

## L'organisation des soins psychiatriques

La loi du 30 juin 1838 avait prescrit à chaque département de créer un établissement public spécialisé réservé au traitement des maladies mentales. C'était une loi d'assistance destinée à soigner, mais aussi, dans un souci d'ordre public, à soustraire l'aliéné du reste de la société. Progressivement, l'institution asilaire sera remise en cause et diverses expériences thérapeutiques en milieu ouvert seront alors menées. Un tournant sera pris par la circulaire du 13 octobre 1937 qui crée les dispensaires d'hygiène mentale et les services d'observation et de traitement en milieu ouvert. A cette date, l'asile devient officiellement l'hôpital psychiatrique. Dans les années 1950, la psychiatrie connaît une véritable révolution thérapeutique avec l'apparition de la chimiothérapie qui, associée à la psychothérapie, permet d'envisager la sortie d'un certain nombre de malades des établissements spécialisés. En 1960, deux réalités coexistent : d'une part, un système asilaire isolé du champ social résultant de la loi de 1838 ; d'autre part, une psychiatrie sociale ouverte dans le cadre de l'hygiène mentale. C'est dans ce contexte qu'une circulaire est publiée le 15 mars 1960, apportant un bouleversement dans une organisation vieille de plus d'un siècle. Cette circulaire a pour ambition de réinsérer dans la société la plupart des malades mentaux et, pour cela, de favoriser la résolution de leurs difficultés médico-sociales. Afin d'atteindre cet objectif, elle préconise le découpage du territoire en secteurs, avec la mise en place, dans chacun d'eux, d'une équipe médicale et paramédicale intervenant auprès des malades à tous les stades de la maladie, du dépistage à la réinsertion sociale, l'hospitalisation n'étant plus qu'une étape dans le traitement de la maladie mentale. Toutefois, cette nouvelle organisation, conçue par une simple circulaire, va tarder à se mettre en place, les bases juridiques du dispositif étant insuffisantes pour en garantir le développement. En 1970, avec la loi du 31 décembre portant réforme hospitalière, les hôpitaux psychiatriques sont intégrés dans la catégorie des centres hospitaliers et deviennent des centres hospitaliers spécialisés

(CHS). Une loi du 25 juillet 1985 consacre la sectorisation et intègre la psychiatrie dans le cadre général de la carte sanitaire. Une loi du 27 juin 1990 redéfinit les droits des malades mentaux et les modalités de l'hospitalisation sans consentement. Cette loi abroge, enfin, la loi du 30 juin 1838.

La psychiatrie occupe une place notable dans le système sanitaire français. En 1997, elle a disposé de 72 000 lits d'hospitalisation complète et de 27 000 lits en hospitalisation partielle de jour et de nuit, soit un total de 99 000 lits, auxquels s'ajoutent 10 000 places d'accueil à temps complet dans des structures alternatives à l'hospitalisation. Elle a utilisé les services de près de 140 000 personnels médicaux et non médicaux. Les dépenses hospitalières consacrées à la santé mentale ont été estimées en 1998 à 39 MdF sur un ensemble de dépenses hospitalières de 253 MdF. En 1997, plus d'un million de patients ont été pris en charge dans des structures intra ou extra-hospitalières.

Dans son rapport public de 1988, la Cour avait examiné l'organisation du dispositif de lutte contre les maladies mentales. Ses principales observations portaient sur les délais de mise en œuvre des principes posés dans la circulaire du 15 mars 1960 préconisant la sectorisation des soins psychiatriques, sur les insuffisances de la planification, sur la constitution et la perpétuation de disparités considérables entre les secteurs, concernant leurs moyens mais également leurs stratégies.

La Cour a effectué une nouvelle enquête portant sur l'évolution de l'organisation des soins psychiatriques entre 1991 et 1998, à partir de l'exploitation des informations statistiques du ministère de l'emploi et de la solidarité, d'investigations conduites dans onze régions<sup>95</sup> et de données recueillies par huit Chambres régionales des comptes<sup>96</sup> à l'occasion du contrôle de seize centres hospitaliers spécialisés (CHS).

La Cour constate aujourd'hui, malgré la diminution du suréquipement en lits d'hospitalisation complète et le

<sup>95</sup> Alsace, Antilles-Guyane, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées.

<sup>96</sup> Il s'agit des chambres régionales des comptes suivantes : Antilles-Guyane, Aquitaine, Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile-de-France et Languedoc-Roussillon.

développement des alternatives à l'hospitalisation, que la planification encore insuffisante ne permet pas de résorber les disparités et de réaliser les restructurations nécessaires.

