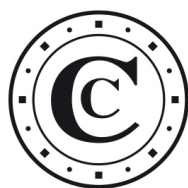


Cour des comptes



LES PARCOURS DANS L'ORGANISATION DES SOINS DE PSYCHIATRIE

Rapport public thématique

Février 2021

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Délibéré	9
Synthèse	11
Récapitulatif des recommandations	21
Introduction	23
Chapitre I La bonne organisation des soins en santé mentale : un impératif essentiel mais encore négligé	27
I - Plus de deux millions de patients par an avec des besoins très différents	27
A - La diversité des besoins et de l'offre de soins	28
B - L'absence de réponse graduée par type de besoin porte atteinte à l'efficacité du système	47
II - Des parcours insatisfaisants pour les patients souffrant des troubles les plus sévères	59
A - La part trop importante des hospitalisations de longue durée	59
B - Un manque de continuité	62
C - Des « entrées » dans les soins sous contrainte faute d'anticipation et de suivi	68
Chapitre II Une gradation des soins nécessaire pour la mise en place de parcours efficaces	73
I - Des leviers juridiques sans portée réelle vis-à-vis des établissements	74
A - Des autorisations d'activité sans véritables conditions	75
B - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) : un levier aujourd'hui peu effectif	78
II - Un empilement d'outils de coordination encore confus	83
A - Une stratégie encore hésitante	83
B - Les projets territoriaux de santé mentale, un cadre trop peu contraignant de coordination	86
C - Une coordination de second niveau en cours de mise en place, notamment grâce aux groupements hospitaliers de territoire (GHT)	90
D - La coordination de premier niveau est encore très peu cadrée	96
III - Un modèle de soins gradués à affirmer plus fortement au niveau national	102
A - Rendre accessibles des psychothérapies assurées par des psychologues libéraux	102
B - Des missions du secteur à recentrer sur les parcours complexes	109
C - Mieux utiliser et enrichir les sources d'information	116

Conclusion générale	125
Liste des abréviations	127
Annexes	131
Réponses des administrations et organismes concernés	171

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Si l'on excepte les rapports demandés par le Parlement ou le Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

*

**

Les constats du premier chapitre, relatif à l'organisation des soins, reposent sur l'exploitation :

- des données du système national de santé (SNDS), en particulier de sa composante issue du relevé d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P), qui recueille pour tous les établissements ou services autorisés en psychiatrie des informations précises et exhaustives sur les soins hospitaliers et ambulatoires (dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information, PMSI) ;

- des données du système d'information de l'assurance maladie (Sniiram) pour les soins de psychiatres libéraux ;

- quand c'était possible, des données concernant les interventions et établissements médico-sociaux et sociaux, moins facilement disponibles.

L'originalité des exploitations a été la prise en compte des typologies diagnostiques des patients, relevées suivant la classification internationale des maladies version 10 (CIM10), afin de mettre les patientèles en relation avec les durées de séjour, les modes de suivi, les lieux de soins (urgence, domicile) et les professionnels impliqués. En tenant compte de la sévérité potentielle des pathologies et de leurs besoins de soins spécifiques, eux-mêmes déclinés dans des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé (HAS) et de la littérature internationale, ces analyses permettent de voir dans quelle mesure est adoptée une approche « graduée » faisant correspondre les niveaux de gravité des pathologies avec les niveaux de spécialisation. Un autre principe a sous-tendu les analyses, la nécessaire différenciation des patientèles suivant les classes d'âge : enfants, adolescents, adultes, personnes âgées ; classes d'âge qu'il importe de ne pas confondre dans la mesure où les besoins de soins et partant les méthodes à mettre en œuvre sont différents.

Ces données ont fait l'objet d'une validation, destinée à vérifier qu'elles étaient reconnues comme pertinentes et opérationnelles : d'abord avec les professionnels des services psychiatriques au sein des établissements contrôlés ou visités par la Cour, notamment avec les médecins ou techniciens des départements d'information médicale (DIM). Avec le même objectif, ont été exploités les rapports de contrôle récents des chambres régionales des comptes relatifs aux établissements ou services psychiatriques spécialisés. Une revue de la littérature spécialisée a été effectuée pour identifier les indicateurs considérés comme les plus pertinents et pour lesquels des études étaient disponibles, soit dans d'autres pays, soit même dans plusieurs pays, grâce à des enquêtes transversales menées à des fins de parangonnage. Enfin, deux réunions de travail ont été organisées avec les services de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) afin de préciser les éventuelles différences de champ et de conception entre les indicateurs produits par la Cour et ceux publiés par l'ATIH.

Les constats du deuxième chapitre relatifs aux outils disponibles pour construire des parcours gradués et coordonnés se sont également appuyés sur les contrôles ou visites d'établissements et de services spécialisés en psychiatrie, systématiquement couplés avec des entretiens réalisés, en agence régionale de santé (ARS), avec les différentes directions chargées du suivi de la psychiatrie, de la santé mentale ou plus généralement des finances et de la coordination des soins. Les constats et pistes d'évolution ainsi suggérés ont ensuite été confrontés aux analyses des administrations centrales :

- au sein du ministère des solidarités et de la santé, délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) et direction générale de l'offre de soins, en premier lieu, mais aussi direction générale de la santé (DGS), direction de la sécurité sociale (DSS) et direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) ;

- des compléments ont également été recherchés auprès de l'inspection générale des affaires sociales (Igas), de la Haute Autorité de santé (HAS), dont les missions dans le champ des soins en psychiatrie sont multiples, de l'Agence nationale pour la performance des établissements de santé (Anap), qui a réalisé de nombreuses études sur l'organisation de la coopération entre acteurs des soins en santé mentale et psychiatrie, du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAM), notamment pour ses travaux de principe sur la gradation des soins, enfin de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), qui a publié de nombreuses notes et études sur l'organisation des soins en psychiatrie.

Le projet de rapport soumis pour adoption à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 9 septembre 2020 par la sixième chambre, présidée par M. Morin, président, et composée de Mme Carrère-Gée, MM. de la Guéronnière, Brunner, Mmes Casas, Hamayon, MM. Feltesse, Carcagno, Seiller et Houdebine, conseillers maîtres, ainsi que, en tant que rapporteurs, M. Rabaté, conseiller maître, Mme Cuif, rapporteure extérieure, les Prs Kovess et Netter, conseillers experts, et en tant que contre-rapporteur, M. Diricq, conseiller maître.

Il a été examiné et approuvé, le 1^{er} décembre 2020, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani et Terrien, Mme Podeur, MM. Charpy et Gautier, présidents de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, entendue en ses avis.

*

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le rapport intitulé *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*.

Elle a arrêté ses positions au vu du projet communiqué au préalable au ministre des solidarités et de la santé et aux organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Moscovici, Premier président, M. Morin, Mme Pappalardo, MM. Andréani, Terrien, Mme Podeur, MM. Charpy, Gautier, présidents de chambre, MM. Lefebvre, Metzger, Guérout, Glimet, Mme Latare, M. Berthomier, Mmes de Coincy, Faugère, MM. Appia, Homé, Mmes Toraille, Hamayon, M. Angermann, Mme Riou-Canals, MM. Lejeune, Feltesse, Mme Mercereau, MM. Duguépéroux, Colin de Verdière, Champomier, Mme Lignot-Leloup, conseillers maîtres, M. Collin, Mme Prost, M. Richier, Mme Reynier, M. Autran, conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Morin, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels les opinions de la Cour sont fondées et de la préparation du rapport ;
- en son rapport, Mme Pappalardo, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de M. Rabaté, conseiller maître, de Mme Cuif, rapporteure extérieure, de M. Netter, expert, rapporteurs, et de M. Diricq, conseiller maître, contre-rapporteur devant cette même chambre ;

- en ses observations orales, sans avoir pris part au délibéré, Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, accompagnée de Mme Camby, Première avocate générale, M. Guérin, avocat général.

M. Lefort, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 11 février 2021.

Synthèse

Depuis un rapport public thématique de 2011¹, la Cour n'avait plus examiné le domaine des soins en santé mentale et psychiatrie. La volonté de procéder à une « transformation » de l'offre, inscrite dans la loi du 26 janvier 2016 dite « *de modernisation de notre système de santé* », rend opportune une première analyse de la mise en œuvre de l'orientation programmée dans l'article 69 de cette loi, visant à donner une place accrue aux « parcours » des patients et donc à organiser les soins dans une approche graduée et coordonnée.

Pour contribuer à cette analyse, la Cour s'est appuyée sur les contrôles des chambres régionales des comptes (CRC) relatifs aux établissements publics, sur les travaux qu'elle a effectués sur certains établissements privés (à but lucratif ou non)² et sur l'exploitation des données des bases nationales (pour 2018 et parfois, à fins de comparaison, pour les années antérieures), validées quant à leur pertinence par les acteurs locaux interrogés, puis retravaillées en lien avec les agences spécialisées comme l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

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

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

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

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

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

troubles psychiatriques et ne nécessitent pas de soins de cette discipline mais plutôt une prise en charge « psycho-sociale ».

A ces différents types de besoins correspondent en principe des niveaux distincts de prise en charge dans le système de soins primaire (avec les médecins traitants et des intervenants dits de « première ligne ») et dans le système spécialisé en psychiatrie, lui-même segmenté en psychiatrie libérale ou publique, avec différentes modalités de prise en charge à temps plein, à temps partiel ou en ambulatoire.

La gradation de l'offre, et surtout sa correspondance avec les différents niveaux de besoins, sont ainsi des enjeux majeurs du système de soins psychiatrique français, actuellement peu lisible et peu efficient. Il est utile de distinguer :

- les troubles dits « légers » ou « modérés » (la plupart des troubles dépressifs et anxieux), relativement fréquents, qui concernent presque un tiers de la population en termes de prévalence³ sur la vie entière (et un quart environ pour l'année en cours). Ces troubles sont à différencier de la « détresse psychologique » ou du « mal-être » qui sont des symptômes passagers, très fréquents, souvent consécutifs à des événements négatifs et qui n'entrent pas à proprement parler dans le champ de la psychiatrie car ils ne correspondent pas à des diagnostics ;
- les troubles « sévères », moins fréquents (1 % pour les troubles psychotiques dont les troubles schizophréniques, 2 à 3 % pour les troubles bipolaires, auxquels s'ajoutent les formes sévères des autres troubles, soit au total 7 à 8 % sur la vie entière), qui demandent des parcours de soins plus complexes, impliquant une ou des hospitalisations et, pour certains d'entre eux, une réinsertion longue qui dépasse le seul champ sanitaire.

L'importance quantitative des soins de psychiatrie et leur coût

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

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

Les effectifs concernés par des soins spécialisés en psychiatrie sont donc importants. Ainsi, en 2018 :

- 340 000 patients ont été hospitalisés à temps complet (268 000 en établissements publics ou établissements de santé privés d'intérêt collectif – ESPIC – et 94 000 en établissements privés à but lucratif⁴), dans 552 structures psychiatriques, dont 63 % ont une activité exclusive de psychiatrie ; et ce pour des durées d'en moyenne 55 jours. Parmi eux, 82 000 patients ont été hospitalisés sans consentement dans les établissements, publics ou ESPIC pour l'essentiel ;
- 131 000 patients ont été hospitalisés à temps partiel (124 000 en hôpital de jour) ;
- un peu plus de 2 millions ont reçu des soins dits ambulatoires, en centre médico-psychologique (CMP) notamment (mais près de 25 % d'entre eux pour une seule consultation dans l'année) ;
- il faut y ajouter les consultations de psychiatres libéraux et la part importante des patients souffrant de troubles psychiatriques pris en charge par les médecins généralistes.

En France, la psychiatrie publique est « sectorisée », c'est-à-dire que le territoire est découpé en « secteurs » géographiques précisément délimités (environ 800 pour les adultes et 300 pour les enfants et adolescents), chacun couvrant en principe 70 000 adultes et 200 000 enfants et adolescents pour les intersecteurs infanto-juvéniles. Ce découpage territorial correspond aux soins psychiatriques hospitaliers et extrahospitaliers, ce qui englobe un ensemble de structures d'hospitalisation partielle et de consultations qui s'ajoutent à l'hospitalisation à temps plein. Ainsi l'offre de soins spécialisés est-elle constituée en large part des établissements de santé, établissements publics généraux ou spécialisés, et établissements du secteur privé à but non lucratif (leurs dépenses, environ 9,5 Md€ en 2018, représentent près des deux tiers des dépenses totales de soins psychiatriques). En croissance plus rapide au cours des dernières années, l'offre des établissements privés à but lucratif (830 M€ en 2018, y compris les honoraires) est plus limitée, avec des implantations très variables selon les régions et même les territoires de santé. Les psychiatres libéraux en ville représentent une autre composante, également de moindre ampleur (un peu plus de 400 M€ en 2018), même si elle est en croissance sensible.

⁴ Chiffres non corrigés des patients accueillis dans plusieurs établissements.

A cette offre sanitaire s'ajoute une offre médico-sociale, dont on peut estimer les dépenses globales à 4,4 Md€ en 2018, très diverse dans la mesure où des personnes avec handicap psychique sont accueillies dans presque toutes les catégories d'établissements ou services médico-sociaux (ESMS), pour des niveaux de prise en charge variables, allant de la prise en charge à temps plein à une surveillance hebdomadaire, voire moins. Cette orientation représente un peu plus de 20 % en moyenne de l'ensemble des personnes accueillies en ESMS, soit plus de 110 000 personnes, la part relative variant, selon les données de l'enquête réalisée en 2014, de presque 95 % pour les adolescents pris en charge dans les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), à 13 % pour les adultes accueillis en maisons d'accueil spécialisées (MAS).

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

L'offre est cloisonnée, entre établissements sanitaires des divers types (public, ESPIC⁵, privé à but lucratif) et/ou professionnels libéraux « en ville », mais aussi entre le secteur sanitaire et les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ou encore avec les équipes relevant du secteur social (dont l'ampleur n'a pu être appréciée, compte tenu de sa grande diversité). L'organisation des soins est construite en « silos », éclatée entre divers modes de prises en charge, y compris le plus souvent au sein d'un même opérateur.

De plus, cette offre multiple est très différente suivant les territoires, certains étant beaucoup plus dotés que d'autres. En outre, elle n'est pas graduée par type de besoin : d'après les données exhaustives sur les activités de psychiatrie analysées pour 2018, les services spécialisés relevant des établissements comptent dans leur patientèle une part significative de troubles légers ou modérés. L'examen des diagnostics fait apparaître en effet qu'en 2018 au moins⁶ un tiers des entretiens en centre médico-psychologique (CMP) est réalisé avec des patients qui relèveraient des soins de « première ligne », si le médecin généraliste pouvait proposer les soins d'un psychologue, et, en tant que de besoin, disposer de l'appui d'un psychiatre, libéral ou hospitalier sectorisé.

⁵ Établissements de santé privés d'intérêt collectif.

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

L'absence de gradation organisée des soins est ainsi source de pertes d'efficacité, mais aussi de pertes d'efficacité dans le cas des troubles les plus sévères, comme en témoigne l'examen des données disponibles.

Les données mobilisées par l'enquête (les données médicalisées d'utilisation des ressources, notamment) font apparaître en effet :

- une proportion élevée des réhospitalisations rapides, souvent sous contrainte ;
- la persistance d'un pourcentage important (presque un tiers en nombre de journées) de patients hospitalisés sur de longues durées (un an ou plus), faute d'une prise en charge graduée, adaptée à leur état et orientée vers une sortie durable ;
- l'absence de suivi proactif à domicile des patients les plus sévèrement atteints, le système étant débordé par le nombre de demandes, conséquence d'une demande trop large et pas assez ciblée.

Les observations faites et documentées par les familles des patients⁷, mais aussi les remarques des associations de patients, confirment d'ailleurs ces constats.

Enfin, la part relative des entrées dans les soins en provenance des urgences est importante, alors qu'en psychiatrie elle devrait être faible : les signaux précurseurs d'une « crise » sont généralement progressifs et perçus par les familles et les patients ; un suivi régulier proactif permettrait de les repérer et d'agir avant la « crise ». Les centres de crise (centres d'accueil et de crises ou CAC et centres d'accueil permanent, CAP), quant à eux, qui devraient permettre d'éviter les hospitalisations longues et favoriser l'acceptation des soins par les patients souffrant des troubles les plus sévères, évitant des soins sous contrainte éventuellement grâce à une hospitalisation brève (72 heures), ne sont pas centrés sur cette patientèle et ne remplissent pas ou peu ce rôle.

Des leviers traditionnels peu mobilisés

Ces divers constats, qui correspondent à autant d'indicateurs susceptibles de relever d'un pilotage national et régional, ne font pas l'objet d'une attention suffisante et encore moins systématique. Pourtant, les administrations de tutelle disposent en apparence de leviers puissants pour structurer l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie, comme pour les

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

autres activités hospitalières autorisées. Toutefois un examen plus attentif met en évidence le caractère peu opérationnel de ces leviers dans le champ particulier des soins de psychiatrie :

- les conditions techniques de fonctionnement, qui décrivent des obligations de contenu minimal des soins, sont inexistantes pour les établissements de psychiatrie publics et les établissements sanitaires privés d'intérêt collectif (ESPIC) participant au service public, et elles sont très limitées pour le secteur privé à but lucratif. Or l'expérience acquise dans d'autres secteurs du soin montre que ces outils juridiques pourraient, notamment, être utilisés pour rendre obligatoires des dispositifs de coordination pluridisciplinaire ou de suivi des patients à l'issue des périodes d'hospitalisation à temps complet ;
- la mission d'accueil en soins sans consentement est confiée à certains établissements, de statut public ou ESPIC dans la très grande majorité des cas, « désignés » sur une base historique, sans que soit présenté à cet effet un projet, destiné à réduire le recours à ce type de soins, en durée et en pourcentage des patients, en particulier par l'utilisation de la période d'observation de 72 heures (obligatoire avant une éventuelle hospitalisation sous contrainte) pour permettre une acceptation des soins. Or la contrainte dans les soins mine « l'alliance thérapeutique », reconnue comme précieuse dans le traitement. Instituer pour les établissements l'obligation de construire un projet, avant d'être désignés, et ce quel que soit leur statut, permettrait notamment de préciser les partenariats utiles à nouer avec les autres établissements ou avec les équipes de « première ligne » ;
- la mission de secteur, évoquée ci-avant, est également confiée à des établissements désignés à cet effet, mais sans qu'ils soient tenus de présenter au préalable un projet de déploiement territorial des soins : ainsi la responsabilité de construire la cohérence et la gradation dans les soins est accordée sans aucun engagement des établissements ni suivi de la part des agences régionales de santé (ARS).

Rendre obligatoire la définition d'un projet *ad hoc* permettrait de clarifier le rôle des divers intervenants, ce qui servirait à construire des partenariats indispensables entre les établissements désignés et d'autres établissements, ou même avec des équipes de soins primaires.

Des outils « empilés » sans cohérence suffisante

La prise de conscience de la nécessité de construire, pour les patients, des parcours mieux gradués et coordonnés, s'est traduite par la mise en place d'une « boîte à outils » diversifiée, avec plusieurs dispositifs institutionnels nouveaux, spécifiques à la psychiatrie, comme les projets

territoriaux de santé mentale (PTSM, devant être mis en œuvre par des contrats territoriaux de santé mentale, CTSM) ou les communautés psychiatriques de territoire (CPT), mais aussi avec la possibilité de mobiliser, dans le domaine des soins de santé mentale et de psychiatrie, des dispositifs applicables aux autres filières de soins, comme les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ou les contrats locaux de santé (CLS). Définis par la loi du 26 janvier 2016 dite « *de modernisation de notre système de santé* », ces dispositifs ont été ajustés par une loi plus récente, du 24 juillet 2019.

Il est encore trop tôt pour établir un bilan complet de tous ces outils, qui souvent sont encore en cours de déploiement, notamment s'agissant des PTSM (la loi du 26 janvier 2016 avait prévu qu'ils soient établis et adoptés pour juillet 2020, ce délai ayant été reporté à décembre 2020 en raison de la crise sanitaire). D'ores et déjà, on note une dynamique incontestable, dans les territoires de santé, de concertation entre différents acteurs qui souvent se sont longtemps ignorés. Toutefois il est possible que cette dynamique s'essouffle, faute d'outils de suivi suffisamment précis :

- la coordination entre les acteurs est posée comme une priorité indiscutable, qui doit viser à mieux articuler les interventions respectives des différents niveaux (de première et de deuxième lignes, voire le recours à des moyens spécialisés de troisième ligne). Toutefois la responsabilité de cette coordination n'a pas été déterminée. La loi du 26 janvier 2016 l'a confiée aux secteurs, sans que soient identifiées des procédures précises à cet effet. Le lien n'a pas été fait, du moins explicitement, entre cette mission nouvelle et la répartition par les tutelles des éventuels moyens nouveaux ciblés ;
- parmi les dispositifs nouveaux créés par la loi du 26 janvier 2016, les contrats locaux de santé (CLS), pour leur volet potentiel en santé mentale et psychiatrie, peuvent être des supports pertinents, de même que les contrats territoriaux de santé mentale (CTSM), qui doivent traduire en actions et en mesures concrètes les orientations des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Toutefois il conviendrait que soit assurée la capacité des équipes chargées de leur mise en œuvre à porter un projet dans la durée. Il conviendrait également que soient développés et renforcés les outils méthodologiques aujourd'hui embryonnaires, destinés à piloter les progrès escomptés et que soient rendus obligatoires, notamment, les indicateurs relatifs à la pertinence des parcours en fonction des niveaux de sévérité, à partir des données existantes, largement accessibles, dont celles du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) « psy ». Elles devraient être mobilisées à des fins de contractualisation régionale, dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

(CPOM) ou des futurs contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) prévus par la loi du 26 janvier 2016.

Il conviendrait donc que les tutelles régionales en ARS soient mieux « armées » sur le plan juridique et méthodologique. Les réformes qui se profilent (relatives aux autorisations d'activités, notamment) constituent d'ailleurs des occasions pour renforcer les outils traditionnels (contreparties exigées pour l'octroi des autorisations et CPOM) et pour enrichir le contenu des documents en cours de définition (un élargissement des missions des communautés psychiatriques de territoire serait utile, de ce point de vue).

Des arbitrages nationaux indispensables pour construire une offre graduée

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

- les moyens spécialisés sont souvent « asphyxiés », faute d'être centrés sur les publics prioritaires. Il convient donc de « filtrer » l'accès aux CMP, grâce à une orientation ou à une consultation préalable de la part d'un professionnel de « première ligne » ;
- une deuxième mesure nécessaire consisterait à étendre une expérimentation engagée depuis deux ans dans quatre départements, autorisant la prise en charge par la Cnam de psychothérapies faites par des psychologues libéraux, sur prescription des médecins traitants. Au vu des nombreux éléments déjà disponibles (20 000 patients impliqués, 200 000 séances remboursées), il paraît possible de généraliser cette expérimentation.

Ces deux évolutions sont liées : c'est grâce à la mise en place de solutions thérapeutiques éprouvées et de coût modéré que l'on évitera de recourir de manière abusive et souvent inefficace à des soins spécialisés, plus coûteux. Les annonces ministérielles les plus récentes⁸, même si elles restent à préciser, vont d'ailleurs dans leur sens.

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

Une troisième évolution nécessaire vise à réorganiser les activités des secteurs psychiatriques, en favorisant leur recentrage sur les patients souffrant des troubles les plus complexes et en encourageant la mobilité « proactive » des équipes. Elle nécessite l'ouverture élargie des horaires de CMP, en y acceptant les demandes de soins non programmées et les patients hors secteur. Elle implique la fusion des équipes d'intervenants dans toutes leurs composantes, aujourd'hui de plus en plus souvent organisées en « silos », et la possibilité pour tous de participer à la mise en place de visites à domicile, pour les patients qui ont besoin d'un tel type de suivi, afin d'éviter les rechutes et d'ainsi leur permettre un maintien à domicile supervisé ou autonome.

Selon les données déjà disponibles à l'étranger, qui doivent être confirmées par le recueil d'informations en cours pour la France, ces évolutions ne représentent pas de surcoût notable à court terme, des gains potentiels significatifs ayant été mis en évidence à moyen terme dans le cadre des politiques de gradation des soins déjà menées dans des pays voisins (en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas notamment) : une part significative des coûts est en effet indirecte, liée aux prestations en espèces, comme les indemnités journalières maladie ou invalidité.

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

Au-delà des aspects financiers, les gains en efficacité attendus répondent à une exigence de qualité des soins et même de dignité des patients⁹. La France a d'ailleurs fait l'objet de critiques récurrentes de la part de la rapporteure spéciale de l'ONU, qui considère que le virage vers des soins « inclusifs » y est trop lent au regard des engagements pris. De fait, alors que le taux d'hospitalisation et les durées moyennes en nombre

⁹ Les rapports du contrôleur général des lieux privatifs de liberté ont alerté à plusieurs reprises au cours des années récentes sur la situation indigne de l'accueil dans certains établissements.

de jours d'hospitalisation en psychiatrie avaient baissé rapidement de 1960 à 1990, ces paramètres ont augmenté à nouveau, traduisant une sorte de « panne » dans le mouvement de « désinstitutionnalisation » et plus généralement un accueil et un suivi peu efficaces. Une politique cohérente de gradation et de coordination des soins constitue ainsi un levier indispensable pour renouer avec la politique de soins inclusifs, dessinée dès 1960. À défaut, les parcours des patients, qu'ils souffrent de troubles sévères, modérés ou légers, sont pénalisés, l'organisation du système de soins devenant illisible, et les ressources nécessaires souvent inaccessibles.

Récapitulatif des recommandations

1. Soumettre l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie à des conditions techniques de fonctionnement propres aux activités psychiatriques, comportant notamment la traçabilité du travail pluridisciplinaire et l'obligation de coordination interne et externe à l'établissement, afin de garantir la continuité des soins (*ministère des solidarités et de la santé*).
2. Enrichir le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec l'ensemble des établissements autorisés d'un socle d'indicateurs relatifs aux parcours des patients ; y intégrer, pour les établissements désignés à cet effet, un volet relatif à la mission d'accueil des patients en soins sans leur consentement et à la mission de secteur (*ministère des solidarités et de la santé, ARS*).
3. Mettre à la disposition de toutes les équipes chargées de suivre les projets territoriaux de santé mentale (et les contrats qui s'en déduisent avec les ARS) un panel socle d'indicateurs relatifs aux parcours et les données correspondantes (*ministère des solidarités et de la santé*).
4. Généraliser dès que possible la prise en charge par l'assurance maladie des psychothérapies faites par des psychologues et prescrites par le médecin traitant (*ministère des solidarités et de la santé, Cnam*).
5. Prévoir que l'accès aux soins en centre médico-psychologique pour les adultes passe par le filtrage d'un service de « première ligne » et que le secteur (ou l'inter-secteur) contribue à la mission d'appui aux professionnels de « première ligne » (*ministère des solidarités et de la santé*).
6. Réaliser une enquête épidémiologique en population générale tous les dix ans (*ministère des solidarités et de la santé*).
7. Rendre obligatoire l'usage d'une échelle de sévérité des pathologies et la transmission des données anonymisées correspondantes, dans le cadre des données transmises à l'ATIH par les établissements (*ministère des solidarités et de la santé*).

Introduction

Le contexte

Entre 1981 et 1991, en France, le nombre de patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie, chaque année, dans un établissement sanitaire est passé de 475 000 (soit 8,8 pour 1 000 habitants) à 250 000 (soit un taux de 4,3/1 000), ce qui traduit le résultat d'une politique de « désinstitutionnalisation ». Or il était remonté en 2018 à 341 000 patients, soit un taux qui a augmenté jusqu'à 5,4 et même 6,4/1 000 pour les adultes. Entre 1981 et 1991, la durée moyenne d'hospitalisation par patient et par an avait considérablement baissé, de 300 à 50 jours. En 2018, cette durée était de 54 jours, comme en 2014 : elle avait ainsi un peu augmenté, selon les données de la direction générale de la santé (DGS) et des services statistiques (alors le Sesi¹⁰, aujourd'hui la Drees¹¹).

La loi dite « *de modernisation de notre système de santé* » du 26 janvier 2016 a inscrit comme orientation stratégique le double « virage ambulatoire » et « inclusif » et a donc entendu relancer le mouvement de désinstitutionnalisation, s'agissant des soins en santé mentale et psychiatrie. Dans le prolongement de cette orientation, une « feuille de route » a été adoptée en juin 2018, puis une réforme du financement des établissements autorisés en psychiatrie a été engagée avec l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Un décret devrait intervenir en 2021 pour préciser les critères de répartition des dotations, entre régions et, au sein de celles-ci, entre établissements. Parallèlement, il est prévu de réviser pour le début de 2021 les conditions d'autorisation des activités de soins en psychiatrie.

¹⁰ Service des statistiques et études et des systèmes d'information.

¹¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Les travaux menés au niveau national pour réformer l'organisation des soins de psychiatrie s'appuient sur plusieurs rapports parlementaires ou de l'Igas¹², qui ont permis de dresser un état des lieux et d'actualiser les rapports précédemment réalisés¹³. Ils coïncident avec une mobilisation des acteurs locaux, dans le cadre de « projets territoriaux de santé mentale » (PTSM) prescrits par la loi du 26 janvier 2016 (initialement prévus pour juillet 2020 mais reportés à la fin de l'année 2020 en raison de la pandémie de covid 19).

Les travaux de la Cour

La Cour a centré son enquête sur la notion de « parcours » : c'est en effet l'un des outils susceptibles de donner plus de cohérence à une offre de soins aujourd'hui hétérogène, cloisonnée et surtout non graduée en fonction du besoin, ce qui nuit à la lisibilité et à la cohérence de la prise en charge.

¹² On peut mentionner en particulier quatre rapports récents de l'Igas : *L'organisation territoriale des dispositifs de soins en psychiatrie, 30 ans après les circulaires sur la sectorisation*, novembre 2017 ; *Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psychopédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infantile-juvénile (CMP-IJ)*, septembre 2018 ; *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution*, octobre 2019 ; *Le fonctionnement des centres de psychiatrie générale et leur place dans le parcours des patients*, remis en juillet 2020 (non rendu public en janvier 2020).

Dans le cadre des travaux de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, une mission dite « flash » a été réalisée par Mme Martine Wonner sur « le financement de la psychiatrie » (communication du 6 février 2019). Une mission d'information, présidée par M. Brahim Hammouche et dont les deux rapporteuses étaient Mme Caroline Fiat et Mme Martine Wonner, a alors été mise en place ; son rapport a été adopté par la commission en septembre 2019 (*L'organisation de la santé mentale*, rapport d'information n° 2249, XVe législature).

¹³ Parmi les nombreux rapports antérieurs, il convient de signaler ceux du Haut conseil de la santé publique, qui avait procédé à une évaluation du plan 2005-2010 et a ensuite mené une évaluation du plan 2010-2015, publiée en avril 2016, à laquelle la présente enquête s'est référée ; ou encore celui relatif aux bonnes pratiques de soins psychiatriques, réalisé dans le cadre de la mission confiée à Michel Laforcade (*Rapport relatif à la santé mentale*, rapport demandé par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes, mars 2016).

La présente enquête se distingue des travaux précédents de la Cour¹⁴, qui avaient cherché, à travers une évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010, à apprécier l'ensemble des actions menées par les pouvoirs publics. Plusieurs volets des politiques publiques n'ont donc pas été abordés ici. La psychiatrie infantile n'a pas fait l'objet d'un approfondissement spécifique (même si les données sont présentées par groupes d'âge), dans la mesure où elle a fait l'objet de plusieurs travaux récents¹⁵.

La présente enquête n'a pas non plus analysé de manière spécifique les modalités de financement des établissements, dans la mesure où une réforme des dotations est en cours : le présent rapport s'est limité à une présentation résumée des principes et des enjeux de cette réforme¹⁶.

Les procédures mises en œuvre et les méthodes utilisées pour la présente enquête sont présentés au début du rapport.

Des parcours subis aux parcours construits : l'importance d'une approche graduée

L'examen s'est concentré sur les progrès déjà réalisés dans l'organisation des soins en santé mentale et psychiatrie. L'attention accrue portée au « parcours du patient » présente l'intérêt de dépasser le seul champ sanitaire et d'englober toutes les structures concourant à la politique de soins et de suivi. On peut le définir en effet comme la suite de soins reçus à partir de la première prise en charge du trouble jusqu'à la stabilisation et à la réintégration en milieu ordinaire (ou protégé quand ce n'est pas possible). Tous les parcours effectifs ne sont pas bien menés et la Cour rend compte des divers signaux qui traduisent la fréquence de parcours insatisfaisants. C'est d'ailleurs un constat assez largement

¹⁴ Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques, les effets du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2010*, rapport public thématique, décembre 2011, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr. Certains thèmes connexes ont également été abordés ensuite par la Cour, notamment dans son rapport *La politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme* (communication au comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale, décembre 2017, disponible sur www.ccomptes.fr).

¹⁵ Un rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat, très complet, a été réalisé en 2017 sur la psychiatrie infantile (Michel Amiel, rapport d'information n° 494 (2016-2017), fait au nom de la mission d'information sur la situation psychiatrie des mineurs en France, commission des affaires sociales du Sénat, avril 2017). Un débat sur ce même thème a été organisé en séance publique au Sénat, en janvier 2020, permettant notamment un suivi des actions menées depuis 2017.

¹⁶ La Cour procédera à un travail ultérieur sur les réformes tarifaires des établissements de soins.

partagé : nombre de dysfonctionnements sont liés à une mauvaise articulation entre les différents acteurs et moments de prise en charge. Les politiques publiques doivent donc davantage viser à décloisonner les instances et les acteurs concernés et à mettre en place des lieux de concertation et d'information partagée et facilement accessibles. Cependant, la question de savoir si les troubles de santé mentale bénéficient d'une répartition des ressources adaptée à leur diversité est moins souvent abordée. Or c'est en large part de cette répartition que dépendent la cohérence et la qualité des parcours. La Cour s'est donc particulièrement intéressée à cette problématique.

Comme les pathologies physiques, les troubles concernant la santé mentale ont des niveaux de sévérité divers : ils entraînent des incapacités plus ou moins longues et intenses, qui peuvent évoluer pour une même personne avec le temps. De ce fait les besoins de soins ne sont pas uniformes. Le système de soins est lui-même organisé en plusieurs niveaux, de complexité croissante, correspondant à des besoins de soins différents qu'il est essentiel de faire correspondre, pour une utilisation optimale des ressources. À défaut, chaque niveau de soins peut être submergé par des demandes qui relèvent en réalité d'un autre niveau. C'est pourquoi une approche graduée est préconisée.

Dans un premier chapitre, la Cour dresse le constat, à partir des données médicalisées des soins en psychiatrie, que l'utilisation des ressources spécialisées ne se fait pas suivant une approche graduée. Dans un second chapitre, la Cour examine les leviers susceptibles de rendre effective la construction d'une approche graduée.

Chapitre I

La bonne organisation des soins en santé mentale : un impératif essentiel mais encore négligé

Une bonne organisation des soins, permettant, selon la Haute Autorité de santé (HAS), de « *faire en sorte qu'une population reçoive la combinaison optimale (et non l'addition) des bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût* », constitue un enjeu tout particulier dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, compte tenu de la diversité des besoins en soins et de la complexité de l'offre (I). Pourtant, l'analyse des données nationales met en évidence des risques forts – et sous-estimés – de parcours éloignés des bonnes pratiques (II).

I - Plus de deux millions de patients par an avec des besoins très différents

L'organisation des soins de manière graduée pour offrir des parcours pertinents aux patients et l'utilisation à bon escient des ressources, spécialisées et non spécialisées, constituent un enjeu particulièrement important dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie : les besoins en soins sont divers, en particulier selon la sévérité des troubles et l'âge des patients, et de nombreux troubles de la santé mentale impliquent un suivi prolongé. Articuler les rôles des différents professionnels est donc indispensable ainsi que prendre en compte l'entourage, les ressources de droit commun (logements sociaux, etc.) et bien sûr les désirs et projets du

patient. Or la diversité et la fragmentation institutionnelle de l'offre rendent cette coopération difficile (A). Il en résulte un risque avéré de perte d'efficacité et d'efficience (B).

A - La diversité des besoins et de l'offre de soins

1 - Un besoin de gradation des réponses, à décliner selon la nature des troubles et leur sévérité

La notion de santé mentale est très large et on distingue généralement trois dimensions : la santé mentale positive, la détresse psychologique ou le « mal-être » et les troubles psychiatriques, eux-mêmes de gravité inégale et pouvant être passagers ou durables.

La santé mentale positive correspond au bien-être mental, à une perception positive de l'existence et à une bonne résilience face aux difficultés de la vie quotidienne et aux traumatismes plus graves. La détresse psychologique correspond à des symptômes de type dépressif et/ou anxieux, de faible intensité, qui sont passagers et ne s'accompagnent pas d'un retentissement important sur la vie quotidienne. Les troubles psychiatriques correspondent aux descriptions qu'on peut trouver dans la classification internationale des maladies de l'organisation mondiale de la santé (CIM, actuellement dans sa version 11 et officiellement utilisée en France et en Europe) ou le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux, DSM) de l'association américaine de psychiatrie, dans sa version 5, les deux classifications étant utilisées en France. Ces classifications décrivent des ensembles de symptômes dont le nombre, la durée et la coïncidence sont précisés et surtout l'importance du retentissement sur le fonctionnement social et psychique du patient. Ce critère, pour les symptômes les plus fréquents, signale la césure entre des états pathologiques nécessitant un traitement spécialisé et des états nécessitant un support plus léger, par exemple d'ordre psychologique, sans qu'on puisse parler de troubles psychiatriques caractérisés.

Ces dimensions sont mesurées dans les enquêtes de population grâce à des instruments validés, qu'il s'agisse d'échelles de symptômes sur une période courte (généralement une semaine ou un mois) pour le mal-être, appelé aussi « détresse psychologique », ou pour le bien-être. Des instruments, dits « instruments diagnostiques standardisés », traduisent les principaux symptômes psychiatriques et leur retentissement sur les différents aspects de la vie quotidienne en questions compréhensibles pour le public et permettent ainsi de repérer les troubles répertoriés dans les

classifications diagnostiques sur des périodes plus longues : toute la vie ou l'année passée. Ces instruments, dont le plus connu est l'entretien diagnostique international composite (*Composite International Diagnostic Interview*, CIDI), ont été validés en les confrontant à des diagnostics portés par des psychiatres.

Les enquêtes dites de population générale¹⁷ permettent d'évaluer et de suivre la prévalence des problèmes de santé mentale les plus fréquents : troubles anxieux et dépressifs et addictions. Elles permettent aussi d'évaluer l'accès aux soins. C'est le seul moyen de repérer les personnes qui souffrent de ces troubles mais ne consultent pas et d'évaluer les raisons de leur « nonaccès » aux soins et leurs facteurs de risque ; c'est aussi le moyen de connaître, pour les patients qui consultent, les types de professionnels consultés et le degré de satisfaction. En effet, les données de consommation médicale, très précises quant aux traitements reçus, ne comportent pas en France d'éléments cliniques, en dehors des hospitalisations et des attributions d'aides spécifiques pour lesquelles un diagnostic est nécessaire (la reconnaissance d'une affection de longue durée, ou ALD, notamment). Les médicaments psychotropes ne sont quant à eux pas assez spécifiques pour être utilisés comme traceurs. En outre, ils sont souvent mal prescrits¹⁸.

¹⁷ Les personnes sont tirées au sort, qu'elles aient été en contact ou non avec le système de soins.

¹⁸ Voir notamment Maryvonne Briot, députée, *Le bon usage des médicaments psychotropes*, rapport d'information fait au nom de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Assemblée nationale n° 3187, XIIe législature ; Sénat n° 422, 2005-2006), 22 juin 2006 ; Inserm, *Médicaments psychotropes : consommations et pharmacodépendances*, expertise collective, 2012.

D'après ces enquêtes, les symptômes de « mal-être » ou de détresse psychologique sont très fréquents : il s'agit de symptômes passagers, souvent en réaction à des événements négatifs de la vie, et ils touchent environ une personne sur cinq. Ils sont à distinguer des troubles avérés, qui correspondent, on l'a dit, aux critères diagnostiques de la classification internationale des maladies (CIM), dont un chapitre est dédié aux troubles mentaux et qui est la classification officielle utilisée en France¹⁹.

Selon la déclinaison française d'une étude internationale, publiée en 2004 (à partir de données des années 2001-2003) et qui constitue pour la France la dernière de portée nationale utilisant des instruments couvrant les diagnostics les plus fréquents, la proportion de personnes en France affectées sur une année par un trouble dépressif, anxieux ou lié à l'alcool, était respectivement pour chaque trouble de 8,5 %, 12 % et 0,7 %, et de 18,4 % pour l'un au moins de ces troubles²⁰. Ces chiffres sur la vie étaient respectivement de 24,1 %, 22,4 % et 5,7 %, et 38,4 % pour l'un au moins de ces troubles²¹. Une importante comorbidité entre ces troubles est en effet constatée. Parmi ces troubles (sur un an), 2,7 % étaient jugés sévères avec un retentissement important, 6,1 % modérés et 9,7 % légers.

¹⁹ Les troubles psychiatriques ne peuvent pas être diagnostiqués à partir de marqueurs biologiques, c'est donc par les symptômes – certains spécifiques d'un trouble, d'autres non –, leur durée, leur nombre et leur présence groupée que sont identifiés les types de troubles. Le retentissement sur le fonctionnement dans les différents domaines de la vie en est un élément essentiel : il permet de tracer la ligne entre les « symptômes » et les troubles psychiatriques nécessitant un traitement. Les données des établissements sur ces diagnostics sont codées dans le relevé d'activité dit « RIM-P ». L'information disponible relative à l'activité et au détail des soins, centralisée ensuite par l'ATIH, est abondante et raisonnablement fiable. Les valeurs manquantes quant aux diagnostics concernent 10 % des enfants hospitalisés et 6 % des adultes. Pour les actes ambulatoires ce chiffre est un peu plus élevé : 12 % des enfants, 10 % des adultes.

²⁰ Koen Demyttenaere et al., « The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *Journal of the American Medical Association*, 2 juin 2004, vol. 291, n° 21.

²¹ J.-P. Lépine et al., « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) », *L'Encéphale*, volume 31, n° 2, avril 2005, pages 182-194.

Éléments de comparaison internationale

Un consortium international (la *World Mental Health Initiative*), coordonné par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Université de Harvard, a publié en 2004 grâce à une méthode commune des comparaisons internationales²². Il en ressort que, sur une période d'un an, les taux les plus élevés de troubles étaient aux États-Unis, avec 9,6 % pour les troubles de l'humeur, 18,2 % pour les troubles anxieux et 3,8 % pour l'abus de substances psychoactives, et 26,4 % pour au moins l'un d'entre eux. La France, avec 18,4 %, venait en troisième position.

En Europe, sur un an, les troubles de l'humeur étaient de 6,9 % aux Pays-Bas, 4,9 % en Espagne, 3,8 % en Italie ou 3,6 % en Allemagne. La tendance était la même pour les troubles anxieux ; par contre, les Pays-Bas avaient une prévalence d'abus de substances psychoactives, dont l'alcool (3 %), plus élevée que la France (0,7 %) ainsi que la Belgique (1,2 %) et l'Allemagne (1,1 %) mais inférieure à celle des États-Unis (3,8 %) ou de l'Ukraine (6,4 %).

La comparaison des niveaux de sévérité montrait que le taux élevé de la France était dû à la présence de troubles légers (le plus élevé des pays considérés) et modérés, tandis que la prévalence des troubles sévères (2,7 %) était très inférieure à celle des États-Unis (7,7 %), la situant au même niveau que les Pays-Bas et la Belgique, sans différence significative avec les autres pays d'Europe (Allemagne, Italie et Espagne).

Une enquête conduite en 2005 dans quatre régions françaises²³ sur un très large échantillon (20 000 personnes) a confirmé ces taux : la présence d'un diagnostic de troubles dépressifs, anxieux et addictifs était encore plus élevée (24 %) ; cependant, parmi ces personnes, seuls 13,4 %, soit un peu plus de la moitié, connaissaient un retentissement important dans leur vie quotidienne.

Depuis cette étude, seuls les troubles dépressifs font l'objet d'un suivi national récurrent dans le cadre du « Baromètre de la santé ». Parmi les 25 000 personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées par téléphone, presque 10 % (9,8 %) avaient vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois. Stable sur la période 2005-2010, la prévalence de cet EDC avait augmenté de près de deux points entre 2010 et 2017.

²² Koen Demyttenaere et al., *ibidem*.

²³ Viviane Kovess-Masfety, Mathilde Husky, « Recours à la psychothérapie en France : résultats d'une enquête épidémiologique dans quatre régions », *Actualités et Dossier en Santé Publique* n° 97, décembre 2016.

Les troubles les plus sévères, plus rares, sont les troubles schizophréniques, les troubles bipolaires, les dépressions résistantes, certains troubles de la personnalité, les troubles du comportement alimentaire et les troubles addictifs, qui peuvent nécessiter, à certains moments de leur évolution, des hospitalisations à temps complet. S'agissant des troubles schizophréniques, en l'absence d'évaluation française spécifique, une étude concluait, à partir de données internationales, à une prévalence d'environ 1 % sur la durée de vie, dans la population adulte, soit pour la France environ 400 000 sujets malades et environ 10 000 nouveaux cas par an. Le spectre global des troubles bipolaires atteignait quant à lui, selon une estimation de la HAS en 2014, des niveaux plus élevés, avec une prévalence de 2,4 % aux États-Unis, en Europe et en Asie²⁴.

Ces différentes catégories de troubles d'intensité légère, moyenne ou sévère, d'évolution plus ou moins rapide, correspondent à des besoins de soins différents et se répartissent différemment dans les patientèles (« *case mix* ») des établissements, selon qu'il s'agit des soins hospitaliers à temps complet²⁵ ou partiel ou de soins ambulatoires.

D'après les données du PMSI psy²⁶, 2,1 millions de patients ont bénéficié d'un acte de soins dit ambulatoire (au sein du service public hospitalier, à l'exclusion des consultations de psychiatres libéraux en ville). En 2018, 341 000 patients ont été hospitalisés à temps plein et 131 000 à temps partiel, dans les établissements du service public ou du secteur privé à but lucratif.

