc se concevoir sans une dimension d'organisation de la vie quotidienne des malades.

Il est nécessaire, pour les patients, leur famille et leur entourage que soient bien identifiées les structures de prise en charge et de suivi et au sein de ces structures, les interlocuteurs auxquels ils doivent s'adresser en cas de besoin.

La continuité des prises en charge passe par la capacité de la psychiatrie à garder le contact avec les patients. Deux dispositifs peuvent y contribuer : la désignation d'un responsable du suivi individuel de chaque patient, chargé de faire des points réguliers sur la situation du patient (état de santé, situation sociale) et le développement d'une pratique de la visite à domicile.

Plusieurs des personnalités auditionnées par la commission ont insisté sur la nécessité de clarifier le rôle des différents professionnels de santé, des différentes structures sanitaires et sur une bonne coordination des différents acteurs des soins et de la réinsertion sociale. Elles ont insisté sur le rôle clé des médecins généralistes qu'il est nécessaire de conforter.

Par ailleurs, a été longuement débattue la question du bon niveau d'organisation de la continuité des prises en charge. Un lien de proximité avec les patients et avec leur entourage est nécessaire à l'efficacité des soins, mais aussi à la gestion des dispositifs – logement, travail, vie sociale – nécessaire à l'organisation de la vie quotidienne des patients.

La coordination des soins et, plus globalement, des prises en charge se heurte à des réflexes professionnels et institutionnels bien ancrés. Les dispositifs de coordination sont loin d'exister sur l'ensemble du territoire et reposent sur des initiatives très intéressantes, mais dont le ressort est l'implication individuelle des personnes qui les ont initiés et qui les portent. Il est indispensable de trouver les leviers et les outils nécessaires à généralisation de ces dispositifs qui doivent devenir partie intégrante de l'organisation des soins en psychiatrie.

En outre, la prise en compte de la dimension somatique de l'état de santé des patients en psychiatrie est un aspect dont il faut souligner l'importance. Cette prise en charge ne doit pas être négligée, elle conditionne la qualité de la prise en charge globale. La psychiatrie a tendance à ne s'intéresser qu'aux manifestations psychiques de la maladie mentale et à écarter la dimension somatique, alors même que ces patients souffrent le plus souvent de troubles physiques, parfois graves, en lien ou non avec la maladie mentale. La pratique du bilan somatique à l'admission aux urgences ou en hospitalisation devrait être systématisée ; de manière plus continue, un suivi somatique des patients devrait être pratiqué, tant en hospitalisation qu'en dehors de l'hôpital, par des omnipraticiens ayant la maîtrise des spécificités du soin aux malades mentaux qui implique un mode relationnel particulier.

Pour ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, l'hospitalisation a connu une réduction des durées de séjour, l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation correspond à une augmentation concomitante du nombre de mineurs dont le parcours thérapeutique comprend une hospitalisation. L'hospitalisation à domicile est très peu développée. La prise en charge ambulatoire au sein des CMP suppose des liens étroits et fréquents avec les crèches, l'école, le collège, le lycée, les centres aérés, les travailleurs sociaux et judiciaires et les médecins exerçant dans ces structures.

La Défenseure des enfants estime à environ 15% des 11-18 ans soit à 900 000, le nombre des adolescents en grande souffrance. La Défenseure fait un constat négatif de la prise en charge de ces adolescents : manque d'information des jeunes et des parents, insuffisante formation des professionnels, insuffisance du travail en réseau, institutions médicales, psychiatriques et sociales débordées ou inadaptées.

Pour les personnes âgées, les médecins, au premier chef les médecins traitants, mais aussi les médecins coordonnateurs des établissements, sont confrontés à une difficulté du diagnostic, en particulier du fait de la présence de problèmes psychiatriques. Si des progrès importants ont été faits au cours de la dernière décennie pour le diagnostic des démences (consultations et centres mémoire), des progrès de même importance restent à faire pour diagnostiquer et prendre convenablement en charge l'ensemble des pathologies psychiatriques des personnes âgées. Ces progrès passent par plusieurs voies : la reconnaissance de la géronto-psychiatrie comme une spécialité de la psychiatrie, la formation de personnels médicaux et non médicaux qualifiés. Une meilleure connaissance des pathologies psychiatriques des sujets âgés, la création d'unités de soins aigus en psychiatrie de l'âgé, une bonne coordination entre généralistes, gériatres et psychiatres, spécifiquement organisée au sein de structures de proximité adaptées. Le lien entre établissements pour personnes âgées et services psychiatriques doit également être renforcé, notamment à travers la création d'équipes mobiles de géronto-psychiatrie.

2. PRINCIPES D'ORGANISATION TERRITORIALE ET INSTITUTIONNELLE

2.1. *Une organisation graduée*

Les nombreuses auditions d'association de professionnels, d'experts ont conduit la commission à distinguer trois niveaux d'organisation :

- un niveau de proximité, au sein duquel s'organise et se met en œuvre l'ensemble de la prise en charge ambulatoire dans sa dimension de soins psychiatrique et somatique, mais aussi dans sa dimension sociale, voire éducative pour les enfants. A ce niveau, les médecins généralistes, les psychiatres libéraux, et les centres médico-psychologiques, les structures sectorisées alternatives à l'hospitalisation, toutes les structures extra hospitalières qu'il conviendra de développer, certaines institutions médico-sociales mais aussi les institutions sociales, les collectivités locales et l'éducation nationale jouent un rôle essentiel. Ces différents acteurs doivent pouvoir fonctionner de manière coordonnée au sein d'un réseau structuré ;
- un second niveau au sein duquel sont organisées, avec l'ensemble des établissements publics et privés susceptibles d'être concernés, les urgences psychiatriques et les différentes modalités d'hospitalisation complète ou de l'hospitalisation à domicile ;
- un niveau de recours, pour l'organisation des formations, de la recherche et de structures très spécialisées.

Le secteur rénové s'inscrit naturellement dans cette organisation, il voit ses missions précisées. Au premier niveau, avec les autres acteurs, il met en œuvre les actions de santé mentale et notamment prise en charge, orientation, prévention, suivi, réinsertion. Au deuxième niveau, il assure l'hospitalisation, en tant que de besoin. Au sein de chacun de ces trois niveaux doivent être précisés, en fonction des contextes, le rôle des professionnels libéraux et la place respective de l'hospitalisation publique et de l'hospitalisation privée. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire et en leur sein les projets territoriaux de santé mentale le préciseront.

2.1.1. **Les missions d'un secteur rénové**

La proximité et la globalité des prises en charge sont les éléments essentiels qui ont présidé à la création du secteur psychiatrique. Le secteur a été conçu comme le dépositaire de l'ensemble des missions et fonctions nécessaires à la mise en œuvre d'une politique de santé mentale et à la prise en charge de la maladie mentale.

Force est de constater que, même si certains secteurs se sont attachés à conduire une action englobant tout ou partie des missions qui leur étaient imparties, il était très ambitieux de confier à une structure intégrée à un établissement de santé, dont le savoir faire est centré sur le soin, la responsabilité globale de réponses qui relèvent des compétences de différentes collectivités, de plusieurs types d'institutions et supposent la maîtrise de technicités diverses,

En effet, on constate aujourd'hui une très grande diversité dans le fonctionnement des secteurs quant à leur organisation, leurs structures, leurs moyens et les modalités de prise en charge qu'ils proposent, leur implication dans la prévention ou la réinsertion ; il en résulte un brouillage de la notion même de sectorisation psychiatrique.

Pour repenser le rôle du secteur il est possible de se référer au texte du projet de loi HPST définissant les missions des établissements de santé. Ce texte a un caractère général et il pourrait être applicable aux activités psychiatriques des établissements de santé. Ce texte qui, s'il est adopté par le Parlement, et codifié à l'article L6111-1 du code de la santé publique, serait le suivant :

- «Les établissements de santé, publics et privés, assurent, dans les conditions prévues par le présent code, les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient
- « Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile.
- « Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé.
- « Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.
- «Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale. »

A défaut d'un texte spécifique relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, ce texte doit pouvoir s'appliquer à une conception rénovée du secteur. Il apparaît cependant nécessaire de préciser les deux grandes missions du secteur rénové :

- une mission de repérage précoce, de prévention, de prise en charge, de suivi et de réinsertion des patients et d'accompagnement des familles dans le cadre d'une action extra hospitalière en partenariat avec tous les autres acteurs des secteurs sociaux et médico-sociaux,
- une mission de soins en hospitalisation.

Le secteur est ainsi un acteur important de la prise en charge des patients et du soin, mais au premier niveau de proximité il agit au côté d'autres acteurs. Le rôle des médecins généralistes et des psychiatres libéraux doit être clairement reconnu et défini, ainsi que celui des structures psychiatriques non sectorisées. Le secteur est en outre un acteur qui « contribue » à la coordination des soins et à la mise en œuvre de la politique de santé publique.

Recommandation n°5 : Définir réglementairement une organisation graduée des soins psychiatrique et de la santé mentale

Redéfinir, en conséquence, les missions du secteur au niveau de proximité extra hospitalier comme acteur déterminant, mais non exclusif, du soin psychiatrique, Il participe avec les autres acteurs concernés à la mise en œuvre coordonnée de la politique de santé mentale.

2.1.2. Un premier niveau de proximité structuré par la création de groupements locaux de coopération pour la santé mentale (GLC)

Les groupements locaux de coordination pour la santé mentale, dotés de la personnalité juridique sous la forme d'une catégorie particulière de groupement d'intérêt public de création législative, auront pour vocation de regrouper l'ensemble des opérateurs qui, à un titre ou à un autre - soins, mais aussi prévention, accompagnement médico-social, opérateurs sociaux dans différents domaines (logement, emploi, réinsertion) - doivent intervenir dans la chaîne des prises en charge.

Ils associeront les « opérateurs » qui, à un niveau de proximité, ont, à un titre ou à un autre, un rôle à jouer dans la mise en œuvre d'une politique de santé mentale : les établissements auxquels les secteurs sont rattachés, les établissements privés assurant des missions de service public, les institutions médico-sociales, CCAS, les collectivités locales, les professionnels libéraux, médecins généralistes et spécialistes et les autres acteurs du secteur social concernés : organismes de logement social, associations de réinsertion, association d'usagers et de familles de malades....

Les GLC auront la responsabilité de la mise en œuvre d'une politique locale de santé mentale, dans ses différents aspects : prévention, repérage et diagnostic précoce, soins psychiatriques et somatiques ambulatoires, réinsertion et suivi sanitaire et social, logement ou hébergement transitoire, et de réhabilitation psychosociale. Le groupement local de coopération pour la santé mentale sera, à ce titre, en charge de l'organisation de l'ensemble des modalités de

prise en charge relevant du 1^{er} niveau, c'est-à-dire les soins ambulatoire stricto sensu, mais aussi les prises en charge dans les structures alternatives à l'hospitalisation. Il aura la charge, en amont des urgences hospitalières, d'assurer une permanence 24h/24 afin de répondre sans délai aux professionnels, aux patients et à leurs proches. Il structurera les liens nécessaires avec la médecine scolaire et la médecine du travail.

Le GLC s'assurera dans son organisation interne que chaque équipe prenant en charge des patients désigne un interlocuteur référent pour chaque malade, sa famille ou ses proches.

Le niveau local sera défini, sur la base du territoire du secteur psychiatrique actuel (psychiatrie adulte et infanto-juvénile). Pour les agglomérations importantes, la nécessité d'une action coordonnée au niveau de l'agglomération pourra conduire à définir, au cas par cas, une taille plus importante. Le découpage de l'aire d'intervention des GLC sera de la compétence de l'ARS.

Les GLC ne disposeront pas de lits d'hospitalisation ; en cas de nécessité, ils auront recours aux établissements en charge des soins de 2^e niveau et, en particulier, pour les urgences hospitalières et les soins en hospitalisation complète. Ces établissements, par ailleurs membres des GLC garantiront l'accueil des patients adressés par le GLC. En pratique il s'agira souvent des mêmes équipes (équipe du secteur ou de l'inter secteur) ou d'interlocuteurs habituels identifiés (professionnels libéraux).

Les objectifs et les moyens des GLC seront définis dans un contrat signé avec l'ARS et avec les collectivités décentralisées concernées : département, communes et, le cas échéant, intercommunalités. Ces contrats prévoiront non seulement les moyens propres de fonctionnement des GLC, mais aussi l'ensemble des moyens humains et financiers pour l'action sur le territoire dont chaque GLC aura la responsabilité.

Les GLC disposeront en propre des moyens nécessaires à la coordination des prises en charge.

Les modalités du fonctionnement institutionnel des groupements locaux de coopération pour la santé mentale pourront être définies après concertation avec les acteurs concernés sur les bases suivantes : un directeur responsable, coordonnateur du réseau, nommé par l'ARS parmi les cadres administratifs médicaux, paramédicaux ou sociaux des institutions, ou les professionnels libéraux, membres du GLC et un conseil local pour la santé mentale, organe délibérant du GLC, dont le président pourrait être élu parmi les représentants des membres du groupement.

Dans le cadre d'une répartition équilibrée des participations financières provenant des différents acteurs associés au sein du GLC, les secteurs psychiatriques des établissements publics verront leurs moyens extra hospitaliers figurer au sein du GLC dont ils seront membres tandis que les moyens intra hospitaliers demeureront dans ces établissements (un objectif général de répartition à égalité des moyens intra et extrahospitalier pourrait être fixé réglementairement). Les activités sociales et médico-sociales seront financées par les acteurs de ce champ et les collectivités territoriales. Le rôle et les modalités de la participation des collectivités décentralisées à la définition et à la mise en œuvre de la politique locale de santé mentale devraient être définies par un texte législatif.

Il en sera de même pour les activités assurées par les structures privées.

La convention constitutive du GLC prévoira les modalités de répartition de ces moyens.

Recommandation n°6 : Mettre en place sous la responsabilité des Agences régionales de santé (A.R.S.) des groupements locaux de coordination pour la santé mentale et créer au sein des GLC un conseil local pour la santé mentale

2.1.3. La création de conseils locaux pour la santé mentale

Les conseils locaux de santé mentale seront composés de représentant des collectivités, adhérentes au GLC - au premier chef les communes et les intercommunalités - des patients et de leurs familles, des professionnels de la psychiatrie (publique et privée), du social et du médico-social **et** plus généralement de représentants des membres du groupement local de coopération pour la santé mentale.

Le conseil local pour la santé mentale aura notamment les compétences suivantes :

- la définition, dans le cadre du volet santé mentale du projet de santé de territoire, des objectifs et des moyens du projet local de santé mentale, dont la mise en œuvre sera de la responsabilité des GLC ;
- le contrôle de la mise en œuvre de ce projet par le directeur du GLC ;
- Le vote du budget du GLC et le contrôle de son exécution.

2.2. *Le niveau 2 des soins psychiatrique organisé à l'échelle du territoire de santé*

De nombreuses personnalités auditionnées par la commission ont plaidé pour que l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale ne reste pas à l'écart des réformes institutionnelles définies par le projet de loi HPST. Ce point de vue est argumenté par la nécessité de poursuivre le mouvement de rapprochement entre structures hospitalières psychiatriques et somatiques.

Ce point de vue doit être pondéré par le caractère impératif de la coordination des activités de soins en psychiatrie avec l'ensemble des institutions qui doivent contribuer à la mise en œuvre d'une politique de santé mentale, ce qui justifie la création des GLC et des conseil locaux pour la santé mentale.

Le niveau du territoire de santé correspond au 2^{ème} niveau des prises en charges en psychiatrie au sein duquel doivent s'organiser les urgences hospitalières en psychiatrie, l'hospitalisation complète ou l'hospitalisation à domicile et les actions intersectorielles, quels que soient les établissements concernés : CHS, CH, CHU ou cliniques.

Les modalités d'organisation de ces prises en charge doivent s'établir en lien avec l'organisation des soins somatiques, dans le cadre du projet de santé de territoire, dont la psychiatrie constitue l'un des volets. La mise en œuvre et la coordination des actions, notamment des actions intersectorielles est assurée avec les responsables de structures de santé mentale et selon des modalités définies par l'ARS, de telle manière que les activités de psychiatrie et de santé mentale soient bien identifiées.

Les établissements de santé, publics ou privés ayant des missions de service public garantiront par un engagement contractuel avec les GLC l'accueil des patients nécessitant une hospitalisation. (Ils contribueront à l'orientation et à l'accueil des urgences (présence au centre 15, présence dans les services d'accueil des urgences, équipes mobiles).

2.3. *L'importance des soins de réhabilitation psychosociale et de l'éducation thérapeutique*

Une approche pertinente de la prise en compte des aspects sociaux de la prise en charge et de l'accompagnement des patients est celle de la réhabilitation psychosociale. Il s'agit d'un élément du soin, qui fait suite à la phase de prise en charge aiguë et peut être considéré comme le pendant, pour la maladie mentale, de la médecine de réadaptation pour les affections à caractère somatique.

Ce temps serait consacré, en association avec le malade qui doit y participer activement, à la gestion des différents aspects de sa vie compte tenu de sa maladie. Cette réhabilitation sociale relève aussi du champ de l'éducation thérapeutique du patient et des actions d'accompagnements du patient. Cela comporte différents aspects et notamment la prise en charge de la maladie et l'organisation de la vie quotidienne et sociale du patient : recherche de solutions de logement et, dans toute la mesure du possible, réadaptation au travail ou à une activité. Ce temps est nécessaire pour que le patient intègre les changements qui vont s'opérer dans sa vie et pour qu'il soit mis en situation d'être non pas un sujet passif d'une prise en charge mais un acteur, de celle-ci, tout en étant accompagné sur le plan médical et sur le plan social.