## **I. – Le pilotage de la politique de santé mentale**

### **A. – La place de la santé mentale au sein des priorités de santé publique**

Dès 1994, le Haut Comité de la Santé Publique a classé la santé mentale parmi les problèmes prioritaires de santé, en fixant deux objectifs : l'un concernant les maladies mentales chroniques, l'autre la dépression et le suicide. A la suite du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, les conférences régionales de la santé ont défini des priorités régionales. Le thème du suicide et des dépressions a été identifié comme un problème aigu par dix-sept régions. En revanche, aucune région n'a désigné la maladie mentale chronique comme une priorité. En 1998, les états généraux de la santé ont retenu la santé mentale parmi les quinze thèmes soumis à débat. Mais celle-ci n'apparaît pas dans les objectifs de santé publique proposés par le Gouvernement au vote du Parlement dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

### **B. – Le rôle de l'administration centrale**

L'organisation des soins psychiatriques souffre d'un manque de pilotage au niveau national. Les objectifs définis par la direction générale de la santé (DGS) devraient inspirer les orientations retenues par la direction des hôpitaux, devenue la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), pour faire évoluer le système de soins psychiatriques. De fait, jusqu'à la réorganisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité, traduite par le décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 qui répartit les compétences en santé mentale entre les différentes directions concernées, la DGS et la DHOS travaillaient ensemble mais sans objectifs définis. La DGS se limitait à la définition d'actions ponctuelles concernant le suicide, les violences sexuelles, la toxicomanie, l'alcoolisme. Par ailleurs, les textes existants, qui constituent le cadre de l'organisation des soins psychiatriques, posent de bons principes, mais ils ne sont pas appliqués : ce hiatus entre les

prescriptions et la réalisation explique la multiplication de circulaires souvent redondantes. La réorganisation en cours de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité permettra, peut-être, un meilleur pilotage de la santé mentale.

Par ailleurs, le ministère chargé de la santé dispose depuis 1993 d'une mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) dont le rôle est d'organiser des rencontres interprofessionnelles, de mener des actions de concertation et de médiation, d'analyser les situations et les points éventuels de blocage, et de valoriser les expériences innovantes. Mais, ni la DGS ni la DHOS n'exploitent suffisamment ses travaux, même si des réunions avec elle sont organisées régulièrement.

### C. – La démarche de planification

A l'origine, la circulaire du 15 mars 1960 fixant l'indice de besoins d'équipements psychiatriques s'est bornée à faire référence à une norme générale énoncée par l'organisation mondiale de la santé, prescrivant trois lits de psychiatrie pour 1 000 habitants. Mais l'absence de cohésion d'ensemble dans la mise en place de la sectorisation psychiatrique a eu pour conséquence de maintenir, voire d'aggraver, les inégalités qui existaient au départ en matière d'équipements et de moyens entre les régions, entre les départements au sein d'une région, et même d'un secteur à un autre. Les particularismes locaux ont pesé lourd dans le choix des investissements et dans la répartition des moyens entre les activités intra et extra-hospitalières.

A partir de 1980, devant cette très grande disparité d'équipements, et dans un contexte de maîtrise des dépenses, une série de textes législatifs et réglementaires ont mis en place des outils de planification. La loi du 31 décembre 1985 prévoit l'établissement d'une carte sanitaire de la psychiatrie définissant pour chaque secteur<sup>97</sup> la nature, l'importance et l'implantation des installations nécessaires pour répondre aux besoins de la population. La loi du

---

<sup>97</sup> La circulaire du ministre de la santé du 15 mars 1960 avait préconisé le découpage de chaque département en secteurs géographiques de 70 000 habitants pour la psychiatrie générale et le regroupement de trois secteurs d'adultes pour la pédo-psychiatrie, au sein desquels des équipes assureraient la continuité des soins intra et extra-hospitaliers. La sectorisation est consacrée législativement par la loi du 25 juillet 1985.

31 juillet 1991 portant réforme hospitalière instaure une planification régionale qui s'appuie sur deux outils : la carte sanitaire et le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). Pour la psychiatrie, la loi maintient deux cadres différents : le département, avec le schéma départemental d'organisation (SDO), et la région avec le SROS. Cette situation particulière ne peut toutefois se justifier par une spécificité de la psychiatrie. Bien au contraire, les liens nécessaires avec les autres disciplines médicales militent pour une planification commune avec le reste du secteur sanitaire. Le maintien du SDO alourdit la procédure en multipliant les niveaux de concertation. Il constitue un frein à la résorption des inégalités, chaque département défendant ses intérêts propres au détriment d'un redéploiement plus équitable des moyens au plan régional. En 1999, sur vingt-six régions, quatre n'avaient pas arrêté leur carte sanitaire de psychiatrie et dix n'avaient pas adopté leur SROS psychiatrique. Ces lenteurs révèlent les difficultés rencontrées par les régions dans leur démarche de planification : lourdeur des procédures certes, mais également oppositions aux modifications de découpages des secteurs lorsqu'elles impliquent un changement d'établissement de rattachement, hostilité des secteurs suréquipés à envisager des redéploiements, difficulté de recrutement de praticiens hospitaliers, carences du système d'information et de statistiques, problèmes liés à la non concordance entre secteur psychiatrique et secteur sanitaire.

La Cour constate que l'administration centrale n'a pas incité fortement à la planification. Aucun outil n'a été mis en œuvre au niveau national pour analyser les disparités et conduire les restructurations, contrairement à ce que le ministère s'était engagé à faire en 1988 dans sa réponse à la Cour. La mise en œuvre des principes définis au niveau national a pâti de la prééminence accordée au niveau départemental dans la planification et l'organisation des soins psychiatriques.