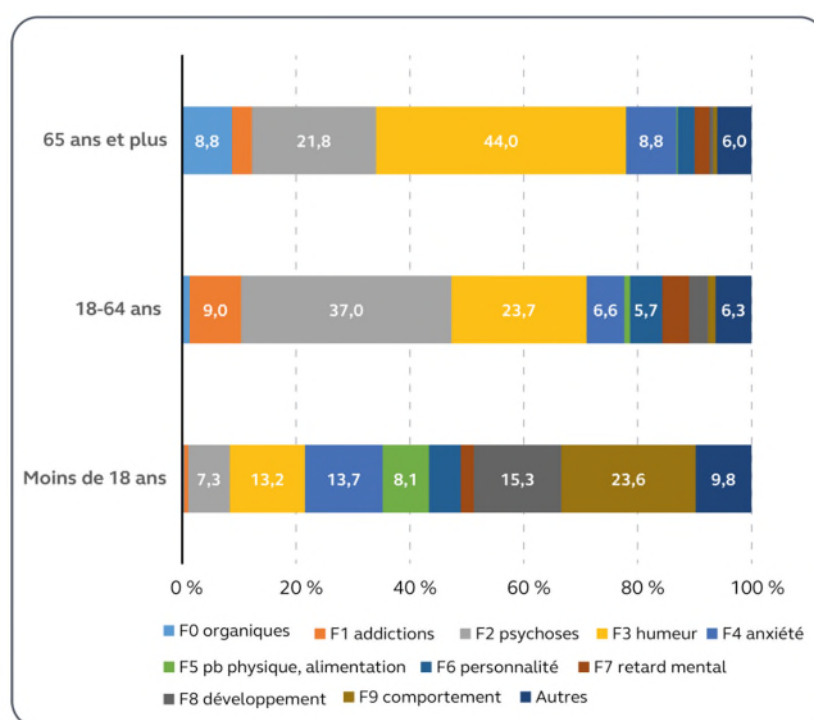
²⁴ La seule étude française faite en population générale (sur les assurés de la MGEN) a trouvé un taux encore plus élevé (de 3 %). Mauro Giovanni Carta et al., « MDQ positive people is searching for effective and ineffective treatments for Bipolar Disorders: A screening study in France », *Journal of Affective Disorders* n° 149 (2013), p. 84–92.

²⁵ On ne présente pas ici le détail des autres formes dites alternatives d'hospitalisation à temps plein, telles que les appartements thérapeutiques, le placement familial thérapeutique, dont l'ampleur est limitée. Ne sont pas non plus détaillées ici les données pour l'hospitalisation à temps partiel, principalement pratiquée en hôpitaux de jour.

²⁶ Programme médicalisé des systèmes d'information des activités de psychiatrie ; il s'agit d'un relevé de toutes les activités comportant des informations sur les patients, dont le diagnostic. On parle parfois également de « RIM-P », ou de recueil d'information médicalisé pour la psychiatrie.

Le graphique suivant, qui concerne toutes les formes juridiques d'hospitalisation (établissements publics, ESPIC, cliniques privées à but lucratif²⁷), synthétise le type et la durée de l'hospitalisation sur l'année 2018.

Graphique n° 1 : journées d'hospitalisation 2018 à temps complet par diagnostic et par âge



Source : Cour des comptes (à partir des données du SNDS), tout établissement (N=19 185 771). S'agissant des actes ambulatoires, seuls ceux effectués dans des établissements publics ou ESPIC sont comptabilisés dans le PMSI psy, quel que soit le professionnel qui intervient. En revanche, les actes ambulatoires des psychiatres libéraux (consultations) n'y figurent pas et sont décomptés à part, dans le système d'information de l'assurance maladie (Sniiram) ; quant aux actes des psychologues libéraux, ils ne sont pas comptabilisés.

²⁷ Ces différentes catégories accueillent des *case mix* très différents (voir annexe n° 2). On relève également que 7,3 % des diagnostics sont manquants (9,3 % pour les enfants). S'y ajoutent les codes « autres », qui correspondent à des « symptômes isolés » ou à des « facteurs de risque » (14,3 %). Au total, près d'un quart des actes restent sans diagnostic.

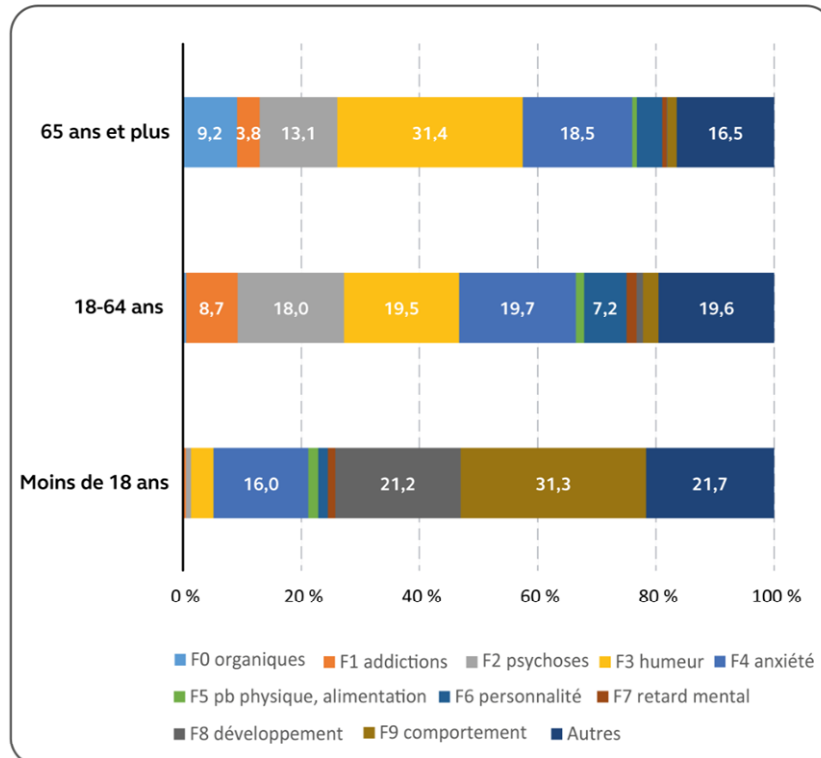
Les diagnostics et les types de prises en charge y sont très différents suivant l'âge : les troubles correspondant au plus grand nombre de journées d'hospitalisation chez les enfants et les adolescents sont les troubles du comportement (23,6 %) et les troubles du développement psychologique (15,3 %), dont les troubles du spectre de l'autisme ; chez les 18-64 ans, ce sont les psychoses (schizophrénies et troubles délirants, pour 37 % des journées) ainsi que les troubles de l'humeur (troubles bipolaires et dépressifs, pour 23,7 %) et les addictions (9 %), auxquels pour les plus âgés, s'ajoutent les troubles dits organiques (démences), pour 8,8 % des journées.

Il convient de signaler que les données ainsi recueillies ne garantissent pas une adéquation de l'hospitalisation aux besoins du patient : on note dans ces diagnostics la présence non négligeable de patients adultes (âgés ou non) présentant des retards mentaux ou d'origine organique correspondant à des démences. Or ces troubles en tant que tels ne relèvent pas d'approches thérapeutiques en psychiatrie, ce qui pose la question de l'adéquation des journées d'hospitalisation correspondantes. On relève également dans les diagnostics que la catégorie des « autres », qui ne correspond pas à un diagnostic psychiatrique caractérisé²⁸, représente 6,4 % des journées d'hospitalisation en 2018.

Comme pour les hospitalisations, les actes ambulatoires sont différenciés suivant les âges qui correspondent à des profils cliniques différents (cf. graphique ci-après).

²⁸ Cette catégorie « autres » comprend notamment des « *symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et au comportement* » (pour 1,2 %), soit une « *circonstance stressante* » (pour 5,1 %). Pour les patients traités en ambulatoire, ces taux sont plus élevés et correspondent à 2,4 % des patients pour la première catégorie et 16,9 % pour la seconde.

Graphique n° 2 : actes ambulatoires par diagnostic et âge (2018)



Source : Cour des comptes (SNDS) N=21 751 578 actes (secteur public et ESPIC uniquement)

Les systèmes de soins sont organisés en niveaux qui correspondent à la fois à des degrés de spécialisation du système de soins et à des degrés de complexité des troubles.

La qualité des soins est définie par l’OMS comme « *la délivrance à chaque patient de l’assortiment d’actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l’état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l’intérieur du système de soins* ».

L’efficacité, qui traduit l’utilisation optimale des ressources disponibles pour obtenir les bénéfices ou les résultats les meilleurs, fait partie de la qualité des soins. D’ailleurs, la plupart des problèmes de qualité des soins reflètent une « sous- » ou une « sur- » utilisation des ressources, dans les soins concernant la santé mentale comme dans ceux concernant la

santé physique. La prescription d'antidépresseurs pour des troubles dépressifs modérés ou une hospitalisation qui n'est justifiée que par l'absence de solution de sortie en sont les exemples les plus connus.

Qualité et efficacité impliquent de définir les niveaux de sévérité et les modes de prise en charge qui leur correspondent le mieux dans le système de soins spécialisé en psychiatrie et dans le système de soins non spécialisé, plus disponible et moins onéreux. Il faut aussi prévoir les moyens de passage d'un niveau à l'autre, car l'état des patients et leurs besoins sont évolutifs.

Les systèmes de soins sont décrits, en psychiatrie et en santé mentale, comme dans les autres spécialités, par niveau d'accès :

- le premier niveau, appelé encore système de soins primaires, est celui du médecin généraliste ou de certains intervenants comme la protection maternelle et infantile (PMI), la médecine scolaire ou la médecine du travail. Il est non spécialisé et est en principe celui de l'entrée dans le système de soins ;
- le deuxième niveau est celui de la spécialité, en l'occurrence psychiatres et services de psychiatrie. C'est le niveau vers lequel sont adressés les patients qui le nécessitent, en raison de la sévérité de leur trouble ;
- le troisième niveau est le niveau de « sur-spécialité » : services spécialisés de psychiatrie hospitaliers et centres dits de référence, la plupart du temps universitaires, où sont adressés les patients les plus complexes, c'est-à-dire ceux résistant aux traitements ou présentant un ensemble de problèmes difficiles à gérer (comme les patients atteints de comorbidités).

Le passage entre ces niveaux doit être fluide et adapté à l'état du patient, dans un esprit d'économie de moyens, les intervenants devant exercer dans le respect mutuel de leurs compétences respectives. Par exemple, après consultation d'un spécialiste, le patient peut être suivi par un généraliste ; de même, après l'avis d'un centre de référence, le patient peut être suivi par un psychiatre libéral.

Un certain nombre de pays, dont le Royaume-Uni, ont mis en place une approche graduée (« *stepped care* ») pour la plupart des troubles de la santé mentale, dont les troubles anxieux, dépressifs et psychotiques²⁹. Elle consiste à proposer en première option les soins les plus efficaces et les moins coûteux en ressources. Elle a été récemment adaptée en France, dans le cadre d'une expérimentation de la Cnam, pour les troubles anxieux et dépressifs d'intensité légère et modérée.

Cette approche se fonde sur les avis de la HAS, auxquels s'ajoutent les « revues Cochrane³⁰ ».

À partir de ces travaux, il est possible d'élaborer des matrices, adaptées au système français, faisant correspondre à chaque niveau de besoins un niveau de soins, en fonction de la sévérité du trouble, comme l'illustre le tableau ci-après, établi à titre d'exemple pour les adultes³¹.

Ce tableau synthétique ne vise pas à décrire précisément ni exhaustivement l'ensemble des troubles ou des ressources : il constitue un effort de clarification et de distinction dans une perspective de gradation rationnelle des réponses thérapeutiques. Il permet de visualiser la façon dont les problèmes de santé mentale de différents niveaux de sévérité se répartissent dans les niveaux du système de santé.

Une matrice de ce type permettrait de chiffrer, au niveau d'un territoire donné (territoires de santé ou même région), l'utilisation qui est faite des ressources pour chacun des troubles. Les données correspondant

²⁹ Voir notamment, pour une présentation récente, Martin Lambert, Anne Karow, Jürgen Gallinat, et al., « Study protocol for a randomised controlled trial evaluating an evidence-based, stepped and coordinated care service model for mental disorders (RECOVER) », *BMJ Open*, mai 2020. Le système doit proposer une approche graduée et coordonnée, dans laquelle les différents niveaux de ressources interagissent les uns avec les autres. Les interventions dépendent de la sévérité du trouble, l'intervention la plus efficace et la plus économique en ressource étant toujours utilisée en premier. Le passage d'un niveau à un autre, quelle qu'en soit la direction, se fait en fonction de règles établies, fonction de l'évolution de l'état du patient (voir David A. Richards, Peter Bower, Christina Pagel, « Delivering stepped care : an analysis of implementation in routine practice », *Implementation Science*, janvier 2012).

³⁰ Fondée en 1993, Cochrane est une organisation internationale à but non-lucratif. Ses revues font la synthèse de travaux d'évaluation, à un niveau international, sur les différentes pratiques mises en place dans les soins de psychiatrie et de santé mentale, ou de travaux d'évaluation de centres d'expertise reconnus internationalement, comme par exemple le *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) au Royaume-Uni. Cf. https://www.cochrane.org/CD009780/SCHIZ_implementation-treatment-guidelines-mental-health-care.

³¹ Des matrices analogues pourraient être établies pour les enfants et les personnes âgées.

aux besoins et celles correspondant à l'utilisation de chacune des ressources sont en effet disponibles mais ne sont pas mobilisées et cet effort de clarification des priorités n'est pas fait aujourd'hui.

Tableau n° 1 : exemple de matrice des besoins de soins et des ressources à proposer

Prises en charge de plus en plus spécialisées et intenses

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

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

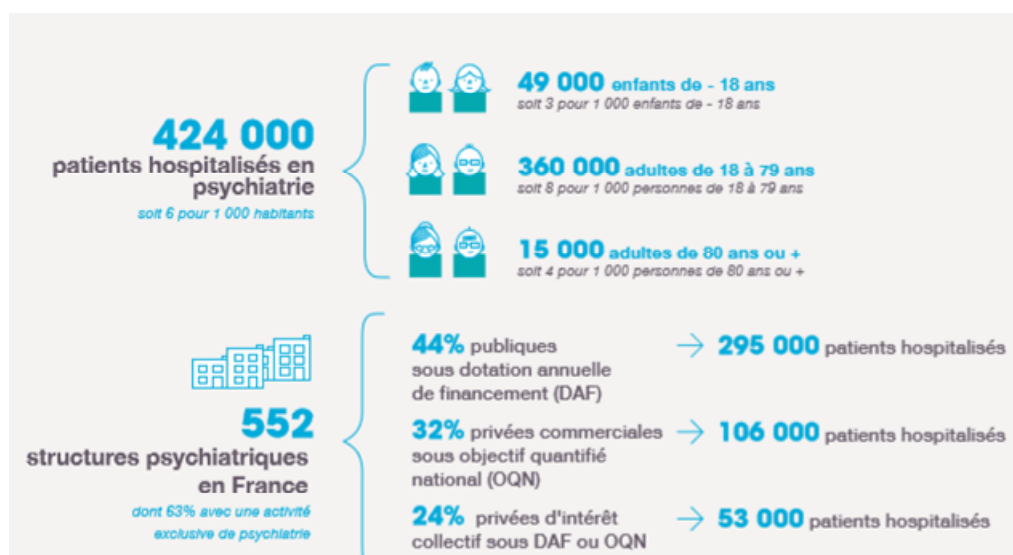
2 - La diversité de l'offre de soins et de prestations

L'offre de soins, importante, est aussi complexe et repose sur des professionnels diversifiés, d'autant plus qu'il convient de prendre en compte l'offre de soins et de services médico-sociale et sociale.

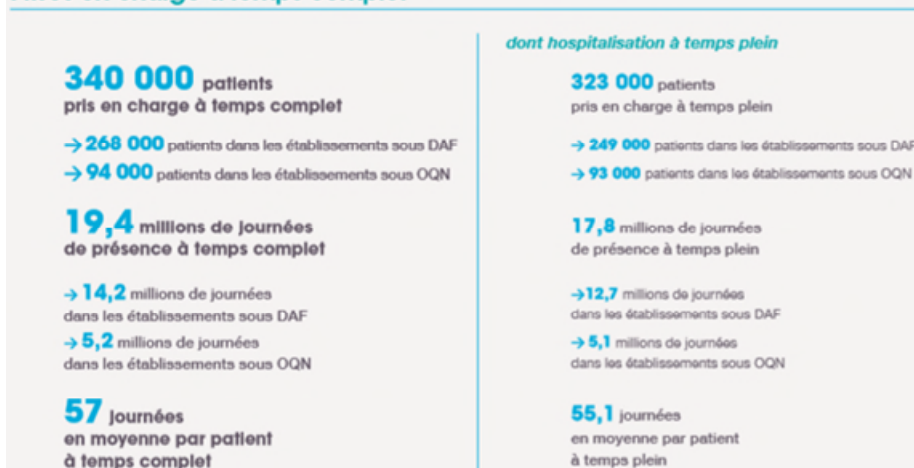
a) Une offre sanitaire importante

Le tableau qui suit, proposé par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), résume pour 2018 les principales données sur les différentes modalités de soins, avec leurs modes et lieux de réalisation.

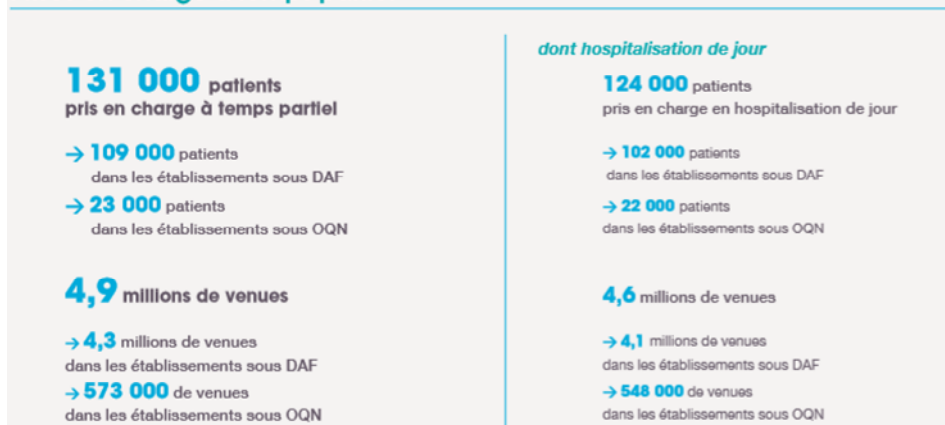
Schéma n° 1 : principales données sur les différentes modalités de soins (2018), selon l'ATIH



Prises en charge à temps complet



Prises en charge à temps partiel



Ambulatoire, en établissements sous DAF exclusivement



Source : d'après ATIH, « Psychiatrie – chiffres clés », 25 juin 2019

L'accueil à temps plein est la forme prépondérante des accueils à temps complet, qui peuvent se faire également en appartement thérapeutique, par exemple.

Le total des patients des établissements financés en DAF et en OQN peut dépasser le nombre total de patients, certains ayant été accueillis dans plusieurs établissements.

b) Une offre sanitaire composite

En France, le dispositif de soins psychiatriques est constitué, pour l'essentiel, de trois composantes sanitaires :

- une composante dite « sectorisée » (voir ci-après), la plus importante, faite d'établissements publics³² et d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ;

³² Services de psychiatrie dans des hôpitaux dits « spécialisés », exerçant exclusivement cette spécialité, et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux ou de centres hospitalo-universitaires (CHU).

- une composante non sectorisée, faite d'établissements publics (une part de certains CHU) et d'établissements privés à but lucratif ;
- une composante exclusivement ambulatoire, faite de cabinets de psychiatres libéraux.

Le « secteur » psychiatrique, qui a été défini par une circulaire de mars 1960, constitue l'unité de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique. En 2003, on recensait 815 secteurs adultes, couvrant chacun une population moyenne de 56 000 habitants, et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles, couvrant chacun une population moyenne de 49 000 enfants. Ces secteurs, animés chacun par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers, dispensent et coordonnent l'ensemble des soins et services nécessaires (prévention, soins, postcure et réadaptation).

Depuis cette circulaire fondatrice, en soixante ans, le dispositif de soins s'est profondément transformé. Les prises en charge se sont diversifiées, accordant une place prépondérante aux soins ambulatoires, eux-mêmes multiformes.

La diversité des prises en charge ambulatoires

S'agissant des soins individualisés, les prises en charge ambulatoires sont effectuées le plus souvent en centres médico-psychologiques (ou CMP) pour 59 % des actes, mais aussi dans les services hospitaliers généraux, sous la forme de « psychiatrie de liaison », pour les troubles psychiatriques affectant des patients présentant des pathologies physiques, enfin sous la forme de soins et d'interventions à domicile ou au substitut du domicile (Ehpad), pour 6 % des actes.

Des soins plus intensifs, souvent collectifs, sont pratiqués dans les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), pour 13 % des actes, ou en hôpitaux de jour (ces derniers sont classés avec les hôpitaux de nuit en alternatives³³ à l'hospitalisation à temps complet).

Le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année en psychiatrie a été multiplié par trois entre 1991 et 2018, passant de 800 000 à 2,2 millions (dont 1,8 exclusivement en ambulatoire). Cette

³³ L'hospitalisation à temps complet comprend l'hospitalisation classique, dite « à temps plein », mais aussi des formes alternatives, comme les appartements thérapeutiques ou les accueils familiaux thérapeutiques (auparavant dénommés placements familiaux). Des modalités d'hospitalisation à temps partiel, pour le jour seulement, le plus souvent, mais parfois aussi pour la nuit, sont également développées, d'une manière d'ailleurs très variable selon les établissements.

augmentation s'explique en grande partie par une prise en charge croissante de troubles modérés ou de détresses psychologiques (25 % environ de ces patients ne seront vus qu'une fois).

Le nombre des patients traités en ambulatoire par les secteurs de psychiatrie ne cesse d'augmenter. Les équipes psychiatriques interviennent ainsi « dans la cité », en complémentarité avec les services médico-sociaux, sociaux, éducatifs, afin d'accompagner, sur le chemin de leur réinsertion, les personnes souffrant de pathologies chroniques, et d'assurer une continuité de leur parcours de soins.

L'offre hospitalière privée à but lucratif s'est aussi développée, quoique d'une façon inégale suivant les départements. En 2018, sur environ 340 000 patients pris en charge à temps complet, 268 000 l'étaient en établissement public et dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et 94 000 dans le privé à but lucratif. Le contraste s'est accentué entre un dispositif public sectorisé, dont le nombre de lits diminue et qui offre des soins de plus en plus diversifiés répartis dans la cité, et un dispositif privé à but lucratif, non sectorisé, dont le nombre de lits augmente et qui dispose de peu de structures alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

Les cliniques prennent en charge une part plus importante de patients anxieux, dépressifs ou souffrant d'addictions. A l'inverse, la prise en charge des patients souffrant de troubles psychotiques ou de la personnalité est plus fréquente au sein des établissements publics, spécialisés en psychiatrie ou polyvalents. Les ESPIC ont une patientèle assez proche de celle des établissements publics, par la diversité et la sévérité des troubles, mais une part significative de leurs patients ne relève pas du champ des maladies psychiatriques : démences (en particulier pour les personnes de plus de 65 ans³⁴) ou retards mentaux.

A ces soins en établissements s'ajoutent les soins ambulatoires « en ville », avec des psychiatres libéraux très inégalement répartis sur le territoire (voir *infra*), qui assurent, suivant les cas, une mission de soins³⁵

³⁴ Les troubles organiques, principalement les démences, représentaient en 2018 plus de 10 % des diagnostics pour les patients hospitalisés en psychiatrie à temps plein dans les établissements du service public.

³⁵ 57 % des psychothérapies individuelles étaient assurées par des psychiatres libéraux, selon les données de l'étude précitée réalisée en 2005 dans quatre régions.

ou une mission d'appui et/ou de supervision des soins assurés par les professionnels de « première ligne »³⁶.

c) Des professionnels divers

Les soins dispensés reposent sur une grande diversité de pratiques et de spécialités : le recours fréquent à des activités thérapeutiques, dans les soins ambulatoires comme dans les soins en hospitalisation, implique d'ailleurs cette diversité. Au sein des centres d'activités thérapeutiques à temps partiel développés par le centre hospitalier Sainte-Marie de Nice, une forme de spécialisation a été ainsi créée, pour ces activités, l'un faisant appel au théâtre et à l'expression orale, le deuxième à l'expression picturale, le troisième étant centré sur les « habiletés sociales » de la vie quotidienne.

Les différents professionnels du soin en santé mentale et psychiatrie

Un **psychiatre** est un médecin qui a d'abord terminé une formation médicale puis suivi une spécialisation en psychiatrie de quatre ans ; celle-ci implique des stages dans des services spécialisés en psychiatrie. Certains se spécialisent dans la psychiatrie infanto-juvénile, d'autres dans la psychiatrie légale ou dans la géro-psycho-geriatrie. Les spécialistes des addictions, dits addictologues, peuvent être des psychiatres mais aussi d'autres spécialistes, en particulier des gastro-entérologues ou des médecins généralistes. Le nombre de médecins est régulé par un *numerus clausus*, qui implique un examen sélectif. Les psychiatres sont des médecins qui ont choisi cette spécialité dans la liste qui est ouverte en fonction de leurs résultats aux épreuves classantes de l'internat.

³⁶ L'accès direct à un médecin psychiatre libéral est autorisé uniquement pour les patients de 16 à 25 ans. Au-delà de cet âge, c'est le médecin traitant qui doit adresser son patient à un médecin psychiatre, dans le cadre du parcours de soins coordonné. L'accès direct à un médecin psychiatre reste ainsi possible après 25 ans, mais avec un moindre remboursement par l'assurance maladie.

Certains se destineront à une carrière universitaire, car ils souhaitent faire de la recherche et de l'enseignement ; d'autres choisiront d'être praticiens hospitaliers sur concours administratif et d'exercer dans des hôpitaux publics ou des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ; enfin un tiers environ exercera comme psychiatres libéraux (ou mixtes avec un exercice public), soit dans un cabinet en ville, soit dans une clinique, rémunérés soit en salariat soit en actes. Les psychiatres sont formés dans plusieurs facultés de médecine dont les enseignements peuvent différer.

Les **psychologues**, dont le titre est réglementé, ne font pas partie des personnels de santé et leur nombre n'est pas régulé. Ils reçoivent leur formation dans des facultés de psychologie et doivent obtenir une licence en psychologie ainsi qu'un master de psychologie. Pour être reconnu « psychologues cliniciens », ce doit être un master de psychopathologie clinique, qui implique des stages cliniques, en principe auprès de patients. Les psychologues cliniciens doivent s'inscrire auprès des agences régionales de santé (ARS).

Les **psychothérapeutes**, dont la formation minimum est régulée depuis une disposition législative de 2004 (dite « amendement Accoyer »), doivent avoir accompli 300 heures de formation en psychologie, à moins d'être psychiatre ou psychologue clinicien. Les formations d'une technique spécifique de psychothérapie (psychanalyse, comportementaliste, familiale) sont prodiguées dans des « écoles spécifiques » à laquelle les psychothérapeutes se rattachent et où ils sont formés. De nombreux psychothérapeutes se disent cependant « éclectiques », utilisant plusieurs techniques en fonction des désirs et besoins de leurs patients.

Les **psychanalystes** sont des professionnels qui ont suivi une analyse personnelle, suivie d'une analyse dite didactique durant laquelle ils ont été supervisés et ont participé à des séminaires cliniques. La durée de leur formation est d'une dizaine d'années. Il existe différentes écoles (freudienne, lacanienne et autres) ; ces thérapeutes peuvent ou non être des psychiatres ou des psychologues mais ils doivent être reconnus par une école de psychanalyse.

d) Une offre médico-sociale et sociale multiforme

Une autre composante de l'offre est constituée des soins spécialisés dispensés au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS). Les personnes avec handicap psychique représenteraient un peu

plus de 20 %³⁷ du total des personnes accueillies ou bénéficiant du service, soit environ 110 000 personnes (65 000 adultes et 45 000 enfants)³⁸, la nature et l'ampleur de ces soins dépendant de la vocation particulière de chaque catégorie d'établissement³⁹.

Enfin, des structures relevant du secteur social (c'est-à-dire financées par les seules collectivités territoriales, départements mais souvent également communes ou intercommunalités) ont également leur place dans l'organisation des parcours, par exemple pour fournir un logement « supervisé » par une association et pour aider à l'insertion professionnelle en milieu ordinaire ou à l'accompagnement des patients, une fois les troubles stabilisés, notamment avec le soutien des groupes d'entraide mutuelle (GEM)⁴⁰.

Plusieurs structures importantes par leur apport dans la chaîne d'interventions sont ainsi des structures « sociales », qui ne sont pas soumises aux exigences particulières demandées aux établissements médico-sociaux et *a fortiori* sanitaires. C'est en particulier le cas des maisons des adolescents (MDA)⁴¹, dont le régime juridique et financier est très variable (souvent associatif). Leur mission est de constituer un lieu d'information, de prévention mais aussi de repérage des troubles, pour adresser vers les services spécialisés les plus pertinents.

³⁷ Cette proportion est de l'ordre de 13 % en maisons d'accueil spécialisées (MAS), mais atteint 94 % dans les instituts thérapeutiques, éducatifs et psychologiques (ITEP). Voir le détail en annexe n° 1.

³⁸ La Drees réalise tous les quatre ans une enquête sur les ESMS, les responsables des établissements déclarant alors le handicap principal des patients (mais sans diagnostic formalisé, le plus souvent). Les dernières données disponibles remontent à 2014 (les données de l'enquête 2018 sont en cours de dépouillement).

³⁹ Une part variable des soins (selon les catégories, mais aussi au sein de chaque catégorie) peut d'ailleurs être assurée par des professionnels extérieurs à l'établissement, comme des psychiatres libéraux, voire des services ambulatoires « institutionnels ».

⁴⁰ Destinés à soutenir la démarche de réadaptation et de réinsertion professionnelle d'anciens patients hospitalisés en psychiatrie, ce sont des associations autonomes sur le plan juridique, souvent soutenues par les collectivités territoriales et qui reçoivent en outre une aide imputée sur les crédits gérés par les ARS (35 M€ au total en 2018 pour les quelques 505 GEM existants ou reconnus sur le territoire).

⁴¹ Dans le réseau désormais presque complet de MDA (au sens où il en existe au moins une par département), les structures juridiques sont très variées.

e) La part respective des segments de l'offre, telle que reflétée par les financements

Même s'il est difficile d'estimer avec précision la part respective des dépenses ambulatoires et des hospitalisations à temps plein, on connaît avec précision la répartition des dépenses par catégorie juridique d'établissements (sauf pour le secteur social). La composition de l'offre reflète pour l'essentiel des modes de financement distincts : les établissements du secteur public (établissements publics et, sauf exception, établissements de santé participant au service public) sont financés par une dotation globale identifiée⁴², alors que les cliniques à but lucratif sont financées par des prix de journée.

Le montant des financements permet donc de donner un aperçu de l'importance relative de chaque composante de l'offre : presque les deux tiers (environ 65 %) des dépenses globales de soins psychiatriques sont effectuées dans le service public hospitalier, même si l'on inclut dans le total les établissements médico-sociaux.

Le poids des soins et accompagnements du secteur médico-social, qui impliquent des personnels diversifiés, est également significatif.

⁴² En outre, certains services au sein des établissements polyvalents sont financés par des dotations en « T2A », par exemple pour des sevrages complexes.

Tableau n° 2 : dépenses de soins de psychiatrie (2018)

<i>Catégorie</i>	en M€	%
<i>Établissements sous dotation globale (service public)</i>	8 789 ⁴³	57,6
<i>(dont établissements publics spécialisés)</i>	(4 629)	30,4
<i>(dont établissements polyvalents)</i>	2 925	19,2
<i>(dont ESPIC)</i>	1 235	8,1
<i>Établissements financés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)</i>	812	5,3
<i>Établissements « ex-OQN » (cliniques à but lucratif)</i>	692	4,5
<i>Honoraires des psychiatres en cliniques à but lucratif*</i>	137	0,9
<i>Total des établissements sanitaires (y c. honoraires)</i>	(10 430)	68,4
<i>Quote-part estimée des dépenses en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)**</i>	4 403	28,9
<i>(p.m. Honoraires psychiatres libéraux « en ville »</i>	413	2,7
<i>Prestations en nature du secteur social</i>	non estimé	
<i>Total estimé dépenses en établissements</i>	14 833	
<i>Total estimé y compris honoraires en ville</i>	15 246	100

Source : Données Scan santé, présentation Cour des comptes

OQN : objectif quantifié national.

* Le financement des cliniques privées à but lucratif n'inclut pas les honoraires, indiqués de manière distincte. ** Le montant des dépenses en ESMS résulte d'une estimation, à partir des données de la Drees sur les effectifs de personnes avec handicap psychique dans les ESMS et de la CNSA sur leurs coûts, dont les explications sont précisées en annexe n° 1.

B - L'absence de réponse graduée par type de besoin porte atteinte à l'efficacité du système

1 - Un manque de lisibilité et un facteur d'inégalités

En l'absence de « portes d'entrée » dans les soins, identifiées en fonction des troubles et des besoins correspondants, la complexité de l'offre et son absence de gradation nuisent à sa compréhension par les patients et les médecins. Un des freins à une prise en charge précoce et pertinente est la perplexité des médecins généralistes et des autres professionnels de « première ligne » quant à l'orientation de leurs patients vers des soins spécialisés. Chacun est conduit à construire « son parcours », à partir des informations dont disposent le patient, sa famille ou un conseil.

⁴³ Source : ATIH.

La tâche est d'autant plus ardue que, pour une même catégorie d'établissements, la définition des missions de chacun peut être dissemblable. Selon l'analyse faite par le centre régional d'études, d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) des Pays de la Loire, deux centres médico-psychologiques infanto-juvéniles de même statut peuvent ainsi, pour l'un, mettre en avant le repérage des troubles et, pour l'autre, se donner l'objectif d'un traitement complet des troubles constitués.

Une inégalité territoriale marquée résulte de cette carence dans la régulation de l'offre de soins, même si elle est difficile à objectiver de manière consolidée pour les années récentes.

Les éléments disponibles mettent en évidence des inégalités territoriales marquées dans l'offre de soins

Plusieurs organismes (Drees, Cnam, Conseil national de l'ordre des médecins) ont établi des constats périodiques sur la répartition territoriale des médecins généralistes et des diverses catégories de spécialistes libéraux. Le taux variait en 2011 dans un rapport de 1 à 40 entre les territoires les moins « équipés » que sont les territoires de Pontivy/ Loudéac (1,8) et de la Meuse (1,9), qui proposaient tous deux moins de deux psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de 16 ans et plus, et le territoire le mieux pourvu et le plus urbanisé, Paris (76,0). Les analyses de « l'accès localisé » effectuées par la Drees confirmaient en 2017 un écart très fort, nettement plus marqué que dans toute autre spécialité médicale.

Dans le domaine particulier de la psychiatrie, une part prédominante des psychiatres (pour les deux tiers) exerce dans le secteur public ou sous la forme d'un exercice mixte. Toutefois ces derniers sont eux-mêmes distribués inégalement : selon les travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)⁴⁴, la densité nationale de salariés médicaux en psychiatrie générale s'élevait en 2011 à 12 ETP pour 100 000 habitants de 16 ans et plus. Elle était inférieure à 8 ETP dans un cinquième des territoires et supérieure à 15 ETP dans un autre quintile. Parmi les salariés médicaux en psychiatrie générale, 16 % correspondaient en moyenne à des médecins non psychiatres. Cette proportion variait selon les territoires de santé (ou départements), entre 0 % et 57 % pour le département de la Creuse.

⁴⁴ Magali Coldefy, Charlène Le Neindre, *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*, rapport de l'Irdes n° 558, décembre 2014.

Le rapport de l'Igas précité sur les CMP pour adultes⁴⁵ procède à un état des lieux actualisé de ces inégalités : selon les territoires de santé, on constate en 2018, à partir des données de la Drees et des fichiers des professionnels, de 1 à 42 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants. Des écarts un peu moins forts, mais encore très importants, sont constatés pour la répartition des psychiatres salariés et de ceux à exercice mixte. Pour l'essentiel, « *les départements denses en psychiatres libéraux sont aussi le plus souvent ceux qui le sont le plus en psychiatres hospitaliers, il n'y a pas de déport sur l'offre libérale en cas de faiblesse de l'offre hospitalière mais davantage un cumul des forces et des faiblesses* ».

Des constats analogues pourraient être établis sur la répartition par territoires des lits : pour une moyenne de 84 lits en 2017 pour 100 000 habitants (donnée assez élevée, selon les comparaisons faites par Eurostat, puisque le niveau est désormais de 39 au Royaume-Uni et de 28 en Allemagne), on note une forte hétérogénéité selon les départements, comme le confirment les données de l'*Atlas de la santé mentale en France*, établi par la Drees et l'Irdes.

Comment consolider ces données partielles pour construire une vue d'ensemble des inégalités d'accès aux soins de psychiatrie ? L'Irdes, en se fondant sur les derniers rapports d'activité détaillés par structure, produits jusqu'en 2009, avait mis en évidence que les inégalités de chaque segment se cumulent plutôt qu'elles ne se compensent⁴⁶, ce qui conduit au constat de territoires défavorisés (18, pour 11 % de la population française), surtout ruraux, aussi bien pour l'offre sanitaire ambulatoire que pour l'offre en hospitalisation à temps plein ou l'offre médico-sociale. A l'inverse, les territoires urbains, en particulier dans les métropoles, disposaient d'une offre nettement plus importante et diversifiée (pour 29 territoires de santé et 46 % de la population), des situations intermédiaires pouvant être caractérisées par des contextes d'offres polarisés sur telle ou telle composante des soins.

⁴⁵ *Le fonctionnement des centres de psychiatrie générale et leur place dans le parcours des patients*, remis en juillet 2020.

⁴⁶ Les rapports d'activités de psychiatrie, ou « RAPSY », ne sont plus colligés depuis 2009. À partir des dernières données disponibles, l'Irdes avait procédé à une typologie par territoires, faisant apparaître cinq modes de fonctionnement différenciés, en fonction de l'importance respective de l'offre sanitaire et médico-sociale, les répartitions de missions s'adaptant dans une certaine mesure à des contextes d'offre très dissemblables (Magali Coldefy, Charlène Le Neindre, *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une approche segmentée à une approche systémique*, rapport de l'Irdes n° 558, décembre 2014).

Les données financières, qui cumulent le total des dépenses de soins spécialisés en les rapportant par habitant (mais pour la seule part sanitaire), confirment de manière globale la permanence de ces déséquilibres dans la répartition de l'offre. Les perspectives offertes par le développement de la téléconsultation et de la télé-expertise en psychiatrie pourraient permettre cependant d'atténuer l'effet sur l'accès aux soins de ces déséquilibres (voir *infra*).

La diversité dans la composition et l'accessibilité de l'offre interfère en outre avec des questions, plus qualitatives, de stratégies et de positions thérapeutiques. Par exemple, un patient et sa famille peuvent avoir affaire à des praticiens qui considèrent la schizophrénie comme un handicap indépassable, tandis que d'autres rencontrent des équipes dynamiques qui leur proposent des bilans cognitifs, de la remédiation, des aides pour s'intégrer dans la vie professionnelle, une éducation thérapeutique, etc. Tous ces éléments qui concourent au « rétablissement » supposent une certaine diversité dans l'offre mais aussi la mise à niveau préalable des connaissances des équipes. La qualité inégale de l'offre de soins peut constituer un risque de « perte de chance », c'est-à-dire réduire la probabilité d'amélioration, pour de nombreux patients dont les parcours potentiels se trouvent limités.

2 - Alors que les ressources en psychiatrie sont peu dynamiques, un risque de perte d'efficacité des soins

Un deuxième risque, lui aussi difficile à évaluer précisément, est la perte d'efficacité. Les critiques récurrentes sur le manque de moyens invitent à poser la question, sinon du niveau (a), du moins des évolutions (b), qui vont de pair avec une volonté affirmée de renforcer la pertinence et donc l'efficacité des soins (c).

a) Un niveau de financement global proche de la moyenne des pays voisins

Selon une étude assez récente de l'OCDE (de 2018 mais fondée sur des données de 2015), le niveau de dépenses globales pour la psychiatrie serait en France en proportion du PIB assez proche de la

moyenne des pays de l'Union européenne, du moins pour les coûts liés aux soins ou aux prestations en espèces⁴⁷.

**Tableau n° 3 : estimation des dépenses directes
(année 2015, en % du PIB)**

Pays	Soins	Prestations	Total
<i>Moyenne UE 28</i>	1,34	1,15	2,49
<i>France</i>	1,34	1,2	2,54
<i>Belgique</i>	1,25	1,62	2,87
<i>Italie</i>	1,33	1,15	2,48
<i>Danemark</i>	1,26	2,05	3,31

Source : OCDE, 2018

Les données disponibles sur le nombre de psychiatres⁴⁸ ou de « lits » en psychiatrie confirment que les moyens alloués à la santé mentale et à la psychiatrie se situent, en France, dans la moyenne des pays comparables par le niveau de vie⁴⁹.

*b) Une évolution peu dynamique depuis dix ans
pour les établissements sanitaires*

Le tableau qui suit retrace la progression des seules dotations attribuées aux établissements autorisés en psychiatrie au cours des dix dernières années. Comme on le voit, l'évolution globale de ces financements entre 2008 et 2018 est tout juste supérieure à l'inflation (+ 14,7 %, contre

⁴⁷ Le poids relatif des dépenses de prestations en espèces est presque aussi important que les dépenses en nature, en France comme dans les pays voisins. L'annexe n° 1 explicite en partie ces dépenses (indemnités journalières, prestations d'invalidité, allocation aux adultes handicapés, etc.).

Cette étude tente également de chiffrer la perte de revenu liée à la diminution du taux d'emploi et à la productivité plus faible des personnes atteintes de troubles, ce qui causerait un préjudice économique équivalent à 1,6 % du PIB dans les pays de l'UE. Toutefois cette estimation est fragile, les valeurs étant d'ailleurs dispersées selon les pays.

⁴⁸ 23 pour 100 000 habitants en 2018 en France, dont 9,9 en exercice libéral ou mixte : de ce point de vue le niveau français est le quatrième taux plus élevé sur les 27 pays de l'Union européenne, selon les données Eurostat.

⁴⁹ En France comme dans de nombreux autres pays d'ailleurs, ce chiffre « national » correspond à une distribution très inégale sur le territoire tant des ressources humaines que matérielles.

+ 12,9 % d'inflation cumulée), sensiblement inférieure à celle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) (+ 22,9 %). On y relève un écart notable entre les évolutions de la dotation annuelle de financement (DAF, pour les établissements du secteur public), légèrement inférieure à l'inflation cumulée, et celle de l'objectif quantifié national (OQN, pour les cliniques privées essentiellement), qui augmente quant à lui plus vite que l'Ondam.

Tableau n° 4 : évolution du financement des établissements sanitaires (de 2008 à 2018) (en Md€ et en %)

	2008	2011	2014	2018	2018/2008
<i>Etablissements « DAF »</i>	7,94	8,40	8,70	8,95	+ 12,7 %
<i>Etablissements « OQN » (cliniques à but lucratif)</i>	0,49	0,55	0,67	0,72	+ 46,9 %
<i>Total</i>	8,43	8,95	9,33	9,67	+ 14,7 %
<i>Inflation</i>					+ 12,9 %
<i>Ondam</i>					+ 22,9 %

DAF : dotation annuelle de financement. OQN : objectif quantifié national.

Source : DSS (rapport de la commission des comptes 2014), Insee pour l'inflation, rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'Ondam (n° 40 (2019-2020), 9 octobre 2019) et données Cour des comptes pour les années récentes

La députée Martine Wonner, dans sa communication précitée de février 2019 à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur le financement de la psychiatrie, voit dans ces évolutions de reflet de « l'absence de priorité politique donnée à ce secteur pendant de nombreuses années. (...). L'absence de marge de manœuvre avec la DAF a parfois conduit les ARS à se retourner vers les cliniques privées pour augmenter l'offre de soins ».

La mission récente de l'Igas déjà citée sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques (voir *supra*) relevait, quant à elle, qu'il « était inexact de parler d'un appauvrissement de la psychiatrie » : en effet, selon ce rapport (p. 23), « il existe des transferts de la psychiatrie vers les autres dépenses de santé, notamment les soins en MCO⁵⁰ » (médecine, chirurgie, obstétrique). Ces évolutions refléteraient « une recomposition progressive de l'offre, mais insuffisamment éclairée par des orientations stratégiques clairement identifiables ».

⁵⁰ L'augmentation des honoraires des psychiatres libéraux « en ville » témoigne de ce transfert (+ 17 % de 2014 à 2018, par exemple).

On doit également noter en psychiatrie l'absence de traitements nouveaux, notamment médicamenteux : même les « antipsychotiques » dits de deuxième génération sont « génériques » depuis plusieurs années, le coût des médicaments dans les traitements est donc assez réduit et il n'a pas connu la forte augmentation observée en MCO, tout particulièrement pour l'oncologie ou le VIH. De même, la psychiatrie n'exige pas de plateaux techniques sophistiqués, les soins dits « d'électro-simulation » demeurant relativement réduits en nombre et assez peu complexes, du point de vue des traitements. En l'absence de ces deux motifs d'augmentation avérée des coûts pour la psychiatrie, la comparaison entre l'Ondam et les soins de psychiatrie doit être considérée avec prudence.

c) La recherche d'une pertinence accrue des soins

L'annonce par le Gouvernement d'un engagement pluriannuel de revalorisation des dotations, notamment en psychiatrie, répond en partie à ces constats : un *Protocole sur la pluriannualité des financements dans les établissements de santé* a été signé en février 2020 entre l'État et les fédérations d'établissements hospitaliers, pour trois ans, qui comprend pour la psychiatrie l'engagement d'une revalorisation annuelle minimale de + 1,9 %, de 2020 à 2022. Cet engagement s'insère dans une stratégie visant à améliorer la pertinence des soins, grâce à, d'une part, une réforme de la tarification (voir *infra*) ; et, d'autre part, une incitation à la transformation et à la gradation de l'offre, explicitée à la fois dans la stratégie globale « Ma santé 2022 » de septembre 2018 et dans la feuille de route spécifique pour la psychiatrie de juin 2018.