Recommandation n°7 : Développer les structures de soins de réhabilitation psycho sociale et d'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie

3. ENGAGER LE PROCESSUS D'UNE MEILLEURE REPARTITION GEOGRAPHIQUE DES MOYENS

La très importante disparité géographique dans la répartition des moyens consacrés à la psychiatrie a déjà été soulignée. Les écarts ont deux principaux aspects :

- les écarts de dotations entre établissements rapportées à la population couverte
- le manque d'attractivité de certaines parties du territoire dans lesquelles les postes offerts aux professionnels sont difficiles à pourvoir.

Les dispositifs de péréquation visant à rééquilibrer les dotations en considération des besoins (équipements rapportés à la population, situations sociales difficiles) n'ont d'effets que très lentement (l'échec de la péréquation dans le champ des soins somatiques, avec les écarts de valeur du point ISA est exemplaire). Ils n'en sont pas moins nécessaires et pourraient être la règle pour les décisions d'attribution de moyens nouveaux à la psychiatrie et à la santé mentale. Ils devront s'articuler avec un dispositif de valorisation de l'activité, dont la mise en place doit être accélérée et doit être une priorité clairement affirmée. Le nouveau dispositif devra tenir compte de la complexité des diagnostics, des situations de précarité d'une proportion importante des malades et de la complexité de la phase d'évaluation de l'état du patient, et de l'organisation du parcours du patient dans ses aspects médicaux mais aussi sociaux.

Pour les professionnels, l'attractivité, n'est pas seulement de caractère héliotropique, elle est en lien étroit avec l'intérêt de la pratique professionnelle et les conditions de travail. Il serait d'un grand intérêt de favoriser les expérimentations de fonctionnements innovants d'équipes psychiatriques visant, en particulier à intégrer de jeunes professionnels. La méthodologie des expérimentations doit être très rigoureuse ; les modalités de fonctionnement des équipes doivent pouvoir être définies sans référence aux réglementations professionnelles en vigueur. Une importante publicité doit être donnée aux évaluations de ces expérimentations. Une part des moyens budgétaires nouveaux pour les soins en psychiatrie pourrait être consacrés aux expérimentations et affectés sous double condition de validation du protocole d'expérimentation par l'ARH-ARS et d'un déficit d'attractivité du territoire concerné.

Ces expériences de fonctionnement d'équipes médicales en psychiatrie devraient être fondées sur l'amélioration des soins médicaux en psychiatrie : protocolisation des traitements, audits cliniques, inclusion dans des programmes de recherche, suivi longitudinal de cohortes de patients, L'expérimentation devrait dépasser la seule pratique médicale et faire une place importante à la pratique d'équipe en formalisant dans les protocoles le rôle respectif du médecin, du psychologue et des soignants (infirmiers et AMP). La dimension « management » des équipes devrait également être un des éléments clés de ces expérimentations.

Recommandation n°8 : Favoriser et encourager l'expérimentation du fonctionnement novateur d'équipes visant à compenser un défaut d'attractivité

4. UNE MISE EN ŒUVRE RAPIDE DE LA VALORISATION DES ACTIVITES EN PSYCHIATRIE (VAP)

Il est également nécessaire, pour faire évoluer la problématique de l'adéquation des moyens aux besoins et à l'activité, de s'engager résolument dans la mise en œuvre de la VAP. Si elle a été longtemps contestée dans son principe, si les professionnels sont légitimement très attentifs à son modèle de construction et à son impact sur les ressources de la psychiatrie, il y a désormais un assez large consensus pour qu'elle soit mise en place.

Les outils techniques – remontée des données du RIM-P, retraitements comptables – sont dans un état d'avancement suffisant pour envisager la mise en œuvre de la VAP. En 2008, environ 80% de l'activité de l'activité en psychiatrie devrait remonter à l'ATIH ; le taux n'était que de 65% en 2007.

La mise en œuvre de la VAP doit désormais être une priorité ministérielle et l'ensemble du dispositif nécessaire doit être rapidement défini et mis en place, tant au sein de la mission T2A de la DHOS qu'au sein de l'ATIH : comité de pilotage, modalités de concertation, moyens humains et techniques.

Le calendrier doit prendre en compte l'objectif d'une mise en œuvre dès 2010-2011 et des expérimentations doivent être lancées sans délai. Ces expérimentations devront porter sur des modèles alternatifs – séjours ou journées pour l'hospitalisation complète, forfaits ou MIG pour les activités non directement liées aux soins). Les expérimentations devront être évaluées au regard de la capacité de la VAP à contribuer à une meilleure répartition des moyens.

Dans l'attente de la réforme du système de financement, les financements actuels des activités de psychiatrie et de santé mentale devront être garantis. Les ARS suivront pour chaque établissement concerné : centres hospitaliers universitaires, généraux ou spécialisés, établissements privés, les dotations budgétaires affectées à ces activités (hors tarification à l'activité) et leur évolution dans le temps.

Recommandation n°9 : Accélérer la mise en place de la VAP en vue d'une généralisation pour 2010-2011, et dans l'attente assurer une bonne traçabilité des financements des activités de psychiatrie

5. EN MILIEU CARCERAL, UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE TRES HETEROGENE NECESSITANT UNE MEILLEURE COORDINATION DES STRUCTURES ET DES ADMINISTRATIONS SANITAIRES ET PENITENTIAIRES

Les personnes présentant des troubles psychiques sont fortement surreprésentées dans les établissements pénitentiaires¹¹ :

- ❖ 3,8% des détenus souffrent d'une schizophrénie nécessitant un traitement ;
- ❖ 17,9% présentent un état dépressif majeur soit dans l'un et l'autre cas, quatre fois plus que dans la population générale ;
- ❖ 1 détenu sur 6 a été hospitalisé pour raisons psychiatriques préalablement à son incarcération.
- ❖ A la maison centrale de Poissy 233 détenus, le chiffre d'activité des personnes suivies est équivalent à celui d'un CMP couvrant une population de 20 000 personnes.

Concernant les soins ambulatoires et à temps partiel, les textes définissent deux niveaux de soins psychiatriques :

¹¹ Eude conduite par F. Rouillon et B. Falissard

- Les soins courants sont réalisés par les secteurs de psychiatrie générale. Les équipes de secteurs interviennent dans les locaux des UCSA pour les consultations. Peu ou pas d'activités thérapeutiques adaptées aux patients psychiatriques sont organisées à ce niveau ;
- Les soins intensifs qui relèvent des SMPR qui sont des lieux d'accueil pour les soins librement consentis, en ambulatoire à temps partiel, mais aussi en hospitalisation pour les personnes détenues de l'ensemble des établissements pénitentiaires de leur secteur.

L'hospitalisation peut-être réalisée dans un SMPR en cas de consentement aux soins. En l'absence de consentement aux soins, les détenus sont hospitalisés en hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité à recevoir des malades mentaux hospitalisés sans consentement, conformément aux dispositions de l'article D 398 du CPP.

Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) :

Il s'agit de nouvelles structures à caractère sanitaire, installées sur un site hospitalier, mais dont la sécurisation est assurée par l'administration pénitentiaire. A terme 17 sont prévues, 9 sont en cours de réalisation ; la première devrait ouvrir en janvier 2010 à Lyon. Elles permettront l'accueil des hospitalisations avec et sans consentement.

Les moyens humains pour les prises en charge en milieu pénitentiaire sont très inégaux. Dans les SMPR, les effectifs de psychiatre rapportés au nombre des détenus varient de 1 à 5,5. Le même constat peut être fait pour les UCSA.

Les modes de fonctionnement des structures psychiatriques en milieu carcéral sont très hétérogènes, qu'il s'agisse des SMPR mais aussi des UCSA. L'implantation des SMPR n'est pas toujours adéquate : 80% sont implantés dans des maisons d'arrêt et 80% des patients pris en charge sont incarcérés dans cet établissement. Certains SMPR sont implantés dans des établissements de petite taille.

Les partenariats entre les équipes soignantes et l'administration pénitentiaire sont indispensables mais souvent difficiles. En outre, la coordination entre les personnels des UCSA et ceux des équipes psychiatriques doit être améliorée.

Recommandation n°10 :

- ❖ **Renforcer la coordination entre le ministère de la santé et le ministère de la justice par la signature par les deux ministres d'une lettre confiant à une personnalité qualifiée une mission de coordination ; cette lettre devrait clairement préciser les objectifs et le calendrier de l'action devant être conduite par le chargé de mission et les modalités selon lesquelles il devrait rendre compte de son action. Ce dernier pourrait être chargé d'élaborer un cahier des charges national précisant le rôle des différents intervenants, les missions et les modes de prise en charge ; déclinaison régionale dans les SROS (ou schémas de santé) en fonction du contexte pénitentiaire et psychiatrique**
- ❖ **Accélérer la mise en œuvre du programme de création d'UHSA et l'adapter à l'évolution de la population pénale ;**
- ❖ **Organiser pour les UMD, et pour les SMPR un fonctionnement en réseau national chargé de concevoir des formations pour les professionnels, d'élaborer des bonnes pratiques et des critères d'évaluation, de promouvoir des programmes de recherche, d'harmoniser les modes de fonctionnement et mieux prévenir la violence.**

Troisième partie : Créer les conditions de la réussite

Il apparaît nécessaire à la commission, en préambule de cette partie d'attirer l'attention sur la question du logement. Toute action visant à améliorer l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale sera vaine ou à tout le moins décevante si cette question essentielle ne trouve pas une solution satisfaisante. On ne peut pas penser que les actions de réhabilitation, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement des malades, ou de suivi personnalisé peuvent avoir une quelconque efficacité si ces patients ne disposent pas d'un logement adapté à leur situation économique et à leur état de santé. L'évaluation des besoins devrait être faite précisément, l'UNAFAM estime que le besoin est de l'ordre de 50 000 logements qu'il s'agisse de logements ordinaires pour les patients stabilisés ou de nouvelles formules de logement ou d'hébergement ou de résidence dans la cité pour les patients ayant un besoin d'un suivi plus continu. Le logement ou l'hébergement des patients en cours de réinsertion sociale est un aspect essentiel qui conditionne le succès de cette réinsertion, le rôle des collectivités locales au sein des GLC est, à cet égard, très important.

Un autre facteur de réussite se trouve dans le rééquilibrage des moyens consacrés, d'une part, à l'hospitalisation traditionnelle, d'autre part, aux structures extrahospitalières. La parité dans le partage des moyens pourrait être un objectif fixé par le SROS, comme c'est déjà le cas dans certains schémas régionaux d'organisation sanitaire.

1. COMPETENCES PROFESSIONNELLES ET FORMATIONS

1.1. La démographie des professionnels de psychiatrie et santé mentale

La situation démographique des catégories professionnelles intervenant dans la chaîne des soins diffère selon les métiers concernés. Elle est délicate pour les médecins psychiatres et les infirmières mais, par exemple, ne pose pas de problème quantitatif pour les psychologues.

La situation doit par ailleurs être appréciée différemment selon le mode d'observation : au plan global ou sous l'angle de la répartition géographique, selon l'état des lieux ou en vision prospective.

1.1.1. Les médecins psychiatres

L'état des lieux dressé en 2007 indique une densité de 22/100 000 habitants (dans la moyenne des pays de l'OCDE) avec un âge moyen de 51,6 ans (pour 48,2 en 2000) et 22% de psychiatres de 60 ans et plus. La répartition sur le territoire est fortement déséquilibrée avec 80% des praticiens exerçant dans des villes de plus de 50 000 habitants et une forte inégalité entre les régions. Enfin de nombreux postes vacants dans les établissements publics de santé (PH temps plein 25 % ; PH temps partiel 40 %) confirment les difficultés quantitatives démographiques de la profession.

Cette situation risque de s'aggraver à moyen terme compte tenu des perspectives de diminution du nombre de psychiatres d'ici à 2025 (- 36 %).

Les membres de la commission partagent le constat suivant :

- ❖ La répartition très inégale des psychiatres entre les régions génère de fortes inadéquations entre les moyens disponibles et les besoins à couvrir. Ces inadéquations sont encore aggravées par une répartition très inégale entre les modes d'exercice, et le déséquilibre constaté entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral au profit de ce dernier.
- ❖ Une pénurie de psychiatres à moyen-long terme.

La commission a unanimement considéré qu'il était nécessaire d'organiser une offre en psychiatrie mieux répartie sur le territoire et basée sur une référence populationnelle, la suppression des « zones blanches » dépourvues de médecins psychiatres devant être un objectif prioritaire.

L'atteinte de cet objectif relève de la responsabilité des futures Agences Régionales de Santé qui devraient disposer d'indicateurs et d'objectifs chiffrés.

Si l'on peut souhaiter une meilleure répartition des médecins psychiatres, celle-ci ne doit pas peser exclusivement sur les jeunes générations et ne doit pas reposer sur la mise en œuvre de moyens coercitifs.

Les zones à renforcer, une fois identifiées, pourraient faire l'objet de mesures incitatives à l'installation (financières et/ou fiscales) et d'un accompagnement des futurs professionnels par exemple avec une plate forme régionale d'information ou l'instauration de liens professionnels privilégiés au sein des groupements locaux de coopération pour la santé mentale.

Recommandation n°11 : Il est préconisé que soit réalisée une évaluation des besoins par bassin de population et que soient intensifiées les mesures incitatives à l'installation dans les zones déficitaires.

1.1.2. Le contrat santé /solidarité

La mise en place des GLC devrait favoriser le développement d'un contrat santé/solidarité.

- ❖ L'adhésion et l'engagement du praticien généraliste ou spécialiste dans le groupement local de coopération pour la santé mentale lui permettrait de disposer d'une garantie de l'organisation d'une prise en charge coordonnée de ses patients nécessitant une hospitalisation ou une prise en charge dans des structures médico-sociales et un suivi pour sa réinsertion sociale, ainsi que d'autres services concernant la formation continue, la participation à des staffs communs, les conditions de partage des permanences de soins etc.....
- ❖ Pour les services hospitaliers, la formule de l'assistantat, (forme de post-internat) pourrait être encouragée dans tous les établissements gérant des secteurs y compris pour les services de psychiatrie des CHU à la condition qu'ils soient sectorisés et qu'ils participent activement aux groupements locaux de coopération pour la santé mentale, cette mesure devrait s'accompagner d'une augmentation du nombre de CCA.

Au-delà du renforcement des mesures incitatives existantes et dont certaines sont rappelées ci-dessus, il est nécessaire d'organiser une bonne répartition des tâches entre les différents professionnels en structurant les coopérations entre professionnels, en favorisant les approches pluridisciplinaires et en spécifiant un peu mieux les responsabilités de chacun aux différents niveaux de l'organisation.

1.1.3. Les infirmiers

La commission fait le constat d'une pénurie de soignants spécialisés en psychiatrie avec une perspective d'accentuation compte tenu de la pyramide des âges des infirmiers psychiatriques, corps en extinction depuis 1992. Les postes en service de psychiatrie sont pourvus par des titulaires du diplôme d'état d'infirmier. Ces professionnels issus d'une formation générale dans laquelle

l'enseignement de la discipline psychiatrie est souvent minimal connaissent des difficultés d'adaptation à la spécificité de la prise en charge des patients psychiatriques, de plus il est très difficile de leur confier, des missions de première évaluation et d'orientation. Ce problème qualitatif va être majoré d'une difficulté quantitative aigüe compte tenu des mouvements démographiques prévisionnels des cinq prochaines années pour les infirmiers diplômés d'état (40 % de départs).

1.2. Le rôle des patients de leur famille ou de leur entourage dans le soin

Ce rôle peut être très important s'il est reconnu et accompagné. Au-delà des GEM qu'il convient d'évaluer et de développer, des expériences sont actuellement réalisées de manière ponctuelle. C'est le cas par exemple de l'expérience dite des « pairs aidants », c'est aussi la transposition éventuelle à titre expérimental d'un modèle danois de « patients-soignants ».

Ces formules innovantes de participation des patients, ou de leurs proches aux soins et à la réinsertion devraient être recensées, et évaluées.

Afin de mieux accompagner les patients et leurs proches dans cette démarche et de garantir un meilleur suivi de tous les types de prise en charge, médicale, psychologique ou sociale il est nécessaire de désigner pour chaque patient un membre de l'équipe pluridisciplinaire interlocuteur permanent de la famille de l'entourage et du patient lui-même. Ce responsable, bien identifié devra être à même de donner des informations sur le suivi thérapeutique ou social du patient et veiller à ce que l'information circule bien entre les différents professionnels de l'équipe.

1.3. Le nombre et la diversité des métiers intervenants en psychiatrie et santé mentale

De nombreux professionnels, issus de formations très diverses (sciences humaines, sciences thérapeutiques, sciences sociales), et d'une grande diversité au plan des statuts et des modes d'exercice (public, libéral) interviennent dans la prise en charge des patients psychiatriques.

Outre le médecin psychiatre, le médecin généraliste, l'infirmier, l'ergothérapeute, le psychologue, le travailleur social (assistant social, éducateur, animateur) interviennent dans le parcours de soins, le suivi et la réinsertion des patients.