#### D. – La répartition inégale des lits et places entre régions, départements et secteurs

La comparaison des moyens en lits révèle des disparités considérables entre les régions. La moyenne nationale du nombre de lits et places d'hospitalisation complète et partielle, psychiatrie générale et pédo-psychiatrie confondues, était en 1997 de 164 pour 100 000 habitants. Toutefois, cette capacité varie de façon significative selon les départements, sans qu'il soit possible

d'expliquer ces variations par l'état sanitaire des populations concernées : quinze ont une capacité égale ou supérieure à 250 lits et places pour 100 000 habitants et vingt ont une capacité inférieure à 130 lits et places pour 100 000 habitants. En hospitalisation complète, la moyenne nationale en psychiatrie générale est de 155 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus. On observe cependant un écart entre les extrêmes de l'ordre de 1 à 10 : cinq départements ont moins de 100 lits et onze plus de 250 lits ; dix-neuf secteurs de psychiatrie générale n'ont aucun lit d'hospitalisation complète, soit plus de 2 % de l'ensemble des secteurs. En psychiatrie infanto-juvénile, les disparités entre départements sont encore plus fortes. La moyenne nationale en hospitalisation complète est de 16 lits pour 100 000 habitants de moins de 20 ans ; cinquante-cinq départements se situent en dessous de cette valeur et dix-sept départements n'ont aucun lit d'hospitalisation complète. Sur les 323 secteurs de pédo-psychiatrie, 182 n'ont aucune capacité d'hospitalisation.

#### E. – Les insuffisances du système d'information

Pour être pertinente, la planification des équipements doit pouvoir s'appuyer sur une évaluation des moyens et des activités existants, ainsi que sur l'état médical de la population. Or, le dispositif de connaissance de l'organisation des soins psychiatriques repose sur diverses sources statistiques qui ne sont pas complémentaires et ne permettent pas de couvrir finement le champ de l'offre de soins dans ce domaine. Le fichier FINISS (fichier national des établissements sanitaires et sociaux) recense les hôpitaux et les cliniques, mais n'offre pas la possibilité de faire l'inventaire des structures et services alternatifs à l'hospitalisation complète. Les enquêtes SAE (statistiques annuelles des établissements) ne rendent pas compte de ce qui existe en dehors des institutions, les psychiatres libéraux en particulier. De plus, elles s'appuient sur des nomenclatures qui ne sont pas totalement applicables à la psychiatrie. Ainsi, la notion d'hospitalisation complète regroupe également les activités de postcure, de centres de crise et d'appartements thérapeutiques. De même, les lits d'hospitalisation de nuit et les places d'hôpitaux de jour ne sont pas différenciés. Dans les alternatives à l'hospitalisation, seules les places d'hospitalisation à domicile peuvent être isolées. Enfin, les rapports annuels de secteur, unique source d'information statistique spécifique à la psychiatrie, rendent bien compte de la dimension sectorielle. En revanche, les moyens et les activités non sectorisés ne sont pas recensés. Or, l'offre de soins en psychiatrie comprend aussi des services dans les hôpitaux

publics non sectorisés, des établissements privés à but lucratif et non lucratif hors secteur, et toute l'activité libérale. L'exemple de la région Ile-de-France est éloquent : sur 13 856 lits et places en psychiatrie générale, 3 970 sont non sectorisés, soit près de 29 % du total des lits et places en hospitalisation complète et partielle de la région.

Répondant en 1988 aux précédentes observations de la Cour, le ministre chargé de la Santé indiquait : « la direction des hôpitaux et la direction générale de la santé travaillent depuis 1985 à la mise au point d'un système d'information permettant d'améliorer la connaissance de l'activité des équipes de secteurs et des établissements ayant une activité psychiatrique (centres hospitaliers spécialisés ou centres hospitaliers généraux), dans leur mission intra ou extra hospitalière, et de mettre au point des indicateurs d'analyse de gestion adaptés à l'appréhension de l'activité extra hospitalière qui est aujourd'hui mal connue ». La Cour constate que la situation, plus de dix ans après, n'a pas évolué, malgré les affirmations de l'administration.

## **II. – La mise en œuvre des principes de la sectorisation**

### **A. – L'insuffisante proximité de l'accès aux soins psychiatriques**

En 1970, aucun secteur psychiatrique n'était rattaché à un hôpital général. Il existait alors dans certains hôpitaux des quartiers psychiatriques qui sont devenus assez naturellement, pour la plupart d'entre eux, le siège de secteurs. En 1991, 252 secteurs de psychiatrie générale dépendaient d'un hôpital général. Entre 1991 et 1997, la progression du rattachement de secteurs aux hôpitaux généraux n'a été que de 2,5 % en psychiatrie générale et de 7,5 % en pédo-psychiatrie. En 1997, sur 829 secteurs de psychiatrie générale, 278 étaient rattachés à un hôpital général et 551 à un établissement spécialisé, soit 66 % des secteurs. En pédo-psychiatrie, la situation est un peu meilleure : 58,8 % des secteurs dépendent d'un établissement spécialisé et 40,5 % d'un hôpital général. La répartition des secteurs entre établissements spécialisés et hôpitaux généraux est très variable d'une région à l'autre. Dans les onze régions concernées par l'enquête, le pourcentage de rattachement des secteurs de psychiatrie générale à