3 - Des exemples de soins peu efficaces

La question de la bonne utilisation des moyens est cependant posée et certains indices dénotent une sélectivité insuffisante dans la dispensation des soins spécialisés, plus coûteux que les soins de premier niveau.

Les actes en centres médico-psychologiques (CMP), en premier lieu, sont relativement coûteux⁵¹, dans la mesure où les équipes

⁵¹ Leur coût unitaire médian a été évalué par l'ATIH à 98 € (pour les adultes). Il convient également de prendre en considération la pression que ces patients nombreux font peser sur les CMP et le risque de moindre attention portée à des patients aux pathologies plus sévères.

pluridisciplinaires de ces centres sont spécialisées. Or, l'analyse du *case mix* de ces centres met en évidence la part importante des patients souffrant de troubles légers ou modérés⁵², dont les entretiens sont conduits par des psychologues ou des infirmiers et qui pourraient consulter des psychologues libéraux pour un coût moins élevé, si une offre adéquate leur était offerte (voir *infra*).

Autre point d'attention, le passage en centre d'accueil et de crise (CAC) et/ou en centre d'accueil permanent (CAP)⁵³ a concerné presque 31 000 patients en 2018 et représenté 142 000 nuitées dans 46 centres. Alors que la durée moyenne de séjour y est en principe de deux à trois jours renouvelables une fois, durée qui correspond à la période d'observation de 72 heures, obligatoire avant une hospitalisation sous contrainte, on remarque, dans un petit nombre de cas (10 %), que cette durée est anormalement élevée. La durée moyenne de séjour dans ces centres était ainsi de douze jours en 2018, selon les données de la *task force* chargée de la réforme du financement des établissements de santé.

L'exemple du fonctionnement du centre d'accueil permanent (CAP) de l'unité Maison Blanche-Hauteville

Le CAP « d'Hauteville » dessert deux secteurs, correspondant aux 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements de Paris. Il est situé au rez-de-chaussée d'un bâtiment qui comprend une unité d'hospitalisation de 23 lits en soins libres ou sous contrainte ; lui-même comprend 10 lits uniquement destinés à des patients en placement libre et pour 72 heures.

⁵² Comme le montrent les tableaux en annexe n° 2, les entretiens concernent pour 32,6 % des patients psychotiques et pour 23 % des patients dépressifs de gravité variable (environ la moitié selon l'ATIH correspond à des troubles bipolaires, plus sévères), 9 % des personnes souffrant d'addiction, 9 % des personnes souffrant de troubles de personnalité. Toutefois 19,4 % des patients souffrent d'anxiété et 16,5 % des patients souffrent de troubles dont le diagnostic précis n'est pas porté, soit qu'il s'agisse d'un symptôme isolé, soit qu'il s'agisse d'une « circonstance de vie » difficile. Sans même faire le départ des troubles modérés parmi les troubles dépressifs, plus du tiers des diagnostics correspond à des troubles modérés.

⁵³ Les deux types de structures se distinguaient à l'origine selon la durée des hospitalisations possibles sur place, courte pour les CAP (jusqu'à 48 heures), un peu plus longue pour les CAC (jusqu'à 72 heures renouvelables). Dans les deux cas, il s'agit, par des structures intermédiaires entre les CMP et les services d'hospitalisation à temps complet, de permettre une évaluation de la crise et si possible d'éviter une hospitalisation plus longue. En pratique, comme l'a montré notamment un audit réalisé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur toutes les structures de ce type dans la région, les modes de fonctionnement dépendent beaucoup de l'environnement (au sein ou non d'une structure hospitalière plus lourde) et les références fixées par la réglementation ne sont pas rendues impératives.

La durée de séjour moyenne déclarée y est de trois jours, reconductible une à deux fois (jusqu'à neuf jours) ; d'après les données transmises à l'ATIH, 12,2 % des patients sont passés par le CAP sans hospitalisation, 26,5 % sont restés une nuit et 72,6 % deux nuits ou plus. Un tiers des patients présentent des troubles psychotiques (schizophrénie et troubles délirants), un quart des troubles dépressifs (dont les troubles bipolaires) et un quart, dont la grande majorité ont été hospitalisés deux nuits ou plus, n'ont pas de troubles permettant un diagnostic, mais des symptômes isolés (le reste se compose de troubles de la personnalité, 10 %, de troubles anxieux, 6 %, et d'addictions, 5 %).

Une partie des patients se présentent d'eux-mêmes et sont évalués par une infirmière puis par un médecin. Une autre partie des patients sont envoyés par les services d'urgence et sont hospitalisés sous contrainte dans le service hospitalier, sans passer par le CAP, dont ils ne bénéficient donc pas. Par conséquent, le CAP, par son mode de fonctionnement, ne permet pas la mise en place, pour ces patients, de la période d'observation de 72 heures, sous contrainte, facilement réversible dès que le patient va mieux et accepte son traitement, permettant d'éviter la deuxième phase du processus.

La première prise en charge est faite le plus souvent aux urgences, où le patient n'est, la plupart du temps, pas connu. Les patients aux troubles les plus sévères n'ont donc pas de contact avec le CAP et ne bénéficient pas de cette possibilité d'une hospitalisation courte, leur permettant d'éviter la contrainte.

Un autre point relevé est que, en cas de crise du patient à son domicile, le personnel du CAP ne se déplace pas et les familles doivent faire appel à d'autres intervenants.

Le coût unitaire de l'accueil dans ces structures est significatif en personnels présents 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 (le coût médian de ces CAC est estimé par l'ATIH à 733 € par journée). Or, les données de l'année 2018, détaillées en annexe n° 2, montrent que les patients psychotiques en sont très peu utilisateurs : 14,5 % du total des patients adultes, 9 % des courtes hospitalisations (1 à 6 nuits au maximum), 16 % des passages (sans nuits). La patientèle adulte des CAC ou CAP est plutôt composée de patients déprimés (23,9 %), anxieux (17,7 %) ou sans aucun trouble diagnostiqué (20 %). On peut se demander dès lors si ces centres ne se substituent pas, en pratique, à un accueil en centre médico-psychologique (CMP)⁵⁴, accueil dont l'amplitude horaire a souvent été signalée comme

⁵⁴ On donne souvent deux motifs pour justifier un fonctionnement autonome de ces centres, relativement coûteux, et qui se sont autonomisés vis-à-vis du secteur. Les CAC

assez réduite (la plupart ferment à 18h) mais surtout restreinte (aux rendez-vous programmés et à leur secteur géographique), voire s'ils ne se substituent pas à une prise en charge relevant davantage d'un intervenant exerçant en libéral.

4 - L'importance relative des prestations en espèces

L'appréciation de l'efficacité des traitements doit en outre s'élargir pour englober les dépenses induites par les troubles sur les prestations en espèces : pour les troubles en santé mentale, en particulier, les indemnités journalières maladie ou invalidité représentent une part notable du coût total, selon les ventilations des dépenses globales par grandes pathologies, effectuées par la Cnam, dans la mesure où ces prestations sont souvent servies sur des durées longues.

Les enseignements (et les limites) de la ventilation des dépenses d'assurance maladie par grandes pathologies

Chaque année⁵⁵ la Cnam distingue, pour la psychiatrie et la santé mentale, deux catégories de dépenses : celles liées à ce qu'elle dénomme les « pathologies psychiatriques », repérées par une hospitalisation ou une affection de longue durée (ALD), et la catégorie dénommée « traitements », repérée par une simple consommation de psychotropes. Cette distinction reflèterait reflèterait en théorie celle entre les troubles sévères et ceux, légers ou modérés, dont elle essaye de suivre l'évolution.

(ou les CAP) permettraient en premier lieu d'éviter une hospitalisation à temps complet. Or une analyse à partir des données de l'ATIH du taux d'hospitalisation (plein temps) des patients passés par des CAC ou des CAP met en évidence que, parmi les patients adultes souffrant de troubles psychotiques, au minimum 59 % sont hospitalisés à plein temps dans les mois qui suivent leur passage. On invoque également le rôle que joueraient les CAC et CAP dans la gestion des crises suicidaires ; mais aucune donnée probante ne vient démontrer l'intérêt de ce type de prise en charge pour cette problématique.

⁵⁵ Dans les rapports successifs *Charges et produits*. Les données citées sont tirées du dernier rapport pour 2021, publié en juillet 2020. Les pathologies psychiatriques comprennent les troubles psychotiques, les troubles névrotiques et de l'humeur, la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et les autres troubles (de la personnalité et du comportement). Les traitements psychiatriques concernent des personnes qui prennent régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques des anxiolytiques et/ou des hypnotiques, mais qui n'ont pas eu d'hospitalisation ou d'affection de longue durée récente et n'ont pas de diagnostic repérable dans le système national des données de santé (SNDS) (voir *supra*).

Cependant les données ainsi mobilisées comportent des limites importantes, comme le rappelle d'ailleurs la Cnam, en particulier le fait que les suivis ambulatoires dans la psychiatrie de secteur n'y sont pas présents, alors qu'ils sont majoritaires⁵⁶. De ce fait, une grande partie de la catégorie dite des « pathologies psychiatriques » échappe à cette catégorie pour relever de la catégorie dite « traitements », puisque sans avoir été hospitalisés ces patients prennent régulièrement des psychotropes.

De plus, le repérage par les traitements psychotropes, même spécialisés, ne permet pas de donner une image pertinente des troubles. Ainsi une part significative de personnes âgées⁵⁷ reçoit un traitement d'antipsychotiques pour des troubles de type démence, alors même que cette prescription est contre-indiquée.

Cette approche a cependant le mérite tout d'abord de donner quelques ordres de grandeur : les deux sous-ensembles sont ainsi très différents par les effectifs concernés comme par leur poids financier. Les traitements concernent un peu plus de 5 millions de personnes pour le seul régime général, pour un coût total (tous régimes) de 6,7 Md€ en 2018. Les pathologies psychiatriques, qui concernent des effectifs plus limités mais encore très importants d'un peu moins de 2,2 millions de personnes, représentent un volume de dépenses nettement supérieur, soit 16,7 Md€ en 2018.

L'intérêt de ce type d'analyse est surtout qu'il permet de détailler les dépenses par grandes catégories diagnostiques et par postes, en identifiant les dépenses en ville et les prestations en espèces, estimées à 5 286 M€ (2 457 M€ pour les troubles psychiatriques et 2 829 M€ pour les traitements par psychotropes).

L'importance relative des prestations en espèces souligne le retentissement des troubles sur la vie professionnelle. En outre, pour les troubles les plus sévères, l'insertion ou la réinsertion professionnelle est plus difficile et les patients chroniques bénéficient de ce fait souvent de

⁵⁶ En conséquence, les patients suivis en soins ambulatoires, soit 80 % des files actives, ne sont pas détectés s'ils ne sont pas en affection de longue durée (ALD) et n'ont pas été hospitalisés dans les années de référence. Toutefois ils peuvent être présents dans l'ensemble « traitements chroniques à visée psychiatrique » s'ils suivent des traitements ; ces deux ensembles ne sont pas chaînés.

⁵⁷ Voir notamment : « Neuroleptiques : trop banalisés », *La revue Prescrire*, novembre 2016, tome 36, n° 397, page 855 ; Haute Autorité de santé, *Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge*, décembre 2011 ; Kovess-Masfety et al., « Prescription patterns of first- and second-generation antipsychotic drugs in the French population », *Fundamental & Clinical Pharmacology*, mars 2020.

minima sociaux, en particulier de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Une enquête récente de la Cour des comptes⁵⁸ confirme la part importante des handicaps psychiques dans l'attribution de nouvelles prestations de l'AAH, à partir d'une analyse des données disponibles dans certaines maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) : les handicaps psychiques représenteraient « plus de 40 % des entrées dans l'AAH-2 » dans deux des quatre départements examinés, tandis que d'autres types de déficience y ont une part beaucoup plus réduite (5 % par exemple pour les déficiences auditives et visuelles).

Selon le rapport, « ces données, quoique lacunaires, mettent en évidence un ensemble de résultats qui confirment le décalage entre l'image associée au handicap et sa réalité : les troubles psychiques sont la déficience principale au sein de l'AAH ». Cette proportion fortement croissante des troubles psychiques va de pair avec une augmentation continue du montant global de l'allocation, passé de 2,8 % en 2008 à 4,5 % du budget de l'État en 2017 et atteignant cette année-là un montant de 9,4 Md€. Comme le relève le rapport, « les prévisions faites conduisaient à une progression encore forte, le montant global de l'AAH pouvant atteindre (avec ses compléments) 11,8 Md€ d'ici 2022 »⁵⁹.

La dépense correspondant à l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés à des personnes avec handicap psychique peut être estimée à environ 4 Md€ par an, soit un montant proche du total des dépenses en ESMS pour les personnes atteintes de handicap psychique. A ce montant il conviendrait d'ajouter la part des autres prestations d'action sociale bénéficiant aux personnes avec handicap psychique, qu'en l'absence de données suffisantes, il n'a pas été possible d'estimer.

Ces données montrent l'importance d'une appréhension suffisamment large des « parcours » des patients, parcours de soins mais aussi parcours de vie : pour des patients devenus chroniques, les perspectives de réinsertion sociale et professionnelles sont moindres et donc l'horizon d'une dépendance financière et personnelle plus prégnant.

⁵⁸ Cour des comptes, *L'Allocation aux adultes handicapés*, rapport public thématique, novembre 2019, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁵⁹ Le rapport *Charges et produits* de la Cnam pour 2019 (p. 62) fait de même apparaître une croissance très rapide des pensions d'invalidité pour des assurés souffrant de pathologies psychiatriques ou suivant des traitements par psychotropes.

II - Des parcours insatisfaisants pour les patients souffrant des troubles les plus sévères

Alors que l'organisation de parcours devrait faire l'objet d'une forte attention de la part des services de soins, les éléments disponibles indiquent au contraire une situation souvent insatisfaisante, pourtant peu analysée.

Les constats de la Cour qui suivent sont fondés sur les données relatives aux soins proposés aux divers profils de patients, données accessibles aux équipes de soins et aux responsables administratifs et financiers dans les établissements ainsi qu'aux tutelles, en ARS. Leur pertinence opérationnelle a fait l'objet d'un dialogue approfondi avec les médecins responsables de l'information médicale (« médecins DIM »⁶⁰) des établissements spécialisés visités ainsi qu'avec l'ATIH. Plusieurs de ces indicateurs, détaillés ci-après, sont révélateurs de dysfonctionnements systémiques, au sens où, le plus souvent, les résultats ne peuvent être imputés à un établissement déterminé mais traduisent la résultante d'une offre d'ensemble.

A - La part trop importante des hospitalisations de longue durée

Dans ce cadre, à partir des données consolidées nationales relatives à l'activité, la Cour a examiné le nombre de personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie (soit un an ou plus, en continu ou non⁶¹), en nombre de patients mais surtout en journées d'hospitalisation. Or, comme le confirment les monographies consacrées sur ce sujet à des établissements ou à des régions⁶², la permanence dans le temps de ce phénomène d'hospitalisations de longue durée, jugées inadéquates par les cliniciens, est l'indice d'une difficulté structurelle à trouver des solutions d'aval (au sein d'établissements ou de services médico-sociaux ou, plus difficilement encore, dans des logements supervisés, avec le soutien de visites à domicile quand c'est nécessaire). De plus, une période

⁶⁰ Un DIM est un département d'information médicale.

⁶¹ Une hospitalisation dite « au long cours » en psychiatrie peut être définie comme une hospitalisation supérieure ou égale à 272 jours dans l'année, continu ou non, associée à une présence en hospitalisation l'année précédente.

⁶² Plusieurs analyses ont été faites sur l'ensemble des établissements, en Nouvelle-Aquitaine ou en région Rhône-Alpes, qui confirment que dans la très grande majorité de ces situations, l'hospitalisation est reconnue comme inadéquate par les psychiatres responsables ou par des experts psychiatres extérieurs aux établissements (voir *infra*).

d'hospitalisation supplémentaire n'apporte pas de plus-value thérapeutique et au contraire produit des effets dommageables sur la perte d'autonomie, rendant l'insertion de plus en plus difficile ; sur ce point les recommandations de bonne pratique suggèrent d'envisager et de préparer la sortie dès le début d'une hospitalisation pour en éviter les effets délétères.

Plus de 17 000 patients ont connu un séjour hospitalier de plus de 272 jours sur l'année 2018, déjà engagé l'année précédente. En termes de journées, la proportion est beaucoup plus significative puisque ces longs séjours représentent presque un tiers (32,6 %) des journées totales en hospitalisation complète pour les adultes de 18 à 65 ans, ce qui constitue une pression considérable sur la disponibilité en lits.

**Tableau n° 5 : journées d'hospitalisation par âges
(en milliers de journées par an et patient) (2018)**

	Moins de 18 ans	%	18-64 ans	%	65 ans et plus	%	Total général	%
0 à 8 jours	23	4 %	201	2 %	26	1 %	250	1 %
9 à 30 jours	115	18 %	1 494	11 %	303	7 %	1 912	10 %
1 à 3 mois	194	30 %	3 317	25 %	921	22 %	4 432	24 %
3 à 6 mois	140	22 %	2 473	18 %	932	22 %	3 545	19 %
6 mois à 272 jours	70	11 %	1 580	12 %	609	14 %	2 259	12 %
>272 jours	98	15 %	4 449	33 %	1 500	35 %	6 047	33 %
Total	640 (4 %)	100 %	13 513 (73 %)	100 %	4 291 (23 %)	100 %	18 444 (100 %)	100 %

Source : Données, Scan santé, calcul et présentation, Cour des comptes

NB : le taux de séjours de longue durée ainsi estimé est plus élevé que celui produit par l'ATIH, fondé pour sa part sur les seuls séjours continus de plus de 272 jours (voir en annexe n° 2).

Durée approximée par le nombre de journées facturées en hospitalisation complète.

Ces observations générales recourent celles constatées dans les établissements visités : malgré les efforts des établissements, le nombre de séjours de longue durée diminue peu⁶³. Des efforts considérables sont parfois déployés par les établissements mais ils n'évitent pas que réapparaissent des cas, dès lors que la prise en charge de ces patients

⁶³ Les hospitalisations d'une durée supérieure à 272 jours dans l'année représentaient 4,5 % des patients hospitalisés en 2018, contre 4,8 % en 2015.

chroniques nécessite la coordination de nombreux intervenants, relevant de différents services.

Cette situation a été signalée depuis des années comme coûteuse et inadaptée, notamment par l'Irdes⁶⁴, qui avait identifié 12 700 patients hospitalisés en longue durée en 2011. Il est vrai que les actions correctives sont complexes et doivent être menées dans la durée, comme le montre l'exemple examiné par la Cour de l'Association hospitalière de Bourgogne Franche Comté (AHBFC), pour la prise en charge des personnes âgées.

La constitution d'une filière de soins pour les personnes âgées au sein de l'Association hospitalière de Bourgogne-Franche Comté (AHBFC)

L'AHBFC est un établissement privé d'intérêt collectif à but non lucratif, géré par une association hospitalière, reconnue d'intérêt général. L'association est la seule à exercer les missions de service public en psychiatrie et santé mentale en Haute-Saône et sur l'Aire urbaine (Territoire de Belfort et une partie du Doubs autour de Montbéliard). L'association comprend un centre hospitalier spécialisé de 734 lits et places, qui s'est progressivement développée pour apporter une réponse géographiquement complète et pertinente aux patients. Il a construit une filière de soins du sujet âgé (de plus de 65 ans), autour de deux inter-secteurs dédiés et notamment, sur l'Aire urbaine, d'une unité d'hospitalisation à temps complet de 30 lits située à Bavilliers et d'une équipe mobile spécialisée, intervenant à domicile et en établissements médico-sociaux, enfin d'une offre extrahospitalière (hôpital de jour de 15 places et quatre centres médico-psychologiques (CMP) permettant d'assurer une offre de proximité sur l'ensemble du territoire de l'Aire urbaine : à Belfort, Montbéliard, Héricourt et Valentigney).

Pour ce faire, il a été d'abord nécessaire de mieux former les médecins généralistes au diagnostic précoce de la dépression de la personne âgée. L'établissement a surtout dû faire sortir les patients de plus de 65 ans atteints de démence, pour lesquels l'hospitalisation ne se justifiait pas, pour les transférer vers les services du médico-social relevant également de l'AHBFC. Selon le responsable du pôle, ces transferts ont été d'autant plus difficiles à faire accepter aux familles que les soins à l'hôpital sont gratuits, ce qui n'est plus le cas lors d'un transfert dans le secteur médico-social.

⁶⁴ Cf. Magali Coldéfy et Clément Nestrigue, « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale », *Questions d'économie de la santé* n° 202, octobre 2014. La définition statistique était un peu différente.

Cette « révolution » a permis la mise en place d'un service de géro-psycho-geriatrie, destiné aux troubles psychiatriques des personnes âgées, les maladies dégénératives, dont la maladie d'Alzheimer, n'étant pas considérées comme des pathologies « psychiatriques ». Grâce à un « arrimage » au centre hospitalier universitaire (CHU) de Besançon, s'est mise en place une recherche clinique en géro-psycho-geriatrie, rendant attractifs la discipline et son lieu d'exercice.

Les patients hospitalisés en longue durée sont, pour 45 %, des patients psychotiques, selon les calculs de la Cour⁶⁵. On peut ainsi mettre en relation la difficulté à trouver des solutions durables d'aval « dans la communauté » (avec un logement supervisé, par exemple) et le faible développement des actes ambulatoires dits « d'accompagnement », qui permettent de réinsérer les patients. En France, cela représentait en 2018 un peu plus de 600 000 actes, sur un total de 16 millions d'actes en psychiatrie⁶⁶.

B - Un manque de continuité

1 - Une mauvaise articulation entre l'hospitalisation et les dispositifs de sortie

La continuité des parcours est désormais reconnue comme essentielle et des efforts croissants sont consacrés à la mesurer. La HAS a commencé à déployer en ce sens, à compter de 2020, un nouveau référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins, comportant des exigences de continuité dans les soins⁶⁷. Les établissements devront donc établir, pour chaque patient qui le nécessite, un projet de parcours complet, intégrant les secteurs médico-social et social, et prévoir la mise en place de collaboration entre les services

⁶⁵ Voir annexe n° 2. Apparaît également l'importance relative des catégories diagnostiques « autres » ou des démences (F0), catégories qui ne devraient pas en principe relever d'une hospitalisation en psychiatrie, *a fortiori* de longue durée.

⁶⁶ En outre, pour les patients adultes, 72,4 % de ces actes sont réalisés par des infirmiers, 4,5 % par des aides-soignants, 6,1 % par du personnel éducatif, 8 % par un assistant social ; le personnel de rééducation y participe peu (1,7 % de ces accompagnements).

⁶⁷ Ce référentiel mobilise des « patients traceurs », méthode qui associe un entretien avec le patient et l'examen par l'équipe qui le prend en charge de son dossier, afin d'analyser la qualité de sa prise en charge, notamment en termes de parcours. Leur nombre est très significativement renforcé, en comparaison aux modalités antérieures de certification des établissements de santé.

ambulatoires de psychiatrie, la psychiatrie libérale et la médecine générale de ville.

La part des patients en sortie d'hospitalisation qui ne reçoivent pas de soins spécialisés en psychiatrie nécessaires dans un délai de deux mois est un indicateur permettant d'apprécier le degré de continuité des soins. Cet indicateur a d'ailleurs été récemment utilisé dans la recherche organisationnelle en psychiatrie au niveau international. Les données établies par une étude récente⁶⁸ permettent ainsi de situer différents systèmes de soins européens, représentés par des centres participants. À titre d'exemple, il est de 5 % au Royaume-Uni, de 4 % en Italie, dans le secteur de Vérone, de 9 % en Allemagne, de 15 % en Belgique et de 21 % en Pologne.

Or, selon les calculs de la Cour, cet indicateur semble plus élevé en France, atteignant⁶⁹ 26,3 % dans le secteur public et les ESPIC, y compris en comptabilisant les visites aux psychiatres libéraux, qui représentent un cinquième de ces suivis selon les calculs de la Cour⁷⁰. On note qu'ils ne sont que 5,7 % dans les cliniques privées à but lucratif, où les filières établissements/psychiatres libéraux sont bien établies et permettent un suivi plus systématique (il convient cependant de prendre en compte également les différences dans les patientèles, déjà signalées).

⁶⁸ Pablo Nicaise, Domenico Giacob, Bettina Soltmann et al., « QF Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries », *Health Policy* n° 124, p. 25–36, janvier 2020.

⁶⁹ Ont été inclus dans l'analyse les séjours en hôpital de jour qui constituent une forme de suivi, de même que l'accueil en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et bien sûr en centre médico-psychologique (CMP) et les visites à domicile ; par contre, le passage aux urgences ou une réhospitalisation n'ont pas été considérés comme une forme de suivi ambulatoire programmé.

Dans l'estimation, on a considéré le cas le plus favorable : chaque patient repéré comme ayant été accueilli en hôpital à temps plein et en hôpital de jour, la même année, est supposé faire l'objet d'un suivi en sortie d'hospitalisation complète. L'annexe n° 2 explicite les choix méthodologiques et précise les effectifs concernés par ce doublon.

⁷⁰ Le rôle des psychiatres libéraux dans le suivi spécialisé des patients hospitalisés dans le système public est important : 14,5 % des patients suivis dans les deux mois, 22,7 % des patient suivis sur l'année.

Tableau n° 6 : délai de suivi à la sortie d'hospitalisation

	moins de 18 ans	18-64 ans	65 ans et plus	Total	Taux non suivis
<i>Suivi dans les 2 mois</i>	62 %	69 %	63 %	68 %	32 %
<i>En tenant compte de l'hospitalisation de jour</i>				(73,7 %)	26,3 %
<i>Suivi en + de 2 mois</i>	16 %	13 %	14 %	13 %	
<i>Pas de suivi dans l'année</i>	22 %	18 %	23 %	19 %	

Source : données 2018, Scan santé, calcul et présentation, Cour des comptes

Le taux élevé de « non suivi spécialisé » des établissements publics et ESPIC après une hospitalisation peut résulter de plusieurs causes : les rendez-vous n'ont pas été programmés lors de la sortie du patient (ce qui est contraire aux « bonnes pratiques ») ; plus fréquemment, le patient a eu un rendez-vous mais ne l'a pas honoré. Dans la plupart des cas, pourtant, aucune relance ni visite à domicile, ni même contact téléphonique, ne sont mis en place⁷¹.

2 - Un nombre trop faible de visites à domicile pour les patients souffrant des troubles les plus sévères

Un autre indicateur significatif est la part des actes réalisés au domicile des patients. La littérature internationale souligne l'importance de « l'aller vers », pour les patients souffrant des troubles les plus sévères (patients psychotiques et schizophrènes en particulier) qui rencontrent des difficultés dans l'observance des traitements médicamenteux prescrits. L'interruption du traitement et l'absence de suivi sont les causes principales des rechutes et des hospitalisations en urgence – souvent sous contrainte. En principe, la psychiatrie de secteur, territorialisée, a pour vocation de proposer des visites à domicile et ainsi de tisser des liens avec l'entourage. Or le nombre des actes à domicile est très faible, comme le montrent les résultats qui suivent, extraits d'un tableau d'ensemble

⁷¹ Le contexte exceptionnel lié à la pandémie de covid 19 aurait toutefois modifié ces pratiques, en amenant les équipes à intensifier un suivi proactif à distance.

présenté en annexe n° 2⁷² : 4,5 % des patients adultes avaient bénéficié en 2018 d'actes à domicile, qui représentent 6,9 % du total des actes⁷³.

Ces actes concernent, pour la moitié, des adultes atteints de troubles psychotiques, mais aussi des personnes âgées, atteintes de troubles dépressifs. Pour autant, la majorité des patients psychotiques ne bénéficie pas d'un suivi à domicile.

Les données examinées se limitent aux visites effectuées par les personnels des établissements de santé. Or, comme l'explique une note de retour d'expérience de l'Agence nationale d'appui à la performance (Anap) en date de janvier 2015⁷⁴, « *le mouvement de désinstitutionalisation massif des patients* » s'est accompagné d'une diversification des modalités d'intervention et des structures y contribuant, des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) intervenant également. Compte tenu de l'importance d'une intervention sanitaire, au moins au début, l'Anap suggère qu'un « *relais* » soit programmé, « *envisagé dès le démarrage* », entre la structure sanitaire et une structure médico-sociale (quand elle existe sur le territoire⁷⁵), dès la mise en place du traitement et la phase de réinsertion au domicile.

Ainsi l'indicateur pertinent est surtout la part des patients suivis à domicile par le secteur psychiatrique, avec au moins une supervision et un encadrement des interventions diverses. Or, on l'a vu, cette part est aujourd'hui très réduite (moins de 5 %) et elle a décliné au cours des années récentes : en 1991, on dénombrait environ 180 000 patients ayant bénéficié

⁷² Toutes les visites des établissements sanitaires, quelle que soit leur dénomination, sont reportées dans le relevé d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) dans le cadre du suivi des actes. Celles des services médico-sociaux, effectuées sur orientation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), sont centralisées en principe dans les systèmes d'information de ces dernières, mais ils ne communiquent pas (encore) avec le RIM-P, au sein du système national de santé (SDNS). Quant aux données de services sociaux, elles ne sont pas disponibles de manière consolidée.

⁷³ Soit moins que la part des visites des médecins généralistes, voisine de 12 % désormais, alors qu'il devrait s'agir d'une priorité ciblée des services en psychiatrie.

⁷⁴ Anap, *Intervention à domicile des équipes de psychiatrie : retour d'expérience*, janvier 2015. Selon cette publication, « *si historiquement les visites à domicile (VAD) étaient organisées par les CMP, les interventions à domicile (IAD) peuvent aujourd'hui l'être par une pluralité d'acteurs avec des dénominations souvent peu claires quant aux missions* ». La note souligne également le risque de redondance ou de « *glissement des tâches* » entre professionnels.

⁷⁵ Cela suppose que des acteurs médico-sociaux soient présents et prêts à prendre le relais : selon l'Anap, en effet, « *l'absence d'acteurs sur un territoire impacte le fonctionnement des IAD avec des équipes de psychiatrie qui doivent pallier cette absence* ».

d'un suivi à domicile⁷⁶ ; ils ne sont plus que 141 000 en 2018, alors que le nombre de patients suivis a augmenté⁷⁷. En 2018, parmi les patients souffrant de schizophrénie ayant été hospitalisés, seuls 19 % avaient bénéficié d'au moins une visite à domicile après leur sortie, selon les calculs de la Cour. Par rapport aux données antérieures⁷⁸, ce taux fait apparaître une diminution importante des taux de suivi à domicile, aux conséquences potentiellement dommageables (notamment ruptures de parcours et réhospitalisations).

3 - Des taux de réhospitalisation élevés et non suivis

Les taux de réhospitalisation sont considérés comme un indicateur important de la qualité des soins⁷⁹. D'après une étude⁸⁰ menée sur deux ans en région Nord-Pas-de-Calais, 40,9 % des patients étaient réhospitalisés dans l'année, dont un sur cinq dès les trois premiers mois. S'agissant des patients souffrant de schizophrénie, ce risque est multiplié par 1,72, soit un taux estimé à 70,3 %. Cela concorde avec les constatations des médecins DIM dans les établissements visités par la Cour : en Haute-Saône par exemple, 59,7 % des patients adultes, tous diagnostics confondus, sont réhospitalisés dans l'année, et ce taux est de 52,3 % pour les autres territoires desservis par l'Association hospitalière de Bourgogne Franche Comté (AHBFC)⁸¹.

⁷⁶ Kovess et al., « Has the sectorization of psychiatric services in France really been effective? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (1995) n° 30, p.132-138.

⁷⁷ La file active en psychiatrie correspond au total des patients vus au moins une fois dans l'année, soit en hospitalisation, soit en consultation, soit à domicile.

⁷⁸ Selon une étude multi-sites publiée en 1993 par G. Vidon, sur un échantillon de 200 patients schizophrènes ayant été hospitalisés, presque la moitié (46,3 %) avait bénéficié au moins d'une visite à domicile.

⁷⁹ On distingue les réhospitalisations rapides, en général 28 jours après la sortie ou moins, celles à un, deux ou cinq ans. Parmi les facteurs qui influencent les réhospitalisations, figurent des facteurs concernant les patients (le trouble schizophrénique est celui qui est le plus à risque), mais aussi le niveau de sévérité, ou encore les comorbidités avec d'autres maladies, pour ne citer que les principaux facteurs. La prise en charge est aussi un élément important, en particulier la qualité du suivi à la sortie et sa préparation.

⁸⁰ L'étude portait sur 29 743 patients ayant été hospitalisés en 2011 et 2012 et dont le séjour était terminé (Laurent Plancke, Alina Amariei et al., « La ré-hospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels », *Santé publique*, volume 29 / n° 6, novembre-décembre 2017).

⁸¹ La moitié des réhospitalisations a lieu avant 28 jours (en ayant neutralisé les cas de l'unité de réinsertion qui pratique une hospitalisation alternée).

Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande, pays considéré comme particulièrement avancé dans l'organisation des soins en psychiatrie et leur évaluation, a estimé à 31 % le taux de réhospitalisations des patients schizophrènes à un an, dont 13 % le premier mois (pour des patients bénéficiant pourtant presque tous de suivi ambulatoire)⁸².

Les taux constatés en France seraient donc sensiblement plus élevés, deux fois supérieurs au taux de la Nouvelle-Zélande pour les patients schizophrènes. La Cour a essayé de les évaluer pour l'ensemble des diagnostics à partir des patients dont l'hospitalisation a commencé et s'est terminée en 2018 et par conséquent dont la période de suivi est tronquée (tous ne sont pas suivis sur un an). Elle a constaté sur cette période un taux de réhospitalisation atteignant déjà 44 % pour les patients psychotiques, dont la moitié l'ont été à deux reprises sur la même période.

Tableau n° 7 : réhospitalisations en fonction des diagnostics

Catégorie et N=nombre de séjours dans l'année	Nombre de Réhospitalisations	F1 Addictions (59 170 patients)	F2 Psychoses (59 170 patients)	F3 Dépression (99 320 patients)	F4 Anxiété et troubles névrotiques (44 952 patients)
Total général (tous les âges) N=301 318	0	71,1 %	55,9 %	64,8 %	63,4 %
	1	18,0 %	22,9 %	21,0 %	20,8 %
	2 et plus	10,9 %	21,1 %	14,2 %	15,8 %

Source : Données RIM-P, patients dont l'hospitalisation a débuté dans l'année 2018 et réhospitalisés au cours de cette même année, calcul et présentation, Cour des comptes

En tout état de cause, comme le signalait d'ailleurs dans sa conclusion l'étude précitée sur la région Nord-Pas-de-Calais, « *cette donnée pourrait être plus systématiquement employée pour évaluer des pratiques ou politiques de soins, à l'échelon de services ou de territoires, les effectifs décrits (près de 30 000 à l'échelon d'une région) étant suffisamment élevés pour des analyses par groupes ou sous-groupes de patients* ».

⁸² Sangeeta Dey et al, « Correlates of rehospitalisation in schizophrenia », *Australasian Psychiatry* 2016, vol. 24(4), p. 356-359.

C - Des « entrées » dans les soins sous contrainte faute d'anticipation et de suivi

1 - Les soins sans consentement

Un autre signal potentiel sur le caractère inadéquat des soins est le taux de soins sous contrainte pour les hospitalisations à temps complet, du fait de l'absence d'adhésion aux soins pour certains patients en phase aiguë⁸³. Pour l'année 2018, les données nationales montrent que 80 420 patients, soit 26,1 % des patients hospitalisés à temps complet⁸⁴, l'ont été au moins une fois dans l'année sous contrainte (ce taux étant de 41,2 % pour les patients souffrant de troubles psychotiques).

Depuis 2012, on note une hausse sensible du recours aux soins sans consentement. Une part de cette progression est due au développement de soins sans consentement en ambulatoire, dans le cadre des programmes de soins⁸⁵. Ces programmes de soins peuvent s'étendre sur un temps long, jusqu'à 22 mois en moyenne pour les soins sur décision du représentant de l'État. Le nombre de personnes concernées par des soins sans consentement se trouve ainsi mécaniquement augmenté chaque année. Selon une étude récente, l'utilité de ces mesures, qui permettent de prendre en charge le patient hors de l'hôpital, tout en s'assurant de la continuité de la prise du traitement, est avérée⁸⁶.

Mais cette augmentation des soins sans consentement caractérise également les hospitalisations à temps plein et cette évolution semble traduire, parmi d'autres causes, un manque de coordination entre services

⁸³ Voir en annexe n° 2 les différentes modalités juridiques.

⁸⁴ En outre, toujours en 2018, 48 846 patients recevaient des soins ambulatoires sous le statut de placement involontaire (en 2015, près de 37 000 selon l'Irdes).

⁸⁵ La loi du 5 juillet 2011 a introduit en effet la possibilité de soins obligatoires en ambulatoire (SOA) ou programmes de soins (PS). Les SOA, élaborés avec la participation des représentants des usagers et des familles, sont héritiers des « sorties d'essai » ; ils sont essentiellement initiés par les médecins, sans intervention d'un juge. On attend de ce type de soins en ambulatoire, en France comme dans les pays voisins d'ailleurs, la prévention de la rechute, une diminution des hospitalisations, une diminution de la stigmatisation et un maintien de l'insertion sociale voire professionnelle et des liens affectifs ; il s'agit d'atteindre un état de rémission, obtenu par la mise en place d'un traitement que les patients abandonneraient sans obligation de le poursuivre.

⁸⁶ Gilles Vidon et al, « Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins », *L'information psychiatrique* 2015/7 (volume 91), pages 602 à 607.

et surtout un manque de suivi et de disponibilité en cas d'aggravation : de nombreux patients arrivent par les urgences générales, alors même qu'ils étaient connus et « suivis » par le secteur psychiatrique, qui n'a pas eu connaissance de cette entrée. Or la probabilité d'hospitaliser sous contrainte un patient est plus élevée si on ne dispose d'aucune information le concernant, d'autant qu'en urgence, les circonstances rendent difficiles la coopération du patient à ses soins et la mise en place de la période de 72 heures d'observation qui permettrait d'éviter cette modalité⁸⁷.

2 - Le passage par les urgences : une modalité de plus en plus fréquente d'entrée dans les soins en psychiatrie

D'une façon générale en France, le nombre de passages par les urgences générales augmente, et parallèlement le nombre de ces passages liés à des troubles psychiatriques⁸⁸. Un autre constat, lié mais distinct, est la part élevée d'entrées en hospitalisation en provenance des services d'urgences. Au niveau national, en 2018, 14 % des hospitalisations (en nombre de séjours) de psychiatrie ont pour mode d'entrée les urgences.

Il s'agit d'une moyenne, avec de fortes variations suivant les établissements et leur catégorie. Ainsi, le pourcentage est en moyenne de 13 % pour la région Île de France mais de 64 % des entrées pour l'hôpital Sud Val de Marne ; inversement, pour certains établissements, le pourcentage est manquant ou très bas. En nombre de patients, ce pourcentage est de 21,1 % (21,3 % des adultes, 14,6 % des enfants et 16,2 % des personnes âgées de 65 ans et plus).

Pour appréhender dans toute leur étendue les entrées en soins par les urgences, y compris les formes d'urgences spécialisées en psychiatrie, il

⁸⁷ C'est d'ailleurs en principe la mission des CAC (centres d'accueil et de crise), qui devraient éviter une entrée par les urgences (grâce le cas échéant à une hospitalisation brève) et favoriser la possibilité d'une acceptation des soins par le patient après quelques jours de médication adaptée. On note cependant que la période de 72 heures (3 jours) permettant une sorte de placement sous contrainte réversible est mobilisée dans un tiers de cas, pour l'ensemble des hospitalisations sous contrainte ; par contre les CAC ne l'utilisent que pour 11 % de leurs patients.

⁸⁸ En France, en 2016, près de 21 millions de passages ont été recensés dans les 719 structures publiques ou privées d'urgence. Vingt ans auparavant, en 1996, le nombre de passages aux urgences s'établissait à 10 millions. Cependant il est difficile de faire la part de ce qui concerne la psychiatrie, faute de statistiques précises sur ce point. Une étude réalisée en 2004 rapporte que 10 % à 30 % des passages aux urgences en région parisienne correspondraient à des consultations psychiatriques et que pour 20 à 30 % des patients c'est la première fois qu'ils rencontraient un psychiatre.

convient d'ajouter les hospitalisations en provenance de séjours courts, effectués en CAC ou en CAP, soit 12,4 % des séjours et 19,3 % des personnes. Au total, on constate que près de 40 % des patients hospitalisés proviennent d'un service d'urgence ou de crise.

Or un tel passage ne va pas de soi : contrairement à la traumatologie ou aux accidents cardiaques, les troubles psychiatriques sont marqués par des signes avant-coureurs qui devraient être repérés et pris en charge avant le déclenchement de la crise ou de l'urgence. C'est encore plus vrai s'il s'agit d'une réhospitalisation peu de temps après la sortie.

La définition qui a été retenue pour l'urgence en psychiatrie⁸⁹ est fondée sur la perception du patient et/ou de son entourage : l'urgence en psychiatrie demeure définie en effet, selon une circulaire du 30 juillet 1992, comme « *une demande dont la réponse ne peut être différée. (...) Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique* ». Elle diffère notamment de la définition de l'urgence vitale en médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), à laquelle les « urgences psychiatriques » correspondent rarement dans les faits.

Faute d'une organisation destinée à prévenir les « crises »⁹⁰, par une activité de secteur centrée sur les patients les plus à risque et intégrant une bonne connaissance de l'entourage et des conditions de vie par des visites à domicile, on voit pointer ainsi le risque que les urgences ne deviennent, d'une façon récurrente, la « porte d'entrée » dans le système de soins. Or cette procédure sape « l'alliance thérapeutique » entre le patient et les soignants, qui contribue fortement, comme le soulignent les professionnels rencontrés, à l'efficacité des traitements, entre autres par une meilleure acceptation.

⁸⁹ Et par suite à la crise, définie selon la circulaire du 30 juillet 1992 comme « *se situant en amont de l'urgence* ». Elle est conçue comme un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, évolue quasi inéluctablement vers l'urgence.

⁹⁰ Les urgences ne sont pas sectorisées (on ne refuse pas un patient aux urgences en fonction de son lieu d'habitation), contrairement aux CAC et aux CMP. Quelle que soit l'urgence de la demande, un patient qui n'est pas du secteur est en général refusé par ceux-ci, l'argument étant qu'il ne pourrait pas être suivi après sa sortie (ce qui a peu de sens dans les grandes villes où se situent les CAC, d'autant qu'au niveau national un patient sur cinq du public/ESPIC sera suivi par un psychiatre libéral à sa sortie, pourcentage plus élevé dans les grandes villes). Cette asymétrie, qui est d'ailleurs contraire au principe de liberté de choix reconnu aux patients, renforce encore le déport vers les urgences.

3 - Des ruptures ressenties par les patients et leurs familles

Ces différents indicateurs traduisent ainsi des parcours souvent heurtés, discontinus, sources de pertes de chances pour le rétablissement. Il est dès lors logique que le « ressenti » des familles confirme nombre de ces constats, en leur donnant une expression plus concrète, comme le montre une enquête réalisée par l'Unafam⁹¹ auprès d'environ 3 000 de ses adhérents en 2016.

Cette enquête révèle un niveau élevé d'insatisfaction des familles, pour ce qui concerne l'entrée dans les soins : les 3/4 des malades passent par une hospitalisation, dont un tiers en urgence. Les familles sont laissées à elles-mêmes lorsque le patient n'accepte pas ses soins, ce qui est souvent le cas pour les patients psychotiques ; dans un tiers des cas, elles doivent faire appel à la police ou à la gendarmerie pour des patients qui ne présentent aucun danger car les services psychiatriques ne se déplacent pas, même s'ils connaissent le patient. Plus généralement, les délais de prise en charge en psychiatrie sont jugés trop longs pour 61 % des familles.

La sortie d'hospitalisation n'est pas anticipée, selon les témoignages recueillis : dans 70 % des cas, les familles sont prévenues moins d'une semaine avant la sortie, dont 20 % le jour même. Seuls 21 % des proches ont rencontré le service social avant la sortie d'hospitalisation de la personne malade. Enfin, le suivi après hospitalisation est trop limité : seule une personne hospitalisée sur deux se voit proposer des soins autres que des médicaments, et sur ces soins, 25 % seulement relèvent de la réhabilitation psychosociale.

Ces données témoignent de dysfonctionnements importants dont il est difficile d'évaluer la fréquence mais qui laissent penser que de nombreux patients souffrant des pathologies les plus sévères ne reçoivent pas les soins nécessaires ou pas avec l'intensité adéquate.

⁹¹ L'union nationale des associations des familles de malades mentaux (Unafam) a réalisé en 2016 une enquête sur *La défense des droits et intérêts des personnes malades psychiques, vue par leur entourage*, financée par la Cnam et la direction générale de la santé (DGS). Elle a concerné 2 807 membres de famille ou proches de patients (sur 12 000 adhérents).

CONCLUSION

Au total, l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale apparaît déficiente sous plusieurs aspects : taux élevés d'hospitalisations inadéquates, réhospitalisations fréquentes et souvent sous contrainte, entrées par les urgences, rareté des suivis à domicile, enfin, importance des sorties d'hospitalisation sans continuité des soins, amenant à des ruptures de parcours dommageables pour les patients.

Ces défaillances sont les conséquences de l'absence d'organisation de l'offre par niveaux de spécialisation, en fonction des besoins. Cette absence conduit le système de soins spécialisés à être submergé par une multitude de demandes, dont certaines pourraient pourtant être traitées dans une autre partie du système de soins, pour lui permettre de recentrer son activité sur les patients qui nécessitent des soins de psychiatrie.