Le médecin psychiatre est à la base de toute thérapie psychiatrique ; il a également des tâches d'évaluation, d'orientation, et de suivi ainsi que des missions institutionnelles et de gestion. Cela peut générer des délais incompatibles avec une prise en charge en temps utile susceptible d'éviter au patient de se trouver en situation de crise, soit lors d'un premier épisode de sa pathologie, soit dans le cadre de son suivi.

Une réponse sans délais, une orientation et une première évaluation également rapprochées de la demande du patient ou de son entourage sont les priorités d'action du groupement local de coopération pour la santé mentale.

C'est donc au sein de cette structure que les coopérations entre les médecins généralistes, médecins psychiatres libéraux et hospitaliers doivent être concertées et organisées dans le cadre de la permanence des soins, sous l'égide de l'ARS.

C'est dans la répartition des compétences et des responsabilités au sein des deux premiers niveaux de l'organisation de la santé mentale que les coopérations entre professionnels doivent se réaliser, au niveau de proximité le groupement local de coopération pour la santé mentale et le projet local de santé mentale, et au niveau du territoire de santé, les établissements de santé, et le projet territorial de santé mentale.

1.4. Les coopérations entre professionnels de santé mentale

Les missions et responsabilités des professionnels en santé mentale doivent être redéfinies avec un triple objectif :

- ❖ permettre une coopération effective et une nouvelle répartition des tâches au sein des équipes,
- ❖ rendre plus attractives ces professions,
- ❖ enfin garantir une prise en charge et des pratiques plus « sécurisées » pour les patients leur entourage et les professionnels eux-mêmes.

Cette clarification des positionnements dans la chaîne des soins est fondamentale pour définir les cursus de formation sachant que le constat actuel est celui d'une maîtrise insuffisante par les IDE des spécificités psychiatriques (rôle de la parole dans la relation avec le patient, surveillance des patients) et qu'il convient d'améliorer la formation des personnels de psychiatrie afin de mieux répondre à l'enjeu du respect de la dignité de la personne ;

Pour permettre une coopération effective et, dans la perspective d'inscrire l'action des professionnels dans le schéma rénové d'organisation de la santé mentale, et particulièrement dans le cadre des groupements locaux de coopération pour la santé mentale investis de missions de prévention, de repérage précoce, de prise en charge, de suivi et de réinsertion des patients, il est nécessaire de repenser la répartition des tâches entre ces professionnels. C'est la dynamique d'une prise en charge pluridisciplinaire associant les soignants et les non soignants dans des programmes cohérents et coordonnés d'action professionnelle qu'il convient d'engager.

Pour ce faire une concertation interdisciplinaire commune et spécifique à la santé mentale doit être engagée sans tarder avec tous les professionnels concernés, l'objectif étant de préparer une nouvelle répartition des tâches entre ces professionnels et de fixer clairement les champs de compétence et les responsabilités de chacun : soignants, médico-sociaux ou sociaux. Il conviendrait de prévoir, dans un premier temps, la possibilité d'expérimenter et d'évaluer ces nouvelles formes de coopération entre professionnels sur le modèle de ce qu'a déjà réalisé l'Observatoire National des Professions de Santé dans d'autres secteurs d'activité.

Cette dynamique pour une prise en charge globale, pluridisciplinaire intégrant la prévention, le soin, le suivi et la réinsertion devra prendre en compte trois éléments essentiels : le rôle des patients de leur famille et de leur entourage, la diversité des métiers et la pluridisciplinarité, la formation initiale et continue

Recommandation n°12 : Préparer, par la concertation avec tous les professionnels concernés, une nouvelle répartition des tâches, des champs de compétence et des responsabilités. Ménager la possibilité d'expérimenter sous l'égide de l'observatoire national des professions de santé (ONDPS), différentes formules de coopération entre les psychiatres et les infirmiers spécialisés en santé mentale, et entre les psychiatres et les psychologues.

1.5. La formation

Le nombre d'hospitalo-universitaire "(professeur des universités-praticien hospitalier" et chef de clinique en pédopsychiatrie et psychiatrie pour adultes) encadrant l'enseignement, la formation, et la recherche est insuffisant en France. Il en est de même des terrains de stages pour les internes de médecine générale ou de spécialité. Cette situation déficitaire pourrait s'aggraver avec la mise en place progressive de la réforme des formations des paramédicaux notamment infirmiers qui entreront dans le cursus universitaire appelé LMD, et la perspective de spécialisation des infirmiers en santé mentale et en soins psychiatriques.

Recommandation n°13 : Il convient de prévoir un renforcement des effectifs enseignants hospitalo-universitaires dans une planification sur le moyen terme.

1.5.1. La formation des psychiatres

S'agissant de la formation des psychiatres, il est regrettable que le nombre de postes d'interne de la spécialité ait été en 2008 inférieur au seuil prévu (280 postes offerts pour 300 prévus à l'origine), il est également regrettable que la répartition territoriale des internes entre les régions et au sein même des régions soit souvent en décalage par rapport aux besoins mesurés par l'activité.

La qualité du déroulement du stage d'internat pourrait être améliorée en conditionnant par exemple la validation du lieu de stage à la qualité et à la constance de l'encadrement. Il pourrait être envisagé de favoriser les stages dits "sac à dos" permettant un financement du poste sur le service proposant des objectifs, des conditions de réalisation et une évaluation de la formation, première étape vers une pérennisation du financement.

Afin de disposer de terrains de stage en nombre plus important, la commission préconise développer les stages en CMP et dans les établissements privés sectorisés et agréés.

Enfin il est apparu nécessaire de renforcer la formation dans le domaine de la psychiatrie légale et de l'expertise judiciaire.

Considérant que d'importants travaux de réflexion et de concertation sont actuellement engagés pour une réforme éventuelle de la maquette de formation, la commission n'a pas estimé opportun de se prononcer sur ce point.

Elle considère cependant qu'il est nécessaire de formaliser et de reconnaître la participation active des psychiatres hospitaliers non universitaires à l'enseignement et à la formation.

Afin de renforcer la médicalisation des secteurs psychiatriques des centres hospitaliers, l'assistantat semble une réponse adaptée sous réserve de le rendre plus attractif, par exemple en revoyant le montant des primes d'assistant et en les rendant obligatoires.

Enfin, la réforme prévue de la formation médicale continue devrait permettre de mieux organiser et de mieux financer la formation médicale continue pour les psychiatres.

Recommandation n°14 : Développer les stages en CMP et en secteur médico-social et étendre les lieux de stage au secteur privé volontaire pour exercer les missions de service public. Renforcer les formations en psychiatrie légale et expertise judiciaire.

1.5.2. La formation des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale

La commission préconise de rendre obligatoire un semestre de stage en psychiatrie dans le cursus de la formation médicale initiale afin de permettre aux médecins généralistes de mieux assurer leur rôle dans la prise en charge des patients en première intention. Cette formation de base ne peut, pour autant, pas donner une compétence de psychiatre ni un droit à réaliser des psychothérapies.

La participation des médecins généralistes à la prise en charge et un suivi des patients aux côtés des spécialistes au sein des GLC constitue un facteur important de réussite de la réforme proposée. Les médecins généralistes doivent jouer pleinement leur rôle dans le domaine de la santé mentale (repérage plus précoce des patients potentiels, suivi des patients et liens plus étroits et formalisés au sein des GLC avec leurs confrères spécialistes et avec les équipes de secteur).

Le rôle des psychiatres dans la formation médicale continue des généralistes prend, dans ce nouveau cadre, une importance particulière et devrait être développé, le financement de cette formation continue devant par ailleurs aider à garantir sa qualité et son indépendance.

Recommandation n°15 : Rendre obligatoire le stage en psychiatrie au cours de l'internat de médecine générale. Prendre des mesures incitatives fortes afin que les généralistes s'engagent aux côtés des spécialistes dans les groupements locaux de coopération pour la santé mentale (formation continue, conditions d'exercice, rémunération mixte, possibilité de vacances mieux rémunérées qu'actuellement à l'hôpital et dans le secteur psychiatrique), voire possibilité d'exercice à temps partiel au sein des GLC

1.5.3. La formation des infirmiers

La formation d'adaptation au poste en psychiatrie et le tutorat, prévus par le plan de santé mentale, ont été mis en place. Cet effort est à poursuivre et à accentué notamment par le développement du tutorat et la reconnaissance de cette activité exercée par des professionnels expérimentés (deuxième carrière).

De plus, il est nécessaire d'aller progressivement, et dans le cadre de la mise en place de la réforme de la formation sur le format LMD, vers une spécialisation des infirmiers en santé mentale et en psychiatrie, comme cela existe pour la puériculture, l'anesthésie ou l'activité des blocs opératoires.

Une référence nationale indicative du nombre d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et santé mentale pourrait être recommandée dans un pôle et/ou un GLC pour garantir le niveau d'expertise requis au sein des équipes soignantes permettant d'assurer les missions d'orientation, de première évaluation et de référent.

Dès à présent et dans l'attente de la mise en place de ce dispositif, la commission estime nécessaire de développer le temps de formation initiale en psychiatrie durant le cursus de formation des IDE et de rendre obligatoire le stage en secteur psychiatrique durant la formation IDE, ou de prévoir une adaptation à l'emploi pour les IDE exerçant en psychiatrie à la sortie des IFSI.

Recommandation n°16 : Création d'un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie et santé mentale (master professionnel de spécialisation) dans le cadre de la mise en place de la réforme LMD.

1.5.4. Les psychologues

La commission estime souhaitable que soient créées les conditions d'exercice pratique et de stage telles que, les futurs psychologues appelés à exercer en santé mentale au sein des GLC ou des établissements de soins, soient confrontés durant leur formation à des situations cliniques complexes.

Dans ce nouveau contexte il pourrait être utile de mieux définir le rôle et les missions des psychologues dans les équipes de soins à l'hôpital, en structure privée, dans les GLC.

Ceci pose les questions de la compétence déléguée au psychologue, de la reconnaissance de sa capacité à accompagner une thérapie, de la reconnaissance de la nature des actes réalisés.

Des travaux de réflexion et de concertation sont, par ailleurs, en cours sur ces différents points, ils n'ont donc pas été abordés de manière approfondie dans le cadre des travaux de cette commission qui tient cependant à signaler l'opportunité qu'il y aurait à reconnaître et à valoriser les actes professionnels des psychologues, dès lors que ces derniers sont habilités à accomplir ces

actes, ou encore, dès lors qu'ils auraient volontairement opté pour un éventuel statut de professionnels de santé.

Recommandation n°17 : Ouvrir le concours pour le recrutement dans les établissements publics de santé aux candidats disposant d'un master professionnel clinique avec un stage clinique obligatoire.

1.6. Les autres professionnels

Il convient enfin de souligné l'intérêt de compléter les équipes pluridisciplinaires des GLC par des travailleurs sociaux (assistant social/éducateur spécialisé/ ergothérapeute) afin d'assurer effectivement une prise en charge globale du patient. La commission propose que leur formation initiale intègre un ou deux modules de psychiatrie (utile par exemple pour l'accueil des personnes en situation de précarité en foyers d'hébergement/appartements associatifs) et que la formation continue dans ces domaines soit plus importante et mieux adaptée.

La commission rappelle que les conditions de travail en psychiatrie sont de plus en plus difficiles vu les effectifs, la dangerosité et la violence de certains patients, la diversité des modes de prise en charge auxquelles doivent s'adapter les soignants, l'insuffisance de la formation initiale et la difficulté de bénéficier d'actions de formation continue pour les professionnels en poste.

Ce constat rend encore plus nécessaire la mise en place d'organisations moins consommatrices en temps médical et d'une répartition des tâches au sein des équipes dans les GLC et en établissement permettant au psychiatre de se recentrer sur son cœur de métier et de replacer le patient au centre du dispositif. Ces mesures de coopération entre professionnels mieux formés constituent un facteur important de réussite de la réforme proposée au même titre que la coopération organisée, au sein des GLC, entre les professionnels de santé et ceux du secteur social ou médico-social engage des évolutions de pratiques et de comportement entre ces professionnels

Recommandation n°18 : Ouvrir des postes dans les équipes hospitalières pour les professions qui y sont actuellement faiblement représentées ou absentes afin d'améliorer la prise en charge globale du patient (ex: équipes pluridisciplinaires d'évaluation du handicap psychique)

2. LA RECHERCHE EN SANTE MENTALE : UN ENJEU MAJEUR DE SANTE PUBLIQUE ET DE SOCIETE.

A deux reprises, une sous commission portant sur la thématique de la recherche en santé mentale s'est réunie, a produit des constats sur l'état des lieux en ce domaine et a formulé un certain nombre de propositions. Par ailleurs d'autres chercheurs ont été auditionnés ou rencontré tout au long des travaux. Le document produit dans le cadre de ce rapport est la résultante de ces travaux spécifiques

2.1. La situation de la recherche a évolué favorablement

La recherche en psychiatrie connaît un grand essor dans de nombreux pays (notamment les pays anglo-saxons et l'Europe du Nord). La France s'est longtemps située en retrait de ce mouvement. Comparés aux dépenses de prise en charge des maladies mentales, les faibles moyens consacrés à la recherche française en psychiatrie ont été soulignés par de nombreux rapports.

Cette situation a évolué car la communauté scientifique a progressivement pris conscience de la nécessité de promouvoir la recherche en psychiatrie. L'Inserm a ainsi créé une inter-commission,

puis une commission d'émergence pour recruter des chercheurs et labelliser des équipes de recherche en psychiatrie. Des unités Inserm consacrées à la recherche en psychiatrie existent maintenant dans plusieurs sites. Des équipes de recherche psychiatrique ont également été créées au sein d'unités Inserm ne se consacrant pas uniquement à la psychiatrie. Plusieurs unités Inserm se sont regroupées au sein d'un réseau Thématique de Recherche et de Soins en santé mentale (FondaMental) et l'Inserm a récemment créé un réseau national d'évaluation des psychothérapies.

L'un des objectifs du CNRS est également de soutenir la recherche en psychiatrie. Plusieurs unités ou équipes CNRS consacrent tout ou partie de leur activité à cette recherche. Enfin une unité mixte Inserm-CNRS étudie les dimensions sociologiques des maladies mentales. Les différentes équipes Inserm et CNRS sont donc relativement bien réparties sur le territoire.

Le Ministère de la Recherche a lancé des Actions Concertées Incitatives (Cognitive, ACI neurosciences intégrées et computationnelles) comportant des appels à projets dans le domaine des maladies mentales. Le Ministère de la Santé soutient la recherche clinique en psychiatrie par l'intermédiaire des Programmes Hospitaliers des Recherches Cliniques (PHRC), ainsi que d'un Groupement d'Intérêt scientifique (GIS) qui fédère les forces en épidémiologie psychiatrique. La Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) et la Mission Recherche (MiRe), agissent avec l'Inserm et le CNRS pour développer la recherche sur les dimensions sociales des maladies mentales. Enfin, la recherche en psychiatrie a été une des priorités du plan Santé Mentale lancé en 2005.

La Fondation pour la Recherche Médicale (FRM) a soutenu fortement la recherche psychiatrique jusqu'en 2004, notamment en octroyant des bourses de thèse à des cliniciens désireux de se former à la recherche en psychiatrie. Cette démarche n'a toutefois pas été poursuivie.

La politique volontariste des autorités de recherche et de Santé commence à porter ses fruits et le champ de la recherche en psychiatrie est en voie de structuration.

Quatre axes de recherche ont aujourd'hui acquis une visibilité internationale : la génétique des psychoses (schizophrénie, autisme), des troubles de l'humeur (troubles dépressifs et maladie maniaco-dépressive ou trouble bipolaire) et des addictions ; la neuropsychologie cognitive des psychoses ; la neurobiologie des addictions et les études pharmacologiques sur les psychotropes.

2.2. *Les faiblesses*

2.2.1. La recherche clinique est insuffisamment développée

La psychiatrie, en tant que discipline clinique, est de plus en plus sollicitée au quotidien par des demandes nouvelles issues du monde médical (urgences médico-chirurgicales, prise en charge médico-psychologique des victimes de catastrophes collectives, psychiatrie de liaison intra et extrahospitalière) et de la société au sens large (écoles, prisons, délinquance, précarité, etc.). La recherche clinique, moteur de progrès, est assez peu développée.

2.2.2. Un nombre excessivement restreint de travaux véritablement pluridisciplinaires et intégratifs

La recherche sur les maladies mentales doit être pluridisciplinaire, alliant la recherche clinique et les sciences d'amont que sont les neurosciences et les sciences humaines et sociales. A la différence d'autres spécialités médicales, la psychiatrie doit encore élaborer les outils et les concepts cliniques sans les progrès desquels les recherches plus fondamentales ne sauraient aboutir au service du malade. La recherche en psychiatrie commence à bénéficier des progrès spectaculaires des connaissances dans le domaine des neurosciences. L'importance des interactions entre les gènes et le milieu pour le développement du cerveau et l'émergence de ses fonctions est aujourd'hui reconnue.

2.2.3. Un équilibre nécessaire entre neurosciences et sciences humaines et sociales

Contrairement à la recherche anglo-saxonne, la recherche française en psychiatrie reste totalement coupée de champs disciplinaires entiers. Il est essentiel de développer des actions incitatives pour rapprocher les équipes cliniques et les équipes de chercheurs sur un même site géographique ou au sein d'un réseau, et de favoriser des collaborations entre des chercheurs ayant des formations différentes mais complémentaires.