un établissement spécialisé varie de 83,2 % en Bourgogne à 40 % dans la région Languedoc-Roussillon. Les raisons des disparités sont souvent historiques : on trouve généralement moins de secteurs rattachés à un hôpital général dans les régions où subsistent des établissements spécialisés nés de la loi de 1838, implantés à l'écart des agglomérations et disposant de fortes capacités de lits d'hospitalisation complète. Mais d'autres raisons existent : d'une part, les réticences qu'éprouvent les psychiatres, chefs de secteur, mais aussi les médecins des autres disciplines médicales, à accepter l'intégration de la psychiatrie dans l'hôpital général ; d'autre part, l'attitude de certains directeurs, peu favorables à l'introduction dans leur établissement de malades susceptibles d'en perturber l'ambiance

Pourtant, l'intégration des services de psychiatrie dans l'hôpital général permet une certaine banalisation de la maladie mentale, rendant une hospitalisation moins difficile pour le patient et pour sa famille. De plus, la présence du secteur dans les hôpitaux généraux, grâce à une meilleure distribution géographique de leur implantation, permet d'accroître l'accessibilité des soins psychiatriques, objectif essentiel de la sectorisation, en rapprochant la prise en charge thérapeutique des patients de leur milieu social et familial. Or, l'éloignement de l'hôpital de rattachement du secteur de la population qu'il dessert reste encore aujourd'hui trop fréquent. Le principe de proximité énoncé dans les textes sur la sectorisation est loin d'être appliqué partout : ainsi pour Paris, quatre établissements de rattachement des secteurs sur cinq sont implantés hors du département et gèrent vingt-sept secteurs sur les trente-huit ; dans les Hauts-de-Seine, quatre établissements sur neuf sont en dehors du département, dont un hors région (Clermont-de-l'Oise). Par ailleurs, le respect du principe de prise en charge des patients à proximité de leur milieu familial et social justifierait que le découpage des secteurs ne soit plus déterminé par le seul critère du nombre d'habitants, mais que soient prises en compte également les réalités géographiques.

Si le rattachement des secteurs aux hôpitaux généraux se développait comme cela apparaît souhaitable, il faudrait s'interroger sur l'utilité de maintenir à long terme des établissements spécialisés. Le redéploiement de la santé mentale dans les hôpitaux généraux permettrait de relancer le processus de sectorisation qui semble se scléroser. De plus, certains hôpitaux universitaires (CHU) maintiennent en dehors des secteurs leurs services de psychiatrie. Ainsi à Paris, aucun hôpital de l'Assistance Publique - hôpitaux de Paris (AP-HP) n'est le siège d'un secteur de psychiatrie générale.

Certains d'entre eux ont des services de psychiatrie générale, mais non sectorisés. Le maintien de deux filières de soins en santé mentale dans les hôpitaux publics mériterait d'être reconsidéré, car il brouille considérablement la lisibilité de l'offre de soins pour les usagers.

#### **B. – Le suréquipement persistant en lits d'hospitalisation complète**

Le nombre de lits d'hospitalisation complète s'élevait en 1997 à près de 72 000. Globalement, la capacité en hospitalisation complète a diminué de 20 % entre 1991 et 1997. En six ans, le nombre moyen de lits par secteur de psychiatrie générale est passé de 106 à 83. Toutes les catégories d'établissement ont fermé des lits, mais la décrue a surtout été sensible dans les CHS et les hôpitaux psychiatriques privés participant au service public (HPP) :

**Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète par type d'établissements**

	CHS		Hôpital général		HPP		Clinique psychiatrique		Clinique générale		Totaux	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
1991	47 260	2 101	13 223	703	12 366	281	12 788	203	761	154	86 398	3 442
1997	34 479	1 248	12 624	660	8 191	187	12 904	280	609	98	68 807	2 473
écarts	- 12 781 - 27 %	- 853 - 40,5 %	- 599 - 4,5 %	- 43 - 6 %	- 4 175 - 33,7 %	- 94 - 33,4 %	+ 116 + 0,9%	+ 77 + 37,9%	- 152 - 19,9 %	- 56 - 36,3 %	- 17 591 - 20,3 %	- 969 - 28 %

*Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES : SAE*

La fermeture de lits a été particulièrement forte en psychiatrie infanto-juvénile, probablement trop, dans la mesure où, si le taux d'équipement est globalement respecté, quatre régions sont nettement sous-équipées et dix-sept départements ne disposent d'aucun lit. Par contre, malgré les réductions de capacité en lits d'hospitalisation, un suréquipement en psychiatrie générale subsiste dans la quasi totalité des régions. Le bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux de psychiatrie réalisé par la DHOS en octobre 1999 révèle un excédent de 14 310 lits d'hospitalisation complète. Une restructuration significative a déjà eu lieu dans l'hospitalisation psychiatrique, mais elle est inachevée.