Chapitre II

Une gradation des soins nécessaire pour la mise en place de parcours efficaces

La deuxième partie de la loi du 26 janvier 2016 dite « *de modernisation de notre système de santé* », relative à l'offre de soins, est consacrée aux « *parcours* ». Son article 69, concernant spécifiquement l'offre de soins en santé mentale et psychiatrie, a entendu notamment proposer des outils pour structurer des « *recours de proximité* » ou des « *parcours complexes* », et plus généralement pour renforcer les leviers de coordination entre les différents acteurs concernés. Toutefois cette reconnaissance de principe des parcours s'est accompagnée d'une stratégie de mise en œuvre hésitante et confuse :

- en premier lieu, les leviers dont les tutelles disposent vis-à-vis des établissements, aussi bien les autorisations d'activité que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), n'ont fait l'objet que d'une annonce assez vague de rénovation, alors qu'ils étaient peu efficaces. À ce stade, en tout cas, ils n'ont pas été mobilisés au service de cet objectif d'une coordination renforcée (I) ;
- en deuxième lieu, la loi précitée a proposé une palette d'outils, destinés à favoriser la coopération entre les différentes institutions⁹². L'empilement de ces dispositifs nuit à leur lisibilité. En outre, l'absence de cadre méthodologique ou juridique adapté ne permet pas d'en faire, à ce stade, des leviers opérationnels pour une coordination des soins effective (II) ;

⁹² Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), qui seront prochainement traduits en contrats territoriaux de santé mentale (CTSM), mais aussi communautés psychiatriques de territoire (CPT) ; enfin déclinaison dans le secteur des soins de santé mentale et de psychiatrie des nouveaux contrats de santé locaux (CSL) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

- enfin, des choix structurants doivent être effectués au niveau national, afin de construire une offre graduée, orientant les patients aux troubles les plus légers vers les professionnels en ville – médecins traitants et psychologues libéraux en particulier –, de manière à consacrer les moyens spécialisés en priorité à l'amélioration des réponses aux troubles plus sévères (III).

I - Des leviers juridiques sans portée réelle vis-à-vis des établissements

Les organismes de tutelle disposent en apparence de leviers diversifiés et efficaces pour impulser les transformations indispensables de l'offre. En réalité, ces leviers anciens, qu'il s'agisse des autorisations d'activité (A) ou des désignations d'établissements pour des missions plus approfondies, avec l'appui des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) (B), sont trop limités pour inciter les établissements à réorienter leur offre de soins vers des parcours plus pertinents.

Une réforme générale des autorisations d'activité a été engagée, qui doit s'effectuer par vagues pour les différentes disciplines. S'agissant de la psychiatrie, la réforme est programmée pour le début de l'année 2021. D'ores et déjà s'appliquent des principes communs à l'ensemble des autorisations, quelle que soit la filière de soins, notamment⁹³ la possibilité de réviser en cours de période l'autorisation accordée « *lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) constate que les objectifs quantitatifs et qualitatifs fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sont insuffisamment atteints en fonction de critères définis par décret* », selon le texte de l'article L. 6122-12 du code de la santé publique⁹⁴.

Le lien fait désormais entre autorisations et exécution du CPOM, comme la « fenêtre » ouverte pour une réforme des autorisations d'activité en psychiatrie, constituent ainsi une double occasion pour réexaminer la portée de ces outils dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie et pour les mettre davantage au service de l'objectif général de structuration et de gradation des soins.

⁹³ Ainsi que l'extension du délai de validité des autorisations, porté à sept ans au lieu de cinq.

⁹⁴ Disposition introduite par l'ordonnance du 17 janvier 2018, art. 1.

A - Des autorisations d'activité sans véritables conditions

L'octroi d'une autorisation d'activité, exigée pour l'ouverture de tout établissement sanitaire, implique (outre des procédures particulières) le respect au fond de « *conditions techniques de fonctionnement* ». Il permet ainsi de vérifier la conformité de l'activité à un cadrage de l'offre. Toutefois celui-ci est aujourd'hui très peu précis en psychiatrie.

La définition des conditions techniques de fonctionnement des établissements, qui figure dans la partie réglementaire du code de la santé publique, comporte, pour chacune des activités autorisées, des conditions particulières. Or les conditions techniques de fonctionnement sont particulièrement laconiques en psychiatrie : elles ne visent que les seuls établissements privés, en contravention avec l'esprit des textes⁹⁵. Il est indiqué ainsi que l'organisation générale « *doit être adaptée à la nature et au volume des prises en charge* », et que « *le nombre et la spécialité ou la qualification des personnels* » doivent de même être « *adaptés aux besoins de santé des patients accueillis, aux caractéristiques techniques des soins dispensés et au volume d'activité* ».

⁹⁵ L'article R. 6122-25 du code de la santé publique précise pourtant la liste des 18 activités soumises à autorisation, dont la psychiatrie en général. Pour les établissements publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), et à défaut de cadrage réglementaire, les ARS accordent des autorisations au vu de justifications très hétérogènes, l'objet des autorisations variant même selon les régions : les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ne font plus, en général, l'objet d'une autorisation, sauf dans quelques régions ; quant à l'hospitalisation à domicile (HAD), activité non répertoriée dans les activités de psychiatrie selon le décret de 1986, elle fait souvent l'objet d'une « notification » à l'occasion du renouvellement des autorisations.

Certes, la psychiatrie ne compte pas au nombre des disciplines qui nécessitent des actes techniques⁹⁶, objets de réglementations détaillées, mais le caractère particulièrement peu contraignant des règles posées est manifeste quand on les compare à celles imposées aux soins de suite et de réadaptation (SSR), dont certains sont parfois assez proches des soins en psychiatrie⁹⁷. Les conditions posées pour autoriser une activité de SSR y sont nettement plus exigeantes, notamment en ce qui concerne l'organisation du travail pluridisciplinaire⁹⁸. En psychiatrie, en l'absence de toute obligation⁹⁹, de telles réunions pluridisciplinaires formalisées peuvent ne pas être tenues, en particulier dans les cliniques privées à but lucratif où elles ne sont pas financées en tant que telles¹⁰⁰ et où les psychiatres sont payés à l'acte.

D'autres normes, fixées également dans les conditions techniques de fonctionnement particulières aux SSR, ne sont pas exigées en psychiatrie, alors même qu'elles paraissent correspondre à des prérequis indissociables du respect de la dignité des patients : il en va ainsi de la nécessité, posée par les articles D. 6124-77-6 et -7, de « *mettre à disposition les espaces nécessaires à la présence auprès du patient de membres de son entourage, lors des visites* » ou de limiter la promiscuité, en posant le principe que « *les chambres d'hospitalisation comprennent un ou deux lits* » (et pas plus, comme c'est encore parfois le cas dans les services de psychiatrie), les normes antérieures à 2015 autorisant d'ailleurs jusqu'à six patients par chambre.

⁹⁶ Sauf de manière assez limitée, notamment pour les actes dits « d'électro-convulsivo-stimulation ».

⁹⁷ L'établissement privé de Rochebrune, contrôlé par la Cour, juxtaposait et parfois associait, dans les parcours des patients, des soins de suite et de réadaptation (SSR) et des soins en psychiatrie.

⁹⁸ Travail disciplinaire détaillé à l'article D. 6124-77-1 du code de la santé publique.

⁹⁹ Par exemple, dans les deux cliniques de l'Espérance et du Moulin, à Rennes, appartenant au groupe Ramsay Générale de Santé. Leur contrôle par la Cour a mis en évidence qu'aucun temps de synthèse n'était rémunéré et qu'il était laissé au bon vouloir des psychiatres. Dans le secteur public et les ESPIC, dès lors que ces réunions ne figurent plus dans les relevés du PMSI psy, on ignore la périodicité de leur tenue.

¹⁰⁰ Les honoraires des psychiatres libéraux prévoient la possibilité d'un forfait majoré pour des « *prises en charge continue* », possibles pendant les 14 premiers jours, mais seulement « *en cas de prise en charge intensive continue* », du moins en principe. Ce forfait majoré est en réalité facturé de manière systématique pendant cette période initiale, les instructions internes de la Cnam s'étant révélées très ambiguës sur ce point (elles devraient être clarifiées, selon la réponse donnée à la Cour). Le surcoût induit de cette pratique peut être estimé à environ 20 M€ par an. Dans ce contexte, l'absence de coordination pluridisciplinaire paraît encore moins justifiée.

D'autres activités, comme la cancérologie, ont également intégré dans les conditions techniques requises des obligations d'examen pluridisciplinaire¹⁰¹, ainsi que des obligations liées à l'exigence de continuité des soins¹⁰². Les soins en psychiatrie impliquent également sur le plan fonctionnel ces exigences, sans que pourtant l'obligation correspondante en ait été posée. La transposition au régime d'autorisation en psychiatrie de certaines de ces règles permettrait sans doute aux services des ARS¹⁰³ :

- de faire assurer une obligation qui pourrait dès lors être posée de suivi à domicile pour les patients dont les pathologies l'exigent¹⁰⁴ ;
- d'imposer l'organisation tracée d'un rendez-vous clinique au bout d'un certain délai d'hospitalisation à temps complet ;
- enfin, d'inscrire comme une obligation à documenter les réunions pluridisciplinaires destinées notamment à construire dans leur diversité les parcours des patients.

En outre, l'extension au secteur public de ces conditions techniques de fonctionnement mettrait fin à une anomalie qui n'est explicable que par l'histoire : la psychiatrie est le seul domaine de soins pour lequel des conditions ne sont posées que pour le secteur privé à but lucratif. Cette atypie ancienne n'a pas été corrigée en 2015, lorsqu'ont été réécrites et simplifiées les conditions techniques pour les établissements privés à but

¹⁰¹ L'article D. 6124-31, relatif à l'activité autorisée en cancérologie, prévoit ainsi notamment que « *le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge ainsi que les changements significatifs d'orientation thérapeutique sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire. Tous les membres de l'équipe médicale intervenant auprès des patients atteints de cancer pris en charge par le titulaire de l'autorisation participent régulièrement aux réunions de concertation pluridisciplinaire. (...) Une fiche retraçant l'avis et la proposition thérapeutique résultant de la réunion de concertation pluridisciplinaire est insérée dans le dossier médical du malade* ».

¹⁰² L'article suivant, D. 6224-32, exige notamment que « *le titulaire de l'autorisation organise la continuité de la prise en charge et, s'il y a lieu, la coordination des soins des patients qu'il traite, au sein de l'établissement et par des conventions passées avec d'autres établissements ou personnes titulaires de l'autorisation* ».

¹⁰³ A l'occasion des inspections ou contrôles, en particulier.

¹⁰⁴ Les inspections ou contrôles réalisés dans des établissements autorisés en psychiatrie, publics ou privés, butent justement sur l'insuffisante précision des référentiels ou des normes. L'ARS PACA a réalisé ainsi un programme d'inspections très large, couvrant en quatre ans, de 2015 à 2019, presque tous les établissements. Toutefois les observations faites, par exemple sur le caractère parfois insuffisant ou inadapté des moyens déployés dans certaines cliniques par rapport aux besoins en soins, se trouvaient rejetées par les établissements, faute de référentiel précis opposable.

lucratif. Il apparaît ainsi indispensable d'étendre aujourd'hui ces règles à la pluridisciplinarité et à la continuité des soins, pour le secteur public aussi bien que pour le secteur privé non lucratif. Rien n'interdit au demeurant de prévoir, dans des cas exceptionnels, des formes de dérogations encadrées au niveau national.

B - Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) : un levier aujourd'hui peu effectif

Alors que les autorisations sont accordées pour des durées assez longues (voir *supra*), d'autres outils de pilotage permettent un retour d'information plus fréquent : il s'agit des inspections contrôles des ARS, bien que très variables suivant les régions, et des résultats des visites périodiques de la Haute Autorité de santé (HAS)¹⁰⁵.

Les CPOM constituent en principe un support de dialogue entre les tutelles et les établissements et un outil permettant de transmettre à ces derniers des priorités des politiques publiques. Ils seraient toutefois plus utiles à l'amélioration globale de l'offre si y était inclus un socle d'indicateurs relatifs aux parcours et si les missions d'intérêt général spécialisées, de « secteur » et de soins sans consentement, assurées par certains établissements pour le compte d'un territoire, faisaient l'objet d'un suivi particulier.

¹⁰⁵ Une mission de la HAS est relative à la « *certification, du point de vue de la qualité des soins, des établissements de santé* », incluant les établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Entre 2015 et 2020, les visites ont été réalisées pour tous les établissements de santé avec une décision valable six ou quatre ans, selon le niveau de décision obtenu (les rapports de certification sont rendus publics sur le site internet de la HAS). Dans le cadre du nouveau dispositif de certification déployé fin 2020, cette périodicité a été révisée, les visites sont réalisées tous les quatre ans. En parallèle, la HAS s'est vu confier l'élaboration du dispositif d'évaluation du niveau de qualité des prestations délivrées par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), dont ceux qui accompagnent des handicapés psychiques, par l'article 75 de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

1 - Un cadrage national désormais souhaitable

Les indicateurs qui figurent dans les CPOM sont aujourd'hui variables d'une région à l'autre¹⁰⁶ et selon les périodes. Pour ne donner qu'un seul exemple, en PACA, les contrats conclus pour la période de 2012 à 2017 avaient retenu des indicateurs stratégiques pertinents, comme le taux de réhospitalisation dans les 28 jours, le taux de soins réalisés à domicile, les délais d'attente pour une première consultation spécialisée en CMP. Toutefois, faute d'un levier effectif, les objectifs assignés aux établissements sur ces différents points n'ont été que peu suivis d'effet. Les CPOM types pour la période 2018-2022¹⁰⁷ ont d'ailleurs retenu des indicateurs désormais tournés vers les moyens déployés et les procédures et non sur les résultats attendus : par exemple, le nombre de partenariats conclus avec des ESMS.

La possibilité nouvelle, déjà mentionnée¹⁰⁸, d'une intervention des tutelles, allant jusqu'à la révision à la baisse des niveaux d'activité autorisés en cas de non-respect injustifié des objectifs, comme la possibilité d'insérer les indicateurs des CPOM dans une stratégie nationale mobilisatrice, peuvent « changer la donne ».

Un des enjeux des réformes à venir sera de définir par décret les critères permettant de réviser les autorisations, relatifs, par exemple, à la réduction des hospitalisations de longue durée ou à l'augmentation du taux de visites à domicile. Si l'on veut que cette disposition prenne tout son sens, il conviendrait donc que les indicateurs des CPOM soient au moins pour partie axés sur des résultats attendus (après analyse de la marge d'action des établissements quant à ces résultats). Pourrait être mise à l'étude l'intégration, dans ces critères, des éléments de *case mix* sur les troubles et leur sévérité.

¹⁰⁶ Les ARS adoptent le plus souvent une grille régionale identique pour l'ensemble des établissements.

¹⁰⁷ Les établissements contestaient également la fiabilité des données jugeant que les modes de calcul, reposant sur les systèmes d'information des établissements, n'étaient pas suffisamment homogènes (voir *infra*).

¹⁰⁸ Voir l'article L. 6122-12 du code de la santé publique. Il est prévu que l'ARS puisse vérifier également désormais si l'autorisation « répond aux besoins de santé de la population identifiés par le schéma mentionné à l'article L. 1434-2 ou au 2° de l'article L. 1434-6 » Cette dernière référence correspond à la faculté ouverte désormais de définir par décret un schéma d'offre plus détaillé que les orientations contenues dans le projet régional de santé (PRS), souvent très générales. Dans le champ de la psychiatrie, cette faculté permettrait en particulier de préciser par secteur les interventions des différents acteurs (voir *infra*).

2 - Mieux encadrer les missions spécialisées

Les tutelles régionales (ARS) disposent d'un autre outil juridique pour organiser les soins psychiatriques : l'octroi de missions complémentaires très structurantes, telles que les missions d'accueil pour les soins sans consentement ou l'activité de secteur. Celles-ci peuvent être confiées à des établissements, indépendamment de leur statut, même si la très grande majorité des établissements ainsi désignés sont de statut public ou sont des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Les conditions posées en pratique pour l'octroi (ou surtout le renouvellement) de ces délégations ou « *désignations* » (selon l'expression du code de la santé publique) sont toutefois très peu exigeantes et donc peu susceptibles de mobiliser ou de « tirer vers le haut » le reste de l'offre, ni de faire progresser la coordination attendue des soins et leur qualité globale.

a) Les soins sans consentement

S'agissant des soins sans consentement, des textes de 2011 et 2013 (voir *supra* et annexe n° 2) ont entendu mieux protéger les patients contre le risque d'abus. Pour autant, les dispositions prévues par le code de la santé publique, et notamment par son article L. 3222-1, qui concerne les engagements pris par les établissements quant à l'organisation de cet accueil et à sa qualité, sont peu contraignantes. La loi laisse le soin aux projets (d'établissement ou médical) de préciser les « *moyens mis en œuvre pour l'exercice de ces missions* », mais il n'y a aucun formalisme particulier requis pour ces projets, dont la qualité et le degré de précision peuvent être très variables. Les projets d'établissements examinés par la Cour, dans les établissements désignés pour exercer cette mission, n'avaient d'ailleurs pas identifié de manière particulière « *les moyens mis en œuvre* ».

Le choix des établissements semble ainsi, le plus souvent, historique : aucun plan d'action n'est demandé par l'ARS pour limiter et autant que possible réduire la part relative de ces soins sans consentement. Pourtant des marges d'action existent (voir *supra*), qui permettraient de diminuer cette modalité d'hospitalisation.

La ministre des solidarités et de la santé a annoncé le 23 janvier 2020 la création d'un observatoire¹⁰⁹ « *des droits de l'utilisateur de la psychiatrie* », qui portera en particulier sur les soins sans consentement, ainsi que sur les mesures d'isolement et de contention. Il devrait permettre de suivre ce type de soins, d'en comparer les taux et de mettre en place des actions pédagogiques et correctives adaptées, à l'intention des établissements. Il est en outre envisagé de soumettre à une « *autorisation* » l'activité de soins sans consentement. Il s'agirait de conditionner le renouvellement des désignations (ou éventuellement la répartition sur un même territoire de santé des établissements désignés) à l'établissement d'un plan d'actions, destiné à limiter au strict nécessaire le flux des soins sans consentement. L'établissement devrait ainsi documenter les efforts accomplis et ceux envisagés, dans un dossier formalisé périodiquement, présenté à l'ARS en vue du renouvellement des autorisations (soit tous les sept ans).

Il pourrait également être prévu qu'un volet distinct du CPOM identifie chaque année, pour ces soins, les actions prévues et quantifie les objectifs associés. La loi de 2013 précitée a déjà prévu que les établissements « *désignés* » pour ces prises en charge rédigent chaque année un rapport sur l'ensemble des mesures privatives de liberté (soins sans consentement, mesures de contention et d'isolement). La constitution d'un volet dans le CPOM permettrait donc, sans imposer de charges nouvelles excessives aux établissements, de valoriser les constats désormais obligatoires dans une dynamique de projet.

b) Les missions de secteur

La mission « de secteur », reconnue depuis une circulaire de mars 1960, consiste à amorcer la « *désinstitutionnalisation* », c'est-à-dire un traitement dispensé autant que possible dans le cadre de vie du patient et non à l'hôpital. Elle associe à un territoire donné l'exercice de missions diversifiées, intégrant lits de soins aigus, soins ambulatoires et prévention des crises. L'organisation en est décrite par le code de la santé publique¹¹⁰.

¹⁰⁹ C'est le « chantier prioritaire n° 11 » identifié parmi les douze chantiers pour 2020, dans le cadre de la mise en œuvre de la *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie* (selon une publication de février 2020).

¹¹⁰ À l'article L. 3221-4 : « *le directeur général de l'agence régionale de santé (...) afin que l'ensemble de la région soit couvert, affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariat avec les autres acteurs (...). Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement (...) ou dans les documents définissant la politique médicale (...) les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents, qu'il décline en territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie* ».

En pratique, chaque établissement fixe de manière très libre son organisation en pôles et en secteurs. Même si un décret (en 1985) ou une circulaire (en 1990) ont cherché à imposer une certaine transparence vis-à-vis des tutelles, les établissements n'ont pas clarifié leur organisation ni surtout la répartition des moyens induite entre intra et extra hospitalier.

Paradoxalement, cette souplesse s'est souvent traduite par un immobilisme des périmètres. La délimitation géographique des secteurs a en effet été mise en place dans les années 1970 et l'évolution démographique a, depuis lors, bouleversé certains territoires. La prise en compte de ces évolutions impliquerait une redistribution des moyens. Or peu de secteurs¹¹¹ ont été modifiés, ce qui fait apparaître des différences considérables dans la population couverte. Cette situation est particulièrement évidente en Ile-de-France.

De plus, les populations sont très différentes d'un secteur à un autre, ce qui induit des charges en soins différentes. Une étude conduite à Rennes a démontré ainsi que les taux de suivi de patients schizophrènes sont très variables (dans un rapport d'un à cinq) suivant les secteurs mais aussi que ces taux ne correspondent pas aux moyens alloués, ce qui induit, selon les secteurs, des pratiques différentes d'hospitalisation.

En prolongeant l'effort de clarification engagé par la loi de janvier 2016, qui a distingué « zones d'intervention » et « secteurs », on pourrait souhaiter mieux connaître, au sein de la zone d'intervention affectée à chaque établissement, la répartition des moyens selon les secteurs et intersecteurs, ainsi que leur adéquation aux besoins identifiés.

Il serait logique que ce double aspect des découpages géographiques (en secteurs) et/ou fonctionnels (en inter-secteurs) et des missions précises exercées directement, par rapport à celles exercées par d'autres opérateurs, soit décrit dans un volet spécifique du CPOM, tenant compte des profils de patients auxquels les soins sont destinés.

La loi a désormais à la fois assoupli et compliqué la notion de « secteur », qui n'est plus (comme c'était le cas jusqu'en 2016) l'unité de base d'un découpage imposé par la tutelle régionale. Elle devient un mode d'organisation interne aux établissements, à l'intérieur d'une zone plus vaste dite « zone d'intervention », qui seule fait l'objet d'un découpage par l'ARS. Le CPOM détaille en principe (mais pas en fait, le plus souvent) les « modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie ».

¹¹¹ En 1991, on décomptait 812 secteurs, et en 2000, 830 (Magali Coldefy et Emmanuelle Salines, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », Drees, *Etudes et résultats* n° 342, octobre 2004). Cette étude note que les variations de populations ont rendu les tailles des secteurs très diverses car ces derniers ont très peu été modifiés.

II - Un empilement d'outils de coordination encore confus

La loi du 26 janvier 2016 a défini un objectif central, celui d'améliorer l'accès des personnes avec des troubles de la santé mentale à des « *parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* », selon l'expression de l'article 69 codifiée à l'article L. 3221-2 du code de la santé publique. Pour ce faire, elle a cherché à développer des outils nouveaux de coordination entre les différentes structures et niveaux d'offre.

Certes, cet objectif est complexe, en raison de la grande diversité des contextes territoriaux, du nombre parfois élevé d'acteurs impliqués et des traditions, plus ou moins bien établies, de travail conjoint. Le choix de proposer une assez large palette d'outils peut donc se comprendre. Toutefois, il conviendrait d'une part que la stratégie générale soit suffisamment lisible (A), et d'autre part que les domaines respectifs d'intervention des outils nouveaux soient clairs, entre ce qui relève des orientations des projets territoriaux de santé mentale (B), ce qui relève de la coopération entre établissements (principalement sanitaires et publics) (C) et ce qui relève des coopérations construites avec les professionnels de « première ligne » (D).

A - Une stratégie encore hésitante

Dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, la loi du 26 janvier 2016 s'est donné pour objectif de construire une offre mieux coordonnée, entre les « secteurs » des établissements et les équipes de « première ligne ». Toutefois, elle n'a pas levé l'ambiguïté, notamment en confiant aux secteurs la double responsabilité d'organiser les coordinations et de prendre directement en charge les interventions les plus complexes.

La loi distingue en effet les « *recours de proximité* », d'une part, et les parcours « *particulièrement complexes* », d'autre part.

Une amorce de gradation des parcours dans la loi

Selon l'article L. 3221-3 du code de la santé publique : « (...) *la mission de psychiatrie de secteur (...) consiste à garantir à l'ensemble de la population :*

1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assurée par des équipes pluri-professionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

2° *L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;*

3° *La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur. »*

Le texte législatif semble ainsi décrire pour les adultes¹¹² deux missions distinctes, en fonction des besoins des patients et selon le degré nécessaire d'implication des services spécialisés :

- pour les patients dont « *les parcours de santé sont particulièrement complexes* », visés au 3°, il s'agit de prendre en charge directement les soins, en collaboration éventuellement avec les autres opérateurs s'agissant des prestations en vue d'une « *réhabilitation psycho-sociale* », ou avec l'appui des centres experts ou d'équivalents pour avis ;

- dans le cas général, c'est-à-dire pour des troubles psychiatriques moins complexes, la mission du secteur est de « *garantir* » un accès aux soins. La logique préconisée, mais de manière implicite, est que les équipes de soins primaires soient chargées des soins pour les patients ayant des troubles légers ou modérés, avec l'appui du secteur en tant que de besoin (mais aussi, même si ce n'est pas écrit de manière explicite, avec l'apport des psychiatres spécialistes en ville ou d'autres professionnels, dont la coordination est une autre mission du secteur).

Se dessine ainsi la reconnaissance de « niveaux de soins » et d'une correspondance entre niveau de soins et profil de patient, en particulier selon la sévérité ou la complexité des troubles, quel que soit le vocabulaire employé. Toutefois la notion de « parcours », en tant que définition de ce qui doit être fait pour les patients à chacun de ces niveaux, est moins précisément déclinée dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie que dans d'autres champs, par exemple celui des soins destinés aux

¹¹² On n'analyse ici que la mission en direction des patients adultes, la loi organisant un double réseau de structures, d'une part pour les adultes, et, d'autre part, pour les enfants et les adolescents, avec des secteurs infanto-juvéniles (inter-secteurs, le plus souvent). Selon le dernier alinéa de l'article précité, « *la mission de psychiatrie de secteur se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents* ».

personnes âgées, qui avaient fait l'objet des premiers travaux d'organisation en parcours¹¹³.

La loi n'a pas précisé, en particulier, ce que l'on devait entendre par la notion de parcours « *particulièrement complexes* ». Une circulaire ultérieure du 16 janvier 2019, relative aux « *soins de réhabilitation psychosociale* », détaille plus précisément les patients visés par cette forme de soins qui implique la constitution d'un « *parcours* » *ad hoc* : « *les pathologies concernées sont principalement les troubles psychotiques (schizophréniques), mais aussi les troubles bipolaires, certaines formes de dépressions, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sévères, certains troubles du spectre de l'autisme, etc.* ». Les deux notions de parcours « *particulièrement complexes* » et de besoin en soins de réhabilitation ne sont toutefois pas explicitement rapprochées.

Une autre forme de clarification devrait porter sur les missions de chacun des intervenants. Comme on l'a vu, la responsabilité d'un secteur implique une double mission : « *garantir* » l'accessibilité aux soins de proximité, avec un pilotage de la coordination opérationnelle, sous le contrôle des tutelles¹¹⁴ ; et assurer directement la prise en charge pour des parcours « *particulièrement complexes* ». Il importe donc de définir les profils de patientèle respectifs des différents établissements, en fonction de leurs compétences propres et en adéquation avec le niveau de sévérité des pathologies, dans une approche graduée et néanmoins souple : le niveau de sévérité des troubles pris en charge par les soins primaires (patients légers et modérés), celui des patients relevant des cliniques privées, psychiatres libéraux et ceux relevant du secteur pour les parcours les plus complexes.

Une description dans le CPOM des missions exercées dans le cadre des secteurs, comme la définition en amont d'un schéma régional décliné par zones d'intervention, selon les deux pistes déjà évoquées page précédente, permettraient de stimuler les coopérations entre acteurs, en écartant les risques de conflits ou d'éviction.

¹¹³ Le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) doit être un moyen de « *faire en sorte que les personnes âgées reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment ; le tout au meilleur coût* ». Le premier plan d'action Paerpa a été lancé par la ministre des affaires sociales et de la santé en 2014. Au total, neuf plans d'action ont été déployés sur le territoire. L'expérimentation a lieu sur la base de l'article 48 de la LFSS pour 2013. Initialement, elle était prévue pour une durée de 5 ans. Toutefois l'article 51 de la LFSS pour 2018 a prolongé l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2019.

¹¹⁴ Si on retient l'hypothèse exposée *supra* d'un schéma régional, celui-ci encadrerait cette mission de coordination dans les secteurs par une description des offres et de leur complémentarité, au niveau des territoires et des bassins de vie.

B - Les projets territoriaux de santé mentale, un cadre trop peu contraignant de coordination

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sont en cours d'élaboration par les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale, la loi du 26 janvier 2016 ayant fixé la date limite de leur élaboration au 28 juillet 2020 (délai récemment reporté à fin 2020). La même loi prévoit qu'un contrat territorial de santé mentale (CTSM) sera conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre des actions, ce qui implique d'identifier une structure susceptible de suivre cette mise en œuvre¹¹⁵.

1 - Des objectifs ambitieux

Les PTSM, qui constituent un des apports essentiels de la loi du 26 janvier 2016, doivent « *prioriser l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture* »¹¹⁶. L'objectif qui leur est fixé est donc l'organisation générale d'un parcours intégrant les différentes étapes du soin. Il s'agit en pratique d'identifier tous les opérateurs susceptibles d'apporter leur concours, à un stade ou à un autre du parcours du patient, puis d'établir des modes de coopération, si possible formalisés entre les opérateurs.

Cinq points clés ont été identifiés par l'Anap¹¹⁷ comme susceptibles d'engendrer des parcours problématiques ou au contraire de produire des parcours plus pertinents, selon la qualité des organisations et de la coordination entre elles :

- l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
- les situations inadéquates (longues durées notamment) ;
- l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
- l'accès aux soins somatiques ;
- enfin, la prévention et la gestion des situations de crise.

¹¹⁵ Quelques premiers contrats étaient conclus déjà, à la date de l'enquête.

¹¹⁶ Cf. circulaire du 5 juin 2018.

¹¹⁷ Selon la méthode de l'Anap, les publications se sont échelonnées de 2014 à 2019, avec un guide *Mettre en œuvre un projet de parcours de soin en psychiatrie et santé mentale* (tome 1) de décembre 2016, puis en dernier lieu en mars 2019, une publication présentant les « retours d'expérience ».

Un autre cycle de publications sur un thème connexe a porté sur le thème de « *la réhabilitation psychosociale dans les territoires* » (publication du 15 mars 2019).

Avec ces outils, l'Anap a apporté son appui méthodologique à la rédaction de plusieurs PTSM puis contribué à assurer, sous l'égide de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la mission d'animation du réseau des référents « psychiatrie » en ARS. Les thématiques les plus fréquemment abordées (à fin 2019) dans les PTSM sont celles relatives « à la connaissance et à l'interconnaissance des professionnels » ou au « partage des pratiques et éventuellement à l'harmonisation des organisations », celles visant « la fluidité des parcours et la gradation des réponses » ou « la coordination des acteurs », enfin celles qui consistent à « rendre le patient acteur de son parcours ».

2 - Des limites évidentes

Cette méthode permet une mobilisation rapide des acteurs et des moyens, sans débat préliminaire sur la légitimité des objectifs fixés ou des indicateurs retenus¹¹⁸. Ses inconvénients sont cependant identifiés par l'Anap elle-même : « la description des dysfonctionnements reste le plus souvent au niveau du ressenti plutôt que du factuel : a contrario, certaines situations de masse ne sont pas décrites car ressenties comme constituant une forme de fatalité liée à la discipline. Or seule une description objectivée permet de poser le bon diagnostic et les bonnes solutions organisationnelles ». La coordination entre filières et professionnels, déployée dans tous les territoires grâce aux PTSM, a pu ainsi engendrer une dynamique positive, autour de projets. Elle peut aussi, cependant, éluder le traitement au fond des questions les plus difficiles, peu objectivées et parfois peu abordées.

Certes, en principe, l'ARS dispose de moyens correctifs : elle peut, via un cadrage méthodologique très précis, imposer le traitement des questions jugées prioritaires.

Elle peut aussi traduire le PTSM en « contrats », dans un délai de six mois après la conclusion et l'approbation des projets. Selon les observations faites par les ARS, certains PTSM avaient déjà précisément dégagé des projets structurants¹¹⁹, leur traduction en contrats paraissant assez aisée. Dans d'autres cas, au contraire, ni les diagnostics ni les actions présentées ne paraissaient traduire les priorités telles que les services de l'ARS les

¹¹⁸ Dans les premiers documents, l'Anap avait envisagé de recueillir dans chacun des territoires « tests » des indicateurs quantitatifs. Toutefois ceux-ci n'ont pas été renseignés, sauf pour quelques indicateurs « procéduraux » : nombre de groupes de travail, de réunions tenues, etc.

¹¹⁹ Selon l'ARS d'Ile-de-France, certains PTSM, qui n'en sont encore qu'au stade du diagnostic sur le plan formel, ont réalisé un travail en profondeur qui dégage les axes des actions correctives potentielles, et donc des futurs contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) devant les mettre en œuvre.

percevaient. La phase de traduction en contrats peut ainsi constituer une « deuxième chance » pour une dynamique plus efficace.

Un dernier levier, pour les ARS, est le choix de projets présentés dans le cadre des PTSM, au titre des divers « appels à projets », nationaux ou régionaux. Deux appels à projets successifs ont été conduits, pour 2019, puis pour 2020, les ARS ayant au préalable sélectionné au niveau régional les propositions qui leur paraissaient combler un manque ou contribuer à une réorientation des soins. De fait, l'attribution de fonds concentrés sur une période brève¹²⁰, au service de projets débattus entre acteurs complémentaires, peut sans doute se révéler efficace en contribuant à une « transformation » plus profonde de l'offre. Toutefois dans la très grande majorité des cas, aucune analyse critique de l'activité n'étant mise en place, on corrige ces dysfonctionnements par l'ajout d'un palliatif confié aux mêmes acteurs, au lieu d'une remise en question des pratiques en routine. Ainsi le risque est-il que soient systématiquement privilégiées des actions nouvelles, mais très rarement révisées les actions anciennes.

La circulaire précitée du 16 janvier 2019, relative aux soins de « *réhabilitation psycho-sociale* », témoigne du double risque symétrique « d'empilement » ou « d'éviction » : « *ces nouveaux outils thérapeutiques porteurs de sens et d'espoir pour les patients et leurs proches ont vocation à compléter l'offre de soins déjà présente dans les établissements sanitaires* ». Toutefois « *l'accès aux soins de réhabilitation psychosociale, organisé en proximité, dans le cadre des parcours de vie des personnes, s'inscrit autant que possible dans les offres de soins psychiatriques existantes, en favorisant les coopérations et les partenariats dans le cadre du projet territorial de santé mentale* »¹²¹.

¹²⁰ La « technique » des appels à projets peut aussi se révéler à moyen ou long terme décevante, les fonds alloués demeurant dans l'établissement, même si l'action perd de son dynamisme, en particulier si les porteurs des actions ont changé d'affectation.

¹²¹ La contradiction est encore accentuée dans la suite de cette circulaire. D'un côté, celle-ci indique : « *L'offre de soins de proximité repose sur une équipe mobilisant les compétences suivantes : psychiatre, neuropsychologue, psychologue clinicien, infirmier, secrétaire médical, assistant de service social – le cas échéant : éducateur spécialisé, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant du milieu sportif, pair aidant... Il est recommandé que des membres de l'équipe assurent une fonction de case-management pour une partie de la file active suivie dans le cadre de la mise en œuvre des soins de réhabilitation* ». D'un autre côté, la circulaire indique que « *la réalisation des évaluations et la mise en œuvre des soins ont vocation à s'inscrire dans des structures de soins existantes, en particulier les hôpitaux de jour (HDJ), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), ateliers thérapeutiques, appartements thérapeutiques..., dont les projets de prise en charge doivent être adaptés en conséquence* ».

Or ces nouvelles manières d'organiser les soins sont assez exigeantes, elles supposent des outils et une formation adéquate¹²². À défaut, apparaît le risque d'une approche trop peu cohérente de la notion de parcours, qui superpose aux tâches déjà nombreuses et mal priorisées certains parcours fléchés (sans pouvoir les généraliser, faute d'arbitrage sur les priorités et les moyens).

3 - La nécessité d'un socle de progrès attendus

Un double risque apparaît ainsi : celui de démarches dispersées, peu efficaces parce que partielles, en fonction des convictions préférentielles des acteurs locaux ; celui d'une évaluation imprécise et peu rigoureuse ou d'un suivi non systématique et non ciblé sur les priorités.

Pour ces motifs, il paraît indispensable d'associer au suivi des actions des indicateurs « socles » invariants. La circulaire du 5 juin 2018 relative aux PTSM avait d'ailleurs prévu une forme d'obligation en ce sens, en soulignant qu'ils devraient inclure « *des indicateurs visant prioritairement à mesurer l'amélioration du parcours des personnes au sein de chaque territoire* », « *faisant l'objet d'un suivi régulier, par les pilotes du projet, sur sa durée de mise en œuvre* ».

La réticence des acteurs a conduit cependant à écarter le choix d'indicateurs obligatoires, pourtant envisagés par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) justement en ce qui concerne l'impact des actions sur les parcours. Faute de consensus suffisant, les indicateurs identifiés en ce sens subsistent, mais ils sont désormais facultatifs, limités à la seule phase de diagnostic et comme noyés au milieu de très nombreux indicateurs descriptifs des moyens ou de l'environnement¹²³.

Dans la liste des indicateurs relatifs aux parcours, plusieurs des cibles priorisées par la présente enquête de la Cour figurent d'ailleurs, comme les taux de réhospitalisation à court terme (sur 28 jours et dans l'année). Cette liste non limitative devrait s'enrichir des propositions des médecins responsables de l'information médicale en psychiatrie, de l'ATIH et des administrations.

¹²² En particulier quant aux méthodes d'évaluation et à la mise en place et au suivi d'indicateurs pertinents.

¹²³ Ils sont désormais détaillés en annexe. Le titre même de cette annexe (« *recueil de données dans le cadre du diagnostic : exemple de données pouvant être mobilisées* ») insiste sur leur caractère facultatif et sur leur mobilisation au seul stade préparatoire du diagnostic. En outre, le nombre trop élevé d'indicateurs érode toute sélectivité et donc l'efficacité attachée à des cibles priorisées.

Il a d'ailleurs été prévu dans le programme de travail présenté par la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP) que des indicateurs feraient en 2020 l'objet d'un travail complémentaire. Il conviendrait en effet que de tels indicateurs soient produits chaque année par les services statistiques régionaux (ou par les observatoires régionaux de santé, ORS) et qu'ils soient ensuite soumis pour validation aux ARS puis pour « interprétation et interrogation collective », dans le cadre des outils de suivi des PTSM.

A la lumière des travaux de la Cour, il conviendrait en outre que cette liste soit enrichie par des éléments de *case mix* et de sévérité des pathologies, pour chacun des indicateurs retenus, pour les actes réalisés dans les services d'urgence ou dans les centres de crise, et pour le suivi des actes (sanitaires) réalisés à domicile, quel que soit le service qui les effectue (équipes spécialisées ou secteurs).

C - Une coordination de second niveau en cours de mise en place, notamment grâce aux groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Si les projets territoriaux de santé mentale ont pour objectif de permettre une concertation et une coordination des différents acteurs, ainsi qu'une attention accrue aux performances du « système » territorial de soins, la mise en œuvre opérationnelle des actions est renvoyée à d'autres instances, dotées de moyens d'action.

S'agissant de la coordination souvent dite « de second niveau » portant sur les soins spécialisés¹²⁴, la loi du 26 janvier 2016 a proposé de manière concomitante et presque concurrente, en apparence¹²⁵, deux types d'outils : les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les communautés psychiatriques de territoire (CPT). En réalité, les objectifs poursuivis sont distincts, des cibles opérationnelles pouvant être fixées dans le domaine des soins en psychiatrie aux GHT tandis que la mission des CPT est plutôt une coordination et une réflexion, en amont.

¹²⁴ Voir *infra* pour la coordination de premier niveau.

¹²⁵ Ce d'autant plus que les supports territoriaux sont variables, selon les dynamiques locales, mais souvent assez proches, les deux outils se fondant souvent sur une approche départementale (comme de leur côté les PTSM, d'ailleurs).

1 - Le rôle des GHT

Les groupements hospitaliers de territoire ont dû présenter des « projets médicaux partagés » (PMP), qui identifiaient des thématiques prioritaires, transversales pour certaines (comme les achats ou les systèmes d'information), mais aussi sectorielles. Selon l'inventaire récemment réalisé par la Cour à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat¹²⁶, 111 GHT sur 137 avaient identifié dans leur PMP des actions dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie. Les thématiques les plus souvent déclinées dans ces volets sont :

- l'amélioration de l'accès aux soins somatiques, en particulier pour les patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie ;
- les interventions de psychiatrie de liaison dans les services généraux, notamment dans les services d'urgence ;
- la géro-psi-chiatrie et son lien avec les structures médico-sociales ;
- enfin souvent la coordination des soins en addictologie.

Il serait souhaitable qu'une dynamique se crée progressivement, permettant des projets plus ambitieux¹²⁷ : les questions de communication entre les services, de prévention des entrées en soins en provenance des urgences et d'implantation des dispositifs de crise pourraient alors constituer des thèmes privilégiés de coopération ou de mutualisation.

La vocation des GHT est d'être un outil au service des établissements publics, les établissements privés – établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ou cliniques – ne pouvant être que « partenaires »¹²⁸. Les contrôles réalisés par la Cour ont confirmé que ce degré d'association était inégal, plus fort pour les ESPIC que pour les cliniques privées. De même, les liens avec des ESMS privés, possibles

¹²⁶ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire, exercices 2014 à 2019*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, octobre 2020, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹²⁷ L'enquête de la Cour a relevé que les GHT avaient su se mobiliser pour répartir les moyens et les patients, dans le cadre de la pandémie de covid 19.

¹²⁸ À côté du statut d'établissement partie au GHT, la loi du 26 janvier 2016 a reconnu un statut d'établissement partenaire pour les établissements privés, et ce quel que soit leur statut juridique ou leur caractère lucratif ou non lucratif (article L. 6132-1 du code de la santé publique). Ce partenariat prend la forme d'une convention « classique » de coopération passée sur la base de l'article L. 6134-1 du code de la santé publique. Cette convention prévoit en particulier l'articulation du projet médical de l'établissement privé concerné avec celui du groupement.

selon les textes constitutifs, sont apparus en pratique peu fréquents et peu denses.

Dans certains cas, les établissements spécialisés en psychiatrie ont désiré demeurer à l'écart des GHT, craignant que les moyens mutualisés ne soient « préemptés » par des disciplines qui peuvent s'avérer « rentables ». Des dérogations ont ainsi été demandées et accordées par les ARS, mais pour des durées limitées. Le nombre d'établissements spécialisés en psychiatrie à ne pas avoir intégré de GHT est désormais faible et en voie de résorption¹²⁹.

2 - Les communautés psychiatriques de territoire

Les communautés psychiatriques de territoire (CPT) sont également des structures de concertation et de programmation instituées par la loi du 26 janvier 2016, entre les établissements du service public hospitalier¹³⁰, afin de « fédérer les acteurs pour offrir aux patients des parcours de prévention, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture », selon l'expression reprise par le décret du 26 octobre 2016¹³¹, qui en détaille les objectifs ainsi que les modalités de création et de fonctionnement. C'est en réalité un cadre très souple, qui se distingue doublement des GHT en ce sens que le périmètre de coopération peut être distinct (cela permet notamment de mieux prendre en compte certaines spécificités géographiques liées à la sectorisation) et que les coopérations sont ciblées sur les seules activités de soins en psychiatrie.

¹²⁹ La Cour, dans sa communication précitée d'octobre 2020 à la commission des affaires sociales du Sénat sur *Les groupements hospitaliers de territoire*, signale que la dizaine de dérogations transitoires, accordées par les ARS à des établissements spécialisés en psychiatrie pour leur permettre de demeurer en dehors des GHT, arrive à expiration. Seules deux exceptions ont été étendues pour une durée indéterminée (voir page 76, note n° 201).

¹³⁰ L'article D. 6136-3 du code de la santé publique précise que « la communauté psychiatrique de territoire est créée à l'initiative des établissements de santé de service public hospitalier ». L'article D. 6136-2 du même code distingue ceux qui sont membres de la communauté, ceux qui peuvent être associés à la communauté et ceux qui peuvent coopérer avec elle.

¹³¹ Codifié aux articles D. 6136-1 et suivants du code de la santé publique.

Quelques exemples d'actions menées par les communautés psychiatriques de territoire

La CPT du Rhône, regroupant trois établissements de la métropole lyonnaise et du département du Rhône, s'est donné comme objectif d'organiser une coordination mutualisée avec les équipes de soins primaires. Elle porte un projet partagé de création d'une maison d'accueil spécialisé (MAS), destinée à faciliter le transfert de ceux des patients aujourd'hui hospitalisés de manière inadéquate en longue durée et qui relèvent de ce type d'accueil.

La CPT du Haut-Rhin a créé un centre de ressources en réhabilitation psychosociale qui vise à étendre l'accès à ce type de soins.

Plus généralement, les CPT ont souvent retenu comme objectifs prioritaires de mieux structurer les partenariats des établissements sanitaires membres avec le secteur social et médico-social. Elles ont également souvent servi de support pour l'établissement des projets territoriaux de santé mentale.

Dès lors que les travaux relatifs aux projets territoriaux de santé mentale sont en voie d'achèvement et permettent de passer le relais à des équipes dédiées (voir *infra*), certaines ARS se disent perplexes quant aux compétences des communautés psychiatriques de territoire.

Le cadre très souple de coopération entre établissements autorisés en psychiatrie offert par les CPT peut sans doute rester utile s'il permet d'offrir des perspectives nouvelles et de répondre à des besoins aujourd'hui insuffisamment pris en considération. Deux points pourraient ainsi relever d'un cadre *ad hoc* : la coopération entre les établissements publics et les établissements privés, d'une part, l'organisation d'un parcours plus dynamique du sanitaire au médico-social et/ou jusqu'au domicile, d'autre part.

a) Entre cliniques privées et établissements du service public

Les patientèles des établissements de service public et établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et celles des cliniques privées, là où elles sont implantées, ne sont pas identiques (voir tableau en annexe n° 2). Les cliniques accueillent plus souvent des troubles ne nécessitant pas d'hospitalisation sous contrainte (dépressions, troubles bipolaires et addictifs) ; l'hôpital public et les ESPIC accueillent, au contraire des patients dont les troubles sont souvent susceptibles de justifier l'hospitalisation sous contrainte (psychoses schizophréniques et phases aiguës des troubles bipolaires) ainsi qu'une patientèle potentiellement plus

démunie et moins insérée socialement. Toutefois des aménagements dans la réglementation pourraient réduire cette différenciation et mieux répartir entre établissements la charge des cas sévères, par exemple en désignant les cliniques qui le souhaitent pour les prises en charge des hospitalisations sous contrainte dans la période d'observation de 72 h.