Alors que la psychiatrie est une discipline à l'interface des neurosciences et des sciences humaines et sociales, la recherche sur les dimensions sociales des maladies mentales et du handicap psychique est très peu développée en France. Les travaux réalisés en sciences humaines et sociales par les enseignants-chercheurs en psychiatrie ne sont pas pris en compte en tant que travaux de recherche

La commission Inserm dédiée à la psychiatrie n'existe plus : La psychiatrie relève de la commission des neurosciences et est partie intégrante de l'Institut des neurosciences.

2.2.4. La relative faiblesse de la recherche épidémiologique

La compréhension et la prise en charge des maladies mentales doivent également bénéficier de l'apport de l'épidémiologie et de la santé publique. Cette insuffisance s'explique en partie par la composition monodisciplinaire des équipes françaises de recherche en psychiatrie et un nombre trop faible de chercheurs ayant une double formation (psychiatrie et psychologie cognitive, psychiatrie et génétique, ou psychiatrie et épidémiologie).

2.2.5. Les unités de psychiatrie labellisées par les organismes, certes plus nombreuses que par le passé, atteignent cependant rarement une masse critique de chercheurs.

Elles sont fragiles et leur pérennité incertaine en raison de politiques de recrutement de chercheurs statutaires et d'enseignants chercheurs très insuffisantes. Les actions développées ces dernières années doivent donc être renforcées et complétées sur le long terme, faute de quoi les premiers acquis ne seront pas suivis d'effets. Seule une politique scientifique sur le long terme visant à structurer en profondeur le milieu de la recherche en psychiatrie, permettra à la psychiatrie française de jouer un rôle sur la scène internationale. Cette structuration doit être menée alors que le paysage de la recherche publique est en pleine évolution.

2.3. *Mieux structurer en profondeur le milieu de la recherche en psychiatrie.*

Cette action est prioritaire et pourrait reposer sur les trois niveaux d'organisation de la recherche suivants :

2.3.1. Niveau 1, local

Il correspond aux équipes de recherche en psychiatrie évaluées par l'Agence d'Evaluation de la Recherche et de l'Enseignement (AERES) et labellisées par les organismes de recherche et les universités. Généralement implantées dans les CHU, elles collaborent avec les équipes de recherche fondamentale localisées sur le même site et bénéficient d'un accès à différentes plateformes technologiques (par exemple Centres d'Investigation Clinique, Centre de Ressources Biologiques, imagerie cérébrale, explorations fonctionnelles, génomique, expérimentation animale). Ces équipes assurent en outre la formation à et par la recherche. Elles constituent les pierres angulaires du dispositif de recherche de niveau 1.

2.3.2. Niveau 2, régional et interrégional

Il repose sur la mise en place de réseaux régionaux et interrégionaux de recherche, centrés autour d'une équipe de recherche du niveau 1 et associant des équipes cliniques le plus souvent localisées dans des hôpitaux psychiatriques. Ces réseaux, constitués sur la base du volontariat, permettent de coordonner les efforts de recherche à l'échelle régionale et interrégionale, d'augmenter considérablement le potentiel de recrutement et de diffuser des expertises de recherche.

Les Praticiens Hospitaliers exerçant dans des hôpitaux psychiatriques et ayant acquis une formation à la recherche devraient être encouragés à travailler avec une équipe labellisée, par exemple par un contrat pour un mi-temps recherche. Des mesures valorisant les activités de recherche devraient être prises pour inciter les secteurs psychiatriques à participer à ces réseaux.

2.3.3. Niveau 3, national ou international

Il correspond au niveau de structuration requis par les études nécessitant la mise en commun d'expertises multiples et/ou un large recrutement. Il fait intervenir plusieurs équipes labellisées, et le cas échéant les réseaux régionaux et interrégionaux associés.

Ces trois niveaux de structuration doivent être articulés de manière souple et concertée, chaque équipe de recherche étant susceptible de participer à un type de réseau ou à un autre en fonction de ses objectifs de recherche. Le lancement d'appels d'offre pour des projets transversaux de psychiatrie réalisés à chacun de ces différents niveaux serait un moyen d'encourager une telle structuration. Celle-ci est un préalable à la participation des équipes de recherche française aux programmes de recherche européens.

2.4. Développer la recherche clinique

Elle est cruciale pour augmenter le potentiel de recherche en psychiatrie, sensibiliser et former les jeunes psychiatres à une démarche de recherche de qualité. Favoriser l'accès des internes et des chefs de clinique en psychiatrie à des équipes de recherche labellisées pour acquérir une telle formation nécessite d'augmenter le nombre de postes d'internes hors filière, ainsi que les possibilités de stages inter-CHU et d'années-recherche.

2.4.1. Favoriser le recrutement de chercheurs ayant une double formation.

Ceci permettra de constituer un plus grand nombre d'équipes pluridisciplinaires. Il faut également favoriser le retour en France des psychiatres post-doctorants en stage à l'étranger, en veillant à ce qu'ils y trouvent un environnement scientifique propice et les moyens de constituer très rapidement des équipes de recherche.

2.4.2. Favoriser le recrutement de personnels non médecins.

Les psychologues et les attachés de recherche clinique, mais également les sociologues et les anthropologues, (peu ou pas représentés dans les organismes de recherche), sont pourtant nécessaires à la réalisation de la recherche clinique en psychiatrie.

2.4.3. Renforcer le développement des relations avec les associations de malades mentaux

Le développement des relations entre les associations de patients de familles et les équipes de chercheurs peut être un important facteur de développement des activités de recherche. Elles doivent être encouragées.

2.5. Consacrer des moyens à la recherche épidémiologique et en santé publique

L'épidémiologie et la santé publique, domaines cruciaux pour toute action en matière de santé mentale et de prévention, doivent être impérativement renforcées pour favoriser la réalisation d'études en population générale et en population clinique.

Des champs particuliers devront être investigués :

- ❖ Développer la recherche analytique en épidémiologie psychiatrique :
Des études en population basées sur des hypothèses prenant en compte à la fois des variables personnelles et environnementales, des variables biologiques ainsi que les effets de leurs interactions, permettront de mieux cerner les déterminants des troubles psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée. Les études longitudinales de l'enfant à l'adulte sont indispensables pour évaluer la dimension neuro-développementale des troubles psychiatriques.
- ❖ Evaluer de manière comparative les protocoles de prise en charge clinique et sociale dans le but de déterminer les procédures optimales.
Des études de ce type devraient être également réalisées en médecine générale, où sont traités de nombreux patients souffrant de troubles psychiatriques. En pédopsychiatrie, où les thérapeutiques sont diversifiées, les recherches pourraient mettre à profit l'ensemble des institutions et des dispositifs médicaux et sociaux de prise en charge des enfants et adolescents en difficulté psychologique (PMI, secteur de pédopsychiatrie et CMP, médecins et psychologues scolaires, Education Nationale, Aide Sociale à l'enfance, aide judiciaire).
- ❖ Evaluer les modalités d'accès aux soins psychiatriques et l'utilisation des ressources sanitaires.
Cet objectif est prioritaire compte tenu de la récente mise en place en France de nouvelles filières de soins et de nouvelles réglementations (accès via le généraliste, nouvelles modalités d'exercice du métier de psychothérapeute).

2.5.1. Evaluer les stratégies thérapeutiques

Les études permettant l'optimisation et la rationalisation des thérapeutiques pharmacologiques, psychothérapeutiques, comportementales ou sociales doivent être encouragées. Cela passe par le développement des études évaluant l'efficacité de stratégies thérapeutiques dans des domaines aussi bien pharmacologiques que psychothérapeutiques ou psychosociaux

Il est également nécessaire de favoriser le développement de nouvelles thérapeutiques et mettre en place des études pharmaco-épidémiologique pour évaluer le rapport bénéfice/risque des médicaments psychotropes dans leurs conditions réelles d'utilisation. Ces études devraient porter sur toutes les tranches d'âge, incluant l'enfant et l'adolescent, ainsi que les personnes âgées.

Recommandation n°19 : Développer la recherche en santé mentale dans toutes ses dimensions, sciences sociales et sciences humaines aux côtés et en lien avec les neurosciences. Mieux structurer le milieu de la recherche en psychiatrie en trois niveaux, un local, un régional et/ou interrégional et un niveau national ou international et développer le fonctionnement en réseaux thématiques de recherche avancée (RTRA) des différents niveaux. Evaluer régulièrement les résultats de la recherche aux différents niveaux. Inciter au développement de la recherche clinique en identifiant au sein du PHRC des priorités santé mentale et psychiatrie. Développer la recherche en épidémiologie et notamment la recherche évaluative, en y consacrant des moyens nouveaux.

3. SURVEILLANCE ET VEILLE DANS LE CHAMP DE LA SANTE MENTALE

La loi de Santé Publique détermine dans le champ de la santé mentale les objectifs (57, 59, 60 et 61) à atteindre :

- ❖ Diminuer de 10% le nombre de psychotique chronique en situation de précarité ;
- ❖ Diminuer de 20% le nombre de personnes présentant des troubles bipolaires, dépressifs, ou névrotiques non reconnus ;
- ❖ Augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques et anxieux qui sont traitées conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- ❖ Réduire la marginalisation sociale et stigmatisant des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Pouvoir évaluer les résultats obtenus quant à la réalisation de ses objectifs nationaux suppose de disposer d'une organisation coordonnée de la surveillance et de la veille en santé mentale et de la psychiatrie.

Aujourd'hui une telle organisation fait défaut. De nombreuses données existent. Elles sont dispersées et de valeur inégale. Actuellement, les ressources adéquates (humaines et matérielles?) pour coordonner et synthétiser ces données éparses ne sont pas suffisantes.

Les membres de la commission ont souligné l'importance de suivre l'état de santé mentale de la population et son accès aux soins afin d'élaborer, de suivre et d'évaluer toute politique de santé mentale.

L'Institut de veille sanitaire (In.V.S.) a réalisé une étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale. Cette étude a eu pour objectif l'établissement du bilan actuel de l'existant et des besoins de connaissance et d'information. Cette étude a donné lieu à la production de propositions et de recommandations précises pour la mise en œuvre d'un programme de surveillance en santé mentale à l'InVS, dans le cadre de la préparation du deuxième contrat d'objectifs et de moyens de l'InVS.

Les orientations présentées par l'Institut de veille sanitaire (In.V.S.) sont axées sur un programme d'enquêtes nationales sur la santé mentale capables de produire des données de base sur la prévalence des troubles et leurs déterminants, base à laquelle la surveillance en santé mentale pourrait se référer dans les années à venir.

L'Institut de veille sanitaire (In.V.S.) justifie ainsi son choix :

- ❖ *Premièrement, une telle orientation permet d'étudier en même temps plusieurs problèmes, comme l'ensemble de la morbidité psychiatrique, les incapacités qui y sont liées, et la santé mentale plus généralement. Elle pourrait donc recouvrir une grande partie des problèmes évoqués par les personnes interviewées (la dépression, les troubles mentaux graves et*

durables, le comportement suicidaire, la souffrance psychique) et n'empêcherait pas la mise en œuvre, si nécessaire, de volets portant sur des populations d'intérêt (les adultes, les jeunes et les adolescents, les populations spécifiques – détenus, personnes en situation de grande précarité, etc.).

- ❖ *Deuxièmement, un tel programme, mené sur une population représentative des français, peut produire des indicateurs de la santé mentale, lesquels serviront dans un deuxième temps, à identifier des régions ou localités où il serait important d'intensifier la surveillance en santé mentale.*
- ❖ *Troisièmement, le développement d'un tel programme peut s'appuyer d'une part, sur les efforts d'harmonisation des méthodes et des outils utilisés aux niveaux européen et international et d'autre part, sur les modèles existants – par exemple, celui des National Surveys of Psychiatric Epidemiology au Royaume-Uni – tout en conservant une autonomie et une spécificité nécessaires à la situation française.*

L'INVS propose d'organiser la veille en santé mentale comme suit :

- ❖ Développement et mise en place d'un programme d'enquêtes nationales sur la morbidité psychiatrique. Ces enquêtes devraient avoir un volet adultes et un volet enfants/adolescents. Elles devraient être répétées à quelques années d'intervalle (7 à 10 ans) pour repérer les changements dans la prévalence des troubles, voire les troubles et les problèmes émergents. Ce programme devrait inclure :
 - une enquête large représentative des ménages du pays (enquête nationale) ;
 - une enquête associée des institutions qui prennent en charge les personnes souffrant de trouble mental (modélisée en partie d'après l'enquête H.I.D.) ;
 - des enquêtes associées, si nécessaire, sur des populations spécifiques (détenus, personnes en situation de grande précarité).
- ❖ Développement d'une enquête (utilisant des méthodes de "basse prévalence") sur la prise en charge, le suivi, et les conditions de vie des troubles psychotiques graves et durables
- ❖ Etat des lieux sur les outils de mesure des troubles mentaux et de la santé mentale : Une surveillance en santé mentale doit être accompagnée par un état des lieux des outils de mesure de la morbidité psychiatrique et de la santé mentale. Il faudrait procéder à une analyse critique des outils de mesure de la morbidité psychiatrique en population générale pertinents pour les objectifs de la surveillance en psychiatrie, tout en prenant en compte leurs propriétés psychométriques et leur validité pour la population française.
- ❖ Développement des indicateurs sociaux pertinents pour la santé mentale. En France, il manque d'outils de mesure – et souvent de conceptualisation ! – pour une grande partie des déterminants sociaux. Il est important de travailler les indices de pauvreté et de précarité, les mesures composites, les notions telles que l'intégration sociale, l'intégration civique et le capital social, ainsi que les dimensions et les modèles liés aux conditions de travail.
- ❖ La surveillance de la santé mentale par des réseaux de médecins-sentinelles ou par le repérage des "cas" pris en charge en médecine de ville semble importante, en particulier pour les comportements suicidaires. Et ce, d'autant que les généralistes et les pédiatres sont en première ligne pour les problèmes de santé mentale. Eventuellement, il serait important d'étendre la surveillance à d'autres intervenants de première ligne, comme par exemple les médecins et infirmières scolaires ou les travailleurs sociaux.

Recommandation n°20 : Faire assurer le pilotage effectif de la veille et de la surveillance de la santé mentale en France, par l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) et réaliser un programme prévisionnel

4. QUELLES PLACES DONNER A LA PREVENTION ET A LA PROMOTION DE LA SANTE ?

4.1. Deux approches complémentaires de la promotion de la santé mentale,

4.1.1. L'Organisation Mondiale de la Santé définit les différentes composantes de la santé mentale

La santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté.

Une personne en bonne santé mentale est une personne capable de s'adapter aux diverses situations de la vie, faites de frustrations et de joies, de moments difficiles à traverser ou de problèmes à résoudre. Une personne en bonne santé mentale est donc quelqu'un qui se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer ou pour travailler à la modifier si c'est possible. Cette personne vit son quotidien libre des peurs ou des blessures anciennes qui pourraient contaminer son présent et perturber sa vision du monde. De plus, quelqu'un en bonne santé mentale est capable d'éprouver du plaisir dans ses relations avec les autres

Bref, posséder une bonne santé mentale, c'est parvenir à établir un équilibre entre tous les aspects de sa vie: physique, psychologique, spirituel, social et économique.

4.1.2. Le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) considère la santé mentale comme une ressource collective

La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants: le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et les qualités des relations avec le milieu.

Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres: des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne.

La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives dominantes dans un milieu donné qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, comme par exemple la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale. À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple, la distribution équitable de la richesse collective, l'accès à une éducation de qualité ou à un environnement sain, favorise et soutient la santé mentale.

Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective, à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement.

Cette conception rejoint le mot d'ordre de la commission européenne en matière de santé "Health in all politics" (*se préoccuper du volet santé dans toute politique*).

4.2. Dans le champ de la promotion de la santé, une priorité de santé publique : la lutte contre la discrimination et la stigmatisation du malade et de la maladie mentale

Notre société stigmatise toujours les malades mentaux. En accentuant l'isolement social et la désinsertion professionnelle, la stigmatisation contribue à aggraver le handicap de ces malades. Pour remédier à ces attitudes, le public doit être mieux informé sur ces maladies et sur les recherches en cours.

La lutte contre la discrimination des malades mentaux et la stigmatisation de la « folie », constitue le point stratégique d'une politique de promotion de la santé mentale pour la France. A l'instar de nombreux pays étrangers, dont certains représentants ont été auditionnés par la commission, cette lutte doit faire l'objet d'un véritable plan d'action doté de moyens conséquents.

Cet axe prioritaire n'est que la traduction dans la politique nationale, d'un des objectifs retenus par le pacte européen pour la santé mentale, signé par la France en 2008.

Les données épidémiologiques¹² et la connaissance des situations dramatiques que vivent ces personnes et leur famille, les auditions et la présentation des expériences déjà menées en France et à l'étranger ont permis à la commission de se forger une conviction en la matière quant à la thématique spécifique à retenir pour initier et conduire cette politique. L'action prioritaire doit concerner la lutte contre la discrimination des malades psychotiques, notamment des schizophrènes, et la lutte contre la stigmatisation des pathologies psychotiques.

Changer le regard de « la société » vis-à-vis des psychotiques, cela suppose de s'engager dans un processus particulier, inscrit dans la durée. Il s'agit de concevoir et de mettre en place une démarche qui devra impliquer de nombreux acteurs dans le seul but de favoriser l'insertion dans la cité des malades psychotiques et de protéger leurs droits fondamentaux.

En ce sens, une campagne nationale d'information et de communication auprès du grand public, isolée, ponctuelle et uniquement axée sur une communication grand public ne paraît pas pertinente quant à l'objectif assigné.