### C. – Le développement disparate des alternatives à l'hospitalisation complète

Depuis 1960, la politique en matière d'organisation des soins psychiatriques a consisté à développer les alternatives à l'hospitalisation complète. Néanmoins, ce n'est qu'avec la loi du 31 décembre 1985 mettant fin aux sources de financement différentes pour la prévention et pour les soins, que les obstacles juridiques empêchant les transferts entre l'intra et l'extra-hospitalier ont été levés. Pourtant, le dernier verrou susceptible de freiner le développement des alternatives à l'hospitalisation n'a vraiment sauté qu'en 1991 avec l'arrêté du 11 février imposant un redéploiement des moyens entre l'hospitalisation complète et les équipements extra-hospitaliers.

Entre 1991 et 1997, les alternatives à l'hospitalisation complète se sont développées de façon désordonnée. La capacité de certains équipements diminue, alors qu'ils sont loin d'être présents dans tous les secteurs, elle augmente pour d'autres, sans qu'on puisse clairement comprendre les raisons de ces évolutions contradictoires :

**Evolution du nombre de places dans les structures alternatives  
à l'hospitalisation complète**

	1991		1997	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Hôpital de nuit	2 226	161	1988	88
Hôpital de jour	12 391	6 633	14 364	7 506
Centre de post cure	1 130	0	936	0
Appartement thérapeutique	790	61	972	42
Appartement associatif	NC	NC	NC	NC
Accueil familial	3 156	655	3 285	968
Centre de crise	305	92	246	72
Hospitalisation à domicile	NC	346	540	384
Centre d'accueil permanent	2 036	NC	1 550	330

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES

En 1997, la répartition des équipements extra hospitaliers demeure très inégale entre les secteurs :

**Répartition des équipements extra-hospitaliers entre les secteurs**

	Nombre de structures		Nombre de secteurs équipés	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Centre médico-psychologique (CMP)	2 132	1 500	1 134	508
Centre d'accueil permanent (CAP)	74	24	62	22
Hôpital de jour	1 242	570	684	278
Atelier thérapeutique	197		113	
Centre d'accueil thérapeutique. à temps partiel (CATTP)	939	477	567	180
Hospitalisation à domicile	109	28	45	16
Centre de crise	42	8	41	9
Hôpital de nuit	562	45	497	44
Appartement thérapeutique	347	5	162	6
Centre de postcure	72		72	
Accueil familial thérapeutique.	969	171	365	

Source : DREES, rapports annuels de secteurs

Les centres médico-psychologiques sont les plus répandus parmi les équipements alternatifs à l'hospitalisation complète. Cependant, certains secteurs en sont encore dépourvus, alors que la circulaire du 14 mars 1990 posait comme principe que tout secteur de psychiatrie générale devait avoir au moins un centre médico-psychologique ouvert au moins cinq jours par semaine. Parmi les équipements alternatifs les plus développés figurent également les hôpitaux de jour qui sont la plus ancienne des structures de lutte contre la maladie mentale sans hébergement, puis les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel et les hôpitaux de nuit. Les autres structures alternatives sont présentes dans moins de la moitié des secteurs de psychiatrie générale.

**Pourcentage de secteurs équipés en structures extra-hospitalières**

	Psychiatrie générale	Pédo-psychiatrie
CMP ouverts - de 5 jours	44,9 %	61,6 %
CMP ouverts 5 jours et plus	91,7 %	95,6 %
Centre d'accueil permanent	7,4 %	6,8 %
Hôpital de jour	82,5 %	86,0 %
Atelier thérapeutique	13,6 %	
CATTP	68,3 %	55,7 %
Hospitalisation à domicile	5,4 %	4,9 %
Centre de crise	4,9 %	2,7 %
Hôpital de nuit	59,9 %	13,6 %
Appartement thérapeutique	19,5 %	1,8 %
Centre de postcure	8,6 %	
Accueil familial thérapeutique	44,0 %	37,4 %

Source : DREES, rapports annuels de secteurs

#### D. – La centralisation excessive des soins sur l'hôpital

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète se heurte à des difficultés de différente nature. Créés à la suite de la loi de 1838, les établissements psychiatriques doivent tout à la fois développer l'extra-hospitalier et conduire une restructuration interne, parfois lourde, pour faire évoluer des locaux devenus inadaptés. Or, ces évolutions doivent être conduites dans le cadre de la régulation des dépenses de santé. De plus, de nombreux établissements psychiatriques sont situés en zone rurale et leur isolement rend difficile un redéploiement des équipements en raison des réticences des personnels à effectuer des déplacements vers de nouvelles structures situées en agglomération. Enfin, certaines équipes de

secteur restent repliées sur l'hôpital. Les équipements qui devraient, en théorie, être répartis sur le secteur se trouvent trop souvent concentrés dans l'enceinte même de l'hôpital :