Ce sont des segments différents mais complémentaires. Les patients passent d'ailleurs d'un type d'établissement à un autre : en 2018, 6 % des patients avaient été hospitalisés la même année dans le service public et dans le secteur privé à but lucratif. C'est d'autant plus vrai qu'en cas d'aggravation nécessitant une mise sous contrainte, les cliniques privées doivent le plus souvent transférer leurs patients (très peu ont été désignées pour accueillir des soins sans consentement). En outre, comme déjà signalé, un cinquième des patients hospitalisés dans le secteur public est suivi ensuite par des psychiatres libéraux.

Les deux sous-ensembles peuvent donc coexister sans appareil institutionnel spécifique. D'ailleurs, des exemples de coopération réussie ont été repérés par la Cour : ainsi à Rennes, où la clinique de l'Espérance, du groupe Ramsay Générale de Santé, a mis en place des équipes spécialisées dans le suivi des « suicidants », formées au protocole « Vigilans », permettant aux services des urgences du CHU de Rennes d'y orienter les patients.

Un exemple de coopération « public-privé » à Rennes

Les rapports du service d'information médicale montrent que les patients accueillis dans la clinique de l'Espérance, à Rennes, sont essentiellement des patients dépressifs (bipolaires ou non) ou souffrant d'addictions et des patients suicidaires. La clinique travaille en étroite collaboration avec le CHU de Rennes, qui lui adresse les patients en service « libre ». Les personnels ont été formés spécifiquement à l'accueil, à l'évaluation et au suivi des patients suicidaires. La clinique fait aussi partie du programme « Vigilans », novateur en France, qui implique de reprendre systématiquement contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide, en leur envoyant une carte pour prendre de leurs nouvelles et en leur téléphonant.

La clinique ne pouvant recevoir que des hospitalisations libres, sa patientèle souffrant d'addictions ou avec risques suicidaires induit des contraintes de fonctionnement. Les locaux ont été aménagés, les chambres des patients suicidaires sont près du bureau des infirmiers, pour une surveillance rapprochée, et les entrées et sorties sont particulièrement surveillées. Les patients pour lesquels le risque suicidaire est trop élevé et qui nécessitent d'être hospitalisés contre leur gré doivent être transférés à l'hôpital psychiatrique de Rennes (centre hospitalier Guillaume Rognier).

Une autre forme de complémentarité, plus intégrée, a été organisée par l'ARS d'Ile-de-France : elle consiste à subdéléguer certaines missions confiées à des établissements de service public, par la voie d'un contrat tripartite, signé entre les deux établissements et l'ARS.

Ce type de formule permet de mobiliser une partie des moyens des établissements privés à but lucratif vers des missions parfois insuffisamment assurées. Il paraîtrait pertinent que les CPT existantes aient notamment pour objectif de diffuser ce type de collaborations, de manière souple et adaptée aux besoins des territoires¹³².

b) Pour des coopérations ciblées avec les ESMS

Les établissements sanitaires ont engagé de très nombreuses coopérations avec des ESMS, que ceux-ci soient à l'origine issus d'une opération de fongibilité¹³³ ou non. Souvent, ainsi, les ESMS (Ehpad ou établissements pour personnes handicapées) ont conclu des conventions, prévoyant l'accueil de leurs résidents en établissement sanitaire lors des épisodes dits « aigus », mais aussi leur retour vers l'établissement d'origine, une fois ces soins dispensés et l'état du patient stabilisé.

La mise en œuvre concrète de ce type de coopération n'est pas aisée. Souvent les ESMS sont réticents à reprendre un patient dont l'état est jugé trop lourd pour leur capacité de soins. Une réflexion commune sur les parcours de « vie » ainsi construits, réunissant établissements sanitaires et ESMS, paraîtrait dès lors utile, éventuellement dans le cadre des CPT (et/ou des PTSM, voir *supra*).

Cette réflexion devrait permettre d'intégrer également une problématique émergente, qui tient à l'organisation de « parcours » orientés vers l'autonomie, au sein des ESMS. En effet, les personnes avec handicap psychique connaissent souvent¹³⁴ des évolutions positives de leurs troubles, qui devraient pouvoir se traduire par une plus grande autonomie de vie et donc par un changement d'établissement, vers des modes d'hébergement moins lourds ou même vers le domicile. Or les

¹³² Une proposition en ce sens a été faite en septembre 2019 par le rapport précité de la mission d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur l'organisation de la psychiatrie (*L'organisation de la santé mentale*, rapport d'information n° 2249, XV^e législature, p. 63).

¹³³ Les établissements sanitaires ont été incités à redéployer une partie de leurs moyens vers des activités médico-sociales par un dispositif ainsi dénommé, qui permet de redéployer une partie des moyens sanitaires vers le médico-social.

¹³⁴ C'est évidemment moins vrai pour les autres formes de handicaps, déficiences intellectuelles ou handicaps sensoriels et moteurs.

établissements ne sont pas incités à accélérer ces mouvements, qui alourdissent leur fonctionnement et parfois même tendent à dégrader leur équilibre financier (un résident plus sévèrement handicapé représentera une charge plus lourde). Une forme d'institutionnalisation en établissement médico-social est donc à craindre, contre laquelle une stratégie nationale de transformation de l'offre médico-sociale est certes engagée, vers des prises en charge plus inclusives : mais, en pratique, l'accompagnement des personnes avec handicap psychique vers une plus grande autonomie gagne à faire l'objet d'un suivi extérieur à l'établissement, qui permette de s'assurer de la cohérence du parcours escompté. Au sein des CPT, quand elles sont constituées¹³⁵, une attention partagée à cet enjeu, avec notamment la mise en œuvre mutualisée de réévaluations fonctionnelles périodiques, pourrait représenter un progrès.

D - La coordination de premier niveau est encore très peu cadrée

Pour les soins spécialisés, la coordination est orientée vers la programmation des actions ou leur répartition territoriale (au sens des projets régionaux de santé – PRS –, soit à peu près au niveau des départements). La coordination relative aux soins primaires et l'organisation des liens avec « la deuxième ligne » relèvent en revanche d'une échelle plus fine, comme les bassins de vie¹³⁶.

La loi du 26 janvier 2016 a fait de l'amélioration de cette coordination de proximité un deuxième objectif, sans toutefois en préciser le cadre. Pour examiner dans quelle mesure les structures nouvelles, désormais partie intégrante de la « boîte à outils » institutionnelle, permettent de construire une coordination efficace, il convient de clarifier les objectifs poursuivis (1), puis de repérer les structures élémentaires de soins susceptibles de déployer l'offre de soins requise (2), pour en déduire

¹³⁵ Là où ces communautés n'ont pas été établies, ces aspects peuvent être intégrés au sein des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) puis des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) devant les mettre en œuvre.

¹³⁶ La différence est nette entre les deux échelons : on trouve en moyenne une dizaine de bassins de vie par département (le Gouvernement envisage ainsi de couvrir l'ensemble du pays par environ 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé, ou CPTS). Le vocabulaire est trompeur cependant, puisque le même mot de « territoire » désigne, d'une part, le niveau départemental (ou équivalent), dans l'expression de « *projet territorial* », et, d'autre part, celui de bassin de vie, dans les expressions de « *communautés professionnelles territoriales de santé* ».

quelques principes généraux sur les institutions de proximité, susceptibles de « porter » une coopération institutionnalisée (3).

1 - Quels besoins de coordination de premier niveau ?

L'OMS¹³⁷ et la plupart des pays européens placent le médecin généraliste au centre du dispositif de soins pour les problèmes de santé mentale et son rôle dans l'orientation du patient est essentiel. C'est lui qui évalue le patient et l'oriente, selon la sévérité des troubles, vers un psychologue pour quelques entretiens, une psychothérapie structurée ou vers un psychiatre, qui le cas échéant lui donne en retour des conseils sur la prise en charge.

Selon le modèle dit gradué, le système de soins spécialisé en psychiatrie ne prend en charge que les patients souffrant de troubles sévères, dont certains peuvent nécessiter une hospitalisation, un suivi post-hospitalisation, voire un programme de réinsertion. Pour les cas légers et modérés, le médecin généraliste est entouré, suivant les pays, par des psychologues, voire par des conseillers ayant une formation en psychologie, pour évaluer les besoins des patients. Aux Pays-Bas, une profession intermédiaire entre psychologue et assistant(e) a été créée et mise à disposition des médecins qui le souhaitent, pour évaluer les besoins psychologiques et sociaux de leurs patients. Le médecin traitant est celui qui décide le niveau de soins psychologiques requis et pris en charge par les assurances : soins de base ou soins spécialisés, correspondant chacun à un nombre de séances, en fonction de la sévérité de la pathologie.

Les comparaisons européennes témoignent de ces différences d'organisation structurelle : sur les six pays considérés dans l'étude ESEMeD¹³⁸, la France, où le recours au médecin généraliste est, pour les problèmes de santé mentale, le plus fréquent, est, par ailleurs, le seul où le recours aux psychiatres est plus fréquent que le recours aux psychologues,

¹³⁷ Notamment dans son plan d'actions pour les années 2013-2020.

¹³⁸ J.-P. Lépine et al., « Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) », *L'Encéphale*, volume 31, n° 2, avril 2005, pages 182-194.

Il s'agit d'une enquête de 2007 sur l'accès comparé aux différents professionnels du soin en santé mentale, portant sur l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, la France, l'Italie et les Pays-Bas.

la moitié des psychothérapies¹³⁹ étant d'ailleurs faites par les psychiatres¹⁴⁰. C'est aussi le pays où les relations d'adressage entre médecin généraliste et spécialiste de santé mentale sont les moins fréquentes.

Le recours croissant à des professionnels de « première ligne » diversifiés, aux Pays-Bas comme en Grande-Bretagne¹⁴¹, va dans le sens préconisé par l'OMS et suggère pour la France diverses pistes de progrès. La première est de faciliter le recours à des psychologues en permettant le remboursement quand leurs soins sont prescrits par le médecin traitant. Une expérimentation est engagée en ce sens et fait l'objet d'une présentation détaillée plus loin (elle implique un suivi et des décisions de portée nationale). La deuxième piste consiste à faciliter l'accès du généraliste, à tout moment, à un avis spécialisé de psychiatrie¹⁴².

2 - Comment mieux orienter les patients ?

Pour la gestion des cas difficiles et urgents, ont été mises en place des plateformes (téléphoniques ou par courriel) qui permettent aux médecins généralistes d'être en contact avec un psychiatre expérimenté. Certaines de ces plateformes sont de niveau départemental, avec une permanence qui conjugue psychiatres d'établissements publics et privés. La région Bourgogne-Franche Comté notamment encourage leur diffusion.

Pour les besoins moins urgents, souvent assez complexes, les modalités de coopération sont très variables : elles mobilisent souvent un petit nombre d'acteurs pour des coopérations ponctuelles. Quelques établissements ont ainsi installé conjointement, sur un même site, des

¹³⁹ Viviane Kovess-Masfety, Mathilde Husky, « Recours à la psychothérapie en France : résultats d'une enquête épidémiologique dans quatre régions », *Actualités et Dossier en Santé Publique* n° 97, décembre 2016.

¹⁴⁰ Par conséquent remboursées au moins en partie par l'assurance maladie. Ce déport de l'activité des psychiatres libéraux vers les psychothérapies accentue en outre les inégalités de répartition territoriale, favorisant leur concentration dans des zones urbaines.

¹⁴¹ Voir en annexe n° 3 la présentation des traits saillants de l'organisation des soins de santé mentale et de psychiatrie dans ces deux pays.

¹⁴² Ces différents points ont d'ailleurs été examinés dans un guide établi par la HAS (*Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration*, octobre 2018).

centres de santé et des centres médico-psychologiques¹⁴³. La coopération consiste alors à assurer une orientation rapide vers des soins plus spécialisés, quand c'est nécessaire, et à permettre un appui en conseils aux médecins généralistes qui prennent en charge ces patients.

Cette coopération peut prendre la forme d'un dispositif dit « *de soins partagés* » (DSP)¹⁴⁴, dans lequel les patients souffrant de troubles mentaux *a priori* sévères sont dirigés par leur médecin traitant vers des consultations de psychiatres libéraux. Quand son état le permet, le patient continue d'être suivi par son médecin traitant, mais celui-ci dispose d'un diagnostic et d'une proposition de traitement médicamenteux et/ou psychothérapeutique et, si nécessaire, le patient est pris en charge, pour un éventuel épisode aigu, dans le dispositif spécialisé.

La stratégie « Ma santé 2022 » a prévu, toutes filières de soins confondues, le déploiement d'outils multiples, complémentaires, particulièrement adaptés aux modes d'exercice collectif : encouragements financiers donnés aux spécialistes assurant des consultations avancées dans des maisons de santé pluridisciplinaires, ouverture assez large de la possibilité de téléconsultations ou de téléconseils, sous réserve d'une collaboration préalable établie entre le spécialiste et la structure d'exercice coordonné, répartition de moyens humains nouveaux en assistants médicaux, partiellement pris en charge sur le plan financier par l'assurance maladie, financement des structures pour les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) se conformant à des standards de fonctionnement et permettant la prise en charge financière partielle d'infirmiers de pratique avancée.

Nombre de ces outils sont d'ailleurs déjà utilisés. Ainsi, dans de nombreuses MSP, l'organisation de consultations avancées par des psychiatres libéraux ou par des praticiens hospitaliers permet ensuite de déployer une capacité de téléconsultation adaptée à un suivi de patients au domicile, même avec des troubles sévères, sous réserve que les équipes de proximité se déplacent au domicile.

L'enquête a mis en évidence cependant que, dans de nombreuses régions, le déploiement de compétences nouvelles dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie était lent. Dans le cadre de l'accord national interprofessionnel du 20 avril 2017, des aides ont été accordées à

¹⁴³ C'est le cas notamment de l'établissement Édouard Toulouse, à Marseille, ou de l'ESPIC de la fondation John Bost, sur le site de La Force, près de Bergerac. Cependant, les centres de santé ne sont pas la forme la plus fréquente d'entrée dans les soins et ne sont pas répartis également sur le territoire français.

¹⁴⁴ Par exemple, le dispositif de soins partagés à Toulouse.

des MSP ayant mis en place des protocoles d'accès aux soins en santé mentale et en psychiatrie. Le nombre de ces protocoles est cependant réduit : seulement 5 % du total des protocoles conclus par les quelque 740 MSP suivies par la Cnam incluent des dispositifs psychiatriques à fin 2019.

Autre exemple, en région PACA, une seule des plateformes territoriales d'appui (PTA), outils polyvalents destinés à répondre aux situations complexes, avait intégré la question des troubles psychiatriques.

Les conclusions du « Ségur de la santé » marquent une volonté accrue de mise à disposition de moyens nouveaux, notamment pour donner accès à des consultations de psychologues en ambulatoire dans les maisons de santé pluridisciplinaires. Il est ainsi prévu de recruter des psychologues, dont la mission, en cours de définition, devrait être assez proche de celle prévue dans la cadre de l'expérimentation de remboursement des psychothérapies prescrites par le médecin traitant¹⁴⁵.

Un recours accru aux téléconsultations en psychiatrie

Selon les données les plus récentes de la Cnam, publiées en juillet 2020 dans le rapport *Charges et produits* pour 2021, l'augmentation des téléconsultations a été très forte au cours de la première vague de la pandémie de covid 19, en médecine générale mais aussi dans certaines autres spécialités, en particulier pour la psychiatrie, qui est la spécialité qui a le plus eu recours à cette modalité : 6,4 % du total des téléconsultations¹⁴⁶. Ces téléconsultations, jusqu'ici concentrées dans les grandes villes, ont aussi été utilisées dans les zones les moins densément peuplées, ce qui suggère une appropriation et une collaboration entre les équipes de soins primaires et les psychiatres de ces outils de « deuxième ligne ».

¹⁴⁵ Comme le précise le dossier de presse, au chapitre « la psychiatrie et la santé mentale à l'épreuve de la crise » : une mesure (n° 31) prévoit diverses modalités de déploiement de consultations de psychologues. La mise en œuvre précise de ces mesures est en cours de définition. Même si sa portée est inévitablement moindre, compte tenu du nombre encore relativement limité de MSP susceptibles de les accueillir, ce peut être un élément complémentaire du recours encadré à des psychologues libéraux.

¹⁴⁶ Rapport *Charges et produits* pour 2021, p. 150. La proportion est relative au nombre cumulé des téléconsultations de septembre 2018, date de l'entrée en vigueur de l'avenant tarifaire rendant possible l'essor de cette forme de soins, à fin avril 2020. Par comparaison, la part des consultations en psychiatrie dans les consultations totales était de 4,7 % en 2018.

Les contrôles et visites réalisés avant la pandémie avaient en outre montré que les établissements de santé avaient déjà eux aussi développé le recours à ces outils, pour eux rechercher une meilleure couverture territoriale dans le suivi des patients : c'est ainsi que le suivi de l'arrière-pays niçois se faisait en partie grâce aux téléconsultations ou télé-expertises des psychiatres du service public.

L'organisation d'un réseau de partenariats et de complémentarités avec les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) ou avec les centres de santé constitue un facteur important dans l'essor de ces outils et dans leur bonne insertion dans le parcours des patients.

3 - Quel est le bon outil territorial pour ces coopérations ?

En fonction des acquis régionaux, mais aussi de leur compréhension variable des possibilités offertes, les ARS ont commencé à structurer des réponses : certaines se sont fixé comme priorité le développement des conseils locaux de santé mentale (CLSM) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), comme l'ARS Centre Val-de-Loire, d'autres préférant celui des contrats locaux de santé (CLS), déclinés avec un volet régional (comme l'ARS Grand-Est), d'autres enfin, comme l'ARS Nouvelle-Aquitaine, visant la couverture complète du territoire régional par des conseils locaux de santé mentale, destinés à servir de support à ces coordinations de proximité.

Il est difficile de déterminer, à ce stade, si une stratégie est préférable à l'autre. La difficulté est d'autant plus grande que les pouvoirs publics recherchent le meilleur compromis entre l'adhésion des professionnels eux-mêmes et le souci d'une démarche déployée de manière suffisamment large. Les CPTS qui, en principe, résultent d'initiatives des professionnels eux-mêmes (mais dont le fonctionnement ne peut être financé que si elles assument un nombre minimum de fonctions, parmi un « menu »), n'ont que très rarement choisi de développer une compétence dans la filière des soins en santé mentale et psychiatrie, malgré l'importance relative de la patientèle souffrant de troubles psychiatriques.

L'enquête a montré que le croisement des problématiques territoriales et sectorielles mobilisait des services nombreux et parfois cloisonnés dans les ARS. En outre, les dispositions législatives sont récentes, parfois encore non accompagnées de circulaires d'application. Dans ce contexte, une analyse comparative des diverses démarches entreprises dans le domaine des soins en santé mentale et psychiatrie, encore prématurée, devra être menée en temps utile, à fins de partage et de diffusion des meilleures pratiques, identifiant les modes d'organisation

(en ARS) et les vecteurs de coopération permettant de répondre le plus simplement et le plus complètement aux besoins des professionnels comme à ceux des patients.

III - Un modèle de soins gradués à affirmer plus fortement au niveau national

La construction pour les patients de parcours de soins plus pertinents et *a minima* la réduction des causes de ruptures dans ces parcours dépendent ainsi d'une multiplicité de leviers, au niveau des établissements de santé et des territoires (départements et bassins de vie). Cependant, c'est au niveau national qu'il incombe de rendre les arbitrages, qui doivent accompagner la mise en place de soins gradués, pour les troubles modérés (A) comme pour les troubles les plus sévères (B), enfin plus généralement pour mieux orienter les moyens en fonction de la sévérité des troubles (C).

A - Rendre accessibles des psychothérapies assurées par des psychologues libéraux

Sur le modèle de la prise en charge graduée proposée par le système national anglais, la Cnam a engagé depuis plus d'un an, dans quatre départements volontaires¹⁴⁷, une expérimentation de psychothérapies réalisées par des psychologues cliniciens, sur prescription du médecin généraliste, prises en charge financièrement par l'assurance maladie. Divers travaux ont souligné les gains potentiels de cette approche, même pour l'assurance maladie, du fait de la réduction des consommations ultérieures¹⁴⁸ de soins, de médicaments ou d'arrêts de travail.

1 - L'expérimentation de la Cnam

L'approche est centrée sur le médecin traitant qui, par le moyen d'échelles brèves, détecte les patients qui lui semblent relever d'un trouble dépressif ou anxieux ou encore de symptômes évocateurs d'anxiété

¹⁴⁷ Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan.

¹⁴⁸ Anne Dezetter et al., « Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders », *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, n° 16, p. 161-177 (2013).

somatique. Si le patient présente des troubles légers ou modérés¹⁴⁹, il lui est proposé de rencontrer un psychologue de son choix, dont la consultation lui sera remboursée, pour une évaluation¹⁵⁰. Celle-ci peut être suivie par des séances de psychothérapie dites de soutien (« *accompagnement psychologique de soutien* » ou APS), prises en charge par l'assurance maladie dans la limite de dix séances. Si l'état du patient ne s'est pas amélioré, le médecin traitant peut solliciter un avis psychiatrique afin de prescrire, si nécessaire, dix séances supplémentaires dites « *de psychothérapie structurée* »¹⁵¹.

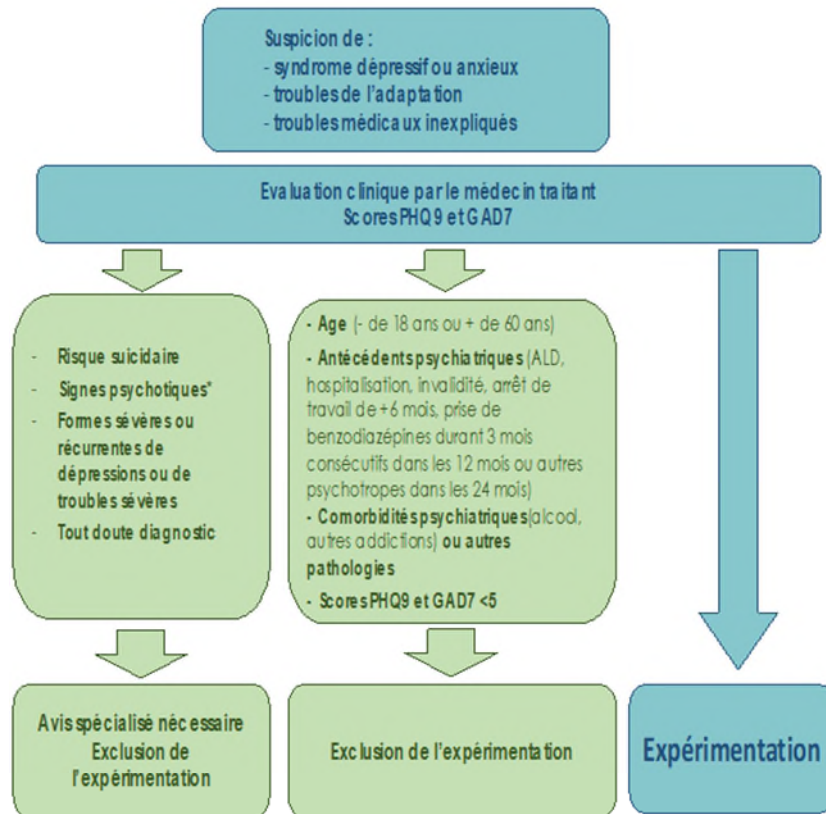
Les deux schémas qui suivent résument la procédure et éclairent, pour le premier, le périmètre des troubles considérés, et pour le second, les rôles respectifs des divers intervenants, médecins traitants et psychologues, en particulier.

¹⁴⁹ Pour ce faire, on lui demande d'utiliser des échelles dites « courtes » (PHQ9 et GAD7), qui lui permettent rapidement d'évaluer le degré de dépression ou d'anxiété.

¹⁵⁰ Entretien d'évaluation psychologique (EPP).

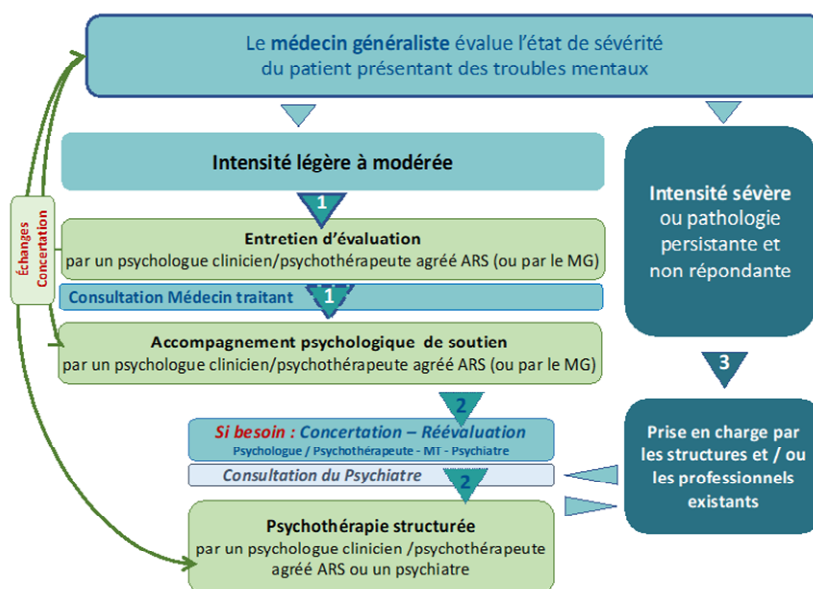
¹⁵¹ Sont exclus de ce programme les patients dits « sévères » : les patients présentant des scores élevés de dépression, un risque suicidaire, des arrêts de travail de plus de six mois, une affection de longue durée (ALD), des prescriptions d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques (trois mois consécutifs), enfin les patients souffrant de troubles psychotiques ou d'addiction.

Schéma n° 2 : prise en charge par type de trouble, selon la Cnam



Source : Cnam

Schéma n° 3 : rôle des divers intervenants, selon la Cnam



Source : Cnam

2 - Les premiers retours d'informations disponibles

L'expérimentation, qui a débuté fin 2018, se déroule depuis deux ans dans les départements volontaires.

En juin 2020, plus de 200 000 séances de psychothérapie de psychologues avaient été remboursées pour plus de 20 000 patients ; 5 500 patients environ avaient bénéficié de près de 46 000 séances de psychothérapies structurées.

L'expérimentation permet dès à présent d'évaluer ainsi la faisabilité de la mesure, par la participation des différents professionnels impliqués : 75 % de l'ensemble des médecins généralistes actifs (hors médecins à exercice particulier), soit plus de 3 000 médecins généralistes, ont prescrit chacun au moins une séance de psychothérapie et inclus en moyenne 6,5 de leurs patients dans le dispositif. En outre, presque la moitié (44,3 %) de l'ensemble des psychologues cliniciens/psychothérapeutes agréés par les ARS (et répertoriés sur le fichier ADELI) ont déclaré vouloir participer à l'expérience et se sont conventionnés. Parmi eux, presque 90 % ont réalisé

au moins une séance (entretien d'évaluation, accompagnement de soutien ou psychothérapie structurée).

L'engagement des professionnels montre que l'expérimentation répond à un besoin des patients et des médecins et rencontre l'adhésion des professionnels de la santé mentale. Le dispositif permet en outre de mettre en relation les psychologues, les médecins généralistes et les psychiatres libéraux, de faire communiquer ces acteurs entre eux et ainsi d'améliorer leurs pratiques et leur formation.

Cette démarche, qui continue à se déployer, fera l'objet d'une évaluation, prévue de mi-2021 à 2023 et portant sur ses aspects médico-économiques et sur les effets induits sur l'accès aux soins et les pratiques professionnelles, dans le cadre d'un protocole précis, impliquant la constitution de départements « contrôles ».

Toutefois, cette évaluation ne prétend pas mesurer l'effet des psychothérapies sur les patients, un effet bénéfique étant considéré comme acquis. Ses apports concerneront avant tout les modalités de mise en œuvre du dispositif.

En résumé, nombre d'éléments qualitatifs ont été rassemblés ou devraient l'être d'ici au printemps 2021, qui peuvent fonder une décision de généralisation.

Les éléments probants déjà rassemblés pour une généralisation

On dispose ainsi déjà d'études détaillées dites « qualitatives », réalisées à la demande de la Cnam auprès d'une trentaine de patients, de psychologues /psychothérapeutes et de médecins généralistes participant à l'expérimentation et de psychiatres, sur tous les aspects de mise en place du dispositif. L'accueil est très positif, voire « enthousiaste », sauf sur certains points (en particulier le périmètre de l'expérimentation, excluant les personnes de 60 ans et plus ou les patients qui avaient reçu des antidépresseurs). A ces données s'ajoutent les évaluations de plusieurs centaines de médecins généralistes et de psychologues en cours d'exploitation.

On connaît également les délais de prises en charge : ceux-ci sont de manière générale rapides (de l'ordre de deux semaines), ce qui constitue une amélioration sensible par rapport aux délais de prise des premiers rendez-vous en CMP pour ce type de patients, délais souvent très longs (plusieurs mois)¹⁵².

¹⁵² Le constat vient d'être confirmé par l'enquête précitée de l'Igas sur le fonctionnement des CMP pour adultes (*Le fonctionnement des centres de psychiatrie*

Un risque parfois cité serait le manque de formation adaptée des psychologues. Or, même si ce risque était avéré, ses effets seraient limités : l'exercice est très cadré ; les patients sélectionnés souffrent de troubles légers ou modérés, tels qu'appréciés sur les échelles fournies aux professionnels, les patients sévères ou complexes étant exclus. En outre, si le patient a le choix de son psychologue (plusieurs noms lui sont proposés) et peut aussi en changer, ce sont les médecins généralistes qui prescrivent et reçoivent les comptes rendus des psychologues et continuent de suivre leur patient. Le médecin généraliste est donc à même de juger et de faire ses propres recommandations s'il constate un problème avec le psychologue. Enfin, un psychiatre est impliqué pour décider de la poursuite des séances et prend connaissance des comptes rendus des psychologues.

Un autre risque identifié au cours de l'expérimentation a été le non-respect des critères d'inclusion des patients dans le dispositif, et donc l'extension des consultations de psychologues à des patients qui ne correspondaient pas aux critères d'inclusion : la mise en place d'une procédure d'entente préalable a ainsi été décidée pour prévenir ce risque.

Les coûts directs engendrés par la mise en place de l'action sont connus sur quatre départements bien différenciés et peuvent être extrapolés à l'ensemble du territoire pour produire une estimation, en supposant prorogé le filtre de mise sous entente préalable, ou tout autre dispositif de régulation, du moins pendant la phase d'appropriation des critères par les médecins traitants. Ils semblent relativement modérés, par rapport aux gains qualitatifs constatés, en particulier en matière de délais. La Cnam a commencé à rassembler en outre des éléments sur l'impact de l'expérimentation sur une éventuelle diminution de la prescription de psychotropes et l'hypothèse à ce stade est que les dépenses en seraient atténuées. Une première synthèse de l'évaluation complémentaire sera disponible au printemps 2021.

générale et leur place dans le parcours des patients, remis en juillet 2020). Selon les données disponibles, ainsi, un délai moyen de plus de trois mois n'est pas exceptionnel pour un rendez-vous médical. Une enquête réalisée par l'ARS ex-Rhône-Alpes en 2015 avait fait apparaître un délai moyen de 44 jours pour obtenir un rendez-vous avec un médecin hors urgence en psychiatrie générale, cette moyenne allant de 20 à 70 jours selon les établissements. Le délai moyen pour obtenir un rendez-vous en CMP de psychiatrie générale après une hospitalisation en secteur psychiatrique était de près de 21 jours (8 jours à 60 jours selon les établissements).

Cette hypothèse de diminution des dépenses est d'ailleurs confortée par des simulations, fondées sur une enquête française : prenant en compte les coûts des psychothérapies et les taux de rémission mesurés dans les pays voisins, on obtenait une économie nette sensible. Dans cette simulation, en outre, n'étaient pas pris en compte les coûts liés aux pathologies somatiques qui auraient diminué, tant sont grandes les relations entre santé physique et mentale¹⁵³ ; ni les modifications probables induites dans les parcours des patients ou les conséquences sur le système de soins¹⁵⁴.

Pour ces motifs, une « implantation » généralisée du dispositif, tel qu'il est expérimenté, est d'ores et déjà possible et souhaitable. Elle pourrait être mise en œuvre par étapes. Les résultats de l'évaluation complémentaire (qui ne seront pas disponibles avant trois ans environ) permettront d'en affiner les modalités d'application. En effet, les premières données confirment une amélioration sensible du délai de prise en charge ainsi que l'adhésion des patients et des soignants. Les éléments financiers permettent également de relativiser le risque de surcoût brut¹⁵⁵ et laissent escompter la possibilité à terme de contreparties¹⁵⁶ pour l'assurance maladie. Enfin, ce dispositif rend envisageable le transfert de patients légers et modérés vus dans les CMP, par des psychologues et des infirmiers, vers les professionnels « en ville », et permettrait ainsi de

¹⁵³ En reprenant le nombre de séances recommandées par les recommandations de bonne pratique pour les différents niveaux de sévérité des troubles anxieux et dépressifs et le taux de rémission publié dans la littérature, les conclusions étaient que pour les patients souffrant de troubles dépressifs, 1 euro dépensé pour une psychothérapie amènerait à 1,95 euro (de 1,30 à 2,60) d'économie ; et que pour les patients anxieux, cette économie serait de 1,14 euro (0,76-1,52). Voir Anne Dezetzer et al., « Costs and Benefits of Improving Access to Psychotherapies for Common Mental Disorders », *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, n° 16, p. 161-177 (2013).

¹⁵⁴ On devrait notamment constater des économies sur les dépenses actuelles de psychothérapies : une psychothérapie sur deux est en effet réalisée par un psychiatre conventionné et remboursée par la Cnam, sans limitation de durée. On peut espérer un transfert de cette pratique, du moins en partie, et ainsi redistribuer les soins faits par les psychiatres libéraux vers d'autres profils de patients. Dans le cadre des négociations conventionnelles avec les psychiatres libéraux, on peut d'ailleurs envisager également d'encadrer le volume de ces psychothérapies, soit par professionnel, soit par patient (avec un plafond dans le temps).

¹⁵⁵ Une première extrapolation des coûts engagés conduirait à un ordre de grandeur de dépenses supplémentaires d'environ 85 M€ par an (voir en annexe n° 1).

¹⁵⁶ Une partie des gains, sous la forme de moindre recours aux soins et prestations (aux traitements psychotropes, aux consultations médicales, enfin aux indemnités journalières), ne se constate qu'à moyen et long termes. L'évaluation engagée sera donc utile, quel que soit le calendrier de décision, pour préciser la portée des effets induits dans le temps.

redonner aux CMP une place plus efficace dans le système de soins spécialisés, prenant en charge les patients les plus sévères.

B - Des missions du secteur à recentrer sur les parcours complexes

Si la prise en charge des troubles légers et modérés par les équipes de soins primaires est rendue effective, il devient possible de réorienter les interventions ambulatoires des établissements de santé (CMP, notamment) vers le suivi à domicile des patients présentant des troubles plus sévères. Il devient possible en fait d'organiser un recentrage des missions du secteur vers « son cœur de métier ».

1 - Un filtre pour l'accès aux CMP

Parmi les mesures utiles à cet effet, il conviendrait que l'accès aux soins du secteur se fasse sur filtrage préalable, après consultation d'un professionnel de « première ligne », médecin traitant, mais aussi médecin et psychologue scolaires, médecin de PMI, travailleur social, etc. C'est ce qu'envisagent de nombreux psychiatres de secteurs infanto-juvéniles. Devant la multiplication des demandes pour des troubles légers, ils préconisent de recentrer l'activité des secteurs sur les troubles plus sévères¹⁵⁷.

Cette organisation implique également la possibilité pour les équipes de « première ligne » d'un accès à un conseil spécialisé compétent et adapté, aisément disponible. Cette mission de conseil ciblée et d'appui aux professionnels de « première ligne », qui avait été assignée au secteur dans plusieurs circulaires, notamment celle de mars 1990, gagnerait d'ailleurs à être assurée en inter-secteurs et surtout à être exercée en lien avec les professionnels libéraux, là où l'offre est suffisante.

2 - Une « mobilité » accrue des équipes de secteurs

Les patients souffrant de troubles psychotiques, comme les schizophrénies ou les troubles bipolaires, nécessitent pour certains d'entre

¹⁵⁷ Il conviendrait d'accompagner cette évolution en ménageant des exceptions pour certains publics, comme les anciens détenus, les personnes précaires et/ou sans médecin traitant, etc. Les modalités juridiques d'une telle évolution, engagée ou plutôt étendue par circulaire (car de fait ce type de fonctionnement existe déjà parfois), pourraient ainsi inciter les services à adapter progressivement leur fonctionnement.

eux de construire des parcours plus complexes et diversifiés, qui intègrent en amont une capacité d'accueil réactive et adaptée, des hospitalisations courtes et un suivi ambulatoire intensif. Une prise en compte des souhaits exprimés par l'entourage et par le patient lui-même est indispensable. Pour ce faire, des contacts rapprochés doivent être mis en place, dont des visites à domicile pluri-professionnelles, pour évaluer sur place les divers besoins spécifiques du patient, avec l'appui de son entourage.

Or les interventions à domicile des équipes de secteur sont aujourd'hui très rares pour ces patients. Pour pallier ce manque, des équipes mobiles spécialisées se sont créées avec des statuts et des cahiers des charges divers, sanitaire¹⁵⁸ mais aussi médico-social ou parfois même social, sans qu'une pratique unifiée et répartie sur le territoire soit établie. Ces équipes spécialisées ne sont pas parties prenantes des programmes de soins ou très peu. Elles permettent d'endiguer les situations de « crise » mais ne sont pas intégrées dans le système et travaillent souvent de manière cloisonnée, voire superposent leurs interventions avec celles du secteur ou avec celles des services médico-sociaux.

Comme les expériences étrangères le suggèrent (notamment en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas, voir en annexe n° 3), il conviendrait de définir par un cahier des charges national cette mission « d'aller vers ». L'intervention à domicile pourrait être généralisée et réintégrée dans les missions du secteur, de sorte que l'ensemble du territoire soit couvert (en étroite coordination avec les ressources d'appui et de relais, quand elles existent dans le champ médico-social et social).

Il existe d'ailleurs en France des équipes spécialisées qui fonctionnent sur les modèles européens évoqués. Elles ont des statuts divers et un degré de coordination plus ou moins grand avec les équipes de secteur et les CAC. Certaines sont intégrées au fonctionnement des CMP : ainsi à Nice où le Centre hospitalier Sainte-Marie a organisé, au sein de deux CMP (avec la dénomination de « *soins intensifs intégrés dans la cité* »), une alternance de missions, selon les semaines, entre la mission de consultation en centres et la mission de visites à domicile.

¹⁵⁸ Une dizaine d'équipes de ce type sont aujourd'hui recensées, dont une équipe du centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, dite « *psy mobile pour prévenir les situations de crise* ».

3 - Des interventions pour les psychoses émergentes

L'entrée dans la psychose constitue un autre point où l'expérience accumulée, confirmée par des évaluations médico-économiques internationales¹⁵⁹, met en évidence l'intérêt d'interventions précoces auprès des patients. La gestion des premiers épisodes vise à éviter la chronicisation. La démarche est bien établie dans plusieurs pays anglo-saxons et en Europe ; de fait, dans les deux pays visités (Pays-Bas et Royaume-Uni), des équipes spécifiques sont systématiquement présentes par aire géographique et font partie des programmes de soins nationaux.

Signalée comme souhaitable par les deux derniers plans de psychiatrie et santé mentale et par le rapport de M. Laforcade de 2016¹⁶⁰, la mise en place de ces programmes d'intervention précoce n'a pourtant pas été systématique. En 2018, on recensait 35 programmes opérationnels disséminés en France¹⁶¹. Tous comportaient des équipes multidisciplinaires (avec en moyenne presque 6 équivalents temps plein). Le temps d'attente moyen était de douze jours. La moitié d'entre eux offrait un suivi personnalisé de cas, 77 % un suivi à domicile dans l'environnement de vie du patient et plus de la moitié des patients étaient suivis deux ans.

Les formes institutionnelles qui portent ces programmes d'intervention précoce sont très variées : unité fonctionnelle, équipe

¹⁵⁹ Selon le Pr M.-O. Krebs, « ces programmes dits IEPA (*Early Intervention in Mental Health*) ont démontré par des suivis avec groupe contrôle que la progression vers un épisode psychotique et vers un trouble schizophrénique chronique n'était pas inéluctable, si ces épisodes étaient pris en charge par des modalités adaptées » (voir notamment M.-O. Krebs, F. Lejuste, G. Martinez, « Prise en charge spécifique des premiers épisodes psychotiques », *L'Encéphale* n° 44, 2018).

¹⁶⁰ Michel Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale*, rapport demandé par la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes, mars 2016.

¹⁶¹ En 2018, on recensait 35 programmes opérationnels disséminés en France, ils étaient 18 lors d'un recensement fait en 2017, dont 7 en Ile-de-France. Lors de l'enquête de 2018, 34 centres étaient mentionnés en prévision, ce qui conduirait à un chiffre total de 69 pour la France métropolitaine et les territoires d'outre-mer.

L'enquête la plus ancienne (2016 publiée en 2017) donnait une file active de 42 patients en moyenne (de 10 à 80), soit, pour l'année 2016, 588 patients pour les 14 équipes. Si on applique ce chiffre aux équipes qui étaient recensées, ainsi qu'à celles qui devraient avoir été installées depuis lors, on arrive à environ 3 000 patients.

L'incidence, c'est-à-dire la mesure du nombre de nouveaux cas sur une période donnée (premiers épisodes) des psychoses, hors troubles bipolaires, est en moyenne de 18,7/100 000, soit pour la France une évaluation autour de 10 000 cas par an pour toutes les classes d'âge, mais dont la majorité se produit entre 15 et 25 ans.

mobile, hôpital de jour, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), ensemble de structures. Cependant, même en tenant compte de ces évolutions, de nombreux territoires en restaient totalement dépourvus¹⁶².

Compte tenu des enjeux, la généralisation de ces structures d'intervention précoce au niveau requis, selon les meilleures pratiques internationales, serait souhaitable. Elle nécessite des équipes spécialisées couvrant des territoires d'environ 500 000 personnes. Toutefois les coûts de déploiement sont limités, d'autant qu'une partie du territoire national est déjà couverte.

4 - Quelle incidence financière pour les inflexions préconisées par la Cour?

Plusieurs recommandations sont avancées par la Cour : généralisation du recours encadré à des psychologues « prescrits » par des généralistes ; « filtrage » de l'accès en CMP, enfin réexamen des modalités de fonctionnement des secteurs, afin d'y intégrer une mobilité accrue des équipes. Sans être indissociables, ces évolutions sont complémentaires. Elles supposent l'adhésion des équipes, mais aussi un effort organisationnel et donc un suivi rapproché des tutelles.

L'incidence financière paraît en revanche réduite à court terme et bénéfique à moyen et long terme :

- un recours à des psychologues « en ville », dans les conditions de l'expérimentation décrite *supra*, ne représenterait on l'a vu qu'un coût brut modéré, de l'ordre de 85 M€ par an, et même un gain net, si l'on se réfère aux exemples étrangers, grâce à la baisse de prescriptions d'arrêts de travail notamment ainsi qu'à celle de la prescription de psychotropes ;
- une meilleure gestion des flux de patients en CMP, grâce à leur orientation préalable par des professionnels de « première ligne », permet de redéployer certains moyens humains vers la mise en place de consultations non programmées, couplées à l'élargissement de l'amplitude horaire des CMP. Un rapprochement des CAC et CAP avec les équipes de secteur doit permettre une intensification des suivis à domicile des patients les plus sévèrement atteints (dont la

¹⁶² Guy Gozlan et al., « Prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques en France : cartographie des programmes spécialisés en 2017 », *L'information psychiatrique*, 2018, n° 94, p. 393-401.

difficulté ne doit être ni sous-estimée ni sous-calibrée), de même que la baisse progressive escomptée du nombre de patients accueillis de manière inadéquate en hospitalisation de longue durée. Ces deux mouvements peuvent en réalité être gérés de manière synchrone, à effectifs inchangés. L'incidence financière, pour les hôpitaux, se limiterait ainsi au coût, limité, des réorganisations internes ;

- cependant il faut aussi tenir compte des transferts de charge potentiels vers les secteurs sociaux ou les services médico-sociaux : ces transferts s'effectueraient, selon les diverses « coupes » transversales réalisées, assez peu souvent vers les ESMS les plus coûteux (maisons d'accueil spécialisées, MAS, et foyers d'accueil médicalisés, FAM), qui assurent la prise en charge des patients les plus atteints. En effet, la désinstitutionnalisation des patients souffrant de troubles psychiatriques nécessite un gradient de ressources sociales et médicosociales, avec le plus souvent une supervision relativement légère, donc peu coûteuse, permettant graduellement, parfois avec des allers et retour, la réinsertion sociale du patient.

Certes, la mobilité accrue préconisée pour les soins apportés aux patients dont les parcours sont les plus complexes implique des surcoûts par rapport à la situation actuelle : déplacement des équipes à domicile, et donc équipements nécessaires, notamment en voitures et éventuellement en outils. Toutefois les marges potentielles de redéploiement interne aux établissements sont très significatives, même si on ne peut à ce stade que les estimer de manière forfaitaire à plus de 1 Md€ (800 M€ environ grâce au redéploiement de moyens intra-hospitaliers, 300 M€ grâce au redéploiement de moyens extra-hospitaliers). Ce redéploiement (sur trois à cinq ans, par exemple) pourrait permettre une remise à niveau des CMP, là où c'est nécessaire, et partout une meilleure orientation vers les patients dont les troubles exigent un suivi ambulatoire renforcé.

**Des marges de redéploiements de l'offre actuelle vers des soins
« allant vers les patients »**

Le redéploiement des moyens intra-hospitaliers

Le coût des hospitalisations en longue durée peut être estimé à environ 2 Md€, pour les seuls adultes, soit 5,95 millions de journées, pour un coût médian de 333 € par journée (selon les études de coûts de l'ATIH).