Mais, cette lutte contre la discrimination et la stigmatisation se doit d'être conçue, aussi, comme un axe permanent d'activités structurant les activités de soins et de prévention, de formation (initiale et continue) de tous les acteurs de la santé mentale mais aussi de certains travaux de recherche en ce domaine.

Les agences régionales de santé en collaboration avec les collectivités territoriales, notamment les communes et les départements, et, d'autre part, avec les usagers en santé mentale et leur famille pourraient traduire cette priorité dans le cadre d'un programme pluriannuel et obligatoire de lutte contre les discriminations et la stigmatisation de la maladie mentale.

Les évolutions nécessaires de l'organisation de la prise en charge ne peuvent être efficaces sans ce volet déterminant en matière de promotion de la santé.

¹² Expertise collective Autopsie psychologique, Inserm 2005, Les Editions INSERM, 2005
Anne Lovell, Rapport commission « Violence et santé mentale »

Recommandation n°21 : La lutte contre les discriminations et la stigmatisation de la psychiatrie, des malades et des handicapés psychiques devrait devenir un nouvel objectif prioritaire national de santé publique.

Changer le regard de la société vis-à-vis des psychoses chroniques et plus particulièrement des schizophrènes constituent la thématique prioritaire à mettre en œuvre.

4.3. La prévention

Dans le cadre de ce rapport, le choix qui a été opéré comme pour les autres parties du document, est de ne faire apparaître que les axes prioritaires susceptibles de structurer une politique en la matière. Dans le champ de la prévention, ont été privilégiées deux populations, les enfants et les adolescents. Ces populations devraient être déclarées prioritaires en matière de prévention de la santé mentale et des maladies psychiatriques et faire l'objet de programmes de santé pluriannuels.

4.3.1. Classiquement l'OMS définit trois niveaux de prévention

- ❖ La prévention primaire des troubles mentaux : Elle a pour objet de réduire l'incidence de la maladie avant l'apparition des problèmes. L'efficacité des pratiques de prévention se mesure par la diminution de l'apparition de nouveaux cas. Il s'agit alors de cibler les facteurs de risque associés à chaque pathologie mentale. Deux types de mesures sont possibles :
 - Des mesures universelles touchant l'ensemble de la population : en ce sens, ce type de prévention se rapproche de la promotion de la santé
 - Des mesures sélectives visant des individus ou des groupes de population qui sont plus à risque de développer des troubles mentaux ;

A partir de cette typologie les membres de la commission propose d'aborder la prévention de la santé mentale à partir des situations de « rupture d'équilibre » ou de risques comme par exemple la naissance du premier enfant, les enfants fugeurs, l'adolescence, les populations en situation de stress post traumatique (décès, violences subies, migrants, passage à la précarité, plans sociaux dans l'entreprise), le passage à la retraite.

- ❖ L'OMS a défini le dépistage comme entrant dans le champ de la prévention et appelé prévention secondaire : Cette pratique vise à identifier les personnes asymptomatiques dans une population ciblée qui sont aux premiers stades de la maladie ; Le dépistage des pathologies mentales devrait faire l'objet de travaux spécifiques qui n'ont pu être menés compte tenu des calendriers fixés.
- ❖ Enfin l'OMS parle de prévention tertiaire pour mettre en œuvre des actions de réhabilitation et de réinsertion auprès des personnes atteintes de troubles psychiatriques, Ces activités s'intègrent dans ce rapport dans le cadre de l'accompagnement des malades dans leurs processus thérapeutique. Cette prévention tertiaire est traitée dans le chapitre concernant le parcours de soins, dans le cadre de la réhabilitation sociale.

4.3.2. En matière de prévention de la maladie mentale, une attention particulière doit être portée aux secteurs de psychiatrie infanto juvénile et aux adolescents.

De nombreux rapports confirment la pertinence du dispositif sectorisé pour la prise en charge des enfants dans le cadre des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. L'orientation extra hospitalière de la pédopsychiatrie représente près de 95% des prises en charges. Les membres de la commission soulignent à ce propos, la nécessité de protéger et de développer les moyens de la pédopsychiatrie notamment dans deux secteurs, celui de la formation et de la recherche. Par ailleurs, dans le cadre d'une prise en charge continue un certain nombre de décisions devrait être pris pour améliorer et développer les articulations avec les dispositifs médico-sociaux l'éducation nationale et les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des conseils généraux. De trop nombreuses contraintes existent, celles liées au nombre insuffisant de places dans le champ du

médico social infanto juvénile, la disparité de l'offre ou les modes de financements souvent peu adaptés à une prise en charge pluridisciplinaire.

Au-delà de la prise en charge des pathologies mentales de l'enfant, deux moments particuliers apparaissent comme déterminants dans le champ de la prévention liée à des facteurs de risque clairement identifiés, le temps de la naissance et celui de l'adolescence.

❖ Le temps de la naissance

Des pratiques existent en matière de prise en charge par les équipes psychiatriques des mères et des bébés au sein de certaines maternités. L'objectif poursuivi est d'évaluer les besoins de prises en charge rapides en périnatalité tant pour les parents que pour l'enfant. Un certain nombre de propositions ont été faites en ce sens notamment dans le rapport remis à monsieur Jean-François Mattei, Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées¹³. Ces propositions sont toujours d'actualité notamment :

Recommandation n°22 : la mise en place d'unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielles au sein des GLC de santé mentale

Ces unités devraient avoir pour objectifs :

- Evaluer l'état clinique de la femme enceinte et/ ou de la mère et du nourrisson à la maternité ou sur son lieu de vie
- Procéder à une prise en charge par l'équipe psychiatrique de l'unité mobile sur les lieux de présence de la patiente sur une période de plusieurs jours à plusieurs semaines ;
- Renforcer la réflexion sur la dynamique de prise en charge pluridisciplinaire ;
- Proposer les orientations nécessaires vers les structures des secteurs infanto-juvéniles et de psychiatrie générale dès que possible.

❖ Le temps de l'adolescence :

15% des adolescents de plus en plus jeunes sont en grande souffrance soit 900.000 adolescents.

Dans ce contexte, une des stratégies possible en matière de prévention ciblée sur cette population consiste à aller vers ces adolescents afin de pouvoir intervenir le plus en amont possible, sans pour autant qu'il y ait une « demande de soins ». Absentéisme scolaire, fugues, tentatives de suicide, bagarres fréquentes, ces comportements sont repérés à l'école par les membres de la communauté scolaire (infirmiers, assistants sociaux, psychologues ou médecins scolaires), par les médecins traitants, les travailleurs sociaux. Ces professionnels doivent avoir la possibilité de donner l'alerte. Ils doivent pouvoir trouver une équipe d'intervenants pour répondre à leur demande. Telle est l'activité des équipes mobiles de psychiatrie qui actuellement fonctionnent dans un petit nombre de secteurs infanto juvéniles et qu'il est nécessaire de généraliser sur l'ensemble du territoire

Recommandation n°23 : Généraliser les équipes mobiles de psychiatrie au sein des GLC.

Les maisons des adolescents, structures dédiées spécifiquement aux adolescents, veulent répondre à des besoins clairement identifiés de ces populations : un lieu d'information, de paroles, d'écoute des jeunes et des parents, un lieu d'accompagnement, d'orientation et de soins. La question de la généralisation de ces lieux se pose.

Les membres de la commission attirent l'attention sur la diversité de ces structures tant par les activités développées en leur sein, que par leurs modes de financements ou leur nature juridique. S'il est souhaitable que ces maisons deviennent une offre de santé pour les adolescents et

¹³ Philippe Clery-Melin, Viviane Kovess, Jean-Charles Pascal – Agir aux racines de la Violence – Mars 2003

leur famille, leur généralisation devrait alors répondre à un cahier des charges national définissant le territoire d'activité, les objectifs thérapeutiques et d'accompagnement, les moyens nécessaires à leur fonctionnement. Les partenariats devraient clairement être définis entre l'Etat, l'Assurance maladie, obligatoire et complémentaire, les collectivités territoriales et notamment le département, le mécénat....

Recommandation n°24 : L'évaluation de pratiques et du fonctionnement des « maisons des adolescents » devra permettre de fixer les conditions d'une éventuelle généralisation de ces structures au niveau territorial.

4.3.3. Le milieu scolaire et universitaire, un milieu privilégié pour le développement des actions de prévention en santé mentale et en psychiatrie.

Le pacte européen pour la santé mentale signé par la France en 2008 a retenu comme un des objectifs communautaires à l'horizon 2013 le thème « santé mentale des jeunes et éducation ».

De nombreuses actions sont menées par l'Education Nationale dans ce domaine. L'INPES a publié deux ouvrages centré sur les interventions de prévention liés au comportement à risque des enfants en milieu scolaire¹⁴.

La prévention de la santé mentale au sein de l'école et de l'université passe par la définition d'une réelle politique en la matière et l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'ensemble qui doit impliquer tous les membres de la communauté scolaire. Ce plan doit privilégier l'entrée dans le primaire, le passage au collège et l'entrée à l'université. Les pratiques dans les pays étrangers le confirment Ces moments sont identifiés comme des périodes de plus grande fragilité lors du parcours scolaire.

Ce plan devrait introduire dans la formation des enseignants mais aussi dans le cadre d'une sensibilisation-information en direction des responsables administratifs des établissements scolaires, des programmes portant sur le développement des compétences psychosociales, les habiletés sociales, l'analyse de comportement à risque comme les attitudes d'évitement scolaire (phobies scolaire), l'absentéisme, l'échec scolaire, les conduites à risques, les comportements violents.

Recommandation n°25 : Elaborer au niveau du ministère de l'éducation nationale en lien étroit avec le ministère de la santé une stratégie globale et opérationnelle pour la prévention de la santé mentale en milieu scolaire et universitaire

4.3.4. Rendre toute politique de prévention en santé mentale et en psychiatrie, cohérente au niveau national et territorial

Les différents programmes ou actions développés actuellement ne sont pas identifiés ou reconnus comme pouvant avoir un impact sur la santé mentale. Ils interviennent séparément dans plusieurs champs ministériels, impliquent plusieurs niveau territoriaux et sont mis en œuvre par de multiples structures, organisations ou institutions. Ils n'entrent pas dans le cadre d'une politique cohérente nationale dans le domaine de la protection de la santé mentale (les besoins comme les lacunes et les manques ne sont pas connus) Il est alors, difficile d'en évaluer l'impact ou même la qualité des interventions.

¹⁴ Comportements à risque et santé des enfants et des adolescents : un ouvrage à destination du milieu scolaire - Synthèse de la littérature scientifique et technique internationale sur les interventions de prévention des comportements à risque et leurs modalités d'application. Publié le 23 mars 2008.

« Education à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet » Publié en octobre 2006

Le développement des actions de prévention en santé mentale et en psychiatrie centrées sur les périodes de rupture que connaît toute personne au cours de sa vie nécessite une approche inter ministérielle. L'absence de stratégie d'ensemble et de coordination des différents acteurs nationaux impliqués limite l'efficacité des programmes mis en œuvre et des actions engagées localement.

Recommandation n°26 : La promotion de la santé mentale et la prévention rend indispensable un pilotage national interministériel reconnu et accepté par tous les acteurs.

Conclusion

Depuis 1998, deux plans successifs ministériels ont vu le jour, celui de 2002¹⁵ et celui couvrant la période 2005-2008. Ils ont accompagné les évolutions de l'offre de soins en psychiatrie. La conférence Européenne « Ensemble pour la santé mentale et le bien être » qui s'est tenue le 13 juin 2008 a établi le « Pacte européen pour la Santé mentale » auquel la France a souscrit.

L'augmentation de la prévalence des maladies mentales est à l'ordre du jour des pays européens et plus particulièrement de la France.

L'exigence d'une politique de santé mentale alliant l'intégration des malades dans la cité et des prises en charge sécurisées pour la population reste un impératif qui peut apparaître paradoxal. Cela signifie que toute tentative de rénovation des dispositifs de prise en charge est complexe. Le fait que cette complexité est accrue par les pathologies mentales devraient à la fois être prises en charge de façon spécifique et s'intégrer dans une démarche générale de santé publique.

C'est pourquoi, la commission propose d'engager une politique pour la santé mentale et la psychiatrie. Une loi est nécessaire. Ce texte législatif devrait intégrer les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement, ainsi que l'organisation des soins aux détenus.

Dans ce cadre deux axes sont à privilégier :

- ❖ Renforcer le rôle institutionnel des usagers en santé mentale et des familles, acteurs à part entière du système de santé mentale aux côtés des professionnels de la santé, du social et du médico social ;
- ❖ Consacrer l'évaluation comme un outil consubstantiel de toute pratique en santé mentale et en psychiatrie.

Ces orientations déterminantes sont le préalable à la mise en place des dispositifs organisationnels et techniques qui font l'objet des recommandations de la commission.

La création d'un groupement local de coopération pour la santé mentale et d'un conseil local de santé mentale permettra un partenariat rénové et actif entre tous les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie (publique et privée) dans les différents champs d'action (sanitaire, médico-social et social). Il offrira un cadre juridique pour une institution responsable et bien identifiée au niveau de proximité adéquat. Cela permettra de garantir la réponse rapide aux situations de crise, d'assurer la prévention, ainsi que le suivi et la réinsertion sociale des patients. Les collectivités territoriales, communes et départements, devront être étroitement associés à ces groupements.

Les relations contractuelles du GLC avec les nouvelles agences régionales de santé nécessitent l'identification dans chaque agence régionale de santé d'un « service » chargé de la préparation du projet territorial de santé mentale, du suivi de la politique de santé mentale et du fonctionnement des structures chargées de la mettre en œuvre.

Enfin, au niveau national, devrait être mis en place une mission santé mentale à compétence interministérielle placée auprès du ministre de la Santé. Cette mission chargée de la

¹⁵ Plan Santé mentale « L'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover » Novembre 2001

mise en œuvre d'une politique nationale pour la santé mentale devra organiser le dialogue interministériel : éducation nationale, travail emploi, justice, intérieur, santé... coopérer avec la Haute Autorité en Santé, l'Institut de veille sanitaire (I.N.V.S.), l'Institut de Prévention et de l'Education à la Santé (INPES) et participer avec les autres organismes concernés au pilotage national des ARS.

Edouard COUTY

ANNEXES

Annexe 1 : lettres de mission

Annexe 2 : liste des membres de la commission de travail

Annexe 3 : organisation et planning des séances d'auditions et de travail

Annexe 4 : liste des personnes rencontrées

Annexe 5 : Santé mentale : Eléments statistiques

Annexe 1 : Lettres de mission

- 1. EDOUARD COUTY**
- 2. DR. ROLAND CECCHI-TENERINI**
- 3. PATRICK BROUDIC ET DOMINIQUE NOIRE**



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

*Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports
et de la Vie Associative*

La Ministre

Paris, le 30 JUN 2008

CAB 3 - EA/FR - Me. D. 08-7046

Monsieur le Conseiller maître,

La psychiatrie connaît depuis plusieurs années des évolutions importantes. Comme les autres disciplines sanitaires, elle met en œuvre les réformes issues de l'ordonnance de 2003 sur la planification sanitaire, sur la nouvelle gouvernance et s'est engagée en 2007 dans la généralisation du recueil d'informations médicalisées (RIM-P). La réforme du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui a reconnu le handicap psychique, a également créé un contexte nouveau et changé le cadre des relations avec les professionnels des champs social et médico-social. Enfin, la perspective de la création des agences régionales de santé et la mise en œuvre des conclusions du rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par le Sénateur Gérard Larcher, suscitent une réflexion globale sur l'organisation générale des soins. L'augmentation et la diversification de la demande ont simultanément conduit les professionnels à s'interroger sur les contours de leurs missions. Ces éléments m'amènent à vouloir conduire une réflexion d'ensemble sur la psychiatrie.

Certaines de ces évolutions ont déjà eu des conséquences concrètes dans l'exercice des professionnels et dans les réponses proposées aux patients, comme le montrent les volets psychiatrie et santé mentale des schémas régionaux de l'organisation des soins (SROS), ainsi que les rapports annuels sur la mise en œuvre du plan Psychiatrie et santé mentale. Les organisations des soins se sont spécifiées, dans le cadre d'une offre de soins graduée, et les projets de coopération avec les différents partenaires de la santé mentale se sont développés.

Ces évolutions restent cependant inégales selon les territoires. Elles se heurtent notamment à la grande hétérogénéité de la répartition des professionnels de la psychiatrie sur le territoire et nécessitent une clarification de la place attendues des différents acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale dans la réponse globale apportée aux patients.

Il est donc nécessaire de traiter de ces questions pour contribuer à rendre possible et accélérer la mise en œuvre des évolutions et réformes en cours nécessaires à la qualité et à la continuité des soins et des prises en charge.

C'est pourquoi j'ai décidé de créer une commission dont je souhaiterais vous confier la présidence. Elle aura pour objectif de donner un cadre aux missions et à l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale, intégrant les évolutions et réformes en cours. Elle examinera notamment les thématiques suivantes :

- les missions de la psychiatrie et de la santé mentale : il s'agira de travailler sur l'organisation des prises en charge, de la prévention à la réinsertion, afin d'améliorer le parcours de soins des patients, en incluant les relations entre les professionnels sanitaires publics et privés ainsi que les partenariats avec les acteurs du champ social et médico-social ;

Monsieur Edouard COUTY
Conseiller maître à la Cour des Comptes
13 rue Cambon
75100 PARIS CEDEX01

2.