**Part des structures alternatives à l'hospitalisation complète  
installées au sein de l'hôpital (en %)**

Alternatives	Psychiatrie générale	Pédo-psychiatrie
CMP ouverts moins de 5 jours	5 %	2 %
CMP ouverts 5 jours et plus	18 %	10 %
Centre d'accueil permanent	63 %	78 %
Hôpital de jour	45 %	31 %
Atelier thérapeutique	36 %	
CATTP	9 %	11 %
Centre de crise	20 %	50 %
Hôpital de nuit	92 %	86 %
Appartement thérapeutique	7 %	20 %
Centre de postcure	27 %	

Source : DREES, rapports annuels de secteurs

La sectorisation avait pour objectif le développement d'un dispositif de prévention, de soins et de réinsertion en dehors de l'hôpital. Or, on constate, quarante ans après la publication de la circulaire de 1960, que les alternatives à l'hospitalisation sont toujours insuffisamment développées, qu'elles sont réparties de façon très inégalitaire entre les régions et entre les secteurs, et que l'hôpital reste, malgré la diminution des lits d'hospitalisation complète, l'élément central du dispositif d'organisation des soins psychiatriques. Dans bien des cas, les alternatives ont été créées dans l'emprise de l'hôpital, permettant de réduire, de cette façon, le nombre de lits d'hospitalisation complète. Ainsi, tous les secteurs n'ont pas mis en place la sectorisation telle qu'elle est définie dans la circulaire de 1960 : globalement, l'organisation des soins psychiatriques reste trop centrée sur l'hôpital.

Les causes de l'insuffisance de la diversification des structures alternatives à l'hospitalisation complète devraient faire l'objet d'une analyse approfondie, afin d'établir pour chaque établissement ce qui relève du manque de moyens, de l'immobilisme des équipes, de contraintes locales particulières. De plus, les alternatives à l'hospitalisation complète n'ont fait l'objet d'aucune évaluation permettant d'apprécier si elles accueillent bien les malades pour

lesquels elles sont créées et si elles jouent effectivement le rôle thérapeutique qui leur est assigné.

#### E. – La coopération entre secteurs

Pour lutter contre la disparité des équipements et des moyens des secteurs, l'élargissement de la sectorisation géographique stricte au profit d'une organisation intersectorielle serait une solution rationnelle. La circulaire du 14 mars 1990 précise bien qu'il n'est pas nécessaire de disposer, dans chaque secteur, de la totalité des équipements alternatifs. Le texte préconise, au contraire, l'édification de projets communs à plusieurs secteurs, afin d'éviter deux écueils : d'une part, la prolifération de structures créées par des équipes soucieuses de s'équiper comme leurs voisins, sans que les créations demandées soient justifiées par des projets thérapeutiques répondant à des besoins identifiés ; d'autre part, l'absence dans certains secteurs d'un plateau technique nécessaire pour répondre aux obligations et missions fondamentales du service public. La circulaire du 14 mars 1993 fait du développement des unités intersectorielles une des priorités des SROS de psychiatrie. Bien que cette formule ne remette pas en cause les principes de la sectorisation, elle rencontre des réticences de la part des équipes de secteurs qui répugnent à partager des équipements. Dans les régions retenues pour l'enquête, les structures inter-sectorielles sont peu nombreuses et, le plus souvent, elles se pratiquent entre secteurs rattachés à un même établissement. Les réalisations ne sont pas toujours le fruit d'une politique régionale cohérente en santé mentale mais relèvent trop souvent d'initiatives spontanées.

#### F. – La collaboration entre le dispositif de santé mentale et le domaine sanitaire et social

La collaboration entre le dispositif de santé mentale et le secteur médico-social peut prendre différentes formes : les réseaux de soins, la psychiatrie de liaison, l'organisation des urgences et enfin la création par les établissements de santé de structures sociales ou médico-sociales.

L'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 préconise, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, la mise en place de réseaux de soins, permettant la prise en charge globale de patients atteints d'une pathologie lourde ou chronique. Le but du réseau de soins est

« d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale. » (article L. 712-3-2 du code de la santé publique). La notion de réseau était déjà contenue dans la circulaire du 15 mars 1960 qui assignait au secteur la mission d'assurer « pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure ». Près de quarante ans après, l'ordonnance de 1996 donne un cadre institutionnel à une forme de travail que certains secteurs pratiquent de façon plus ou moins spontanée. Parmi les onze régions concernées par l'enquête, les exemples de réseaux sont peu nombreux et concernent essentiellement des populations ciblées : toxicomanes, alcooliques, personnes âgées. Une expérimentation de réseau de soins en santé mentale visant l'ensemble de la population et associant établissement spécialisés publics et privés, hôpital général, psychiatres libéraux et médecins généralistes est en cours dans les Yvelines. Ce projet se donne pour objectif de repenser la collaboration entre les libéraux et les hospitaliers et entre les praticiens du secteur public et ceux du secteur privé. Le bilan de cette expérience qui vise à abattre le mur séparant la psychiatrie de secteur du reste de la sphère sanitaire sera particulièrement intéressant à analyser. Actuellement, les réseaux mis en place dans le cadre des dispositions de l'ordonnance de 1996 ne sont ni recensés ni, à plus forte raison, suivis par les services centraux du ministère.