À partir des données disponibles, grâce aux enquêtes réalisées notamment dans les ARS Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, on peut estimer la part de patients qui pourraient être réorientés, en sériant selon le terme de cette réorientation (à court, moyen ou long terme) et selon le type de prise en charge alternative (à domicile avec un suivi ou « étayage », en ESMS ou plus rarement en maintien en hospitalisation) :

- à court terme, c'est-à-dire au jour de l'enquête, selon les déclarations des médecins dans les établissements hospitaliers de Nouvelle-Aquitaine¹⁶³, un tiers de patients devraient se trouver pris en charge autrement ; à plus long terme, seuls 13,5 % des patients devraient relever d'une hospitalisation en psychiatrie (ces réorientations peuvent fréquemment demander une période de transition et de préparation au retour à une vie plus autonome) ;
- si on s'intéresse aux orientations considérées comme optimales, à terme (le plus souvent assez rapproché), il ressort des enquêtes de Nouvelle-Aquitaine (corroborées par celles menées en Auvergne-Rhône-Alpes) qu'un peu plus du tiers (33,5 %) des patients peuvent être réorientés vers un Ehpad ou surtout vers le domicile. Les deux tiers sont donc considérés comme moins autonomes, au moins à court et moyen terme.

Pour un peu moins d'un quart des patients, aucune économie ne serait possible : soit parce que les patients ne sont pas considérés comme à même de quitter l'établissement (11 %), ou qu'ils relèvent d'un autre établissement sanitaire (2,4 %) ; soit que le projet individuel de soins (et donc l'orientation potentielle) est encore en cours de définition (4 %) ou que les médecins n'ont pas pu établir la meilleure orientation.

¹⁶³ Des données de plus en plus précises sont apportées par les travaux de l'Observatoire des populations long cours en Aquitaine, institué en 2013 et qui produit des rapports annuels sur les patients hospitalisés au long cours et sur leur niveau d'inadéquation. Le rapport annuel 2018 présente en particulier une transversale sur les prises en charge considérées comme optimales par les cliniciens et sur le délai de faisabilité clinique d'une réorientation (pages 30 à 33 en particulier). Une enquête plus ponctuelle menée en Auvergne-Rhône-Alpes confirme l'ordre de grandeur.

A contrario, pour les trois quarts des patients hospitalisés en longue durée, le redéploiement souhaité de moyens doit aller avec des prises en charge de qualité. L'expérience acquise au plan international est qu'il convient de ne pas sous-estimer les coûts induits du suivi à domicile. En effet, ceux-ci vont au-delà d'estimations qui ne reposeraient que sur le coût déjà connu, à valeur de référence, des services médico-sociaux ou sociaux : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah) ou services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), pour les personnes les plus autonomes¹⁶⁴.

Le coût des hospitalisations en longue durée étant d'environ 2 Md€, on peut donc évaluer, à titre d'ordre de grandeur, les marges permises par le redéploiement de moyens intra-hospitaliers à environ 800 M€.

Le redéploiement des moyens extra-hospitaliers

Un deuxième levier potentiel pour redéployer les moyens actuels, et ainsi mieux organiser « l'aller vers » les patients, est le recentrage de l'activité des CMP.

Selon les données de l'ATIH, le coût médian des actes en ambulatoire est de 98 € (pour les adultes¹⁶⁵). Si on estime de manière prudente (voir *supra*) à environ un tiers des 10 millions d'entretiens annuels la part qui pourrait être réorientée vers des professionnels en ville, on obtient une marge pour redéploiement que l'on peut estimer à environ 300 M€.

¹⁶⁴ Le coût des interventions peut être estimé à 15 000 € par personne et par an ou 42 € par jour ; ou des établissements d'accueil permanent, pour les personnes les moins autonomes (le coût de référence est alors de 50 000 ou 75 000 € par an).

¹⁶⁵ On n'a pas étendu ce raisonnement aux soins pour les enfants et adolescents, qui posent des questions un peu différentes.

La fiabilité des estimations de coûts est souvent contestée, s'agissant des actes ambulatoires, et tout particulièrement en CMP, au motif qu'une part de l'activité ne serait pas recensée dans les actes codés. C'est de fait le cas des appels téléphoniques, en-deçà d'une certaine durée, notamment, ou des courriels. Dans le cadre de la présentation faite ici, ce sont les ordres de grandeur qui ont paru significatifs : l'activité non enregistrée n'a pas paru interdire une analyse, qui bien entendu devrait être affinée.

C - Mieux utiliser et enrichir les sources d'information

Contrairement à une idée répandue, des données abondantes et fiables existent, concernant les activités de soins en santé mentale et psychiatrie, mais leur utilisation par les autorités administratives, directions d'établissements et ARS, est souvent trop limitée. Elles mériteraient en outre d'être enrichies.

1 - Exploiter plus largement les données du *case mix*

Les données relatives au *case mix* permettent seules aujourd'hui d'évaluer l'adéquation de l'intensité des interventions aux cibles auxquelles elles sont destinées¹⁶⁶. Certes, les administrateurs n'ont pas de formation clinique et les informations sur les diagnostics sont confidentielles et protégées par le secret médical ; mais il s'agit ici de données anonymisées et groupées en dix catégories diagnostiques principales assez générales, dont la signification peut être accessible facilement.

La plupart des analyses de ce rapport sont fondées sur ces données de *case mix* par catégories. Elles sont aussi disponibles aisément par territoire, département ou région. Leur utilisation devrait donc être favorisée, par des exemples développés à l'intention des gestionnaires. Les données relatives à la composition du *case mix* sont en effet précieuses pour évaluer les besoins de ressources et leur utilisation. C'est d'ailleurs la raison d'être du PMSI : qu'elle soit ou non « tarifante », la médicalisation des systèmes d'information donne des outils d'analyse très utiles, aujourd'hui sous-utilisés dans le champ de la psychiatrie, au niveau des territoires.

2 - Diligenter régulièrement des enquêtes en population générale

Les effets induits de la pandémie de covid 19 sur les détresses psychiques paraissent logiques ; ils ont été confirmés par les diverses études réalisées, en France comme à l'étranger. La question d'un effet plus durable et plus profond sur la santé mentale est par contre discutable.

¹⁶⁶ La question plus générale de la formation initiale et continue des professionnels n'a pas été abordée dans le présent rapport. Toutefois elle est souvent apparue comme un des leviers prioritaires à mobiliser, aussi bien d'ailleurs pour les personnels soignants que pour les personnels administratifs et de gestion.

Quelle incidence de la pandémie de covid 19 sur les troubles de santé mentale et de psychiatrie ?

Plusieurs articles scientifiques ou destinés au grand public ont fait part d'un état de santé mentale dégradé par la pandémie de covid 19 et les mesures de confinement mises en place. On dispose pour établir les constats en France de plusieurs enquêtes dont, d'une part, l'enquête de santé publique France CoviPrev¹⁶⁷, réalisée semaine par semaine depuis le confinement, et, d'autre part, le suivi des prescriptions « EPI-PHARE »¹⁶⁸.

S'agissant des enquêtes publiées jusqu'à fin juillet 2020, toutes mesurent d'une manière ou d'une autre la détresse psychologique (voir *supra*). De fait, l'enquête CoviPrev montre très bien la fluctuation de cet indicateur, dégradé au début du confinement et s'améliorant au fur et à mesure du « déconfinement ». Le propre de ces indicateurs, qui suivent des symptômes d'anxiété et de dépression sur de courtes périodes, est précisément de fluctuer en réaction aux émotions potentiellement négatives, face à des restrictions de liberté ou d'anxiété quant à l'avenir.

Il importe cependant de ne pas confondre ces réactions psychologiques passagères à une certaine adversité, somme toute normales, avec des troubles psychiatriques plus durables. Le suivi de la consommation de psychotropes montre d'ailleurs que les fluctuations semblent avoir été d'ampleur modérée.

Par contre, il est certain que certains groupes de population ressentent les effets plus que d'autres : une étude nationale anglaise, qui a l'avantage de se fonder sur des données comparables antérieures à la pandémie de covid 19, à partir d'un échantillon national de sa population, montre que certains groupes sont plus en souffrance que d'autres, en particulier les familles avec de jeunes enfants et les jeunes. La littérature scientifique disponible sur le devenir de ces symptômes dans le temps est plutôt rassurante : dans les cas de traumatisme majeur, la plupart des personnes retrouvent leur état antérieur au bout de six mois, un an.

Ce questionnement récent met en évidence le contraste entre l'intérêt de pouvoir disposer de données robustes et assez régulières dans le temps et la rareté des enquêtes réalisées sur un échantillon représentatif, utilisant des instruments permettant de mesurer la détresse psychologique comme les diagnostics de troubles psychiatriques et le niveau d'accès aux soins. En France, les enquêtes réalisées sur les adultes – comme sur les

¹⁶⁷ <https://www.santepubliquefrance.fr/>

¹⁶⁸ <https://www.epi-phare.fr/>. Une présentation de certains des résultats de cette enquête a été faite par la Cnam dans le rapport *Charges et produits* pour 2021 précité (p. 144).

enfants¹⁶⁹ – en population générale, qui renseignent sur la prévalence des différents troubles et sur le degré de recours aux soins, sont anciennes. Leur coût, estimé à 8 M€ par la Drees¹⁷⁰, explique en partie qu'elles n'aient pas été reconduites depuis près de 20 ans. Une enquête nationale menée tous les 10 ou 15 ans paraît pourtant indispensable. Il serait d'ailleurs possible d'en baisser sensiblement les coûts en utilisant des méthodes adaptées, tant dans l'échantillonnage, que dans le choix des lieux de recueil et des moyens utilisés pour recueillir les données.

S'agissant des troubles dits à « basse prévalence », il paraît possible de les évaluer eux aussi périodiquement, soit à partir des données relatives aux patients suivis, soit grâce à des ajouts spécifiques aux enquêtes existantes (enquêtes quadriennales sur le handicap ou enquêtes ponctuelles *ad hoc*).

3 - Mettre en place des échelles de sévérité des pathologies

Pour mieux adapter les ressources aux besoins, il est nécessaire d'apprécier la sévérité des pathologies. Le diagnostic principal (et le cas échéant associé) est certes un élément très important, mais il est insuffisant car les besoins dépendent beaucoup de l'état dans lequel se trouve le patient et de la phase de sa maladie : une personne souffrant de schizophrénie, en rémission et bien équilibrée par son traitement, et une personne qui vit une crise psychotique, avec agitation et délire (qui peut être la même à un autre moment de son évolution) n'ont pas les mêmes besoins en soins, et ceci s'applique à tous les troubles.

¹⁶⁹ Voir *supra* pour les adultes. Une enquête sur la santé mentale des enfants et sur leur accès aux soins serait également nécessaire, car les rares enquêtes disponibles ont été faites sur des échantillons locaux. On doit cependant signaler une étude sur la prévalence de la dépression chez les adolescents de 15 ans réalisée dans le cadre des bilans de classe de 3^{ème} avec un instrument standardisé et qui évaluait à 9,6 % la prévalence d'un épisode dépressif dans cette population (Chan Chee et al., « Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, décembre 2012).

¹⁷⁰ Il paraît d'ailleurs possible de diminuer significativement les coûts de telles enquêtes, par un ajustement de la taille d'échantillon et le recours à des techniques moins coûteuses : courriel et enquêtes téléphoniques ou abandon des entretiens face à face, de moins en moins utilisés au plan international.

La plupart des systèmes de santé européens utilisent, pour mesurer le niveau de sévérité des troubles, des échelles simples et rapides, intégrées à leurs banques de données¹⁷¹. L'« échelle de fonctionnement global¹⁷² » (EFG) a fait en France aussi l'objet d'un usage systématique jusqu'au milieu des années 2000 et encore souvent utilisée. Elle serait en effet mieux adaptée aux troubles de santé mentale que le recueil actuel par l'échelle de la vie quotidienne (AVQ) qui mesure des handicaps et non des troubles psychiatriques¹⁷³. Rendre possible rapidement la remontée des EFG dans les données nationales centralisées par l'ATIH permettrait d'évaluer la fréquence de recueil, le degré d'acceptation et l'intérêt pour le suivi¹⁷⁴.

4 - Des travaux sur les « groupes homogènes de patients »

Il conviendrait enfin de relancer un cycle de travaux méthodologiques sur les coûts du système de soins en santé mentale et en psychiatrie et sur leurs déterminants, en tirant profit des expériences menées, notamment en Nouvelle-Zélande, en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, sur l'analyse des coûts par groupes « homogènes » de patients.

Les critères utilisés dans ces pays pour mieux expliquer la formation des coûts ont été enrichis : outre des critères cliniques et la prise en compte de standards de bonne pratique, ils intègrent des critères tenant au parcours

¹⁷¹ La plupart des pays ajoutent aux relevés du diagnostic une échelle simple qui permet d'évaluer l'état du patient : au Royaume-Uni, comme en Australie ou en Nouvelle-Zélande, on utilise l'échelle dite HoNOS ; au Royaume-Uni, on ajoute une échelle en 5 points pour déterminer les antécédents récents, élément important dans l'évaluation du besoin.

¹⁷² La classification de la troisième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'Association américaine de psychiatrie (DSM III) faisait référence à une échelle de fonctionnement globale (EFG) qui permettait de situer le fonctionnement du patient et qui a été largement utilisée en France mais qui n'a pas été retenue dans l'actuel relevé PMSI psy (RIM-P). Les travaux sur les groupes de coûts homogènes en psychiatrie soulignent pourtant l'importance de disposer de cet indicateur d'état plus prédictif que le diagnostic quant aux besoins du patient et, partant, des parcours à organiser et à financer.

¹⁷³ D'autres échelles sont aussi utilisées dans certains services psychiatriques français pour évaluer la sévérité, comme la *Clinical Global Impression* (CGI).

¹⁷⁴ Actuellement la psychiatrie est contrainte d'utiliser la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ), évaluant le handicap en général, en six dimensions : habillement ou toilette, déplacements et locomotion, alimentation, continence, comportement et communication (entendue comme la compréhension d'une communication visuelle ou auditive et l'expression claire du langage verbal et non verbal). L'ATIH produit ainsi deux scores séparés : « AVQ physique » et « AVQ mental ». Il existe un consensus sur le fait que cette grille n'est pas adaptée aux troubles psychiatriques.

antérieur du patient, à sa situation sociale et à son environnement familial et relationnel, ainsi que les caractéristiques de l'établissement, comme son rôle dans la recherche et l'enseignement et son contexte géographique (rural, urbain, métropoles, etc.).

La réforme du financement de la psychiatrie, telle qu'engagée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, est fondée sur une logique globale de répartition d'enveloppes régionales, à partir de critères « populationnels ». Au niveau le plus fin, cependant, la répartition des dotations au sein des régions et des territoires devra d'une manière ou d'une autre appréhender le poids relatif des différents cas. Une meilleure connaissance des déterminants des coûts est donc complémentaire de la réforme actuelle. Une meilleure appréhension des facteurs de coûts demande d'engager un chantier pluridisciplinaire (avec des économistes de la santé, des psychiatres et des spécialistes étrangers, familiers de ces outils dans leurs pays), en fixant un horizon d'au moins cinq années.

Complémentaires, ces différents chantiers et outils se rejoignent : ils visent à prévenir le risque renouvelé d'un éparpillement des cibles de la psychiatrie, au détriment de l'efficacité et de l'efficience globales.

5 - Réformer le financement des établissements de santé, en cohérence avec la transformation de l'offre

L'article 34 de la LFSS pour 2020 a profondément modifié le cadre juridique du financement des établissements de santé autorisés en psychiatrie, en unifiant leur financement, jusque-là distinct selon qu'ils faisaient partie du service public (établissements publics et ESPIC, sauf exceptions), ou qu'ils relevaient du secteur privé à but lucratif. Les dotations désormais unifiées sont décrites par deux articles nouveaux du code de la sécurité sociale, l'article L. 162-22-18 et l'article L. 162-22-19. Trois catégories de dotations ont été définies : les dotations à l'activité, les dotations à la qualité¹⁷⁵, enfin les dotations populationnelles.

Le calcul des deux premières catégories relève de la responsabilité du niveau national. C'est à ce niveau désormais que seront déterminées les dotations à l'activité ou à la qualité, à partir de critères objectifs. C'est à ce niveau également que sera calculé le montant global de la dotation

¹⁷⁵ Une seule est désignée ainsi. Toutefois on peut considérer que les autres dotations, à la qualité du codage, à la transformation (qualitative) de l'offre ou à la recherche, constituent autant de facettes d'une prise en compte plus globale de la qualité.

populationnelle¹⁷⁶ (destinée à représenter la part prépondérante du financement), qui sera répartie entre les régions selon des critères destinés à favoriser un rééquilibrage progressif.

La dotation populationnelle fera donc l'objet de deux répartitions, comme précédemment d'ailleurs la dotation annuelle de financement (DAF) :

- l'une au niveau national, à partir de critères qui doivent être désormais transparents et seront précisés par arrêté ;
- l'autre au niveau régional, même s'il est indiqué que « *les critères (utilisés par les régions) peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en conseil d'État* ».

Les régions répartiront la dotation populationnelle entre les établissements, en distinguant selon les modes d'activité et selon les opérateurs, en fonction de critères en cours de définition.

Cette réforme, dont la mise en œuvre a été reportée à 2022 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, est complexe, notamment parce qu'il convient de préserver les équilibres (variables selon les régions et départements) entre secteurs (public et privé à but non lucratif, d'une part, privé à but lucratif, d'autre part¹⁷⁷). La Cour reviendra d'ailleurs dans de prochains travaux sur la conduite de ces chantiers tarifaires.

Plusieurs points importants restent à clarifier et à arbitrer, en particulier celui de la définition d'un cadre d'ensemble, suffisamment précis pour favoriser les synergies dans les évolutions multiformes de l'offre de soins. Dès la mise en application de la réforme, des critères devront traduire ainsi la contribution des établissements « *à la réponse aux besoins en soins de santé mentale* », notamment celle des établissements privés à but lucratif. Les outils qui devront être inventés pour objectiver les besoins et le niveau des réponses se situent ainsi à l'interface entre les actions de contrôle et de suivi (qui relèvent dans les ARS, le plus souvent, des directions de l'offre de soins) et les mesures d'incitations financières, qui relèvent des directions des finances.

¹⁷⁶ Une dotation dite « populationnelle » est attribuée en fonction de critères démographiques, le cas échéant pondérés pour tenir compte de l'âge ou du niveau de précarité.

¹⁷⁷ Des garanties de procédure et de fond ont donc été accordées, au niveau national puis régional, à cet effet.

On néglige ici la part très réduite d'établissements privés à but non lucratif financés sur l'enveloppe ex-objectif quantifié national (OQN), pour un montant de 37 M€ en 2018.

La construction préalable dans chaque région d'un schéma de l'offre, identifiant les différents segments de patientèle (troubles modérés ou sévères), devrait permettre de construire de manière plus efficace les synergies recherchées.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La « revue » des leviers disponibles pour permettre au ministère des solidarités et de la santé de conduire la transformation de l'offre vers des parcours gradués et coordonnés aboutit donc à un constat décevant : les données existent, mais elles ne sont pas mobilisées pour permettre des arbitrages relatifs aux moyens, au regard des patientèles, ni pour diffuser les modes d'organisation les plus efficaces et efficients. Une des causes de cette situation est la faiblesse des outils de pilotage quantitatif et l'absence de formation à leur utilisation effective.

La notion de « parcours » peut dès lors constituer un levier utile, pour une prise de conscience des enjeux. Toutefois la question centrale est celle de la méthode : les objectifs généraux, faute d'être traduits en enjeux individualisés et opérationnalisés, se diffractent en « bonnes pratiques » plus ou moins répandues, ni monitorées ni évaluées. La Cour a donc cherché à identifier les outils (conditions techniques de fonctionnement, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), contrats territoriaux de santé mentale ou contrats locaux de santé) qui pourraient à l'avenir, avec des inflexions ciblées, garantir que les priorités ne sont pas éludées ou diluées « sur le terrain ».

La création, récente, d'une fonction de « délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie », appuyé par un organisme consultatif expert, le comité national de pilotage de la psychiatrie, constitue dans ce contexte un progrès significatif, en ce qu'il permet une continuité de l'action et un pilotage dans le temps des évolutions. La définition d'outils plus rigoureux de suivi, préconisée par la Cour, intégrant des données médico-économiques, prend d'ailleurs tout son sens dans ce contexte, où une fonction de « tour de contrôle » est devenue possible.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. soumettre l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie à des conditions techniques de fonctionnement propres aux activités psychiatriques, comportant notamment la traçabilité du travail pluridisciplinaire et l'obligation de coordination interne et externe à l'établissement, afin de garantir la continuité des soins (ministère des solidarités et de la santé) ;*

2. *enrichir le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec l'ensemble des établissements autorisés d'un socle d'indicateurs relatifs aux parcours des patients ; y intégrer, pour les établissements désignés à cet effet, un volet relatif à la mission d'accueil des patients en soins sans leur consentement et à la mission de secteur (ministère des solidarités et de la santé, ARS) ;*
 3. *mettre à la disposition de toutes les équipes chargées de suivre les projets territoriaux de santé mentale (et les contrats qui s'en déduisent avec les ARS) un panel socle d'indicateurs relatifs aux parcours et les données correspondantes (ministère des solidarités et de la santé) ;*
 4. *généraliser dès que possible la prise en charge par l'assurance maladie des psychothérapies faites par des psychologues et prescrites par le médecin traitant (ministère des solidarités et de la santé, Cnam) ;*
 5. *prévoir que l'accès aux soins en centre médico-psychologique pour les adultes passe par le filtrage d'un service de « première ligne » et que le secteur (ou l'inter-secteur) contribue à la mission d'appui aux professionnels de « première ligne » (ministère des solidarités et de la santé) ;*
 6. *réaliser une enquête épidémiologique en population générale tous les dix ans (ministère des solidarités et de la santé) ;*
 7. *rendre obligatoire l'usage d'une échelle de sévérité des pathologies et la transmission des données anonymisées correspondantes, dans le cadre des données transmises à l'ATIH par les établissements (ministère des solidarités et de la santé).*
-

Conclusion générale

Le présent rapport intervient dans le contexte d'une réforme multiforme de l'organisation des soins en santé mentale et psychiatrie : la réforme des modes de financement des établissements et celle des autorisations s'inscrivent en effet dans le cadre plus large d'une feuille de route (présentée en juin 2018) assez ouverte, identifiant 37 actions. Elle doit surtout être mise au service d'une stratégie générale de « transformation » de l'offre, dont l'horizon est le moyen terme. La Cour a ainsi mené ses travaux dans un contexte de double mutation : mutation des modes d'organisation des exercices coordonnés, pour les médecins généralistes et les professionnels paramédicaux de « première ligne », mutation également des modes de collaboration entre les professionnels spécialisés, avec en particulier les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Ce contexte rend plus difficile d'établir même une première synthèse des évolutions engagées, qui devraient se poursuivre à moyen terme. Il permet en revanche de s'interroger sur la pertinence, non pas de la stratégie, mais des outils qui peuvent permettre son succès.

La France semble réexaminer tous les 30 ans l'organisation de ses soins de psychiatrie : en mars 1960, avec la première circulaire sur les secteurs ; en mars 1990, avec une nouvelle circulaire réorientant les secteurs au service de la « désinstitutionnalisation » ; et en 2020, avec la rédaction en cours d'un décret d'application sur la réforme du financement des établissements de psychiatrie, la réforme des autorisations d'activité et la mise au point de la grande majorité des PTSM.

Le retour d'un cycle doit inciter à une forme de prudence : pourquoi les acquis supposés se sont-ils révélés fragiles ? Pourquoi le mouvement vers la désinstitutionnalisation a-t-il plafonné ? Comment s'explique le report progressif des moyens du secteur vers des troubles plus modérés et la difficulté croissante à « aller vers » les patients dont les troubles sont les plus sévères ? Comment le recours à diverses formes de passages par les urgences s'est-il développé, dissimulant ces phénomènes de hiatus croissant entre les besoins et l'offre de soins ?

Il n'y a sans doute pas une explication unique. La Cour en a, pour sa part, identifié deux principales.

La première a fait l'objet des constats et des recommandations qui précèdent, elle est « instrumentale » : il faut renforcer les outils de pilotage de la transformation de l'offre, vers des modalités plus inclusives et des soins gradués.

Toutefois les progrès attendus impliquent également une évolution des modes d'organisation et de travail. La Cour, à l'issue de ses travaux, recommande en particulier que les missions des secteurs soient réorientées plus clairement vers des troubles et des parcours complexes et notamment qu'un filtre en soit une consultation préalable de la part d'un professionnel de « première ligne », parallèlement à une extension, dès que possible, de l'expérimentation du financement de psychothérapies faites par des psychologues et proposées par les médecins généralistes.

Ces évolutions impliquent de trouver un consensus suffisant (car elles demandent l'adhésion des personnels), sans compromettre l'affirmation d'un cadre cohérent, traduisant des choix assumés.

Selon les informations communiquées à la Cour, en réponse à ses observations, la pandémie de covid 19 se serait traduite, en France comme dans les pays comparables, par une mobilisation des différents services, destinée à éviter les hospitalisations et, quand c'était possible, à les raccourcir, en mettant en place des suivis à distance des patients à leur domicile et en lien avec leurs proches. Une publication internationale¹⁷⁸ a déjà essayé de présenter les évolutions en cours, en particulier la place accrue faite aux soins à distance, à la « pair-aidance¹⁷⁹ » et à la coordination avec les soins primaires. Comme le propose cette publication, il sera d'ailleurs utile d'évaluer au plan international ces évolutions prometteuses.

La Cour n'a pu ni vérifier ni mesurer ces évolutions, qui paraissent confirmer en tout cas le désir de très nombreux acteurs de changer leurs méthodes ainsi que leur capacité à s'adapter.

¹⁷⁸ Carmen Moreno et al., « How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic », *Lancet Psychiatry*, 2020, n° 7, p. 813–24.

¹⁷⁹ Une personne souffrant ou ayant souffert de troubles mentaux soutient le processus de rétablissement d'autres présentant des troubles équivalents, dans le cadre d'un mentorat structuré.

Liste des abréviations

ALD.....	Affection de longue durée
Anap	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CAC.....	Centre d'accueil et de crise
CAP	Centre d'accueil permanent
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CLS	Contrat local de santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DAF	Dotation annuelle de financement
DAF-PSY	Dotation annuelle de financement-psychiatrie
DGOS	Direction générale de l'organisation des soins
DGS	Direction générale de la santé
DIM	Département d'information médicale
DSP	Dispositif de soins partagés
DSS	Direction de la sécurité sociale
EDC	Épisode dépressif caractérisé
EFG	Échelle de fonctionnement global
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS	Établissements sociaux et médico-sociaux
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute Autorité de santé
HC	Hospitalisation complète
HDJ/HJ	Hôpital de jour
IAD	Intervention à domicile
Igas	Inspection générale des affaires sociales
Inserm	Institut national des sciences et de la recherche médicale
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MSP	Maison de santé pluri-professionnelle
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PS	Programme de soins
PTSM	Projets territoriaux de santé mentale
PRS	Projet régional de santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé
RIM-P	Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
Samsah	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SDRE	Soins (psychiatriques) à la demande du représentant de l'État
SDT (U)	Soins (psychiatriques) à la demande d'un tiers (en urgence)
SNDS	Système national des données de santé

Sniiram	Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie
SOA	Soins obligatoires en ambulatoire
SPI	Soins (psychiatriques) en cas de péril imminent
SSR	Soins de suite et réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
VAD	Visite à domicile

Annexes

Annexe n° 1 :	les enjeux financiers (compléments).....	132
Annexe n° 2 :	compléments méthodologiques et statistiques	137
Annexe n° 3 :	éclairages sur la gradation des soins et les équipes mobiles.....	152

Annexe n° 1 : les enjeux financiers (compléments)

1 - Les dépenses au titre du handicap psychique

Il est difficile d'établir le total des dépenses pour les établissements médico-sociaux, dans la mesure où ceux-ci accueillent en général des personnes avec des handicaps variés (souvent intellectuels et psychiques, notamment).

Les données relatives à la part des personnes avec handicap psychique proviennent des enquêtes quadriennales de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur les établissements et services médico-sociaux, ou ESMS (la dernière remonte à 2014, celle de 2018 étant en cours d'exploitation). La part de personnes avec handicap psychique (voir en deuxième colonne du tableau qui suit) ne correspond pas à un diagnostic ou à une évaluation fonctionnelle, mais à l'appréciation du responsable de l'établissement. Les coûts moyens (coûts complets et non seulement coût des soins, mais nets de la participation des familles et des résidents), quant à eux, ont été construits à partir des données disponibles, parfois d'origines diverses. Le total peut donc être considéré seulement comme un ordre de grandeur.

Tableau n° 8 : coût des prises en charge en ESMS des personnes avec handicap psychique

Catégorie	Nb pers	% avec H	Psy Nb pers	Hpsy	
				coût à la place	coût total
Enfants					
IME	70 000	26%	18 200	38,8 K €	705,7 M€
ITEP	15 200	94%	14 288	46,8 k€	668,4 M€
Autres	2 200	24%	628	30 K €	15,8 M€
SESSAD	51 000	24%	12 240	17,6 K€	251,7 Me
Total			45 356		1641,6 M€
Adultes					
Foyer hébrg ^{mt}	37 200	19%	7 068*	37 K€*	261,5
Foyers de vie	53 800	19%	10 222	50*	511
ESAT	244 700	23%	56 281	12,5	702,4
MAS	27 200	13%	3 536	73,7	260,6
FAM	25 800	24%	6 192	47,2	292,6
CRP	8900	10%	890		
Autres	6 400	32%			
SAVS/Samsah	52800	28%	14 784	14,5	213,9
Total			92 781		2 242
Total gén					3 883,6

Source : Cour des comptes, à partir d'ES 2014 pour les effectifs et des données des CA 2016 recensées par la CNSA, pour les coûts (sauf pour les rubriques manquantes, renseignées grâce aux premières remontées des données Séraphin)

On obtient ainsi un total pour les adultes de 2 242 M€ et pour les enfants de 1 641 M€, auquel il convient d'ajouter un coût voisin de 550 M€ pour les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et les centres d'action médico-sociale précoce (CAMPS) (selon l'estimation d'un rapport récent de l'Igas sur ces structures), soit un total de prises en charge médico-sociales de presque 4,4 Md€.

2 - Comparaison des dépenses en % du PIB

Selon une estimation de l'OCDE, les dépenses directes consacrées aux services de santé mentale comptaient en 2015 pour environ 13 % des dépenses de santé des pays de l'UE (soit 1,3 % du PIB), mais les coûts induits par les troubles mentaux sont encore plus importants à l'extérieur du système de santé.

Les taux d'emploi et de productivité plus faibles des personnes qui en sont atteintes causeraient un préjudice économique équivalent à 1,6 % du PIB dans les pays de l'UE, les dépenses supplémentaires occasionnées au titre des programmes de protection sociale – comme les pensions d'invalidité ou les congés maladie rémunérés – se montant pour leur part à 1,2 % du PIB.

Tableau n° 9 : estimation du coût total (direct et indirect) des troubles de santé mentale et psychiatrie dans l'Union européenne (en M€ et en points de PIB, 2015)

	Coûts totaux		Coûts directs				Coûts indirects	
			Sur les systèmes de santé		Sur les prestations sociales		Sur le marché du travail	
	M€	% PIB	M€	% PIB	M€	% PIB	M€	% PIB
UE28	607 074	4,10%	194 139	1,31%	169 939	1,15%	242 995	1,64%
<i>Autriche</i>	14 930	4,33%	4 686	1,36%	3 902	1,13%	6 342	1,84%
<i>Belgique</i>	20 740	5,05%	5 447	1,33%	5 845	1,42%	9 448	2,30%
<i>Bulgarie</i>	1 067	2,36%	448	0,99%	299	0,66%	320	0,71%
<i>Croatie</i>	1 785	4,01%	525	1,18%	537	1,21%	724	1,63%
<i>Chypre</i>	569	3,21%	203	1,14%	144	0,81%	223	1,25%
<i>République tchèque</i>	4 132	2,45%	1 727	1,02%	1 046	0,62%	1 360	0,81%
<i>Danemark</i>	14 627	5,38%	3 431	1,26%	5 563	2,05%	5 633	2,07%
<i>Estonie</i>	572	2,81%	210	1,03%	167	0,82%	196	0,96%
<i>Finlande</i>	11 140	5,32%	2 576	1,23%	3 884	1,85%	4 681	2,23%
<i>France</i>	81 345	3,71%	29 337	1,34%	26 437	1,20%	25 570	1,17%
<i>Allemagne</i>	146 536	4,81%	43 421	1,43%	40 939	1,35%	62 177	2,04%
<i>Grèce</i>	5 311	3,01%	2 241	1,27%	1 440	0,82%	1 630	0,92%
<i>Hongrie</i>	3 454	3,12%	1 417	1,28%	703	0,64%	1 333	1,20%
<i>Irlande</i>	8 299	3,17%	2 232	0,85%	1 891	0,72%	4 176	1,59%
<i>Italie</i>	54 487	3,30%	20 221	1,22%	15 787	0,96%	18 478	1,12%
<i>Lettonie</i>	789	3,24%	270	1,11%	169	0,70%	350	1,44%
<i>Lituanie</i>	990	2,64%	372	0,99%	266	0,71%	352	0,94%
<i>Luxembourg</i>	1 634	3,14%	413	0,79%	701	1,35%	520	1,00%
<i>Malte</i>	314	3,29%	132	1,38%	40	0,42%	142	1,50%
<i>Pays-Bas</i>	34 969	5,12%	8 534	1,25%	11 069	1,62%	15 367	2,25%
<i>Pologne</i>	12 952	3,01%	5 113	1,19%	3 235	0,75%	4 604	1,07%
<i>Portugal</i>	6 580	3,66%	2 048	1,14%	1 652	0,92%	2 880	1,60%
<i>Roumanie</i>	3 400	2,12%	1 510	0,94%	737	0,46%	1 153	0,72%
<i>République slovaque</i>	2 061	2,61%	655	0,83%	599	0,76%	807	1,02%
<i>Slovénie</i>	1 602	4,13%	507	1,31%	308	0,79%	786	2,02%
<i>Espagne</i>	45 058	4,17%	14 415	1,33%	12 318	1,14%	18 325	1,70%
<i>Suède</i>	21 677	4,83%	5 696	1,27%	7 558	1,68%	8 423	1,88%
<i>Royaume-Uni</i>	106 024	4,07%	36 353	1,40%	22 704	0,87%	46 967	1,80%
<i>Islande</i>	753	4,93%	201	1,31%	265	1,73%	288	1,88%
<i>Norvège</i>	17 299	4,97%	4 965	1,43%	6 384	1,83%	5 950	1,71%
<i>Suisse</i>	21 679	3,54%	5 769	0,94%	7 023	1,15%	8 888	1,45%

Source : OCDE, « Health at a Glance: Europe 2018 », 2018

La France enregistrerait des coûts directs plus élevés, mais des coûts indirects un peu moins élevés.

Une précédente enquête, souvent citée¹⁸⁰, avait été réalisée par de nombreux spécialistes dans divers pays (Anders Gustavsson et al.). Le périmètre était plus vaste que les seuls soins en psychiatrie, puisqu'elle englobait les soins en neurologie. L'estimation pour la France conduisait ainsi à une valeur de 107 Md€.

Tableau n° 10 : estimation des coûts globaux des troubles (Md€)

<i>Pays</i>	Coût des soins	Coût des prestations	coûts indirects	Total
<i>France</i>	42,8	27,7	36,8	107,3
<i>Belgique</i>	7,7	3,2	7,5	18,4
<i>Italie</i>	33,7	21,2	31,6	86,5
<i>Pays-Bas</i>	11,1	6,3	12,5	29,9
<i>Royaume-Uni</i>	36,0	36,1	62,3	134,5
<i>Europe</i>	296,4	186,3	315,1	797,7

Source : A. Gustavsson et al., « Cost of disorders of the brain in Europe 2010 », *European neuropsychopharmacology*, octobre 2011

3. Quelle incidence financière potentielle de la généralisation de l'expérimentation de remboursement des psychothérapies ?

La prise en charge de psychothérapies prescrites par les médecins traitants représente un surcoût immédiat, estimé par la Cnam à 230 € par patient pris en charge (229,8 € selon les éléments de réponse transmis), en fonction des tarifs remboursés, pour chaque niveau de consultation.

On peut estimer de manière un peu plus fine le surcoût potentiel de cette prise en charge en se fondant sur les données du département de Haute-Garonne, qui présente à la fois une partie urbaine (avec Toulouse) et rurale, mais qui surtout a vu un développement assez rapide du recours à ce nouveau parcours.

Une grille de tarifs a été établie par la Cnam pour les prestations des psychologues, tenant compte de la durée estimée des séances. La colonne « Cumul 2 ans » indique le nombre cumulé de séances sur deux années. Compte tenu du rythme de montée en charge pour la première année et de l'évolution des règles d'exclusion, on peut considérer que la moyenne

¹⁸⁰ Anders Gustavsson et al., « Cost of disorders of the brain in Europe 2010 », *European neuropsychopharmacology*, octobre 2011.

annuelle serait supérieure à la simple division du total par deux : on a donc multiplié cette évaluation par année par 1,5 pour obtenir une estimation du nombre d'entretiens, à chaque stade.

Tableau n° 11 : éléments de coût pour la Haute-Garonne

<i>Nature de la séance</i>	<i>Durée</i>	<i>Tarif</i>	<i>Cumul 2 ans</i>	<i>Nombre estimé</i>
<i>Entretien d'évaluation</i>	environ 45 min	32 €	12 031	8 020
<i>Accompagnement de soutien</i>	environ 30 min	22 €	73 509	49 006
<i>Psychothérapie structurée</i>	environ 45 min	32 €	24 438	16 292

Source : Cnam

On obtient ainsi un coût annuel estimé à 1,8 M€ pour la Haute-Garonne : si on considère que la population de ce département représente 2,2 % de la population française, on obtient un coût estimé à 84,4 M€.

En contrepartie, on peut attendre de ce « barreau » supplémentaire dans l'échelle graduée des soins une modération de la consommation de psychotropes, des consultations de médecins, mais aussi de la prescription d'indemnités journalières maladie voire de prestations d'invalidité (dans ce dernier cas, l'effet escompté sera encore plus éloigné dans le temps).

On peut aussi relever que cet ordre de grandeur est assez modéré, par rapport aux estimations précédentes relatives aux marges de « dynamisation » de la dépense en établissement, pour l'activité intrahospitalière comme dans une moindre mesure l'activité extrahospitalière.

Annexe n° 2 : compléments méthodologiques et statistiques

Les données présentées dans le rapport sont issues de travaux méthodologiques destinés à identifier parmi les données disponibles celles qui peuvent le mieux être utilisées comme leviers. Plusieurs données de cadrage sont présentées au préalable : sur les parts respectives dans l'activité des établissements du service public, versus des cliniques à but lucratif, d'une part ; d'autre part, sur les case mix des centres médico-psychologiques (CMP) et des centres d'accueil permanent (CAC).

1 - Parts respectives du service public versus secteur privé lucratif

Tableau n° 12 : parts respectives par âge des secteurs public et privé (2018)

Nombre de journées d'hospitalisation complète	<18 ans		18-65 ans		>65 ans	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Nombre	675 846	98 216	11 449 619	3 857 210	2 097 302	1 007 578
	% du total	% du total	% du total	% du total	% du total	% du total
F0 Organiques	100,0 %	0,0 %	92,2 %	7,8 %	85,6 %	14,4 %
F1 Addictions	81,8 %	18,2 %	66,0 %	34,0 %	65,9 %	34,1 %
F2 Psychoses	88,3 %	11,7 %	86,5 %	13,5 %	85,7 %	14,3 %
F3 Troubles affectifs	78,5 %	21,5 %	47,7 %	52,3 %	48,9 %	51,1 %
F4 Troubles anxieux stress	80,5 %	19,5 %	63,5 %	36,5 %	60,1 %	39,9 %
F5 Troubles associés à un problème physique ou du comportement alimentaire	74,3 %	25,7 %	51,4 %	48,6 %	60,6 %	39,4 %
F6 Troubles de la personnalité	82,4 %	17,6 %	81,1 %	18,9 %	85,8 %	14,2 %
F7 Retard mental	91,3 %	8,7 %	96,6 %	3,4 %	98,5 %	1,5 %
F8 Troubles du développement	95,8 %	4,2 %	95,9 %	4,1 %	93,9 %	6,1 %
F9 Troubles du comportement enf./ado.	91,8 %	8,2 %	96,6 %	3,4 %	98,7 %	1,3 %
Autres*	96,5 %	3,5 %	95,2 %	4,8 %	94,7 %	5,3 %
Total	87,3 %	12,7 %	74,8 %	25,2 %	67,5 %	32,5 %

* Code de situations qui ne correspondent pas à un diagnostic : 9,8 % pour les enfants, 6,3 % pour les adultes, 6 % pour les personnes âgées (et 0,06 % de valeurs manquantes sur l'âge). Les chiffres en gras soulignés correspondent aux populations surreprésentées dans le secteur privé à but lucratif.

Source : Cour des comptes

2 - Analyse du *case mix* des entretiens effectués en ambulatoire

En France, pour l'année 2018, on dénombrait 16 millions d'entretiens faits dans le service public. La majorité des entretiens sont faits pour la population adulte (65 %), suivie par les enfants (25 %) et les personnes âgées (10 %). 78 % (67,6 % + 10,1 %), soit la très grande majorité de ces actes, sont faits en CMP ou dans un lieu de consultation de l'hôpital.

On note que le profil des lieux pour les personnes âgées est différent : 18,4 % sont faits pour la grande majorité en Ehpad ou en substitut du domicile et 7,7 % en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR), ce qui correspond à 26 % des entretiens.

Tableau n° 13 : analyse des actes en centre médico-psychologique (CMP)

<i>Nombres d'entretiens</i>	3 985 026	10 390 302	1 638 143	16 013 471
	<18 ans	18-64 ans	>= 65 ans	Total général
<i>Assistant social</i>	1,9 %	2,8 %	1,4 %	2,8 %
<i>Autres intervenants soignants (dont aides-soignants)</i>	0,4 %	0,5 %	0,3 %	0,5 %
<i>Infirmier et encadrement infirmier</i>	12,5 %	42,6 %	49,4 %	42,6 %
<i>Membre du corps médical</i>	23,3 %	32,2 %	33,4 %	32,2 %
<i>Personnel de rééducation</i>	18,2 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
<i>Personnel éducatif</i>	4,3 %	0,4 %	0,2 %	0,4 %
<i>Plusieurs catégories professionnelles dont membre du corps médical</i>	4,1 %	3,0 %	5,1 %	3,0 %
<i>Plusieurs catégories professionnelles sans membre du corps médical</i>	3,4 %	0,8 %	0,8 %	0,8 %
<i>Psychologue</i>	31,9 %	16,9 %	8,8 %	17,0 %
<i>Total général</i>	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : Cour des comptes à partir des données du SNDS

Ces entretiens sont faits par des infirmiers (pour 42,6 %), des médecins (pour 32 %, plus 3 % quand les médecins assistent à des entretiens pluri-professionnels) et des psychologues pour 17 %.

Les enfants ont un profil particulier : 32 % des entretiens sont faits par des psychologues, 26,7 % par des médecins (si on ajoute leur participation aux entretiens pluri-professionnels).

Le personnel infirmier est le principal intervenant, de manière plus ou moins marquée selon les diagnostics : pour les troubles psychotiques, 55 % des entretiens sont faits par un infirmier, 31 % par un médecin (auxquels s'ajoutent 3 % des entretiens auxquels ils participent), 5 % par un psychologue, 4 % par un assistant social et pratiquement aucun par du personnel de rééducation. Pour les patients avec des troubles de l'humeur, 41 % sont faits par un médecin (plus 3 % par participation à un entretien à plusieurs), 19 % par un psychologue et 32 % un infirmier. Les personnes souffrant d'addiction ont un profil d'entretien proche de celui des psychotiques, si ce n'est une présence plus marquée des psychologues.

« L'accompagnement » correspond à des actes que les soignants font avec les patients pour les aider dans leur sortie à l'extérieur de l'hôpital. En France, cela représente 600 000 actes, à comparer aux 16 millions d'entretiens : ils sont donc très rarement pratiqués.

**Tableau n° 14 : intervenants des entretiens par diagnostic en 2018
(pour les 18-65 ans qui représentent 65 % des entretiens)**

<i>Nombre d'actes</i>	42 244	725 992	2 690 533	1 903 701	1 603 449	104 723	736 368	163 612	107 406	178 184	1 365 447	8 255 762
<i>% des actes par diagnostic</i>	0,5 %	8,8 %	32,6 %	23,1 %	19,4 %	1,3 %	8,9 %	2,0 %	1,3 %	2,2 %	16,5 %	100 %
	FO Organiques	F1 Addict.	F2 Psychoses	F3 Humeur	F4 Anxieux	F5	F6 Personnes	F7 Retard	F8 Develop.	F9 Comp. enfant ado	Autres	Ensemble
<i>Assistant social</i>	2,8 %	2,5 %	3,8 %	2,8 %	2,0 %	1,4 %	2,8 %	2,5 %	3,1 %	2,5 %	2,3 %	2,8 %
<i>Personnel éducatif</i>	0,7 %	0,5 %	0,5 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %	0,9 %	2,3 %	0,6 %	0,5 %	0,4 %
<i>Infirmier et encadrement infirmier</i>	41,5 %	51,2 %	54,7 %	31,7 %	34,2 %	23,9 %	38,8 %	50,4 %	33,4 %	32,3 %	45,1 %	42,6 %
<i>Membre du corps médical</i>	38,6 %	32,9 %	31,2 %	41,4 %	32,7 %	41,3 %	32,9 %	34,7 %	37,6 %	35,9 %	21,6 %	32,2 %
<i>Psychologue</i>	9,5 %	7,6 %	4,9 %	18,9 %	25,7 %	25,4 %	20,1 %	5,6 %	12,6 %	20,9 %	26,8 %	17,0 %
<i>Personnel de rééducation</i>	1,0 %	0,3 %	0,4 %	0,7 %	0,8 %	1,7 %	0,7 %	0,5 %	1,7 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %
<i>Autres intervenants soignants (dont aides-soignants)</i>	0,4 %	0,3 %	0,6 %	0,4 %	0,3 %	1,4 %	0,3 %	1,1 %	3,4 %	3,7 %	0,2 %	0,5 %
<i>Plusieurs catégories professionnelles dont membres du corps médical</i>	4,6 %	3,8 %	2,6 %	3,2 %	3,5 %	3,3 %	3,2 %	3,1 %	3,9 %	2,6 %	2,5 %	3,0 %
<i>Plusieurs catégories professionnelles sans membres du corps médical</i>	0,9 %	0,8 %	1,2 %	0,5 %	0,5 %	1,1 %	0,8 %	1,3 %	2,0 %	1,1 %	0,6 %	0,8 %

Source : ATIH, calculs et présentation Cour des comptes

NB Sont colorés les diagnostics les plus fréquents dans cette population

32,6 % des entretiens sont faits pour des patients psychotiques, 23 % pour les patients F3, dépressifs de gravité variable (sous-codes : troubles bipolaires, épisodes dépressifs de sévères à légers) et 19,4 % pour des patients souffrant d'anxiété. S'y ajoutent 16,5 % de patients souffrant de troubles dont le diagnostic n'est pas porté, soit qu'il s'agisse d'un symptôme isolé, soit de « *circonstances de vie difficiles* » (codées Z). On doit ajouter 9 % pour les personnes souffrant d'addiction et le même pourcentage pour les troubles de personnalité.