- la démographie médicale et soignante et les collaborations professionnelles : la place des différents acteurs et les modalités de leur coopération seront au cœur de la réflexion, qu'il s'agisse des médecins généralistes ou d'autres professionnels, dans une perspective d'évolution des métiers ;
- les politiques de santé publique abordées sous l'angle de la santé mentale, notamment en matière de prévention individuelle et collective : l'approche devra intégrer les différents âges de la vie, le repérage des troubles, l'information des familles, des professionnels et de la population.

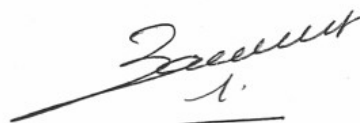
Cette réflexion sera l'occasion de décliner le contenu du rapport Larcher sur l'organisation territoriale des soins et les coopérations entre établissements de santé. Elle permettra également d'envisager les modalités d'hospitalisation des personnes malades, en particulier l'obligation de soins dans le cadre des hospitalisations sans consentement.

La commission sera composée de représentants institutionnels et syndicaux, d'associations et acteurs du domaine de la psychiatrie et santé mentale, ainsi que de personnalités qualifiées, issues notamment de l'hospitalisation publique et privée mais également des autres domaines de l'offre de soins, du secteur social et médico-social. La commission disposera de rapporteurs, dont un inspecteur général des affaires sociales. Elle pourra recueillir les contributions de partenaires et d'autres acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale par le biais, entre autres, d'auditions. Elle devra rendre ses conclusions pour le mois de novembre 2008.

Le secrétariat de la commission sera assuré par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

Je suis sûr que les travaux que vous présiderez contribueront à dessiner les contours de la psychiatrie et des actions en santé mentale de demain.

Je vous prie l'expression, monsieur le Conseiller maître, de mes salutations distinguées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN



Liberté · Égalité · Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé,

de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative

Le Directeur adjoint de Cabinet

Paris, le - 6 AOUT 2008

CAB 3 EA/FR - Me. D. 08-9053

Monsieur l'inspecteur général,

La psychiatrie connaît depuis plusieurs années des évolutions importantes. L'augmentation et la diversification de la demande ont conduit les professionnels à s'interroger sur les contours de leurs missions. La réforme du 11 février 2005, qui a reconnu le handicap psychique, a changé le cadre des relations avec les professionnels des champs social et médico-social. Parallèlement, la psychiatrie, comme l'ensemble des disciplines sanitaires, est engagée dans la mise en œuvre de réformes sur la planification sanitaire, sur la nouvelle gouvernance et travaille à la définition d'un modèle de tarification à l'activité. La création des agences régionales de santé (ARS) et la déclinaison des conclusions du rapport de la commission de concertation sur les missions de l'Hôpital, présidée par Monsieur Gérard Larcher, auront également un impact sur cette activité.

Certaines de ces évolutions se sont déjà traduites dans l'exercice des professionnels comme en témoignent les volets psychiatrie et santé mentale des SROS et les bilans de mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Les organisations des soins se sont spécifiées dans le cadre d'une offre de soins graduée et les projets de coopération avec les partenaires de la santé mentale se sont développés. Néanmoins, ces évolutions restent inégales selon les territoires.

C'est pourquoi madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, a souhaité créer une commission, qui aura pour objectif de donner un cadre aux missions et à l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale, intégrant ces évolutions et réformes en cours. La commission sera présidée par monsieur Edouard Couty, conseiller maître à la cour des comptes. La réflexion portera sur :

- les missions de la psychiatrie et de la santé mentale : l'organisation des prises en charge, l'amélioration du parcours de soins des patients, en incluant les partenariats avec les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- la démographie médicale et soignante et les collaborations professionnelles ;
- les politiques de santé publique abordées sous l'angle de la santé mentale notamment en matière de prévention, en intégrant les différents âges de la vie, le repérage des troubles, l'information des familles, des professionnels et de la population.

Monsieur Roland CECCHI-TENERINI

Inspecteur général des affaires sociales

IGAS

39-43 qui André Citroën

75739 PARIS CEDEX 15

14 avenue Duquesne - 75350 Paris 07 SP - Tél. : 01 40 56 60 00

www.sante.gouv.fr

2

La commission devra rendre ses conclusions pour le mois de novembre 2008, après avoir examiné l'ensemble de ces problématiques et recueilli les contributions des professionnels et acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.

Compte tenu de l'ampleur des travaux à mener, je vous demande de seconder le président de la commission en qualité de rapporteur général de la commission.

Vous serez plus particulièrement chargé des questions relatives à la politique de santé publique, à la prévention et à l'épidémiologie.

Afin de préparer les travaux de la commission dès septembre, vous voudrez bien, d'une part, engager un travail de documentation des sujets dont vous assurez la coordination et, d'autre part, procéder aux auditions qui vous apparaîtraient opportunes, ces travaux gagnant à être engagés dès maintenant.

Vous pouvez vous appuyer à cet effet sur les services de la DHOS (Michel Gentile, chef du bureau O2 et Christine Bronnec, chargée de mission au bureau O2) et, concernant les auditions, sur la liste des auditions recensées par la commission que vous trouverez en annexe.

Vous assurerez la synthèse des débats à l'issue de chaque réunion plénière. Vous participerez également, sous l'égide du président, à la rédaction du rapport qui synthétisera les réflexions et propositions de la commission.

Je vous prie de croire, monsieur l'inspecteur général, à l'assurance de mes salutations distinguées.



Philippe SAUVAGE



Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

00516

Paris, le 16 JUIL. 2008

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

à

Monsieur Patrick BROUDIC
Monsieur Dominique NOIRE
Conseillers généraux des établissements de santé

Objet : Commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale.

Messieurs les conseillers généraux,

Je vous demande de bien vouloir participer, en qualité de rapporteurs à la Commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et santé mentale, installée le 7 juillet 2008, présidée par Monsieur Edouard COUTY.

Je vous prie de croire, Messieurs les conseillers généraux, à l'assurance de ma considération.

Avec mes remerciements

La Directrice de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des Soins

Annie PODEUR

Annexe 2 : Membres de la commission

Edouard COUTY Conseiller maître à la Cour des Comptes	Président de la commission
Dr. Roland CECCHI-TENERINI Inspecteur général des affaires sociales	Rapporteur général
M. Patrick BROUDIC Conseillers généraux des établissements de santé	Rapporteur
M. Dominique NOIRE Conseillers généraux des établissements de santé	Rapporteur
Syndicats Médicaux	
Pr Patrick HARDY	SNAM HP Syndicat national des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des hôpitaux publics
Dr Pierre FARAGGI	CHG Confédération des hôpitaux généraux
Dr Jean-Luc JURIN	CSMF Confédération des syndicats médicaux français
Dr François KAMMERER	SPF- Syndicat des psychiatres français
Dr. Norbert SKURNIK	C.M.H Coordination Médicale Hospitalière
Dr ; Rachel BOCHER	I.N.P.H. Inter syndicat national des praticiens hospitaliers
Fédération et conférences	
M. Alain SÆUR	FHF Fédération hospitalière de France
Dr Patrick LEMOINE	FHP Fédération de l'hospitalisation privée
M. Roland LUBEIGT	ADESM Association des Etablissements participants au service public de santé mentale
M. Jérôme ANTONINI	FEHAP Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif

Conférence des présidents de CME de CHS	Dr Yvan HALIMI
Patients / familles	
Mme. Claude FINKELSTEIN	FNAP-PSY Fédération nationale des associations de patients en psychiatrie
M. Jean CANNEVA	UNAFAM Union nationale des amis et familles de malades mentaux
Président du comité de suivi du Plan Santé mentale et psychiatrie	
Dr. Alain LOPEZ	IGAS Inspection Générale des Affaires Sociales
Personnes qualifiées	
Pr Marie Rose MORO	Professeur de pédopsychiatrie Chef de service hôpital d'Avicenne
Pr Viviane KOVESS-MASFETY	Université Paris Descartes EA 4069 Fondation MGEN pour la santé publique
M. Marcel JAEGER	IRTS Institut régional en travail social Ile De France
Mme Gladys MONDIERE	Psychologue – EPSM Lille métropole
Mme Annick PERRIN-NIQUET	Directrice de soins
Administrations centrales	
Mme Martine KRAWCZAK sous directrice F. COLLOMBET-MIGEON chargée de mission	DHOS Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Mme Nadine RICHARD, Chef de bureau Dr. Marie-Claire TRAMONI, conseillère technique	D.G.S. Direction générale de la Santé
Mme Evelyne SYLVAIN, Directrice des établissements et services	CNSA Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
Dr. Martine BARRES	D.G.A.S. Direction générale de l'action sociale

Annexe 3 : Thématiques et planning des auditions et des séances de la commission

1. INSTALLATION DE LA COMMISSION : 7 JUILLET 2008

2. ORGANISATION DES TRAVAUX : 16 JUILLET 2008

3. AUDITIONS GENERALES DU 2 ET 9 SEPTEMBRE

4. AUDITIONS THEMATIQUES

Besoins en santé mentale et épidémiologie, présentation du plan « psychiatrie et santé mentale »

Discutant : PR. Viviane Kovess – Dr. Alain Lopez

Mardi 16 septembre 2008

Santé mentale et société

Discutant : Dr. Jean – Luc Roelandt

Mardi 23 septembre 2008 :

Santé mentale et sectorisation Infanto juvénile

Discutant : Pr. Marie –Rose MORO

26 septembre 2008

Offre de soins, accès aux soins psychiatriques, REPERAGE des troubles et diagnostic précoce

Discutant : Dr Yvonne Coinçon

Mardi 30 septembre 2008

Démographie et métiers

Discutant : Pr. Bougerol

Mardi 7 octobre 2008

Santé publique, prévention primaire et promotion de la santé

Discutant : Dr. Bernard Basset

Mardi 14 octobre 2008

Modes de prise en charge des patients

Discutant : Pr. Hardy- Baylet

Mardi 21 octobre 2008

Structure et organisation des établissements, et table ronde avec les représentants des conférences directeurs et présidents de la CME des hôpitaux et des CHU

Discutant : Jean Louis Bonnet

Mardi 28 octobre 2008

Formation

Discutant Formation : Pr Sechter

Mardi 4 novembre 2008

Les Expériences européennes	
Séance du 12 novembre 2008	
Thématique	Nom
Compétences de l'union européenne en matière de santé	Emmanuelle JEAN DIRECTION GENERALE DE LA SANTE (D.G.S.)
Pacte européen en santé mentale et travaux européens	Jurgën SCHEFTLEIN : Communauté européenne DG-SANCO
La santé mentale dans les soins de santé primaire (OMS)	Jean-Luc ROELANDT Représentant Benedetto Saraceno : OMS
La place des usagers et des familles	Anneke BOLLE Pays-Bas
Les professionnels ayant connu un parcours d'utilisateur	Kerstin Back MOLLER Danemark
La réforme du système de santé mentale en Angleterre	Susannah HOWARD NHS Grande-Bretagne
Les compétences nécessaires pour des services de santé mentale performants	Peter RYAN NHS Grande-Bretagne
L'expérience de Trieste	Michèle ZANETTI Italie
Quels enseignements en tirer pour la France	Débat

Recherche en psychiatrie et en sante mentale

Discutant recherche : Pr Georgieff

lundi 15 septembre 2008

Réinsertion et réhabilitation

Discutant : Dr Martine BARRES

Mardi 18 novembre 2008

5. SEANCES DE SYNTHESE

Mardi 25 novembre et 2 décembre 2008

Annexe 4 : liste des personnes auditionnées

Mme	Jeanine	ACCOCE	Responsable de la Fédération française de Psychologie et des Psychologues
M.	Alain	ACQUART	Représentant du syndicat SUD santé sociaux
Dr	Charles	ALEZRAH	Représentant du Syndicat des psychiatres de secteur
Dr	Marie-Laure	ALBY	Vice-présidente de Médecins Généralistes France (MG France)
M.	Jérôme	ANTONINI	Directeur du pôle sanitaire et coordonnateur du pôle santé social de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)
M.	Pierre	ARWIDSON	Directeur des affaires scientifiques de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
M.	Jean-David	ATTIA	Psychiatre
Dr	Martine	BARRES	Conseillère technique à la sous-direction des personnes handicapées de la Direction Générale des Affaires Sociales
Dr	Bernard	BASSET	Directeur adjoint de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
Pr	Franck	Baylet	Hôpital saint- Anne
Pr	Daniel	BEAUNE	Professeur de psychologie à l'Université Charles de Gaulle Lille III
Dr	Mathieu	BELLAHSEN	Président de l'Association française pour la formation en psychiatrie
Dr	Maurice	BENSOUSSAN	Représentant du Syndicat des psychiatres français
Mme	Marie-Noëlle	BESANCON	Présidente de l'association "les invités du festin"
M.	Nicolas	BEST	Représentant de la Conférence des directeurs généraux de centres hospitaliers universitaires
Dr	Rachel	BOCHER	Présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH)
Dr	Olivier	BOITARD	Président de l'Union syndicale de la psychiatrie
Mme	Anneke	BOLLE	Fédération des associations d'usagers, Pays-Bas
Dr	Paul	BONNAN	Psychiatre, centre hospitalier de Cadillac
Dr	Sophie	BONNEL	Psychiatre, centre hospitalier de la région d'Annecy
M.	Jean-Louis	BONNET	Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes
M.	Michel	BOTBOL	Psychiatre, Direction de la protection judiciaire de la jeunesse
M.	Guy	BOUDET	Chef de bureau de la formation et de l'exercice des professions paramédicales et des personnels hospitaliers à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Pr	Thierry	BOUGEROL	Président du Syndicat universitaire de psychiatrie
Pr	Marie-Michèle	BOURRAT	Pédopsychiatre, centre hospitalier universitaire de Limoges
Dr	Fabrice	BOYER	Vice-président de l'Intersyndicat national des chefs de clinique assistants (INCCA)

Mme	Yolande	BRIAND	Fédération nationale des syndicats des services de santé et des services sociaux CFTD
Mme	Anne-Marie	BROCAS	Directrice de la Direction de la recherche, des études et de la statistique
Mme	Martine	BURDILLAT	Secrétaire générale de l'Observatoire national de la démographie des personnels de santé
Dr	Marie-Christine	CABIE	Psychiatre, centre hospitalier d'Esquirol
Pr	Vincent	CAMUS	Psychiatre, centre hospitalier universitaire de Tours
M.	Jean	CANNEVA	Président de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques
Mme	Aude	CARIA	Psychologue, responsable de la Maison des usagers du centre hospitalier de Sainte Anne
Mme	Marie-Claude	CATHELINEAU	Secrétaire de la commission nationale "fonction publique hospitalière" du Syndicat national des psychologues
Mme	Christine	CHAN-CHEE	Chargée de mission à l'Institut national de veille sanitaire (INVS)
M.	Jean	CHAPELLET	Directeur régional des affaires sanitaires et sociales de Provence Alpes Côte d'Azur
Mme	Véronique	CHARON	Directrice de l'Institut de formation en soins infirmiers de Peray Vaucluse
M.	Jean-Luc	CHASSAGNOL	Directeur du centre hospitalier de Sainte-Anne
Dr	René	CLEMENT	Psychiatre, centre hospitalier Sainte Marie de Rodez
Dr	Philippe	CLERY-MELIN	Psychiatre, clinique médicale du Château de Garches
Mme	Bérangère	CROCHEMORE	Présidente de l'intersyndicale autonome de médecine générale (ISNAR)
Pr	Jean-Marie	DANION	Psychiatre, Hôpitaux universitaires de Strasbourg
Pr	Anne	DANION-GRILLAT	Pédopsychiatre, Hôpitaux universitaires de Strasbourg
M.	André	DARBAS	Infirmier et directeur de l'association des lieux de vie essoniens (ALVE)
M.	Jean-Marie	DELARUE	Contrôleur général lieux privatifs de liberté
M.	Luc	DELRUE	Fédération des personnels des services publics et de santé - Force Ouvrière
M.	Jean-Jacques	DELUCHEY	Directeur d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale en Seine Saint Denis
M.	Claude	D'HARCOURT	Directeur de la direction de l'administration pénitentiaire
Dr	Diane	DINGLI	Psychiatre
Dr	Patrice	DOSQUET	Directeur à la HAS
M.	Christian	DUBOSQ	Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Haute Normandie
Dr	Bernard	DURAND	Président de l'association Croix Marine
Dr	Laurent	EL GHOZI	Médecin urgentiste, Maire adjoint de Nanterre
Dr	Xavier	EMMANUELLI	Ancien secrétaire d'Etat, président du Samu social à Paris
Dr	Pierre	FARAGGI	Psychiatre, centre hospitalier de Cadillac
M.	Francis	FELLINGER	Président de la Conférence des présidents de CME de CHG