La psychiatrie de liaison organise l'intervention d'équipes psychiatriques pour la prise en charge de troubles mentaux de patients hospitalisés dans des services de soins somatiques. Elle consiste généralement pour un CHS à mettre à leur disposition un certain nombre de psychiatres de secteur. L'enquête de la Cour a montré que la psychiatrie de liaison se heurte à des difficultés identiques à celles qui freinent le développement des secteurs dans l'hôpital général. Les partisans d'une psychiatrie autonome et spécifique par rapport aux autres disciplines médicales se retrouvent aussi bien parmi les praticiens des services médico-chirurgicaux que chez les psychiatres de secteur. La collaboration entre équipes psychiatriques et celles des autres disciplines médicales devrait trouver une solution dans le cadre d'une présence accrue du secteur dans l'hôpital général.

L'urgence en psychiatrie pose des difficultés particulières. La première tient à l'éloignement de certains établissements psychiatriques des populations qu'ils desservent. La seconde a trait à l'orientation directe vers un établissement psychiatrique, ce qui ne va pas de soi. Or, parmi les régions concernées par l'enquête, l'urgence reçoit des réponses variables. Mais, dans l'ensemble, son développement dans les hôpitaux généraux apparaît très limité. Le dispositif de l'urgence psychiatrique est globalement insuffisant : il se heurte aux mêmes problèmes que ceux soulevés par la présence de la psychiatrie à l'hôpital général.

La psychiatrie relève principalement de la loi hospitalière du 31 juillet 1991, alors que les institutions sociales et médico-sociales sont régies par la loi du 30 juin 1975. Les textes législatifs avaient établi entre les domaines sanitaire et social une nette séparation, se traduisant, en particulier, par l'interdiction faite aux établissements de santé de gérer des structures médico-sociales. Or, un certain nombre de patients souffrent de troubles mentaux chroniques auxquels s'ajoutent des difficultés de nature sociale qui ne sont pas du ressort du secteur. Le cloisonnement entre le sanitaire et le social avait pour résultat de maintenir dans des établissements psychiatriques des patients, notamment des handicapés mentaux chroniques relevant davantage d'institutions sociales, à la condition de bénéficier d'un suivi médical. A l'inverse, pour éviter de maintenir des hospitalisations indues, certains malades étaient pris en charge dans le secteur social, mais sans accompagnement médical suffisant. L'ordonnance de 1996 a mis fin, en principe, à cette séparation entre le sanitaire et le social (article 51). Toutefois, le nombre de structures sociales ou médico-sociales créées par des établissements de santé à la suite des dispositions nouvelles n'est pas connu.

### **III. – La prise en charge des patients**

#### **A. – La diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète**

Le nombre d'entrées en hospitalisation complète entre 1991 et 1997 a augmenté de 20,5 %. En revanche, le nombre de journées réalisées a diminué de 17,5 %. C'est dans les CHS et les HPP que le nombre d'entrées a connu la plus forte croissance et que le nombre de journées a le plus diminué :

**Evolution des entrées et du nombre de journées réalisées**

	Nombre d'entrées			Nombre de journées réalisées		
	1991	1997	% évolution	1991	1997	% évolution
CHS	205 827	258 924	+ 25.7 %	12 995 120	9 887 431	-23.9%
CH	128 591	154 789	+ 20.3	3 672 500	3 627 487	-1.2%
HPP	44 503	51 132	+14.8	3 688 105	2 495 421	-32.3%
Clinique psy	95 687	107 969	+ 12.8	4 554 789	4 538 522	-0.3%
Cl. générale	5 777	6 477	+ 12.1	261 816	204 137	-22.0%
Total	480 395	579 291	+ 20.5 %	25 172 330	20 752 998	-17.5%

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, EHP, H80, SAE

L'évolution la plus importante concerne la nature des prises en charge des malades souffrant de troubles mentaux : elle se traduit par la chute spectaculaire de la durée moyenne de séjour (DMS). Celle-ci est passée de 53,5 jours en 1991 à 36,7 jours en 1997 :

**Evolution de la DMS**

	1991	1997	1991/1997
CHS	63,1	38,2	- 24,9
CH	28,6	23,4	- 5,2
HPP	82,9	48,8	- 34,1
Clinique psy	47,6	42,0	- 5,6
Clinique générale	45,3	31,5	- 13,8

Source : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES, EHP, H80, SAE

Alors que la DMS accusait en 1991 des différences très sensibles entre les différentes catégories d'établissements, elle tend aujourd'hui à se resserrer. Les écarts qui subsistent s'expliquent par des raisons historiques : certains établissements spécialisés ont accueilli jusque dans les années 1950 des psychotiques transférés de la région parisienne. C'est le cas, notamment, du CHS de Dun-sur-Auron dans la région du Centre, ou de celui d'Ainay-le-Château en Auvergne. L'évolution de la DMS dans les CHS montre qu'un nombre sans doute non négligeable de malades qui n'y avaient normalement pas leur place ont été transférés dans des structures médico-sociales, ou bénéficient de traitements dispensés dans les structures alternatives à l'hospitalisation complète.