Par conséquent, un important pourcentage de ces entretiens (environ un tiers, même en excluant tous les troubles dépressifs) se fait avec des patients qui potentiellement relèveraient des soins de « première ligne », si ces soins étaient organisés avec l'appui d'un psychologue et du médecin généraliste, en tant que de besoin.

Tableau n° 15 : case mix des centres d'accueil de crise (CAC) et centres d'accueil permanent (CAP) par diagnostic et classe d'âge par durées de séjour

Patients des centres de crise ou centres de crise ou d'accueil en 2018									
	<18 ans			18-64 ans			65 ans et plus		
	Nb. patients	Nb. Ptients (en %)	Nuitées% par diag	Nb. patients	Nb. Ptients (en %)	Nuitées % par diag	Nb. patients	Nb. Ptients (en %)	Nuitées % par diag
Total =30774	2335	7,60%	18776	24767	80,50%	104078	3672	11,90%	19547
Autres*	403	17,30%	11,70%	5163	20,80%	6,20%	734	20,00%	5,80%
F0 organiques			0,00%	62	0,30%	0,20%	144	3,90%	3,10%
F1 addictions	46	2,00%	1,90%	2049	8,30%	6,50%	88	2,40%	1,80%
F2 Psychoses	166	7,10%	12,10%	3596	14,50%	11,50%	326	8,90%	6,10%
F3 Tbles affectifs	419	17,90%	21,80%	5938	24,00%	32,80%	1444	39,30%	48,70%
F4 Tbles anxieux stress	569	24,40%	18,50%	4403	17,80%	16,30%	553	15,10%	14,70%
F5 Tbles associés pb physique ; comp alimentaire	19	0,80%	1,20%	94	0,40%	0,40%	7	0,20%	0,20%
F6 Tbles personnalité	129	5,50%	5,60%	1395	5,60%	5,90%	115	3,10%	5,60%
F7 Retard mental	14	0,60%	0,40%	136	0,50%	0,80%	9	0,20%	0,10%
F8 Tbles développement	140	6,00%	5,70%	84	0,30%	0,40%	2	0,10%	0,00%
F9 Tbles comportement Enfance/ado	330	14,10%	16,80%	233	0,90%	2,40%	20	0,50%	0,70%
Valeurs manquantes	112	4,80%	4,40%	1685	6,80%	16,70%	232	6,30%	13,20%

Source : données RIM-P 2018, calcul et présentation, Cour des comptes

*Autres : symptômes isolés ou circonstances influant sur la santé mentale

Tableau n° 16 : pourcentage des différentes modalités d'utilisation des CAC et CAP par diagnostic

Étiquettes de lignes	Autres	F0	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	valeur	Total général
1 - moins de 18 ans	17,2%	0,0%	2,0%	7,1%	17,9%	24,2%	0,8%	5,5%	0,6%	6,0%	14,1%	4,8%	100,0%
0 nuitée	13,2%		8,7%	4,2%	3,8%	11,1%	21,1%	13,2%	21,4%	5,0%	7,6%	8,0%	8,9%
1 nuitée	30,8%		19,6%	17,5%	12,9%	19,5%	21,1%	10,9%	21,4%	25,7%	23,0%	13,4%	20,2%
2 nuitées et +	56,1%		71,7%	78,3%	83,3%	69,4%	57,9%	76,0%	57,1%	69,3%	69,4%	78,6%	70,9%
2 - 18-64 ans	20,8%	0,2%	8,3%	14,5%	23,9%	17,7%	0,4%	5,6%	0,5%	0,3%	0,9%	6,8%	100,0%
0 nuitée	38,3%	14,5%	15,5%	22,7%	10,4%	12,1%	9,6%	15,6%	25,7%	21,4%	6,4%	27,2%	20,2%
1 nuitée	38,7%	37,1%	30,5%	36,3%	21,1%	27,6%	29,8%	28,9%	36,0%	32,1%	26,6%	14,4%	29,1%
2 nuitées et +	23,0%	48,4%	54,1%	40,9%	68,6%	60,3%	60,6%	55,6%	38,2%	46,4%	67,0%	58,4%	50,7%
3 - 65 ans et plus	20,0%	3,9%	2,4%	8,9%	39,3%	15,1%	0,2%	3,1%	0,2%	0,1%	0,5%	6,3%	100,0%
0 nuitée	33,9%	13,2%	12,5%	15,6%	6,1%	7,1%	14,3%	6,1%	33,3%	0,0%	15,0%	33,2%	14,9%
1 nuitée	37,6%	24,3%	34,1%	34,0%	17,1%	20,8%	42,9%	28,7%	11,1%	50,0%	10,0%	10,8%	23,9%
2 nuitées et +	28,5%	62,5%	53,4%	50,3%	76,8%	72,2%	42,9%	65,2%	55,6%	50,0%	75,0%	56,0%	61,2%
Total général	20,4%	0,7%	7,1%	13,3%	25,3%	17,9%	0,4%	5,3%	0,5%	0,7%	1,9%	6,6%	100,0%

0 nuitée=1 passage sans hospitalisation

Source : Cour des comptes

3 - Patients hospitalisés en séjours longs

Tableau n° 17 : patients (>272 jours) en 2018 par diagnostic

catégorie durée hospitalisation >272 jours		moins de 18 ans		18-64 ans		65 ans et plus		Total N
	Autres	36	1,8 %	1 306	65,9 %	639	32,2 %	1 982
	F0	1	0,2 %	322	53,3 %	281	46,5 %	604
	F1	0	0,0 %	1 173	61,1 %	746	38,9 %	1 919
	F2	15	0,2 %	6 300	79,1 %	1 653	20,7 %	7 968
	F3	11	0,6 %	1 205	61,7 %	736	37,7 %	1 952
	F4	22	4,8 %	371	81,5 %	61	13,4 %	455
	F5	13	27,1 %	32	66,7 %	3	6,3 %	48
	F6	13	2,1 %	540	88,5 %	57	9,3 %	610
	F7	16	1,6 %	878	89,7 %	85	8,7 %	979
	F8	95	11,8 %	679	84,2 %	32	4,0 %	806
	F9	73	29,8 %	155	63,3 %	16	6,5 %	245
Total général	295	1,7 %	12 961	73,8 %	4 309	24,5 %	17 568	

Source : Cour des comptes

Les conventions utilisées pour le codage des séjours¹⁸¹ impliquent que toute interruption sera codée comme un nouveau séjour et par conséquent n'apparaîtra plus dans les longs séjours. Dans le calcul ici présenté, en revanche, le nombre de journées d'hospitalisation est pris en compte même s'il a été interrompu brièvement par une semaine de sortie.

En revanche, se pose la question des séjours dits intermittents, théorisés et mis en place pour aider les patients à se « désinstitutionnaliser » de l'hôpital. Dans les hôpitaux contrôlés, cette pratique ne concernait qu'un nombre limité de patients qui étaient repérables par le DIM. Ce point a paru pouvoir être négligé au niveau global, qui consolide l'ensemble des établissements.

4 - Suivi des patients après leur sortie d'hospitalisation

Dans l'appréciation du taux de suivi, on a intégré comme des « suivis » les séjours en hôpital de jour, effectués la même année que l'hospitalisation à temps complet. De fait, il est assez fréquent que la fréquentation d'un hôpital de jour soit proposée en sortie d'hospitalisation à temps plein. Toutefois d'autres séquences sont également possibles, comme une hospitalisation à temps partiel suivie (en cas d'aggravation) par une hospitalisation à temps plein. Cette hypothèse est donc un « majorant » de la situation effective.

Le tableau qui suit indique le nombre de séjours ainsi considérés comme des suivis, pour les comparaisons entre la situation française avec celle de pays comparables.

Tableau n° 18 : suivi des sorties d'hospitalisation à temps complet en hôpital de jour

	Nombre	%
Personnes qui ont « consommé » de l'hospitalisation complète (HC) et de jour (HJ) en 2018	42 697	31,70 %
Conso de HJ, sans « consommation » d'HC dans l'année 2018	92 128	68,30 %
Total des personnes ayant « consommé » de l'HP en 2018	134 825	

Source : données RIM-P 2018, calcul et présentation, Cour des comptes

¹⁸¹ À noter que les séjours en Ehpad ou dans les autres ESMS ont adopté une convention différente, le séjour se trouvant « ré-ouvert » une fois son interruption (par exemple pendant des vacances) terminée.

5 - Taux de réhospitalisations pour les pathologies psychiatriques les plus courantes

Tableau n° 19 : réhospitalisations pour les hospitalisés entrés et sortis dans l'année 2018 (suivi de 6 mois en moyenne)

AGE		F0 tbls organiques	F1 Addictions	F2 Psychoses	F3 Dépression	F4 Anxiété tbls névrotiques	F5 Sd comport facteurs physiques	F6 Personnalité	F7 retard mental	F8 tbls dvipt	F9 tbls enfance adolescence
N=nombre séjours		31011	59170	59 170	99 320	44 952	3 357	20 802	4 410	3 781	8 148
<18 ans 16 718	Non rehos	47,60%	81,50%	59,80%	69,30%	66,70%	53,60%	55,10%	50,80%	47,80%	54,00%
	1 rehos	14,30%	13,90%	19,60%	16,00%	16,70%	21,60%	18,70%	19,00%	18,60%	19,80%
	2 et plus	38,10%	4,60%	20,60%	14,70%	16,60%	24,90%	26,10%	30,20%	33,60%	26,20%
18-65 236 551	Non rehos	67,20%	70,80%	55,10%	64,90%	63,30%	53,50%	45,40%	43,20%	40,30%	48,40%
	1 rehos	18,40%	18,20%	22,90%	20,90%	20,80%	21,70%	23,50%	22,20%	22,10%	21,90%
	2 et plus	14,40%	11,00%	21,90%	14,20%	15,90%	24,90%	31,10%	34,60%	37,60%	29,70%
65 ans et plus 47 741	Non rehos	78,70%	74,10%	62,50%	63,90%	62,70%	56,10%	55,20%	58,10%	50,00%	55,80%
	1 rehos	15,90%	16,20%	23,30%	21,80%	22,70%	23,70%	24,80%	21,50%	19,00%	25,10%
	2 et plus	5,30%	9,70%	14,20%	14,30%	14,60%	20,20%	20,10%	20,30%	31,00%	19,10%
Total général 301318	Non rehos	76,00%	71,10%	55,90%	64,80%	63,40%	53,50%	46,70%	44,50%	43,40%	51,90%
	1 rehos	16,50%	18,00%	22,90%	21,00%	20,80%	21,70%	23,40%	22,00%	20,70%	20,80%
	2 et plus	7,50%	10,90%	21,10%	14,20%	15,80%	24,80%	29,90%	33,50%	35,90%	27,30%

Source : données RIM-P 2018, calcul et présentation Cour des comptes

**Tableau n° 20 : lieu des actes ambulatoires suivant les classes d'âge
(2018)**

	<18 ans			18-64 ans			65 ans et plus		
	Patients (en %)	Actes (en %)	Actes par patient	Patients (en %)	Actes (en %)	Actes par patient	Patients (en %)	Actes (en %)	Actes par patient
N=	631 028	5 661 681		1 808 860	13 858 939		392 464	2 230 958	
Total par catégories d'âge	22,10%	26,00%	9	63,50%	63,50%	7,7	13,80%	10,20%	5,7
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	5,50%	12,20%	20,1	3,90%	13,80%	26,8	2,70%	12,60%	26,8
Centre médico-psychologique (CMP)	62,90%	72,80%	10,4	49,40%	55,20%	8,6	37,50%	42,20%	6,4
Domicile du patient (hors HAD psychiatrie) ou substitut du domicile	1,60%	0,90%	4,8	4,50%	6,90%	11,8	11,80%	15,60%	7,5
Établissement pénitentiaire	0,40%	0,40%	8,5	4,80%	5,80%	9,2	0,50%	0,80%	8,8
Établissement scolaire ou centre de formation	5,10%	1,60%	2,9	0,10%	0,10%	3,7	0,00%	0,00%	3,5
Établissement social ou médicosocial avec hébergement	0,50%	0,20%	3	1,10%	1,00%	7	9,50%	8,80%	5,3
Établissement social ou médicosocial sans hébergement	2,00%	0,60%	2,5	1,20%	0,60%	3,7	0,80%	0,50%	3,5
Lieu de soins psychiatriques de l'établissement	13,20%	8,50%	5,8	15,30%	11,00%	5,5	12,10%	9,50%	4,4
Protection maternelle et infantile	0,40%	0,10%	2,3	0,00%	0,00%	2,1	0,00%	0,00%	1,2
Unité d'accueil d'un service d'urgence	3,80%	0,80%	1,9	13,50%	3,70%	2,1	9,50%	3,20%	1,9
Unité d'hospitalisation (MCO, SSR et USLD)	4,50%	1,90%	3,8	6,10%	2,00%	2,5	15,60%	6,80%	2,5
Valeur manquante	0,20%	0,10%	6,5	0,00%	0,00%	2,6	0,00%	0,00%	1,4

Source : données RIM-P 2018, calcul et présentation, Cour des comptes

Tableau n° 21 : interventions à domicile par classes d'âge et diagnostics

Actes à domicile	<18 ans		18-64 ans		65 ans et plus	
	Bénéficiaires	Actes	Bénéficiaires	Actes	Bénéficiaires	Actes
N	12 124	48 978	112 127	958 141	62 894	347 060
% du total	6,4 %	3,6 %	59,5 %	70,4 %	33,4 %	25,5 %
F0 Organiques	0,1 %	0,0 %	0,8 %	0,6 %	8,3 %	5,7 %
F1 Addictions	0,2 %	0,2 %	6,4 %	5,1 %	2,7 %	3,2 %
F2 Psychoses	1,3 %	1,7 %	40,1 %	52,4 %	18,7 %	27,6 %
F3 Troubles affectifs	2,5 %	2,8 %	16,3 %	13,5 %	28,7 %	28,9 %
F4 Troubles anxieux, stress	10,3 %	10,3 %	10,3 %	8,1 %	13,7 %	11,7 %
F5 Troubles associés à problème physique ; comportement alimentaire	1,4 %	2,3 %	0,7 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %
F6 Troubles de la personnalité	1,2 %	1,0 %	6,2 %	5,4 %	3,6 %	3,8 %
F7 Retard mental	1,1 %	0,7 %	2,8 %	3,2 %	0,8 %	1,2 %
F8 Troubles du développement	25,2 %	23,3 %	1,1 %	0,9 %	0,1 %	0,1 %
F9 Troubles du comportement enfance/ado	26,6 %	29,6 %	1,5 %	1,4 %	1,1 %	1,0 %
Autres	30,1 %	27,9 %	14,0 %	9,1 %	22,0 %	16,5 %

Source : données RIM-P 2018, calcul et présentation, Cour des comptes

6 - Entrées en hospitalisation

Tableau n° 22 : modalités d'entrée en 2018

En nb séjours	moins de 18 ans	%	18-64 ans	%	65 ans et plus	%	Total général	%
Avec passage par le service d'accueil des urgences	2 981	7,1%	66 949	14,4%	10 250	11,2%	80 180	13,4%
Du domicile	34 047	80,6%	304 788	65,8%	57 695	62,8%	396 530	66,4%
D'une structure d'hébergement médico-sociale	984	2,3%	5 082	1,1%	2 417	2,6%	8 483	1,4%
Par mutation depuis une unité de psychiatrie	699	1,7%	6 626	1,4%	970	1,1%	8 295	1,4%
Par mutation depuis une unité de soins de courte durée	982	2,3%	14 488	3,1%	3 430	3,7%	18 900	3,2%
Par transfert depuis une unité de psychiatrie	627	1,5%	21 911	4,7%	3 983	4,3%	26 521	4,4%
Par transfert depuis une unité de soins de courte durée	1 838	4,4%	41 552	9,0%	11 759	12,8%	55 149	9,2%
Total général	42 216		463 474		91 885		597 575	

Source : données RIM-P 2018, calcul et présentation, Cour des comptes

7 - Analyse des patients ayant eu au moins un séjour hospitalier sans consentement

Tableau n° 23 : pourcentage par diagnostic des patients avec un séjour au moins

	Moins de 18 ans	18-64 ans	65 ans et plus	Total général	Total en %
Total des patients (DGF)	15 682	198 890	36 997	251 442	-
Hospitalisés sous contrainte	456	69 846	8 979	79 281	-
<i>Dont :</i>					
Autres	48	6 064	917	7 029	8,9 %
F0 organiques	2	529	985	1 516	1,9 %
F1 addictions	13	5 307	331	5 651	7,1 %
F2 Psychoses	57	30 194	2426	32 677	41,2 %
F3 Troubles affectifs	40	13 302	2942	16 284	20,5 %
F4 Troubles anxieux stress	70	5 162	727	5 959	7,5 %
F5 Troubles associés à un problème physique ; comportement alimentaire	2	311	32	345	0,4 %
F6 Troubles de la personnalité	54	5 722	450	6 226	7,9 %
F7 Retard mental	7	1 150	43	1 200	1,5 %
F8 Troubles du développement	28	757	7	792	1,0 %
F9 Troubles du comportement	135	1 348	119	1 602	2,0 %

Note de lecture : « DGF », pour ensemble des établissements en DAF ; la première ligne indique donc le total des patients, la deuxième les patients sous contrainte, ou hospitalisés à temps plein sans leur consentement.

NB : Les données pour le secteur ex-objectif quantifié national (OQN) ne sont pas intégrées, le nombre total étant très peu significatif (le ratio significatif est donc ici rapporté aux seuls patients hospitalisés dans le service public).

Source : Cour des comptes

Rappel juridique sur les modes de soins sans consentement en psychiatrie

Plusieurs modes de soins sous contrainte sont distingués par la loi du 5 juillet 2011, qui tous requièrent trois critères : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité du patient de consentir aux soins, la nécessité de soins et d'une surveillance médicale constante ou régulière.

Pour les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE), un quatrième critère doit être réuni : l'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. La mesure d'admission est prononcée par voie d'arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre exerçant hors de l'établissement d'accueil.

Les soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SDT) : toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient justifiant de relations antérieures à l'admission (hors personnel soignant) peut être le « tiers ». La demande de soins doit être complétée par deux certificats médicaux

concordants, d'un médecin externe à l'établissement et d'un psychiatre de la structure d'accueil.

Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI), troisième catégorie¹⁸², ont été introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'insérer dans le soin des personnes isolées ou désocialisées. Les critères d'admission sont similaires à ceux des personnes admises en SDT, sauf qu'en l'absence de tiers mobilisable, le risque d'atteinte grave et imminente pour la santé et/ou la vie de la personne constitue le prérequis essentiel pour son admission, qui intervient sur décision du directeur d'établissement, motivée par un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Le directeur a 24 heures pour informer la famille du patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt.

¹⁸² D'autres catégories peuvent être distinguées : soins aux détenus, soins sur décision judiciaire ou sur ordonnance de placement pour les mineurs. Seules ont été détaillées les trois principales procédures.

Annexe n° 3 : éclairages sur la gradation des soins et les équipes mobiles

C'est probablement sur ce point que les pratiques en France divergent le plus de ce que la Cour a observé lors des visites en Angleterre (335 équipes créées par le service national de santé) et aux Pays-Bas, où il existe une équipe mobile de psychiatrie pour 50 000 habitants. Certes, des équipes existent (1) ; mais elles n'ont pas la place qui leur est reconnue dans le système de soins en santé mentale anglais (2).

1 - En France, des exemples assez isolés d'équipes mobiles

Les équipes mobiles

Certaines équipes mobiles ont été mises en place pour les patients chroniques dits instables à risque élevé de rechute, en référence au modèle de l'« *assertive community treatment* » (ACT)¹⁸³. Les objectifs visés sont de deux ordres, médicaux et sociaux. Il s'agit « d'aller vers » la personne, pour éviter les ruptures de parcours¹⁸⁴.

Avait été mise en place dès 1994, à l'hôpital Charcot de Plaisir, une équipe mobile dénommée « ERIC » (équipe rapide d'intervention de crise), calée sur ce modèle d'ACT, équipe mobile d'urgence et de crise fonctionnant 24h/24, 7j/7, centrée sur l'alternative à l'hospitalisation psychiatrique et visant l'inclusion active de l'entourage du patient (famille et/ou réseau social). Cette équipe, a longtemps été unique en France et critiquée bien qu'elle ait été plébiscitée par les patients. Selon l'étude précitée, une dizaine d'équipes de ce type est aujourd'hui recensée¹⁸⁵.

¹⁸³ Modèle développé par Stein et Test, aux États-Unis, à Madison (1980), puis à Londres et à Amsterdam, où il porte le nom de FACT (F pour « flexible »). L'histoire de l'introduction de ces outils et des résistances rencontrées en France a été notamment décrite par S. Kannas et S. Pastour (« Un demi-siècle de développement des équipes mobiles en psychiatrie : constats et perspectives », *L'Information psychiatrique*, 2019, n° 95 (4), p. 237-43).

¹⁸⁴ Les objectifs sont notamment de soutenir et d'encourager les patients, de rompre le cycle de dépendance aux soignants et à l'institution, d'apporter soutien et information aux proches, et de permettre aux patients d'acquérir les compétences nécessaires pour faire face aux réalités du quotidien (transports, budget, etc.) ou de se procurer les ressources matérielles (nourriture, logement) et les soins médicaux.

¹⁸⁵ Les premières étaient apparues en 1958 et 1969, mais de façon transitoire, notamment dans le 13^e arrondissement de Paris (ASM), suivies, bien plus tard, du groupe ERIC. Autour des années 2000 ont été mises en place l'unité mobile d'évaluation et de soutien (UMES) à Toulouse, les centres d'accueil psychiatrique et d'intervention à domicile (Capsid) notamment à Bayonne et à Poitiers (co-intervenant dans ces derniers cas avec le Samu), l'unité locale d'intervention de crise et d'évaluation (Ulice) à Marseille, etc.

À Bron, le centre hospitalier Le Vinatier a développé une pratique similaire, avec une équipe dite « psy mobile », pour prévenir les situations de crise, à celle théorisée par ERIC. Ses principes sont : « *aller au-devant des patients âgés de 18 à 65 ans, en rupture ou en besoin de soins psychiatriques, hors situations d'urgence et hors programme de soins involontaires, et agir par le biais d'une intervention au domicile de la personne, en binôme médico-infirmier accompagné du demandeur ou d'un autre tiers légitime* ».

La description de sa patientèle reflète la réalité de ce travail : 38 % de patients souffrant de schizophrénie, 22 % de troubles affectifs, 8 % de troubles liés aux addictions, 13 % de troubles de la personnalité et du comportement. On est dans une pratique d'intervention à domicile pour des troubles dits complexes : psychoses schizophréniques et dépressions sévères, dont les troubles bipolaires ; les troubles névrotiques ou du stress ne représentant qu'une activité marginale (6 %).

Pour S. Kannas, le modèle a mis du temps à se développer en France, sans doute car, à l'époque, il entrait en « concurrence » avec les missions des dispositifs sectoriels. Dans les années 1960-1970, la mobilité n'était pas « dédiée », elle était diffuse et relevait de la pratique des interventions à domicile (visites à la fois médicales, infirmières, sociales, ou de liaison des équipes de secteur polyvalentes, plus rarement avec des consultations privées). Or cette mobilité médicale a décliné à partir des années 1990. L'activité d'urgence des équipes de secteur a ensuite été insérée au sein des urgences somatiques.

Progressivement, certaines équipes de secteur ont ensuite développé des modèles très « proactifs » : à Lille, Bondy, Lunéville, Metz, etc. Les travaux du centre de preuves sur les troubles mentaux sévères de Versailles recommandent l'expérimentation de ce type de dispositifs, en lien avec le dispositif sanitaire de secteur et les intervenants sociaux¹⁸⁶.

La présence de ces équipes démontre leur faisabilité en France, notamment pour des interventions intégrées avec le secteur. Cependant, actuellement elles représentent des cas isolés et volontaristes, au lieu de faire partie des pratiques habituelles.

¹⁸⁶ Marie-Christine Hardy-Baylé, « Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique », centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale, Versailles, 2015.

2 - Les équipes mobiles psychiatrie-précarité

Des équipes spécialisées « précarité », dites « *équipes mobiles psychiatrie-précarité* » (EMPP) ont été créées en 2005 pour tenter d'améliorer la santé des personnes sans abri, dont 30 à 50 % ont des troubles psychiatriques sévères. Leurs missions sont définies par un cahier des charges national et une circulaire ministérielle. Elles concentrent leur action vers une population cible.

Pour l'une d'entre elles, une évaluation a été publiée. Sa file active compte 198 personnes, dont 161 pour lesquelles un diagnostic psychiatrique a pu être posé : 48,5 % d'entre elles avaient des troubles de type schizophrénique, 21,8 % des troubles bipolaires et d'autres troubles de l'humeur, 13 % des troubles du comportement et 6,2 % des troubles liés à des abus de substances ; 42,9 % avaient en plus un problème somatique. Parmi les 89 hospitalisations, 86,5 % ont été motivées pour un trouble psychiatrique et 42,9 % ont été effectuées sous la contrainte.

Les résultats confirment la pertinence de l'articulation entre le travail de rue, l'hôpital et un lieu intermédiaire, à la fois lieu de vie et alternative à l'hospitalisation. Ils suggèrent l'importance d'une taille minimum critique pour ces EMPP qui leur permette un travail de rue avec des médecins assurant l'orientation. La présence d'un médecin généraliste est une autre évolution considérée comme souhaitable, en raison de la gravité et de l'intrication des problèmes psychiatriques et somatiques de ces populations¹⁸⁷.

Il semblerait donc qu'on se trouve dans une situation de transition où *de facto* le secteur ne fait plus les interventions à domicile qu'il devait pratiquer « en théorie », alors que les profils des patients les plus complexes nécessitent des prises en charge dans leurs lieux de vie, si on veut les désinstitutionnaliser et éviter les hospitalisations récurrentes. C'est toute la question de l'« aller vers » (*outreach*) de patients qui ne demandent pas eux-mêmes les soins, ce qui est une des caractéristiques des patients souffrant des troubles les plus sévères.

En l'absence de cette politique « d'aller vers », qui n'est mise en place que par certaines équipes, les patients se retrouvent « en crise » et aux urgences dans des circonstances traumatisantes : 30 % arrivent par la police. Qui plus est beaucoup d'entre eux sont hospitalisés contre leur gré car ils ne sont plus en état de consentir aux soins, ce qui obère leur

¹⁸⁷ Vincent Girard et al., « Analyse de l'activité d'une équipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP) : des urgences médico-psychiatriques dans la rue à la pratique d'hospitalisation à domicile pour des personnes sans domicile », *La Presse médicale*, 2012, n° 41, p. 226-237.

confiance dans le système et leur capacité à suivre ensuite les traitements (« compliance »).

3 - Les services de santé mentale en Angleterre

a) Organisation générale

Un système de soins national et intégré qui part du médecin généraliste

L'organisation et le financement de la santé en Angleterre reposent sur le ministère de la santé (*Department of Health and Social Care*), qui agit sur la base de dispositions législatives et d'un budget voté par le Parlement.

Sous son autorité, le *National Health Service England (NHS England)*, organisme public exécutif du ministère, assure la gestion de l'offre de soins, dont les soins en santé mentale¹⁸⁸. Une *Care Quality Commission*, placée sous l'autorité du ministère de la santé, procède aux inspections et régule la qualité et la sécurité des soins. Chaque année, le secrétaire d'État publie un document qui précise les objectifs à atteindre par le NHS.

Le système de soins s'appuie sur le *National Institute of Clinical Excellence (NICE)*, qui produit des recommandations visant à la mise en place des meilleurs critères pour les soins aux patients souffrant de problèmes psychiatriques et de santé mentale. Ce système bénéficie des travaux d'un vaste réseau de chercheurs de haut niveau académique impliqués dans l'évaluation des différents systèmes mis en place : centres de crises, équipes d'intervention à domicile, évaluations publiées dans les journaux reconnus internationalement pour leur qualité scientifique.

L'organisation du système de santé en Angleterre s'appuie sur les médecins généralistes et sur les centres de soins communautaires : il n'y a pas d'accès direct aux médecins psychiatres au sein de l'organisation publique du NHS.

9 adultes sur 10 présentant des troubles mentaux sont pris en charge par les structures de soins primaires (*GP, community services*). Toutefois, l'accès à ces soins de proximité concerne les troubles dits « courants » – stress, anxiété, dépression – dont l'occurrence est la plus élevée. Les patients présentant des troubles mentaux plus sévères sont pris

¹⁸⁸ L'Ecosse, l'Irlande du Nord et le pays de Galles disposent, chacun, d'un NHS spécifique dont le fonctionnement n'est pas strictement identique.

en charge à 90 % par des services communautaires (*community services*), avant d'être le cas échéant orientés à l'hôpital.

Les inégalités territoriales dans l'accès aux structures de soins primaires restent très fortes. Ainsi, en 2014/2015¹⁸⁹ la durée d'attente moyenne pour voir un médecin était de 6 jours dans les territoires les plus performants et de 124 jours dans les territoires les plus en difficultés. Les délais d'attente pour l'accès aux services de santé communautaires sont également peu satisfaisants¹⁹⁰.

L'offre de soins secondaires en santé mentale repose pour l'essentiel sur des *trusts* publics, ainsi que sur des établissements de santé privés, avec ou sans but lucratif. Ces *Mental Health Trusts* proposent, sur un territoire donné, des soins hospitaliers mais aussi des soins communautaires et le cas échéant une offre de soins primaires, via les médecins généralistes ; ainsi que des services sociaux, afin d'offrir des services pertinents pour tous les parcours de soins. Les trusts sont des entités publiques, dont la gouvernance associe des représentants de l'État et des citoyens résidant dans le périmètre géographique couvert par le trust. Le *NHS Improvement* supervise et conseille les trusts du NHS et contribue à la régulation financière en coopération avec le *NHS England*.

L'achat des soins est pour l'essentiel décentralisé

Le financement des soins secondaires en psychiatrie (hôpitaux et centres de soins communautaires) au sein du *NHS England* est fondé sur une enveloppe financière dédiée, qui lui permet « d'acheter » des prestations de soins en santé mentale et en psychiatrie. Une faible partie de ces soins de santé mentale – en pratique, certains soins spécialisés (par exemple, les soins aux personnes incarcérées et les unités sécurisées de santé mentale) – est achetée directement par le NHS. Pour tout le reste, le NHS s'appuie sur un réseau de *Clinical Commissioning Groups* (CCG) locaux, dont l'organisation et le bon fonctionnement relèvent de sa responsabilité. Ces CCG, au nombre d'environ 200, répartis sur le territoire, planifient l'offre de soins et achètent, sur appel d'offres, des prestations de soins auprès de fournisseurs de soins, soins somatiques ou de santé mentale. Les CCG agissent dans le cadre de projets de santé territoriaux (STP, *Sustainability and Transformation Plan*), élaborés à l'échelle de 44 zones couvrant chacune à peu près 1 300 000 habitants et représentant une offre d'environ 440 lits, soit un lit pour 3 000 habitants.

¹⁸⁹ *Mental Health Task Force*.

¹⁹⁰ Source : ambassade de France au Royaume-Uni.

Les fournisseurs de soins primaires, y compris les médecins généralistes, contractent avec le NHS, avec les CCG ou les deux. Depuis 2012-2013, ce sont en effet les CCG, et non plus les trusts, qui sont en charge de l'achat des soins primaires. Les services sociaux dépendent pour leur part des autorités locales mais ils peuvent également être conjointement organisés par des autorités locales et des CCG. A noter que le financement des services de prise en charge des addictions (toxicomanie, alcool) relève désormais du secteur social.

Du point de vue de la conduite des politiques publiques, le système de santé anglais présente ainsi toutes les caractéristiques d'une organisation très intégrée et globale : le système est national et couvre toutes les catégories de professionnels, qu'il s'agisse des médecins généralistes et spécialistes, des établissements de santé ou des professions associées.

b) Une priorité depuis 10 ans, induisant un processus continu de réforme

De nouvelles stratégies nationales

Depuis une dizaine d'années, l'accent a été mis sur l'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale et sur celle de la qualité des soins eux-mêmes. Ce processus de réforme a été engagé, dès 2008, avec la volonté d'améliorer l'accès aux psychothérapies en soins primaires, avec le programme IAPT (*Improved Access to Psychological Therapies*) pour les personnes souffrant de dépression ou d'anxiété. L'ambition était d'augmenter le nombre de personnes pouvant bénéficier de telles thérapies, de 380 000 par an à 1,9 million à l'horizon 2023-2024. Pour y parvenir, outre l'augmentation du nombre des professionnels disponibles, a été mis en place un modèle de « triage » permettant de distinguer des troubles de faible intensité et des situations plus complexes, grâce à une évaluation réalisée sur la base de questionnaires standardisés.

En 2011, a été définie une stratégie plus ambitieuse concernant la santé mentale dans son ensemble. Intitulée « *No Health without Mental Health* » (pas de bonne santé sans une bonne santé mentale), elle avait pour ambition globale d'instituer une « parité d'estime » entre santé physique et mentale. Plus précisément, elle visait à :

- augmenter le nombre de personnes en bonne condition de santé mentale ;
- augmenter la proportion de personnes malades guéries ;
- augmenter la proportion de personnes malades bénéficiant de soins et d'un soutien de qualité ;

- diminuer le nombre de personnes souffrant d'un trouble évitable ;
- lutter contre les discriminations.

Cette stratégie a été déclinée à partir de 2012, à la fois au niveau national interministériel et au niveau local.

Par ailleurs, en 2014, le ministère de la santé et une vingtaine d'autres institutions nationales – la police, la justice, les responsables de la politique du logement, des autorités locales et des représentants du secteur associatif – ont signé un *Mental Act Crisis Concordat*, visant à ce que les personnes souffrant de troubles mentaux en état de crise puissent avoir un accès au système de soins de même niveau que celui offert pour les urgences somatiques, en quantité et en qualité.

La même année, le ministère de la santé et le *NHS England* ont publié une stratégie intitulée « *Achieving Better Access to Mental Health Services by 2020* » :

- en fixant l'objectif que 75 % des personnes adressées en psychothérapie (IAPT) reçoivent un traitement dans les 6 semaines, et 95 % dans les 18 semaines ;
- en fixant l'objectif que plus de 50 % des personnes en premier épisode psychotique commencent un traitement avec un « package » de soins selon les standards établis par NICE ;
- en dégageant un investissement (de 120 M£ sur 2 ans) ; et en finançant notamment le développement de la psychiatrie de liaison dans les hôpitaux, avec une enveloppe dédiée de 30 M£.

Enfin, en 2016, une *task force* indépendante a élaboré pour le NHS une stratégie sur 5 ans, intitulée « *The Five Year Forward View for Mental Health* ». Cette stratégie, s'appuyant sur 58 recommandations, couvre toutes les dimensions de la gouvernance, de l'organisation et du financement des soins en santé mentale.

Dans le cadre de cette stratégie, les principaux engagements de la politique anglaise pour la santé mentale s'articulent autour des axes suivants :

- développer des parcours pour la santé mentale, afin d'améliorer l'accès en temps opportun aux services fournis conformément aux recommandations de NICE. Pour cela, a été prévue l'introduction, sur cinq ans, d'un ensemble complet de recommandations pour les différents « parcours » de soins. Les premiers à avoir été publiés sont :
 - o Intervention précoce dans la psychose (soutenue par des investissements supplémentaires sur 5 ans) ;

- Thérapies psychologiques pour la dépression et les troubles anxieux (IAPT) ;
- Liaison urgente et services d'urgence en santé mentale 24h / 24 et 7j / 7 dans les hôpitaux de soins actifs (par exemple dans les services d'urgence et les services pour adultes hospitalisés), avec publication d'un document de ressources ;
- Santé mentale périnatale : *NHS England* transforme les services afin qu'un plus grand nombre de femmes souffrant de troubles mentaux, pendant ou après la grossesse, aient accès à des soins de bonne qualité ;
- Services communautaires de santé mentale pour adultes : l'ambition est d'améliorer l'accès à des soins de bonne qualité, fondés sur des données probantes, qui tiennent compte des besoins et du bien-être de la santé physique et mentale des personnes, et cela en réduisant la mortalité prématurée parmi les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et en doublant le nombre de personnes bénéficiant du service de placement et soutien individuel (*Individual Placement and Support, IPS*), pour accompagner l'accès ou le maintien dans l'emploi ;
- Soins de santé mentale urgents et services d'urgence : en tant que signataire du *Crisis Care Concordat*, *NHS England* a lancé un grand programme sur les soins de crise en vue de garantir un accès 24h / 24 et 7j / 7 à des services appropriés, pour les personnes en situation de crise du fait de problèmes de santé mentale ;
- Soins aigus de santé mentale : *NHS England* vise à améliorer la mise en service et la prestation de soins aigus pour les adultes. Cela représente un investissement de 400 M£ destiné à financer des équipes de résolution des crises et de traitement à domicile, pour que ces dernières soient en mesure d'offrir une alternative aux soins hospitaliers et soutenir l'ambition globale d'éliminer, à l'horizon 2020-2021, la pratique consistant à déplacer des personnes sur de longues distances pour bénéficier de soins aigus non spécialisés ;
- Amélioration de l'accès aux thérapies psychologiques (IAPT) : ce programme, qui a débuté en 2008, a transformé le traitement des troubles de santé mentale

- courants chez les adultes en Angleterre. *NHS England* souhaite l'étendre ;
- Augmenter l'accès au système de santé afin qu'à horizon 2020-2021, au moins 25 % des personnes souffrant de problèmes de santé mentale communs aient accès aux services chaque année, et maintenir et améliorer la qualité des soins, y compris les taux de récupération. L'accent sera mis sur la co-implantation des services au sein des soins de santé primaires et communautaires, afin que le traitement soit plus pratique, plus rapide et tienne compte des besoins de ces derniers en matière de santé physique et mentale ;
 - Augmenter l'accès aux thérapies psychologiques pour les personnes atteintes de psychose, de trouble bipolaire et de trouble de la personnalité ;
 - Sécurisation des soins : pour améliorer les voies d'entrée et de sortie des soins sécurisés, en mettant l'accent sur le développement de services communautaires pour garantir que les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale soient prises en charge dans le cadre le moins restrictif, le plus près possible du domicile.
- La politique de santé mentale anglaise s'ordonne ainsi autour d'un plan ambitieux et chiffré, année par année, avec des indicateurs de résultats monitorés annuellement :
- taux de premier épisode psychotique suivi suivant les recommandations ;
 - taux de surmortalité des patients psychiatriques ;
 - taux de patients impliqués dans des programmes d'aide à l'accès à l'emploi ;
 - taux de patients maintenus à domicile ;
 - durée d'attente pour des soins adaptés.
- Des tableaux de bord par année sont facilement disponibles sur le site du NHS :
- taux d'attente pour les adolescents souffrant de troubles du comportement alimentaire par semaine depuis l'adressage par le médecin urgent et non urgent ;
 - tableaux par trust d'attente de plus de quatre heures aux urgences ;

- taux de patients évalués par l'équipe de résolution de crises à domicile avant l'hospitalisation ;
- taux de patients suivis à sept jours après leur sortie de l'hôpital, etc.).

Enfin, des publications régulières sur les résultats sont également aisément accessibles sur le site internet du NHS.

c) Éléments de bilan sur le plan financier

Des dépenses en progression récente

Selon un rapport du *National Audit Office* (NAO)¹⁹¹, l'Angleterre consacrait en 2014-2015 près de 11,7 Md£ aux dépenses pour la santé mentale effectuées dans tous les services du NHS. Cela représente environ 12 % des dépenses publiques de santé.

Presque 97 % correspondent aux dépenses effectuées via les CCG, les soins spécialisés financés directement par le NHS en représentant autour de 3 %. Ledit rapport du NAO relevait toutefois que l'évaluation du montant des dépenses de santé consacré à la santé mentale est malaisée et difficile à établir de manière actualisée. En effet, le montant des ressources allouées aux CCG est une enveloppe globale, destinée à financer l'ensemble de l'offre de soins secondaire (hôpitaux et centres de santé communautaires), y compris la santé mentale, sur le territoire : ce sont les CCG qui fixent la répartition des financements. Le NHS est ensuite informé de cette répartition par les autorités locales.

Au cours des dernières années, des financements additionnels fléchés ont été consacrés à la santé mentale. Au titre de l'exercice budgétaire 2018/2019, 12,2 Md£ ont été dépensés par le *NHS England* pour la santé mentale¹⁹².

Une volonté de sortir progressivement du financement global pour les hôpitaux et les services de soins communautaires

Jusqu'en 2003-2004, le financement des hôpitaux publics reposait sur un modèle de dotation globale (« *block contract* ») indépendant de l'activité réalisée. Depuis, un paiement à l'activité (le *National Tariff Payment System*, ou *Payment by Results*, PbR)¹⁹³ a été mis en place : les

¹⁹¹ National Audit Office, *Mental Health Services: preparations for improving access*, 19 avril 2016.

¹⁹² Source : Ambassade de France au Royaume-Uni.

¹⁹³ Contrairement à ce que sa dénomination laisse entendre, il s'agit d'un financement tenant compte non des « résultats », mais de l'activité.

hôpitaux sont désormais majoritairement financés via le remboursement des soins délivrés aux patients classés par pathologies (*Health Resource Groups*, HRG). Il existe ainsi environ 1 400 tarifs pour les différentes pathologies somatiques.

La santé mentale est longtemps restée en dehors de ce système, continuant à relever d'un système de dotation globale. Depuis 2011 cependant, et surtout dans le cadre de la stratégie quinquennale *Five Year Forward View for mental health*¹⁹⁴, *NHS England* et *NHS Improvement* ont souhaité encourager les CCG et les offreurs de soins à mettre en place des procédures de financement plus transparentes et orientées vers une logique de « paiement aux résultats », en vue de remplacer progressivement le financement de la santé mentale par dotation globale. La stratégie *Five Year Forward* adoptée pour les années 2016-2020 a défini une série de principes devant guider cette réforme globale. Son ambition est :

- de financer, sur des bases transparentes, des parcours de soins de qualité permettant d'atteindre des résultats pour le patient, en phase avec les besoins de la population, en tenant compte de paramètres nationaux et locaux ;
- de permettre un financement intégré de soins intégrés lorsqu'ils sont nécessaires (par exemple en cas de comorbidité somatique et mentale) ;
- d'intégrer des normes en matière d'accès aux soins ;
- d'intégrer également des normes reflétant une approche globale de la situation du patient (par exemple : références à un logement et un emploi, ainsi que l'atteinte de résultats concernant la santé physique et l'intégration dans son environnement de vie) ;
- d'encourager l'amélioration de la productivité et de l'efficacité et la réduction des coûts lorsqu'elle est possible ;
- de promouvoir des parcours de soins permettant de réduire les crises évitables, les hospitalisations, en prenant garde de ne pas favoriser l'aggravation de la situation des personnes malades qui sont le plus difficiles à atteindre par le système de santé ;
- d'introduire des règles et orientations nationales, à la disposition des CCG au niveau local, et de permettre au personnel des CCG d'acquérir les compétences nécessaires pour prendre des décisions pertinentes.

¹⁹⁴ Février 2016.

Cette logique n'est pour l'instant qu'en voie d'appropriation par les acteurs : elle induit cependant d'importants travaux d'évaluation et d'audit. Des efforts sont engagés pour introduire une sorte de financement à l'activité, reposant sur la pathologie (*cluster*).

Au mois de novembre 2017 ont ainsi été publiés des documents détaillant les options que les CCG et les trusts peuvent retenir pour le paiement des soins en santé mentale (pour les adultes et les personnes âgées). Les CCG et les offreurs de soins peuvent, soit en rester à une approche de financement global, soit s'engager dans une approche de financement annuel du traitement des personnes malades. Ils peuvent également établir, au niveau local, des accords visant à inclure des éléments de paiement aux résultats. Une logique de paiement aux résultats pour les services de psychothérapies – *Improving Access to Psychological Therapies*, IAPT – a également été proposée aux acteurs au début 2017.

Le document tarifaire pour 2019 a demandé explicitement aux offreurs de soins et aux CCG d'adopter des méthodes de paiement combinées (« *blended payment* »), « transparentes et robustes », en lien avec les résultats. Cette approche doit inclure :

- une partie fixe basée sur l'activité prévisionnelle ;
- une partie variable ;
- un élément tenant compte de la qualité, de la mesure des résultats, de données relatives à l'accès aux soins et aux délais d'attente.

Il prévoit toutefois qu'un CCG et les offreurs de soins peuvent s'accorder sur une autre méthode de financement, à la condition qu'elle soit fondée sur le meilleur intérêt des patients, qu'elle assure la promotion de la transparence, de la traçabilité, qu'elle encourage le développement des bonnes pratiques et que le contrat conclu soit porté à la connaissance du NHS. Le financement du *Trust East London* dont les responsables ont été rencontrés par la Cour est constitué, pour environ 95 %, d'une partie fixe, la partie reliée à l'activité, à la qualité et aux résultats ne représentant que 5 %.