M.	Hugues	FELTESSE	Délégué à la défenseure des enfants
Mme	Claude	FINKELSTEIN	Présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAP-PSY)
M.	André	FLAJOLET	Député du Nord Pas de Calais, auteur du rapport "Les disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire"
M.	Michel	FLORENTIN	Délégué interministériel adjoint à la Ville
M.	Denis	FRECHOUX	Représentant le Président de la Conférence des directeurs de centre hospitalier
Dr	Jean	FURTOS	Directeur de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ORSPERE), centre hospitalier Le Vinatier
Dr	Dominique	GALLARD	Médecin, conseiller technique auprès du Directeur de l'Administration pénitentiaire
Dr	Bertrand	GARNIER	Vice président du Syndicat des psychiatres d'exercice public
Mme	Françoise	GAUNET-ESCARAS	Maire adjoint de Marseille
Dr	Dominique	GENOUD	Médecin de santé scolaire en Haute Savoie, Rectorat de Grenoble
Dr	Nicolas	GEORGIEFF	Psychiatre, centre hospitalier Le Vinatier
M.	Patrick	GOHET	Délégué interministériel aux personnes handicapées
M.	Eric	GRAINDORGE	Directeur du centre hospitalier de Paul Guiraud - Villejuif
Dr	Hervé	GRANIER	Représentant du Syndicat national des psychiatres privés
M.	Tim	GREACEN	Chargé de recherche au laboratoire de recherche du centre hospitalier Maison Blanche
M.	Jérôme	GUEDJ	Vice-président du Conseil général de l'Essonne
Dr	Françoise	GUEDJ	Chef de service du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil au centre hospitalier de Sainte Anne
M.	Xavier	GUENSER	Union nationale des syndicats autonomes - Santé et sociaux
Dr	Yvan	HALIMI	Président de la Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers Spécialisés
Dr	Marc	HAYAT	Représentant de la Conférence des présidents de CME des établissements de santé privés à but non lucratif (SPASM)
M.	Jacques	HOUVER	Cadre socio-éducatif, centre hospitalier Le Vinatier
Mme	Susannah	HOWARD	Institut national pour la santé mentale, Angleterre
Dr	Elisabeth	HUBERT	Ancien ministre, Présidente de la Fédération Nationale d'hospitalisation à domicile
Mme	Emmanuelle	JEAN	Chef de mission sur les affaires européennes à la Direction Générale de la Santé
Pr	Claude	JEANDEL	Gériatre, centre hospitalier universitaire de Montpellier
M.	Paul	JEANNETEAU	Député de Maine et Loire
Mme	Danielle	JOURDAIN-MENNINGER	Inspectrice générale des affaires sociales
M.	Michel-Léopold	JOUVIN	Directeur du centre hospitalier de Jury les Metz
M.	Philippe	JUVIN	Maire de la Garenne-Colombes
Dr	Serge	KANNAS	Directeur de la Mission nationale d'appui en santé mentale
Dr	Vassilios	KAPSAMBELIS	Président de l'Association de santé mentale du 13ème Paris

Pr	Viviane	KOVESSE- MASFETY	Professeur en épidémiologie, fondation MGEN
Pr	Christophe	LANCON	Psychiatre, Assistance Publique -Hôpitaux de Marseille
Mme	Maryse	LEPEE	Secours Catholique
M.	Jean-Marie	LE GUEN	Député et adjoint au maire de la ville de Paris, chargé de la Santé Publique et des relations avec l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
Pr	Marion	LEBOYER	Psychiatre, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, hôpital A. Chenevier
Dr	Denis	LEGUAY	Psychiatre, centre hospitalier CESAME à Angers
Dr	Olivier	LEHEMBRE	Fédération Française de psychiatrie
Dr	Raymond	LEMOINE	Directeur de la certification et des évaluations des pratiques professionnelles HAS
Mme	Anne-Laure	LEPORI	Vice présidente de l'Association nationale des étudiants en médecine de France
Dr	Alain	LOPEZ	membre de l'IGAS
M.	Roland	LUBEIGT	Président de l'Association des établissements de santé mentale (ADESM)
M.	Pierre	MALGOUVRES	Infirmier, Cabinet infirmier Saint-Alban
Mme	Marie-Claude	MARMILLOUD	Coordinatrice du réseau handicap psychique de l'Isère (RHéPI)
M.	Gérard	MASSE	Psychiatre, Président de la CME du centre hospitalier de Sainte Anne et ancien président de la Mission nationale d'appui en santé mentale
Dr	Pierre	MICHELETTI	Directeur de Médecins du monde
Dr	Vincent	GIRARD	Psychiatre, responsable de l'équipe mobile de psychiatrie précarité à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
M.	Kerstin	BACK- MOLLER	Directeur de l'Education, Université d'Aarhus, Danemark
Pr	Marie-Rose	MORO	Pédopsychiatre, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, Hôpital Avicenne
Dr	Christian	MULLER	Psychiatre, centre hospitalier Lille Métropole
Dr	Maurice	NEGRE	Médecin, Hôpital Sainte-Marie de Nice
M.	Alain	NICOLET	Vice-Président de l'UNCPHY
Dr	Bernard	ODIER	Représentant de la Conférence des présidents de CME des établissements de santé privés à but non lucratif (SPASM)
Dr	Catherine	PAULET	Psychiatre, Assistance Publique -Hôpitaux de Marseille et présidente de l'association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
Dr	Jean-Claude	PENOCHET	Secrétaire général du Syndicat des psychiatres des hôpitaux
Dr	Sylvie	PERON	Gériatre, Présidente de la CME du centre hospitalier V. Dupouy d'Argenteuil
Dr	Dominique	PETON-KLEIN	Directeur de projets sur les soins aux détenus, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
M.	Bruno	PIGAUX	Directeur d'Etablissement de la Fondation Bon Sauveur
Dr	Nathalie	PRIETO	Psychiatre, Cellule d'urgence médico-psychologique de Lyon
Mme	Nadine	PRIGENT	Fédération de la santé et de l'action sociale - CGT

Dr	Fabien	QUEDEVILLE	Président du Syndicat national des jeunes médecins généralistes
Dr	Richard	RECHTMAN	Psychiatre et directeur de l'Institut Marcel Rivière
Mme	Catherine	RICHARD	Chargée de mission à la Délégation Interministérielle à la Ville
Dr	Michaël	ROBIN	Chef de service de psychiatrie générale au CH de Charcot
Dr	Jean-Luc	ROELANDT	Psychiatre, Directeur du Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS)
Mr	François	ROMANEIX	Directeur général de la HAS
Pr	Frédéric	ROUILLON	Psychiatre, centre hospitalier de Sainte Anne
Dr	Roger	RUA	Secrétaire général du Syndicat des médecins libéraux
Pr	Peter	RYAN	Professeur au Royaume-Uni
Dr	Roger	SALBREUX	Psychiatre – secrétaire général du conseil national handicap, président de l'association scientifique de psychiatrie institutionnelle
Dr	Jean-Claude	SAMUELIAN	Représentant le Président de la Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers universitaires
M.	Olivier	SCHMITT	Représentant du Syndicat national des psychiatres privés
Pr	Daniel	SECHTER	Psychiatre, centre hospitalier universitaire de Besançon, Président du Collège national universitaire de psychiatrie
Mme	Hélène	STROHL	Présidente du Groupe national d'évaluation de la loi de 1990, inspectrice générale des affaires sociales
Dr	Norbert	SKURNIK	Psychiatre, centre hospitalier de Maison Blanche, représentant de la Coordination médicale hospitalière (CMH)
Dr	Eric	TANNEAU	Représentant du Syndicat des Médecins libéraux
Dr	Roland	TEBOUL	Pédopsychiatre, centre hospitalier de Ville Evrard, membre de l'Association des psychiatres d'inter-secteurs infanto juvéniles (API)
Dr	Dolorès	TORRES	Chef de service de psychiatrie, centre hospitalier E. Toulouse
M.	Maurice	TOULLALAN	Directeur du centre hospitalier V. Duruy d'Argenteuil
M.	Olivier	VERAN	Président de l'Intersyndicat national des internes des hôpitaux
Dr	Gilles	VIDON	Psychiatre, centre hospitalier d'Esquirol
M.	Albert	VUAGNAT	Chargé de mission à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Mme	Françoise	WEBER	Directrice générale de l'Institut Veille Sanitaire
Mme	Stéphanie	WOOLEY	Présidente de l'association France Dépression
M.	Michel	ZINETTI	Service Santé mentale de Trieste, Italie
Ont été auditionnés :			
Les organisations syndicales de salariés : CGT - CFDT - CGT.FO - UNSA - CFTC - SUD - CFE CGC			
Le groupe de travail réuni à l'initiative de monsieur JOUVIN, Directeur du Centre hospitalier de Jury-les-Metz			

Annexe 5 : Santé mentale : éléments statistiques

1. LA MORBIDITE PSYCHIATRIQUE, DES DONNEES DE PREVALENCE.

Les études de prévalence menées en France ont porté souvent sur des populations spécifiques (RMistes et sans domicile fixe, jeunes, salariés d'entreprises) ou sur une ou plusieurs régions. Elles ont permis ainsi de montrer que les pathologies psychiatriques variaient fortement en fonction de données sociodémographiques ou économiques comme l'âge, le sexe, le statut matrimonial, les revenus, le niveau d'études ou les professions et catégories socioprofessionnelles (PCS).

Il existe peu d'études en France menée en population générale permettant d'estimer la prévalence (une année donnée) au niveau national des principales pathologies psychiatriques. Il existe quelques enquêtes permettant d'estimer la prévalence des troubles les plus fréquents comme les troubles dépressifs ou les troubles anxieux.

Il n'existe aucune étude permettant d'estimer la prévalence de pathologies à basse prévalence comme les psychoses délirantes chroniques (dont la schizophrénie), ou les troubles bipolaires.

Selon les groupes de travail mis en place à l'occasion de la préparation de la loi de santé publique 2005 (GTNDO-2003), la prévalence vie entière des troubles bipolaires serait de l'ordre de 1.2 % en population générale adulte et celle des troubles psychotiques délirants serait de l'ordre de 1% en population générale adulte, la schizophrénie représentant la moitié, voir le tiers, de ces troubles psychotiques délirants.

Les enquêtes SMPG (*santé mentale en population générale*) réalisées par le CCOMS-Lille avec la Drees sont des enquêtes par quota menée en population générale (*personnes âgées de plus de 18 ans vivant à domicile*) avec interview en face à face à l'aide du MINI. Selon celles-ci, les prévalences vie entière en France seraient pour les troubles de l'humeur avec épisode maniaque de 1.6% et pour les syndromes d'allure psychotique de 2.8%.

a) Les troubles anxieux et les troubles de l'humeur. Prévalence à 12 mois

↳ L'enquête ESEMED-2002. [European Study of Epidémiology of Mental Disorders].

Echantillon obtenu par tirage aléatoire de numéros téléphoniques.

2894 personnes interrogées en face à face à domicile par enquêteurs formés à l'utilisation de l'outil WMH-CIDI-2000 – Taux de réponse 46% en France.

Troubles dépressifs : épisode dépressif majeur (EDM), dysthymie, troubles bipolaires I et II ou subthreshold bipolar disorder

Troubles anxieux : agoraphobie, Etat de stress post-traumatique (ESPT), phobie sociale, phobie spécifique, trouble anxieux généralisé (TAG), trouble panique

Troubles du contrôle des impulsions : intermittent explosive disorder, oppositional défiant disorder, troubles des conduites, troubles du déficit de l'attention et hyperactivité

Dépendance ou abus de substances : abus d'alcool ou de drogues avec ou sans dépendance

Tableau 1 : Prévalence (%) sur les douze derniers mois des troubles WMH-CIDI/DSM-IV Enquête ESEMed 2002

Pays	Troubles anxieux	Troubles de l'humeur	Troubles du contrôle des impulsions	Dépendance ou abus de substances	Au moins un trouble
Belgique	6.9	6.2	1.0	1.2	12.0
France	12.0	8.5	1.4	0.7	18.4
Allemagne	6.2	3.6	0.3	1.1	9.1
Italie	5.8	3.8	0.3	0.1	8.2
Pays Bas	8.8	6.9	1.3	3.0	14.9
Espagne	5.9	4.9	0.5	0.3	9.2

Source : présentation de V. Kovess le 14 septembre 2008 à la commission COUTY sur la psychiatrie.

↳ Le baromètre santé 2005.

Echantillon obtenu par tirage aléatoire de numéros téléphoniques

16 883 personnes âgées de plus de 15ans interrogées au téléphone par des enquêteurs professionnels à l'aide de l'outil CIDI-SF¹⁶ / DSM-IV. Taux de réponse 60%

Tableau 2 : Prévalence des troubles dépressifs sur les 12 mois précédant Enquête du baromètre santé 2005

	%*	% [IC 95%]
Episode dépressif majeur (EDM)	7.8	7.4 – 8.2
EDM léger	0.4	0.3 – 0.5
EDM moyen	4.2	3.9 – 4.5
EDM sévère	3.2	2.9 – 3.5
Trouble dépressif unique	2.9	2.6 -3.2
Troubles dépressifs récurrents	3.8	3.5 – 4.1
Troubles dépressifs chroniques	1.2	1.0 – 1.4

* Effectif global n= 16 883

b) **Morbidité psychiatrique dans la population infantile. Données de prévalence.**

Il n'existe pas d'enquête en population générale, à l'exception de celle menée en région PACA, permettant d'estimer la prévalence des troubles mentaux dans la population infanto-juvénile France entière.

↳ Enquête auprès des enfants âgés de 6 à 11 ans scolarisés en région PACA.

Enquête menée auprès d'un échantillon représentatif de 2500 enfants du CP au CM2 des écoles primaires publiques et privées dans les 2 académies d'Aix-Marseille et de Nice 100 écoles ont été tirées au sort.

3 sources d'informations : l'enfant lui-même (Dominique interactive – Valla 2000), son parent (auto-questionnaire SDQ Goodman), son enseignant (auto-questionnaire liste de symptômes).

¹⁶ short-form ou version courte

Le taux de réponse à l'enquête réunissant les questionnaires des 3 sources d'information : 54,4% (1274 triplets).

Tableau 3 : Résultats de l'enquête PACA et comparaisons internationales

Table: Comparison of parent SDQ mean scores and standard deviations for French, U.K. and U.S. children aged 4-11 years

	France (6-11 y) n=1339	U.K. (5-10 years) n= 5855	U.S.* (4-10 years) n=4843	France vs. U.K. p	France vs. U.S. p
Total difficulties	8.9(8.6-9.2)	8.6(8.4-8.7)	7.3(7.2-7.5)	0.02	<0.0001
Emotional symptoms	2.1(2.0-2.2)	1.9 (1.8-1.9)	1.5(1.4-1.5)	<0.0001	<0.0001
Conduct problems	1.7(1.6-1.8)	1.6(1.5-1.6)	1.3(1.3-1.4)	NS	<0.0001
Hyperactivity/inattention	3.3(3.2-3.5)	3.6(3.5-3.7)	3.1(3.0-3.1)	<0.0001	<0.0001
Peer problems	1.8(1.7-1.9)	1.4(1.3-1.4)	1.4 (1.3-1.4)	<0.0001	<0.0001
Pro-social behavior	8.2(8.1-8.3)	8.6(8.5-8.6)	8.6(8.5-8.6)	<0.0001	<0.0001
Impairment	0.4(0.3-0.5)	0.3(0.2-0.3)	0.3(0.2-0.3)	<0.0001	NS

Source : communication de V. Kovess le 14 septembre 2008 à la commission « COUTY » sur la psychiatrie.

2. L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE

Selon une publication de la DREES, le nombre de psychiatres était de 13767 au 1^{er} janvier 2004, soit **un nombre moyen de 22.2 psychiatres pour 100 000 habitants**. Ces psychiatres avaient leur activité principale à 41% dans le secteur public, et à 47% dans le secteur libéral.

Tableau 4 : Répartition des psychiatres selon leur secteur d'activité principale Année 2004 - Source DREES

	%
Hôpital public	41
Privé PSPH	5
Privé	1
Cabinet libéral	47
Autres	7
Total	100

Le nombre de lits d'hospitalisation complète était en 2006, tous types d'établissements confondus de 57 784 soit **91,7 lits d'hospitalisation complète pour 100 000 habitants** (source SAE 2006). Cette information est à relativiser car l'offre de soins en psychiatrie est très diversifiée en France, le secteur ambulatoire et libéral s'étant largement développé.

Tableau 5 : Offre hospitalière de soins en psychiatrie en France secteur public et secteur privé confondus.

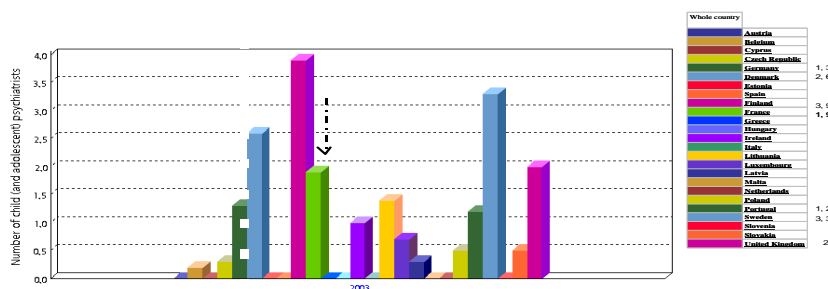
Équipement	psychiatrie générale	psychiatrie infantojuvénile	TOTAL	remarque
Nombre de lits hospit. complète	55 701	2 083	57 784	source : SAE 2006 tous statuts d'établissements
Nombre de places d'hospit. de jour et de nuit	17 797	8 930	26 727	source : SAE 2006 tous statuts d'établissements
Equipement des secteurs				
Nombre de lits sectorisés	37 321	1 512	38 833	RAS 2003 (rapport d'activité des secteurs)
Nombre de places sectorisées	13 725	6 036	19 761	RAS 2003
Nombre de CMP	2 070	1 047	3 117	RAS 2003
dont, ouverts \geq 5/sem	66%	99%	1	RAS 2003
Nombre de CATTP	1 187	634	1 821	RAS 2003
Nombre d'hôpitaux de jours	1 203	614	1 817	RAS 2003

Source : communication de la DHOS – Novembre 2007

Des comparaisons internationales montrent que la France, pour le nombre de psychiatres par habitants, est loin d'être en situation défavorable. Source : communication de V. Kovess le 14 septembre 2008 à la commission « COUTY » sur la psychiatrie

Pour ce qui concerne le nombre de **pédopsychiatres pour 100 000 habitants**, la France n'est plus en situation aussi favorable (**1.9 pédopsychiatre**) alors que l'on compte 3.9 pédopsychiatres pour 100 000 habitants en Finlande, 3.3 en Suède, 2.6 au Danemark, 2 en Grande-Bretagne. L'Allemagne compte 1.3 pédopsychiatre pour 100 000 habitants, le Portugal 1.2.

Taux de pédopsychiatres en Europe (2003)



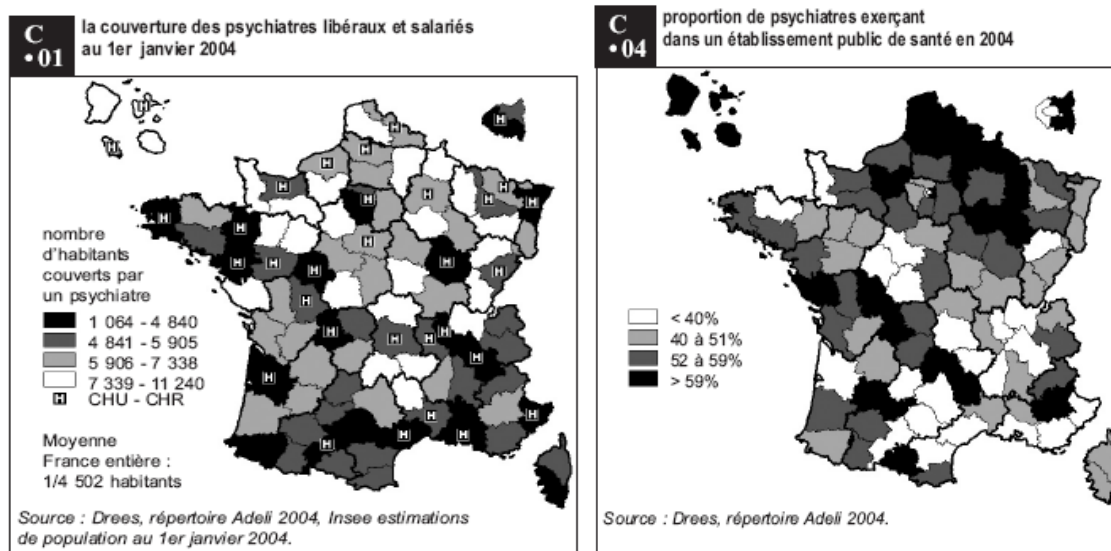
Source : communication de V. Kovess le 14 septembre 2008 à la commission « COUTY » sur la psychiatrie.

Toutefois la situation française se caractérise par de très fortes disparités régionales ou départementales dans l'offre de soins de psychiatrie.

Tableau 6 : Disparités géographiques de la densité médicale des psychiatres en France - 2006

	Minimum	Maximum
Nombre de psychiatre p. 100 000 hab. par régions	12	37
- libéraux	3	20
- salariés	8	17
Nombre de psychiatre p. 100 000 hab. par départements	10 (Eure et Loire)	94 (Paris)

Source : communication de la DHOS – Novembre 2007



Selon une publication de la DREES de novembre 2005 s'appuyant sur le répertoire ADELI de 2004, si un psychiatre couvre en moyenne une population de 4500 habitants, cette couverture varie dans un rapport de 1 à 10 entre les départements les moins bien couverts (la Mayenne, le Pas-de-Calais et la Guadeloupe) avec plus de 10 000 habitants par médecin, et Paris qui compte 1063 habitants pour un psychiatre. Ces disparités géographiques s'accompagnent de déséquilibres dans la répartition des psychiatres entre les secteurs privés et publics avec une relative désaffection pour l'hôpital public.

Tableau 7 : Postes de praticiens hospitaliers vacants – Novembre 2007

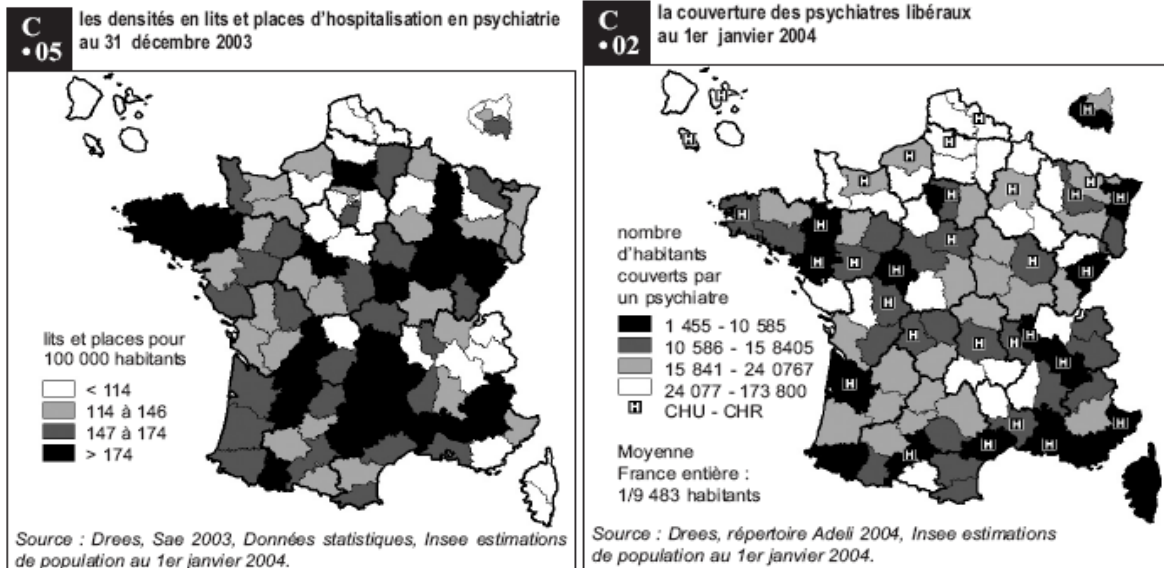
Postes de PH	Plein temps	Temps partiel	Remarque
Postes budgétés	5 285	1 369	
Postes occupés	4 147	926	
Postes réellement vacants	1 138	443	non occupés à titre transitoire
%	22%	32%	Potentiel de candidats en liste d'admission par rapport aux postes publiés: 0,7

Source : communication de la DHOS – Novembre 2007

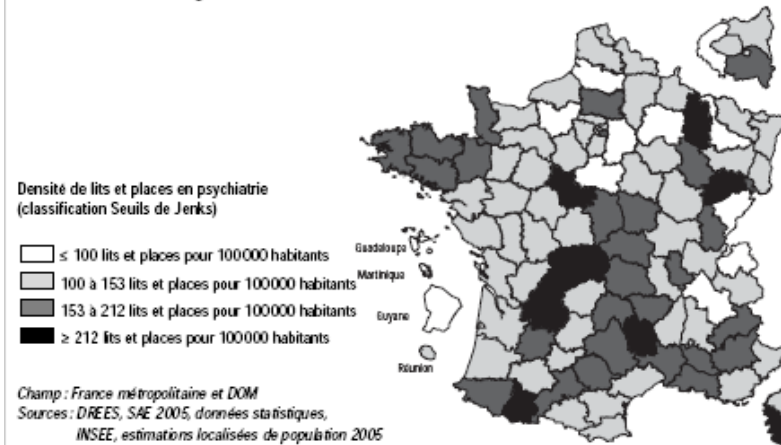
Des disparités géographiques existent également dans l'offre hospitalière proposée à la population en matière de soins psychiatriques. Ainsi selon la publication de la DREES datant de novembre 2005, la densité nationale moyenne était en 2003 de 140 lits et places d'hospitalisation à

temps partiel pour 100 000 habitants. Elle variait dans un rapport de 1 à 4. Certains départements apparaissent moins dotés que la moyenne à la fois en psychiatres libéraux et du point de vue de l'offre hospitalière. C'est le cas des départements d'outre-mer et du Nord de la France.

Tableau 8 : Disparités géographiques de l'offre de soins en psychiatrie



carte 2 ● disparités départementales d'équipements en psychiatrie générale et infantile-juvénile en 2005



3. DES DONNEES D'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE

Activité hospitalière.

Activité des établissements	Psy générale	Psy infanto-juvénile	Remarques
Entrées	608 627	21 738	source : SAE 2006 tous statuts d'établissements
Journées	18 223 802	424 778	source : SAE 2006 tous statuts d'établissements
DMS	30	19,50	source : SAE 2006 tous statuts d'établissements
Activité des secteurs			
File active totale	1 228 495	464 000	Rapport d'activité de secteur (RAS) 2003
File active exclusivement ambulatoire	836 376	4 085 900	RAS 2003
Nombre de patients pris en charge à temps complet dans l'année	311 000	12 872	RAS 2003
Nombre de patients hospitalisés en HC dans l'année	301 925	8 999	RAS2003
Journées hospitalisation complète	12 284 495	323 367	RAS 2003
DMS	41	36	RAS 2003
Total consultations étab. sectorisés	8 994 628	4 145 485	RAS 2003
Consultations CMP	6 194 579	3 644 610	RAS 2003
Journées Hosp. de jour et de nuit	2 788 616	1 470 306	RAS 2003
Journées de CATTP	1 664 848	524 424	RAS 2003

Source : communication de la DHOS – Novembre 2007

Tableau 9 : Rapports d'activité des secteurs de psychiatrie – 2003

Délai d'attente pour un 1er RV en CMP	Psychiatrie générale		Psychiatrie infanto-juvénile	
	Consultation avec un médecin	Entretien avec un autre professionnel	Consultation avec un médecin	Entretien avec un autre professionnel
<7 jours	12,50%	60,20%	4,90%	13,20%
7 à 14 jours	26,90%	19,40%	8,00%	17,50%
15 à 29 jours	36,10%	7,40%	24,00%	22,40%
30 à 90 jours	21,00%	5,30%	41,10%	22,60%
>= 3 mois	1,90%	0,90%	16,60%	9,50%
NR	1,60%	6,80%	5,40%	14,60%

Source : communication de la DHOS – Novembre 2007

Les affections de longue durée.ALD 23

Les affections psychiatriques de longue durée (ALD23) comprennent les psychoses (schizophrénies, troubles schizo-affectifs et troubles délirants persistants), les troubles de l'humeur récurrents ou persistants, les déficiences intellectuelles et les troubles graves du développement durant l'enfance (retard mental, autisme,...), les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement.

Celles-ci étaient en 2004 en 4^{ème} position en termes de fréquence dans le dispositif des affections de longue durée (ALD)¹⁷ du régime général de l'assurance maladie (y compris les sections locales mutualistes) avec **900 000 personnes**.

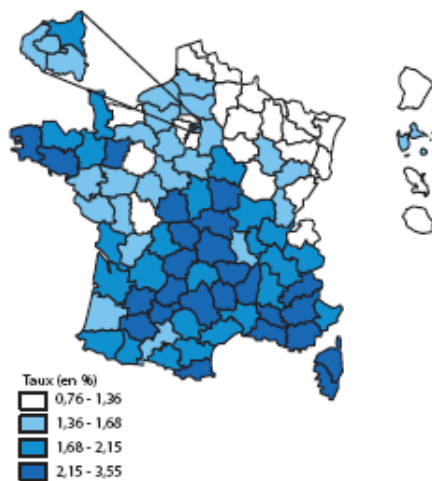
Mais avant 45 ans, ces affections sont de loin la première cause d'ALD.

- Chez les enfants (0-14 ans), les affections psychiatriques de longue durée étaient la 1^{ère} cause d'ALD (30.9% chez les garçons et 22.1% chez les filles). Les principales maladies étant le retard mental, les trisomies et les troubles envahissants du développement dont l'autisme.
- Chez l'adulte jeune (15-44 ans) les affections psychiatriques (troubles spécifiques de la personnalité, schizophrénie,...) sont toujours au 1^{er} rang des ALD (33.9% chez les garçons et 29.9% chez les filles) loin devant la 2^{ème} cause d'ALD (le diabète 9.2% chez les garçons et 12.3% les tumeurs malignes chez les filles).

Le remboursement annuel moyen pour les personnes en ALD23 était en 2004 de 9 200 euros (5 900 euros pour le diabète et 26 500 pour l'hémophilie)¹⁸.

Il existe une importante disparité géographique du taux des ALD et notamment des ALD23. **Pour les affections psychiatriques on observe une corrélation entre le taux d'ALD23 et l'offre de soins départementale** (densité de psychiatres et de lits d'hospitalisation)¹⁹.

Taux de personnes en affection de longue durée pour affections psychiatriques de longue durée, standardisés sur l'âge et le sexe, régime général (2004)



Source : étude « fréquence et coût des ALD, 2004 » - Cnamts

Consultations médicales.

Dans l'enquête permanente sur la prescription médicale de la société IMS-Health, entre le 1^{er} septembre 2005 et le 31 août 2006, les troubles mentaux représentaient, dans la classe d'âge des

¹⁷ Pratiques et organisation des soins .

¹⁸ Points de repère – octobre 2006 numéro 3

¹⁹ Points de repère – n°1 – août 2006.

25 – 64 ans, 16% chez les hommes et 18% chez les femmes des motifs de recours ou de diagnostics pour 100 séances chez un médecin libéral (4^{ème} motif).

Dans l'enquête décennale santé de l'INSEE menée en 2003 en population générale, 1 200 000 personnes (2%) déclaraient avoir consulté un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste pendant la durée de l'enquête (8 semaines). Le nombre moyen de consultation est voisin de 2. Neuf personnes sur 10 n'ont rencontré qu'un seul de ces professionnels²⁰.

L'enquête ESEMeD menée en 2000 au niveau européen montre également que le premier recours aux soins pour des pathologies psychiatriques (WMH-CIDI) est le médecin généraliste dans tous les pays. *Source : communication de V. Kovess le 14 septembre 2008 à la commission « COUTY » sur la psychiatrie.*

La France présente toutefois une spécificité avec le plus faible ré-adressement du médecin généraliste vers le système spécialisé en psychiatrie pour les troubles de l'humeur ($p < 0.001$) et les troubles anxieux. Les différences observées avec les autres pays pour la dépendance ou abus de substance ne sont pas statistiquement significatives. *Source : communication de V. Kovess le 14 septembre 2008 à la commission « COUTY » sur la psychiatrie.*

4. PLANIFICATION DES SOINS, UNE APPROCHE DES BESOINS EN SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

Dans un objectif de planification une recherche a été réalisée dans 4 régions françaises en 2004-2005. Cette recherche comprenait une enquête en population réalisée par interview téléphonique sur un échantillon aléatoire de 5000 personnes en moyenne. Les taux de réponse ont oscillé entre 55 et 65% suivant les régions. Différents instruments ont été utilisés dont le SF36 (mesure de la qualité de vie) et le CIDI-SF (DSM-IV, troubles anxieux, troubles dépressifs et problèmes d'abus de substances).

Un besoin de soins en santé mentale a été défini comme une expression de la détresse psychologique, des difficultés dans la vie quotidienne dues à un problème de santé mentale, le fait d'avoir manqué une ou plusieurs journées de travail pour un problème de santé mentale, la présence d'un diagnostic des problèmes les plus fréquents en population générale (dépression, anxiété ou problèmes avec les substances associés ou non à de la détresse et à une gêne modérée), ou la présence de plus d'un diagnostic mais dans des catégories de troubles identiques. Cet ensemble de problèmes a été considéré comme relevant du système de soins de première ligne (médecin généraliste, psychologue ou psychothérapeute).

Un besoin de soins en psychiatrie a été traduit par l'existence d'une comorbidité entre 2 familles différentes de diagnostics DSM-IV ou un diagnostic psychiatrique avec un retentissement sévère dans la plupart des domaines de la vie. Cet ensemble de problème a été considéré comme relevant de la psychiatrie, libérale ou publique.

Ainsi définis, 20% de la population présenterait des besoins de soins en santé mentale alors que 3 à 7 % aurait un besoin de prise en charge psychiatrique. Cette recherche montre cependant qu'il existe de grandes disparités géographiques des besoins et que ceux-ci ne recouvrent pas toujours celles observées dans l'offre de soins.

Besoins de soins en santé mentale en Ile de France : deux territoires ont des besoins élevés et deux des besoins moyens. On note que sauf pour Paris, le Val de Marne et la Seine et Marne, les densités ne correspondent pas aux besoins en particulier en Seine Saint Denis où les besoins sont les plus élevés et la densité la plus faible.

²⁰ Etudes et résultats – DREES- n° 533 novembre 2006.

Besoins de soins en psychiatrie en Ile de France : 8,5% des personnes interviewées, soit 457 personnes, ont un besoin de soins en psychiatrie. La moyenne se situe entre 7,5% et 9,5%. Deux territoires de santé et huit territoires de proximité sont concernés par une prévalence élevée. A noter des disparités importantes dans certains territoires de santé comme les Hauts de Seine où le nord est à fort besoin, ou encore le Nord Ouest dans l'Essonne, l'Est des Yvelines ainsi que le Nord de Paris. *Source : communication de V. Kovess le 14 septembre 2008 à la commission « COUTY » sur la psychiatrie.*