Les « clusters » : un outil d'information sur les patients du NHS, ayant vocation à intervenir dans le financement des offreurs de soins secondaires

Les *mental health currencies*, ou *clusters*, ont été introduits depuis 2012 pour la psychiatrie adulte et du sujet âgé. Un « cluster » constitue la description globale d'un groupe de patients présentant des caractéristiques homogènes, identifiés et classés après une évaluation médicale, en s'appuyant sur un outil de référence, le *Mental Health Clustering Tool* (MHCT). Basé sur des données médicales, il inclut également une

appréciation des besoins sociaux des patients. Il existe actuellement 21 clusters en santé mentale.

Si le classement des patients par cluster a désormais vocation à être pris en compte dans le financement des soins secondaires, ils constituent pour l'instant avant tout un outil d'information, pour les établissements comme pour le système de santé. Une logique de financement de l'activité par clusters a été désapprouvée, en effet, par le *Royal College of Psychiatrists* en 2014, au motif que le diagnostic constitue une considération secondaire, les médecins établissant le classement des patients en ayant à l'esprit également des considérations relatives au financement de leur activité.

Les clusters sont basés sur une évaluation systématique des patients à partir de deux échelles simples et utilisées largement dans de nombreux pays :

- HoNos, qui est une échelle brève permettant aux cliniciens d'évaluer leur patient sur les deux dernières semaines et qui est entrée dans les banques de données. Sont évalués : les tentatives de suicide, les problèmes de drogues ou d'alcool, les problèmes cognitifs, les troubles liés à des maladies physiques ou au handicap, les problèmes associés aux délires, à la dépression ou à l'anxiété, les troubles du comportement, les difficultés relationnelles, ainsi que les idées délirantes non psychotiques. Au-delà, sont évalués également les problèmes rencontrés dans le cadre des activités quotidiennes de base, du logement ou des occupations professionnelles. Chacun de ces items est évalué pour calculer un score ;
- SARN (*Summary of Assessments of Risk and Need*) : cette échelle permet une classification des patients fondée sur leurs besoins afin de leur permettre un accès aux services qui leurs sont nécessaires. L'évaluation prend également en considération les symptômes du patient survenus dans le passé mais qui sont pertinents pour évaluer son état actuel : un comportement agité, des tentatives de suicide, les risques que le patient présente pour les personnes vulnérables comme les enfants, l'implication du patient dans son traitement ou encore sa vulnérabilité. Ces éléments sont classés sur une échelle.

Les patients sont systématiquement évalués lors de leur adressage par le médecin généraliste. Une réévaluation est effectuée dès que prévue par le protocole de traitement, ou à tout moment justifié par la survenue d'un événement significatif. Cette information est envoyée au système dit de « paiement par résultat » pour les services de santé mentale.

Si actuellement, les données ne sont que marginalement utilisées pour financer la santé mentale, l'ambition est, à terme, de payer, au moins partiellement, les trusts à partir des informations suivantes : le nombre d'utilisateurs des services ; l'allocation prévue pour chaque patient en fonction du résultat de la classification ; un accord sur les prestations de soins qui doivent être délivrées pour les personnes qui font partie du cluster : un agrément sur un prix par cluster, qui permet au système de fournir les services dont les patients ont besoin.

d) Premiers éléments de bilan

- Des délais d'attente qui se réduisent mais demeurent insatisfaisants

Les normes de délai d'attente mises en place à compter de 2014 pour les patients ayant besoin d'une psychothérapie, en vue de les rapprocher des délais d'attente constatés pour les pathologies somatiques, ont induit des effets positifs. En 2016-2017, plus de 85 % des patients avaient attendu moins de 6 semaines et la quasi-totalité avaient attendu moins de 18 semaines avant d'être pris en charge. L'objectif était donc atteint. De même, en 2018, plus des ¾ des patients en premier épisode psychotique avaient commencé leur traitement dans les deux semaines.

- Une progression de la psychiatrie de liaison

L'enquête annuelle sur la psychiatrie de liaison en Angleterre dresse la carte de l'offre de soins disponible dans les équipes de santé mentale de liaison des services d'urgence des hôpitaux. La quatrième enquête montre une augmentation régulière de la couverture de santé mentale de liaison, avec 33 % des services fonctionnant désormais au niveau de service « Core 24 ». En 2019, les réalisations dépassaient de 20 % la trajectoire prospective de santé mentale sur cinq ans, rendant ainsi possible la réalisation de l'ambition qu'au moins 50 % des services de liaison en santé mentale répondent au minimum à la norme de service « Core 24 » d'ici 2020-21.

- Le récent rapport du Collège royal de psychiatrie sur le manque de lits

Le Collège royal de psychiatrie a publié en novembre 2019 un document sur les capacités en lits d'hospitalisation pour les patients psychiatriques : le nombre de lits est passé de 67 100 à 18 400 (baisse de 73 %) entre 1987/88 et 2019. La durée de séjour a varié mais n'a pas baissé : l'adaptation s'est faite par la diminution du nombre de patients hospitalisés ainsi que par le transfert de patients résidant dans des régions qui ont des taux très bas par le transfert sur d'autres régions.

Les patients étant évalués lors de leur admission par une grille de symptômes à l'admission (HoNos), l'analyse de ces grilles d'admission montre que le seuil d'admission à l'hospitalisation a augmenté. De même, les patients qui quittent l'hôpital, bien que jugés aptes à le faire, présentent plus de symptômes qu'avant. Certains services ont des listes d'attente. Les problèmes de santé mentale ont augmenté à l'hôpital général et au sein des services d'urgence, en rapport avec une meilleure détection et avec l'amélioration de la psychiatrie de liaison. La situation est cependant variable suivant les régions.

Le Collège royal de psychiatrie conclut que la « révolution psychiatrique » n'est pas terminée et que des problèmes importants persistent, en particulier celui des patients qui sont envoyés dans une autre région par manque de places d'hospitalisation. Le taux d'occupation dépasse souvent les 85 % recommandés et il existe des listes d'attente. Le Collège royal de psychiatrie rappelle les objectifs du plan quinquennal, de ramener la durée de séjour moyenne nationale à 32 jours et d'améliorer les soins de proximité. Il réclame donc de nouveaux moyens et souligne la décision du gouvernement d'investir 2,3 Md€ dans les soins psychiatriques, en particulier dans les soins dans la communauté.

- *Etude du King's Fund : la santé mentale est encore en attente de parité*

Une étude du *King's Fund* (un *think tank* britannique spécialisé dans les questions de santé) datée de 2018¹⁹⁵ dresse un bilan mitigé de la politique et des financements mis en place pour satisfaire l'ambition de « *parity of esteem* ».

Se basant sur les comptes du NHS, les statistiques nationales sur l'emploi, des rapports d'inspection des CCG des 54 trusts en santé mentale et l'analyse des comptes rendus des conseils d'administrations de 8 trusts de santé mentale, le *King's Fund* montre que l'ambition d'une « parité des financements » ne s'est traduite que très progressivement dans les faits. Il estime ainsi que 40 % des trusts en santé mentale ont vu leur dotation baisser en termes nominaux entre 2012 et 2014, et que cette proportion est même passée à 50 % entre 2014 et 2016. La situation s'est depuis nettement améliorée, avec 85 % des trusts dont les budgets ont été augmentés en 2016-2017. Ce progrès a pu être réalisé notamment parce que des financements ont été spécifiquement fléchés au niveau national au cours de la période la plus récente.

¹⁹⁵ Helen Gilbert, *Funding and staffing of NHS mental health providers: still waiting for parity*, King's Fund, janvier 2018.

Le *King's Fund* note cependant que les financements additionnels pour améliorer la prise en charge de la santé mentale n'ont pas nécessairement été utilisés à cette fin.

Par ailleurs, si les années récentes ont vu une progression significative du nombre de psychiatres, le nombre d'infirmiers en santé mentale dans les hôpitaux a significativement décru entre 2009 et 2017, entre 13 % (estimation officielle) et 25 % (estimation du *King's Fund*). Le nombre d'infirmiers intervenant comme personnel de soutien dans les services de santé communautaires a également décru, à cause d'un redéploiement insuffisant des services hospitaliers vers les soins communautaires. La *Care Quality Commission* a souligné que les manques de personnels dans les services de santé mentale sont l'un de ses domaines de préoccupation importants.

3 - Éléments sur la gradation des soins aux Pays-Bas

Aux Pays-Bas, l'organisation des soins en santé mentale et en psychiatrie est graduée. Les soins pour les patients souffrant de troubles légers ou modérés, soit 25 % de la population environ, sont assurés par un panel varié de professionnels, dans le système de soins primaires : le généraliste, le psychologue et parfois même un intervenant en amont, conseiller ayant une formation en psychologie ou infirmier. Les soins spécialisés sont réservés aux patients souffrant des pathologies les plus sévères et ne sont pas accessibles en premier recours.

a) Pour les troubles modérés, le rôle central du médecin généraliste

Les médecins généralistes sont ainsi au centre du dispositif et ont la responsabilité d'orienter le patient. Toutefois une nouvelle profession a été créée en 2009, d'aide-psychologue, placé auprès du médecin traitant. Ce professionnel a pour mission d'orienter le patient, de recueillir l'ensemble des éléments nécessaires à la compréhension du contexte de vie (juridique et relatif à son environnement familial ou affectif), éventuellement d'aider le patient à ordonner ses démarches essentielles. Le recours à un tel assistant, facultatif, s'est très vite répandu puisque près des deux tiers des médecins généralistes y faisaient appel en 2018, pour des durées variables.

Même à un deuxième niveau de troubles reconnus comme d'une certaine gravité mais ne relevant plus de soins médicaux ni de soins complexes spécialisés, le médecin traitant peut privilégier un « adressage » à des psychologues, pour lesquels une durée de soins déterminée est accordée (en Grande-Bretagne, de même, les services du NHS peuvent proposer une offre de soins complémentaire d'une prestation médicale,

incluant le recours à un traitement médicamenteux ou une orientation vers une psychothérapie, effectuée par un psychologue).

*Pour les troubles sévères demandant un suivi à domicile,
l'organisation d'équipes mobiles pluridisciplinaires*

Pour les patients souffrant de pathologies sévères et complexes, ont été mises en place des équipes sur le modèle des ACT britanniques, les « *Flexible Assertive Community Teams* »¹⁹⁶, c'est-à-dire des équipes multidisciplinaires qui interviennent au domicile des patients en tant que de besoin. Ces équipes sont destinées aux patients psychotiques ou aux patients qui ont de nombreux problèmes mentaux, financiers et sociaux. On compte aujourd'hui une équipe FACT pour 50 000 habitants.

L'équipe est composée de 8 à 10 personnes à temps plein : psychiatre, psychologue, infirmiers, travailleur social, ex-patient (ou « pair aidant »), ergothérapeute spécialiste de l'emploi, spécialiste de l'usage des substances, spécialiste des enfants et adolescents et spécialiste des déficiences. À cette équipe, s'ajoute une personne décrite comme permettant de résoudre les problèmes concrets, dont les problèmes financiers (par des contacts avec les propriétaires, les banques, etc.). Les FACT suivent des normes précises ; ils ont des standards et sont certifiés.

Il existe par ailleurs un service de crise qui intervient à domicile après un entretien téléphonique d'évaluation, entre deux heures et un jour après l'appel selon l'estimation de rapidité exigée pour l'intervention. Les patients reçoivent tous un numéro d'appel. Le service est composé de deux infirmiers psychiatriques avec un psychiatre de support en couverture, mais qui n'est pas présent lors de l'intervention. Ces infirmiers font l'évaluation, apprécient si une hospitalisation est nécessaire et essaient de persuader le patient de se faire soigner. Si cela n'est pas possible, une hospitalisation sans son consentement est déclenchée. Pour ces cas, une réflexion a été menée pour éviter la stigmatisation lors de l'hospitalisation, par exemple grâce à l'utilisation de voitures banalisées pour éviter la venue visible de la police ou d'une ambulance et si la police intervient, c'est le plus discrètement possible.

En plus des équipes (et du programme) FACT, il existe un programme couvrant tout le pays pour les interventions précoces sur les psychoses débutantes et un programme spécifique pour la psychiatrie pénitentiaire.

¹⁹⁶ J. Remmers van Veldhuizen, « FACT: A Dutch Version of ACT », *Community Mental Health Journal*, vol. 43, n° 4, août 2007.

En 2018, 617 établissements de santé ont répondu à la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) pour la prise en charge hospitalière en psychiatrie. Plus de la moitié d'entre eux appartiennent au secteur public, qui dispose de 67 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) et de la quasi-totalité de l'offre ambulatoire de psychiatrie.

L'autre moitié des établissements répondant à la SAE se répartit à parts égales entre les cliniques privées, qui, pour l'essentiel, prennent en charge une activité d'hospitalisation à temps plein, et les établissements privés à but non lucratif.

62 % des établissements dispensant des soins psychiatriques sont spécialisés en psychiatrie, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline (monodisciplinaires). C'est le cas de la quasi-totalité des établissements privés à but lucratif ayant une activité de psychiatrie. En revanche, les établissements pluridisciplinaires sont en grande majorité des établissements publics.

Réponses des administrations et organismes concernés

Sommaire

Réponse du ministre des solidarités et de la santé	175
Réponse du directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)	182
Réponse de la présidente du collège de la Haute Autorité de santé (HAS)	185
Réponse du directeur du groupe hospitalier universitaire Paris Psychiatrie et neurosciences	185
Réponse du directeur général de l'agence régionale de santé d'Île-de-France	186
Réponse du directeur général de l'agence régionale de santé du Grand Est	186
Réponse du directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur	187
Réponse du directeur général de l'agence régionale de santé du Centre-Val de Loire	188
Réponse du directeur général de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes	188

Destinataires n'ayant pas d'observation

Directrice générale de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap)
Monsieur le directeur général de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
Monsieur le directeur général Association hospitalière de Bourgogne-Franche-Comté
Madame la directrice du centre hospitalier Sainte-Marie de Nice
Madame la directrice des exploitations santé mentale du groupe Ramsay Générale de Santé
Monsieur le directeur général de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine

RÉPONSE DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Vous m'avez transmis le projet de rapport public thématique intitulé « les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie » que la Cour se propose de publier prochainement et je vous en remercie.

1. Je tiens tout d'abord à souligner l'opportunité, la richesse et l'apport de cette enquête.

Comme la Cour le rappelle, dix ans après son dernier rapport thématique sur la santé mentale, celui-ci intervient dans le contexte d'une réforme multiforme de l'organisation des soins en santé mentale et psychiatrie, aujourd'hui portée par la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » présentée en juin 2018 et pilotée par le Pr. Frank BELLIVIER, Délégué Ministériel.

Après de multiples rapports qui l'appelaient de leurs vœux, une dynamique est engagée, à travers des objectifs partagés et la mobilisation des différents acteurs impliqués, au national et dans les territoires, pour redonner à la santé mentale et à la psychiatrie la place éminente qui leur revient dans nos politiques de santé : la première, pour les troubles et pathologies psychiatriques dans les maladies, les causes de handicap et dans nos dépenses de santé.

La question du parcours de soins en psychiatrie est donc centrale à ce titre. Elle entre de surcroît en résonnance avec les réflexions et démarches les plus actuelles touchant à l'architecture d'ensemble de notre système de soins : loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; démarche « ma santé 2022 » et loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ; et tout dernièrement, mesures du Ségur de la santé, consécutivement à la crise sanitaire de la Covid-19, qui a mis en lumière la vulnérabilité psychique de nombreux français comme les formidables capacités d'adaptation et d'innovation des établissements psychiatriques. Le quatrième pilier du Ségur de la santé, « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers » rejoint en effet nombre des préoccupations exprimées par la Cour s'agissant du parcours de soins en psychiatrie.

L'initiative et les réflexions de la Cour sont convergentes avec la démarche conduite aujourd'hui par le ministère des solidarités et de la santé, et notamment : la construction de parcours de soins gradués et personnalisés et la définition de la place de chacun des acteurs au sein de ce parcours ; la mobilisation des différents outils mis à disposition de ces acteurs ; la nécessité de documenter les objectifs et leur atteinte par des indicateurs pertinents.

2. Je partage pleinement le constat et le diagnostic étayés posés par la Cour, même si certaines données appellent des correctifs, des nuances ou des compléments.

Dans le PMSI, les données de la psychiatrie sont référencées dans les bases du RIMP-P et non « PMSI « psy », il serait nécessaire d'harmoniser l'appellation dans l'intégralité du rapport. Par ailleurs, les diagnostics psychiatriques tels qu'ils sont codés dans le RIM-P mériteraient d'être présentés avec beaucoup de précautions dans l'entièreté du rapport. Il est en effet admis que, dans le champ de la santé mentale, le codage diagnostic souffre d'une variabilité entre codeurs très importante, notamment parce que de nombreux psychiatres refusent de poser un diagnostic stigmatisant qui risquerait de poursuivre « à vie » certains patients. De plus, les catégories diagnostiques en psychiatrie font l'objet de vifs débats et oppositions de paradigmes dans la communauté psychiatrique.

Il semblerait également utile de préciser la méthode d'approximation des prévalences de pathologies mise en place par la CNAM dans les données du Système national des données de santé (SNDS) par ailleurs mobilisées dans ce rapport. Des algorithmes sont en effet construits à partir des données de consommation de soins (médicaments), des bases de données hospitalières et de la base des affections de longue durée (ALD). Ces algorithmes ont le mérite de permettre une certaine estimation de pathologies rares, telles que les troubles psychotiques ou bipolaires.

Par ailleurs : La formulation « même s'il est difficile d'estimer avec précision la part respective des dépenses ambulatoires et des hospitalisations à temps plein » peut conduire à un contresens si elle n'est pas davantage précisée : l'ambulatoire est-il à comparer à l'hospitalisation dans son ensemble (à temps complet et partiel), ou alors faut-il opposer l'hospitalisation à temps plein à l'ensemble des alternatives ? Des travaux récents penchent pour la deuxième solution. En effet, la Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE) permet de connaître la répartition des ressources humaines (médicales et non médicales) des secteurs et établissements entre l'hospitalisation à temps plein et ses alternatives. Cela permet d'identifier la part respective des dépenses allouées à l'hospitalisation à temps plein et aux formes de prises en charge qui comportent, outre l'ambulatoire, les hospitalisations partielles et prises en charge à temps complet en dehors de l'hôpital, comme en appartement thérapeutique ou en famille d'accueil. Cet indicateur a été mobilisé par plusieurs études récentes. A ce titre, la phrase « Le nombre des patients traités en ambulatoire par les secteurs de

psychiatrie ne cesse d'augmenter », si elle est globalement exacte, mériterait d'être chiffrée et modulée.

Enfin, quelques références pourraient être privilégiées ou complétées. S'agissant de l'offre médico-sociale multiforme, il est préférable de mentionner l'enquête ES « handicap » mais aussi la source exacte. S'agissant de l'incidence de la pandémie de covid-19 sur les troubles de santé mentale et de psychiatrie, l'enquête EpiCov de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) devrait être évoquée : elle a soumis en mai et octobre 2020 un questionnaire visant à évaluer et détecter les syndromes dépressifs, à un échantillon représentatif de plus de 14 000 personnes de quinze ans et plus. Les données, en cours d'exploitation, permettront de comparer les prévalences des syndromes dépressifs avec les enquêtes de Santé Européenne EHIS de 2014 et 2019 qui comportent le même outil de détection. Pourrait être également mentionné le retour d'expérience (RETEX) de la crise Covid-19 dans le secteur de la santé mentale et de la psychiatrie réalisé durant l'été par la Délégation Ministérielle à la Santé Mentale et à la Psychiatrie avec l'appui de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) et mise en ligne sur le site du ministère.

3. Les recommandations de la Cour s'intègrent dans une approche globale de la politique de santé mentale dont l'impact psychologique de la crise sanitaire souligne la nécessité, l'urgence et la pertinence.

La démarche de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie » vise précisément à mieux structurer le parcours de soins, dans le sens préconisé par la Cour : c'est tout l'objet de son axe 2 « Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ». La Cour identifie à cette fin, une série de leviers majeurs dont elle invite à renforcer l'efficacité et la cohérence. J'évoquerai les principaux d'entre eux.

- Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM). *La Cour souligne avec raison l'avancée que représentent les PTSM qui mettent en relation tous les acteurs du parcours de soins en santé mentale sur un territoire. Les travaux engagés, via l'élaboration de diagnostics partagés, ont suscité une dynamique très positive, unanimement saluée. S'ils ont été retardés par la crise Covid, ils vont aboutir très prochainement et se concrétiser de façon opérationnelle dans les Contrats Territoriaux de Santé Mentale (CTSM). 104 PTSM ont été recensés, de niveau départemental pour 85 % d'entre eux. 91 PTSM sont finalisés, dont 1/3 ont déjà été arrêtés et 55 % en cours d'examen par les ARS. Pour garantir la poursuite de cette dynamique et en lever les limites signalées par la Cour, plusieurs mesures sont en cours ou envisagées. Outre l'élaboration des CTSM précités (8 sont déjà signés), qui fixeront les objectifs sur lesquels*

les acteurs vont s'engager, le financement, prévu dès cette année par le Ségur de la santé, d'un poste de coordonnateur pour chaque PTSM, permettra de poursuivre leur intégration des PTSM. Il permettra de renforcer les articulations entre la médecine de ville, le secteur hospitalier, le médico-social et le social, et de faire le lien indispensable avec les Communautés Psychiatriques de Territoires (CPT), les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), les dispositifs d'Appui à la Coordination, les différentes administrations déconcentrées de l'État et les collectivités territoriales. En ce qui concerne la **recommandation 3** de la Cour visant à doter les PTSM d'un socle d'indicateurs, elle va faire l'objet d'un examen très attentif. La DREES et l'IRDES ont déjà regroupé plus de trois cents indicateurs d'activités et d'offre de soins psychiatriques à différents échelons territoriaux sur le site <http://santementale.atlasante.fr/>. La DREES engage en 2021 un travail de sélection et de mise à jour des indicateurs les plus pertinents à l'usage des services et des chercheurs. La plupart de ces indicateurs n'est disponible qu'à l'échelon départemental et pour l'année 2015. Certains de ces indicateurs pourraient correspondre à ceux envisagés dans la recommandation et il serait envisageable de les mettre en priorité à la disposition des équipes en charge des PTSM, en les adaptant au niveau de territoire retenu pour chaque PTSM et en veillant à leur cohérence avec les indicateurs qui seront retenus dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie.

- **Les appels à projets et la réforme du financement de la psychiatrie.** Les appels à projets nationaux (Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie-FIOP; Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent-PEA) ou régionaux (circulaire Réhabilitation Psycho-Sociale-RPS) constituent un autre outil de déclinaison des priorités des PTSM. La Cour en souligne toutefois les limites, via le risque d'empilement des dispositifs sans analyse critique de l'existant. Si j'entends cette critique, elle doit toutefois être nuancée et ne pas oblitérer l'impulsion et la réelle dynamique de transformation qu'ont suscité ces appels à projets, comme en témoigne leur succès (des centaines de projets transmis aux ARS, dont 83 projets retenus au total pour PEA sur les deux années 2019 et 2020 : 118 pour le FIOP). Ces projets sont très majoritairement de grande qualité, appuyés sur des réflexions pertinentes autour des parcours, à la lumière des PTSM et dans le cadre des CPT et sur l'expérience des réorganisations auxquelles ont été contraints les établissements en réponse à la crise sanitaire. Une évaluation des appels à projets FIOP et RPS est par ailleurs prévue sur le premier semestre 2021. Enfin, appuyé sur les PTSM puis les CTSM qui ont vocation à transformer l'offre, et donc à remettre en question l'existant, l'encouragement à l'innovation inauguré avec ces appels à projets va trouver son prolongement et sa consolidation dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie notamment à

travers l'articulation dynamique de ses compartiments « nouvelles activités », « transformation de l'offre » et « dotation populationnelle ».

- **Les autorisations.** La réforme des textes réglementaires organisant les conditions d'autorisation des établissements à exercer une activité de psychiatrie a été engagée sous l'égide de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), motivée par les différentes préoccupations dont la Cour se fait l'écho et s'intégrant dans la même visée d'un parcours de soins gradué et cohérent que celui qu'elle préconise dans sa **recommandation 1**. Deux principaux groupes d'objectifs assignés à cette réforme ont été identifiés : (i) définir des conditions techniques de fonctionnement des différentes formes d'activités qui s'imposeront à tout établissement qui sollicitera une autorisation d'activité en psychiatrie, quel que soit son statut juridique ; et (ii) garantir la traçabilité de l'activité pluridisciplinaire ou une obligation de coordination, interne et externe à l'établissement, permettant de garantir la continuité des parcours et la faisabilité de programmes de prise en charge personnalisés. A cet effet, un projet d'ordonnance sera soumis prochainement au Conseil d'Etat avec deux modifications majeures pour la psychiatrie : les établissements de santé autorisés en psychiatrie accueillant des personnes en soins sans consentement ne seront plus désignés mais autorisés par le directeur général de l'ARS pour l'exercice de cette mission : la notion de gradation des soins sera introduite pour l'activité de psychiatrie, avec la précision que la mission de psychiatrie de secteur s'intégrera dans la gradation des soins. Parallèlement, les travaux concernant la réforme des autorisations vont se poursuivre au sein d'une sous-commission de la nouvelle Commission Nationale de la Psychiatrie, tout récemment installée sous la présidence du Pr Michel LEJOYEUX et qui rassemble les principaux acteurs du soin psychiatrique de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant. La question de la gradation des soins et de l'articulation du secteur et du Centre Médico-Psychologique (CMP), avec la ville (professionnels libéraux, notamment médecins généralistes) sera étudiée dans ce cadre, en lien avec les sous-commissions en charge de ces thématiques (offre de soins, lien avec la médecine générale, soins non programmés). Ces travaux prendront en compte les conclusions et les propositions formulées dans le rapport IGAS sur les CMP en cours de publication. Ils examineront notamment la **recommandation 5** de la Cour visant à repositionner les CMP en deuxième ligne, avec un accès déterminé par orientation du médecin traitant. Sous réserve de cet avis-expert plus circonstancié, je serais a priori favorable à cette recommandation, via l'intégration de cette priorité dans les PTSM et leurs CTSM. Les acteurs de première ligne pour l'activité de dépistage, repérage précoce et prise en charge de troubles légers à modérés, doivent être renforcés et distingués de ceux des CMP qui assurent le suivi conventionnel des pathologies psychiatriques. L'enjeu de

l'accès aux soins impose que ces deux fonctions soient fortement articulées, la ligne spécialisée pouvant intervenir en soutien et en collaboration de la première ligne - et tout particulièrement avec le médecin traitant -, qui doit être renforcée. Les psychiatres et les CMP doivent rester néanmoins en accès direct, pour accueillir une partie de la population qui sinon, ne pourrait plus avoir accès à ces soins (personnes sans médecin traitant, jeunes adultes, précaires, migrants, sortants de détention etc.).

- **Les CPOM.** *La Cour invite à enrichir les CPOM des établissements autorisés d'un socle d'indicateurs relatifs au parcours des patients (recommandation 2). Même si ces indicateurs ne sont pas encore définis à ce stade, des travaux sont déjà bien avancés avec la HAS et la documentation d'objectifs, via des indicateurs, est déjà bien anticipée dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie (indicateurs retenus pour le compartiment Dotation à la Qualité à partir de la démarche IFAQ, avec des indicateurs propres à la psychiatrie). Dans le prolongement de ces démarches, une réflexion particulière sur les indicateurs CPOM pourra être menée, en lien avec la réforme des autorisations (amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, gradation des soins) et la réforme du financement (compartiment financement à la qualité). Elle pourra s'appuyer sur les travaux engagés par la HAS, ainsi que par l'ATIH et la CNAM en cohérence avec les indicateurs de la DREES précités. La Cour invite par ailleurs à étayer par un schéma régional décliné par zones d'intervention, la description dans le CPOM, des missions exercées dans le cadre des secteurs. Cette proposition doit être examinée avec attention, à la lumière des nombreux autres documents programmatiques déjà exigés. Ainsi la plupart des Projets Régionaux de Santé (PRS) comportent déjà un volet « parcours de santé mentale », qui a vocation à être développé et éclairé, au niveau de chaque territoire de santé mentale. Enfin le nouveau modèle de financement de la psychiatrie obligera de fait à réaliser ce schéma de manière pragmatique à travers son volet populationnel et à l'intégrer au PRS.*

- **Les psychologues.** *La Cour préconise de généraliser dès que possible la prise en charge par l'assurance maladie des psychothérapies faites par des psychologues et prescrites par le médecin traitant (recommandation 4). Dans la poursuite des expérimentations de la CNAM sur la « prise en charge non-médicamenteuse des troubles légers à modérés » menées dans 4 départements, mais aussi de l'expérimentation « Ecoute'Emoi » et des dispositifs de coordination précoce mis en place dans le cadre de la stratégie « autisme au sein des troubles du neuro-développement », et enfin, à la lumière du rapport de l'IGAS sur l'inclusion des psychologues libéraux dans le parcours de soin, je vous confirme que*

la mise en place d'un dispositif de première ligne reposant sur un binôme « médecin généraliste - psychologue » a constitué une priorité de l'année 2020. Des travaux à un rythme intense ont été conduits sur l'année écoulée, sous l'égide du Délégué ministériel, appuyé par la CNAM, la DSS et la DGOS, avec les représentants professionnels. Ce chantier prioritaire a connu une accélération dans le cadre du Ségur de la Santé, compte tenu notamment des conséquences psychologiques de l'épidémie sur la population. Des crédits ont été alloués pour renforcer les CMP avec la création de 160 postes de psychologues. Par ailleurs, les Maisons de Santé Pluri-professionnelles (MSP) seront prochainement renforcées avec l'équivalent de 200 ETP de psychologues et des travaux sont en cours pour accompagner cette mesure. Celle-ci annonce le déploiement du dispositif plus ambitieux de première ligne « médecin généraliste-psychologue ».

Si ce chantier avance à grand pas, le sujet de la prise en charge par l'assurance maladie de psychothérapies appelle des travaux complémentaires. Au préalable, il convient de s'assurer que toutes les conditions sont réunies, relatives aux mécanismes juridiques et financiers, à l'encadrement des pratiques, à la structuration de la formation des psychologues et ce alors que l'impact budgétaire d'un remboursement des psychothérapies serait probablement bien plus conséquent que les 85 M€ mentionnés par la Cour pour un élargissement de l'expérimentation actuellement en cours.

*- **Les sources d'informations.** Je souscris à l'invitation de la Cour de mieux utiliser et enrichir les sources d'information. S'agissant plus particulièrement de sa **recommandation 6** visant à réaliser une enquête épidémiologique en population générale tous les dix ans, sa faisabilité doit être réexaminée au regard de la mobilisation des moyens et des coûts qu'elle paraît devoir appeler, estimés en première analyse par la DREES à 8 millions d'euros. Ces coûts élevés s'expliquent notamment par la nécessité de réaliser des entretiens en face à face et une enquête filtre de très grande ampleur (plus de 100 000 répondants nécessaires) pour cibler ensuite dans l'enquête principale les populations présentant le plus de troubles psychiques. Sans un tel investissement, l'expertise de la DREES avait conduit en 2017 à conclure qu'il n'était pas possible de réaliser une enquête de ce type d'une qualité statistique suffisante et à y renoncer. La DREES réalisera toutefois entre 2021 et 2023 une enquête sur le handicap (Autonomie) qui pour la première fois aura un volet approfondi sur le handicap psychique et la santé mentale. Elle sera réalisée en ménages ordinaires, en prison, et dans diverses institutions accueillant des personnes ayant des troubles psychiatriques.*

Ces différents leviers de gradation du parcours de soins font ainsi l'objet d'évolutions et d'une mobilisation largement conformes aux orientations préconisées par la Cour pour en accroître l'efficacité. D'autres leviers auraient pu être mentionnés et davantage soulignés, tout particulièrement celui consistant en une meilleure intégration des usagers eux-mêmes et des familles dans le parcours de soins, via la mobilisation de leur savoir expérientiel (pairs-aidants, médiateurs de santé pairs...). Comme le souligne la Cour dans sa conclusion, le contexte est favorable à la mise en synergie de ces différents leviers. La création d'une fonction de délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie et d'un organisme consultatif expert, le comité national de la psychiatrie, est en effet destiné à garantir une continuité de l'action et un pilotage dans le temps de ces évolutions. Ces évolutions, il convient enfin de le rappeler, s'intègrent elles-mêmes dans une approche transversale de la santé mentale qui doit articuler les trois dimensions de la prévention, du parcours de soins et de l'insertion sociale.

En inscrivant la démarche du rapport dans la continuité de précédents rapports (rapports Couty, Lopez, Laforcade, pour n'en citer que quelques-uns), en la focalisant volontairement sur le parcours de soins, en adoptant le parti de questionner la pertinence, non pas de la stratégie, mais des outils qui peuvent permettre son succès, et en centrant le propos sur le mode d'emploi et le meilleur usage possible des outils à disposition des acteurs, cette enquête de la Cour revêt ainsi une visée très opérationnelle. C'est une contribution précieuse pour mon ministère, à l'heure où il doit mettre en place ou conduire des chantiers fortement structurants.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

La Cour insiste sur l'intérêt de l'expérimentation de prise en charge de stratégies non médicamenteuses dans les troubles anxieux et dépressifs, dont elle propose la généralisation dès que possible. La manière dont cette expérimentation est présentée par la Cour appelle cependant plusieurs remarques de la part de la Cnam.

Il convient de rappeler que ce dispositif ne se limite pas à un remboursement de séances effectuées par des psychologues. Il s'agit d'une expérimentation organisationnelle visant à tester des stratégies non médicamenteuses incluant un parcours précis, des outils adaptés et un travail coordonné pluri-professionnel impliquant le médecin généraliste, le psychologue, mais aussi le psychiatre.

La Cour recommande une généralisation « dès que possible » et, il peut être compris implicitement, tel quel, du dispositif expérimenté avant même que les éléments définitifs d'évaluation soient connus. La Cnam souhaite rappeler les points suivants :

- L'expérimentation porte sur 4 départements pilotes, où la mise en œuvre et la cinétique de l'expérimentation ne sont pas identiques. Il convient donc d'observer une grande prudence dans l'appréciation générale qui peut en être faite à ce stade.

- Les éléments probants issus des évaluations menées par la Cnam sont principalement des études qualitatives de panel portant sur une trentaine d'acteurs au total (patients, médecins, psychiatres et psychologues confondus...) et ne peuvent constituer en l'état un corpus suffisamment probant. Une très grande variabilité en fonction des territoires appelle à une certaine prudence et nécessite d'attendre des résultats plus approfondis avant de tirer toute conclusion sur une généralisation et surtout sur ses modalités.

- Le rapport anticipe un impact économique positif de l'expérimentation. Les sources d'économie se situent certainement moins dans la baisse des dépenses directes que dans l'impact indirect de l'expérimentation, notamment en termes de réduction d'arrêts de travail et d'indemnités journalières, principales sources d'impact économique, dans l'évaluation du programme « Adult Improving Access to Psychological Therapies » en Angleterre, par exemple. Quoiqu'il en soit, il n'existe, à ce stade de l'évaluation de l'expérimentation, encore aucun élément chiffré permettant de conclure que l'expérimentation a produit de tels résultats. Une généralisation trop rapide du dispositif pourrait même rendre impossible son évaluation.

La Cour estime que l'impact budgétaire anticipé est modéré. Toutefois, dans sa première année, les inclusions dans le dispositif ont très largement dépassé les critères d'inclusion, ce qui a conduit la Cnam à mettre en place un dispositif équivalent à une mise sous accord préalable (MSAP) qui a provoqué diminution importante du nombre d'inclusions. En situation de généralisation, cela constitue un risque financier majeur, ce que la Cour suggère d'éviter en maintenant une forme de « filtre ». L'inscription plus forte du dispositif dans une logique pluri-professionnelle et coordonnée pourrait amener à une forme de maîtrise alternative de ce risque, et fait l'objet de réflexions dans le cadre de la mesure relative à la présence de psychologues dans les maisons de santé pluri-professionnelles prévue dans les conclusions du Ségur.

Enfin, il ne ressort pas des évaluations présentées par la Cour que le remboursement direct des psychologues implique l'inscription de cette profession comme profession de santé dans un cadre conventionnel. D'autres options existent et pourraient être envisagées, notamment un forfait alloué aux structures pluri-professionnelles (maisons de santé pluri-professionnelles /Centres de santé) et un financement de l'activité des psychologues transitant par la structure. Ce type de dispositif de financement valoriserait un parcours en santé mentale qui s'inscrit dans une prise en charge pluri-professionnelle et conforterait le rôle des structures pour réguler et évaluer le financement.

La Cnam souhaite par ailleurs attirer l'attention de la Cour sur les travaux en cours avec la Délégation ministérielle à la Santé mentale et à la psychiatrie (DMSMP), inscrits en partie dans la mesure 31 du Ségur de la Santé visant à renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population en permettant l'« accès à des consultations de psychologues ambulatoires dans des maisons de santé pluri-professionnelles ». Cette mesure est une première étape dans l'inclusion des psychologues dans le parcours de soins et des évolutions quant à la prise en charge des psychothérapies sur le territoire national. Son déploiement et l'analyse qui pourra en être faite pourront ainsi être confrontés au dispositif expérimental de la Cnam, permettant de préparer un déploiement plus large dans les meilleures conditions en s'appuyant sur ces deux processus complémentaires.

Par ailleurs la Cnam relève que la santé mentale est l'un des champs dans lesquels l'innovation technologique et la télémédecine peuvent rapidement progresser et modifier certains aspects de prise en charge. Il s'agit d'un aspect important qui pourrait être utilement mis en perspective dans les travaux de la Cour.

À titre d'illustration, la Cnam souhaiterait engager une expérimentation avec la solution de téléconsultation en psychiatrie QarePsy, dans le cadre de l'avenant 8 de la Convention médicale qui permet la réalisation d'expérimentations en dérogeant au cadre posé dans l'avenant 6 pour le remboursement des téléconsultations.

Ce projet permettrait aux patients de consulter un médecin psychiatre en ville plus rapidement accessible grâce à la téléconsultation, en dehors des notions de réponse territoriale et de connaissance préalable du patient ou de consultation en présentiel dans les 12 mois précédents avec le téléconsultant. Il répondrait aussi à une demande de soins psychiatriques par une première prise en charge en téléconsultation, notamment sur les territoires en forte tension démographique, avec orientation vers un psychiatre pour une prise en charge en présentiel.

Enfin, la Cnam prend acte avec intérêt de la recommandation de la Cour qui soutient la démarche d'amélioration d'un accès gradué aux soins en matière de santé mentale dans laquelle elle s'est engagée depuis 2015.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU COLLÈGE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS)

C'est avec le plus grand intérêt que la Haute Autorité de santé a pris connaissance du projet de rapport public sur les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie que la Cour des comptes se propose de publier prochainement.

Ce document appelle toutefois de notre part les remarques suivantes :

- *Dans la mesure où la multiplicité des missions de la HAS dans le champ des soins en psychiatrie est mentionnée, un lien pourrait être fait vers son programme « psychiatrie et santé mentale » 2018-2023, actualisé en octobre 2020 (https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has).*
 - *La Cour évoque les exigences du nouveau référentiel de certification des établissements de santé en termes de continuité dans les soins. Il pourrait également être utile de porter à la connaissance du lecteur que la HAS développe et recueille des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), outils clés de l'évaluation de la continuité des soins. Dans ce cadre, les indicateurs « qualité de la lettre de liaison à la sortie » et « coordination ville-hôpital » peuvent notamment être cités.*
-

RÉPONSE DU DIRECTEUR DU GROUPE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE PARIS PSYCHIATRIE ET NEUROSCIENCES

Conformément aux articles L. 143-8 et R. 143-13 du code des juridictions financières, notre établissement a été invité par vos soins à fournir des éléments de réponse à vos observations préalables. La partie du rapport précité concernait, pour le GHU Paris le fonctionnement du centre d'accueil permanent (CAP) de l'unité Maison Blanche-Hauteville.

A l'inverse de ce que pouvait laisser penser la rédaction initiale, le CAP d'Hauteville constitue bien un centre d'accueil et de crise pour les patients sectorisés dans les 8^{ème}, 9^{ème} et 10^{ème} arrondissement de Paris. Les

patients peuvent en effet se présenter au CAP d'Hauteville de jour comme de nuit ou être orientés dans cette structure via les services d'urgence. Ils peuvent être pris en charge au sein du CAP d'Hauteville pour une durée maximale de 72 heures. Après évaluation, les patients sont adressés si nécessaire sous contrainte dans les unités classiques du secteur, ou bien être hospitalisés en soins libres.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE**

Dans le cas des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), l'Agence régionale de santé Ile-de-France est globalement en accord avec les diagnostics et projets reçus. Pour perfectibles qu'ils soient parfois, ils constituent les premiers livrables d'un véritable travail collectif. S'il s'avérait que les priorités fixées au niveau régional pour la santé mentale étaient insuffisamment traduites dans certains territoires, la phase de contractualisation permettrait de rapprocher les visions locales et régionales pour une dynamique plus efficace et une meilleure cohérence des projets au niveau de la région.

Au total, la démarche d'élaboration des PTSM a permis de fédérer de façon constructive et opérationnelle les différents acteurs de la santé mentale au niveau des territoires, l'enjeu sera de maintenir cette dynamique dans la phase de mise en œuvre.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE
RÉGIONALE DE SANTÉ DU GRAND EST**

Par un courrier de juin 2020, Dr Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, alors Directrice générale de l'ARS Grand Est, avait eu l'occasion de soumettre des remarques à la Cour des Comptes portant notamment sur la place de la santé mentale au seins des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) et la place des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) et des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) dans le maillage territorial de l'organisation des soins de psychiatrie de notre région.

Aussi, je vous confirme que les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), dont les travaux ont mobilisé une pluralité des acteurs des différents champs de la santé mentale et ont permis de construire ou consolider des liens fonctionnels, principalement entre les acteurs

sanitaires, et médicosociaux, constituent le principal outil territorial de coopération de ce parcours.

Par ailleurs, le positionnement par l'ARS Grand Est de la santé mentale comme l'un des parcours prioritaires au sein des projets médicaux partagés des CHT, l'encouragement d'intégrer un volet santé mentale dans les contrats locaux de santé et de développer les CLSM apportent un niveau de proximité supplémentaire à cette coopération.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

L'extrait évoque une analogie à opérer avec la cancérologie en matière de régime d'autorisation. La réforme des autorisations en cours au Ministère doit permettre d'améliorer l'organisation des soins dans une approche territoriale de gradation des soins (soins de proximité, de recours, équipes de référence). Les conditions techniques de fonctionnement doivent, en effet, être revues pour faire du système d'autorisation un outil de régulation, cette réforme répondant à une logique globale d'accès aux soins et de continuité des prises en charge (logique de parcours).

Les enjeux sont notamment de garantir l'accès aux soins et améliorer l'offre en favorisant des organisations territorialisées (regroupement, gradation).

Il faut, cependant, noter qu'une approche par parcours en psychiatrie conduit à analyser les blocages liés aux modalités de sortie des patients. S'il revient à la psychiatrie d'organiser les modalités d'accompagnement à domicile pour le volet soins, elle ne peut assurer l'accompagnement social ni compenser les insuffisances de l'offre médico-sociale pour les personnes à handicap psychique.

Les urgences constituent un point d'entrée majeur dans le parcours de soins des patients et souvent leur premier contact avec la psychiatrie. De la qualité de l'accueil va souvent découler la qualité du parcours de soins ultérieur.

Pour ce qui concerne la pluridisciplinarité, cette dernière est toujours source d'enrichissement et il est certain que l'imposer via le régime des autorisations permettrait une meilleure orientation des patients, mais attention à ne pas ajouter de la complexité à un champ déjà marqué par la difficulté des limites entre concepts de normalité/pathologie/handicap.

Des exigences réglementaires pour favoriser l'organisation du parcours de soins pourraient être posées dans les domaines suivants : coordination avec les soins somatiques, articulation avec la médecine de ville et les dispositifs sociaux, intégration de la prise en charge à temps partiel sous la forme d'hospitalisation de jour pour toutes les structures d'hospitalisation temps plein (excluant les hospitalisations de jours isolées non intégrées dans la filière de soins de psychiatrie).

De manière générale, je partage le constat de la Cour des comptes sur les conditions techniques réglementaires minimalistes qui s'appliquent aujourd'hui à la psychiatrie et donc les limites de cet outil. Si le PRS ne peut s'y substituer, il reste un instrument de planification avec des limites qui ont été clairement identifiées par la jurisprudence.

Le CPOM, quant à lui, est un des outils de pilotage des établissements de santé et il en constitue l'un des plus fins, permettant de recomposer l'offre de soins. Il est utilisé essentiellement au titre des orientations générales et des objectifs opérationnels, ces derniers étant négociés avec l'établissement.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DU CENTRE-VAL DE LOIRE

Le rapport indique les différentes possibilités retenues par les ARS pour structurer des coopérations de « premier niveau ».

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) représentent un dispositif adapté de concertation et de coordination entre les différents acteurs de la santé mentale à l'échelon de proximité. Toutefois, afin de ne pas démultiplier les strates de coordination, le CLSM doit pouvoir s'articuler au plus près des dispositifs de coopération/coordination tels que les CPTS ou les dispositifs d'appui à la coordination.

RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'Auvergne-Rhône-Alpes

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-après mes observations :

Tout d'abord, il est écrit « les interventions à domicile des équipes de secteurs sont aujourd'hui très rares pour ces patients ».

Même si ces interventions se sont raréfiées au fil du temps, il semble important de préciser que 1 666 955 actes EDGA (ambulatoires) ont été réalisés à domicile (domicile ou substitut code L07 ; en établissements sociaux ou médico-sociaux avec hébergement code L08) en 2018 selon scansanté. Cela représente 7,8 % des actes EDGA produits par l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie (21 340 379 actes produits en 2018). Le recueil d'information en psychiatrie ne permet pas de décrire si ces actes ont été réalisés par des équipes mobiles intersectorielles ou des équipes de secteurs.

En région Auvergne-Rhône-Alpes, sur les 2 282 331 actes produits par les 62 établissements en 2018, 6,9 % était des actes réalisés à domicile soit 157 694 actes.