**B. – Le déficit de psychiatres dans les secteurs**

Le nombre de psychiatres libéraux et hospitaliers en France était de 11 657 au 1<sup>er</sup> janvier 1997 (6 342 libéraux dont 1 891 exercent

également une activité hospitalière et 5 315 salariés exclusifs) contre 9 707 en 1991, soit une progression en six ans de 18,5 %. La moyenne nationale est de 17,5 psychiatres pour 100 000 habitants. Les effectifs globaux sont satisfaisants au regard du nombre d'habitants. Toutefois, leur répartition sur le territoire est très inégale. Une région a moins de dix psychiatres pour 100 000 habitants (Champagne-Ardenne), huit autres en ont moins de douze. C'est en Guyane, en Guadeloupe et à la Réunion que s'observent les densités les plus basses (6 psychiatres pour 100 000 habitants). En revanche, la région Ile-de-France a la plus forte densité : 29,3 pour 100 000 habitants. A l'intérieur des régions, on constate également des disparités importantes. En Aquitaine, par exemple, où la densité est de 18,3 pour 100 000 habitants, le département de la Gironde a un taux de plus de 23 pour 100 000 habitants, alors que celui des Landes est inférieur à 13. Actuellement, les deux tiers des psychiatres nouveaux diplômés s'installent en ville. Dans le même temps, un certain nombre d'hôpitaux connaissent des difficultés pour pourvoir leurs postes. Le nombre de postes hospitaliers inoccupés est estimé à 8%. Les secteurs touchés par le manque de psychiatres hospitaliers se trouvent dans une situation difficile pour satisfaire les besoins traditionnels. A fortiori, sont-ils démunis pour évoluer et répondre aux nouveaux besoins et cette absence de perspectives les rend de moins en moins attractifs et précipite leur déclin. Les disparités constatées dans les départements sont liées à leur histoire, mais aussi à leur dynamisme économique et à leur démographie. La démarche de planification des équipements en psychiatrie n'est pas parvenue à réduire ces inégalités.

### C. – L'adaptation insuffisante du patrimoine

De nombreux CHS ont été construits au dix-neuvième siècle en dehors des agglomérations, conformément aux recommandations de la loi de 1838. En plus de l'éloignement entre leur site et les secteurs géographiques qu'ils desservent, certains CHS possèdent des locaux dont l'architecture de type carcéral est difficilement adaptable aux conditions souhaitables pour l'accueil de malades. Une politique immobilière accompagnant un redéploiement de l'activité sectorisée a parfois été mise en œuvre par certains CHS. A cet égard, il est particulièrement intéressant de prendre comme exemple Paris dont un certain nombre de secteurs sont rattachés à deux CHS implantés en dehors du département : Maison-Blanche et Perray-Vaucluse. Le premier s'est engagé résolument dans une politique d'implantation de ses activités au sein même des secteurs. Cette relocalisation parisienne

comprend non seulement l'extra-hospitalier, mais également les lits d'hospitalisation complète et même le siège de l'établissement. Le transfert total de ses activités psychiatriques pourrait être réalisé d'ici 2003, l'ensemble de ses services étant alors dans Paris intra-muros. Pour le CHS de Perray-Vaucluse, sous l'impulsion de l'ARH d'Ile-de-France, un contrat d'objectifs et de moyens signé en 1997 devrait permettre aux secteurs de psychiatrie générale de quitter progressivement le site historique d'Epinay-sur-Orge pour rejoindre Paris, permettant alors à l'établissement de perdre son image négative due à son éloignement et à sa configuration traditionnelle. La disparité des équipements s'explique par l'histoire, par le contexte local et par la volonté de certaines équipes de sortir des pratiques traditionnelles. Toutefois, les ARH responsables depuis l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 de la planification hospitalière devraient mettre en place une démarche plus volontariste.

#### D. – Le respect des droits des malades

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation pose le principe que « nul ne peut être sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment par le chapitre III du présent titre » (article L.326-1 du code de la santé publique). Toutefois, la loi prévoit deux types d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation sur demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office. Dans le premier cas, une demande d'admission est présentée, soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci. Dans le cas d'une hospitalisation d'office, l'admission est prononcée par le préfet au vu d'un certificat médical circonstancié ; elle concerne des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement sont définis par l'article L.326-3 de la loi du 27 juin 1990 : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa

réinsertion recherchée... » Les hospitalisations sur la demande d'un tiers étaient pour l'année 1995 de 43 867, soit une augmentation de 45 % depuis 1988. Le nombre des hospitalisations d'office est resté stable sur cette même période : 7 423 en 1995. L'augmentation des hospitalisations sur la demande d'un tiers – + 45 % en 7 ans –, mériterait de faire l'objet d'investigations approfondies, afin de déterminer si le système prévu par la loi de 1990 est adapté, sous réserve que les règles soient appliquées, et s'il ne permet pas des dérives préjudiciables aux droits des personnes.

L'article L 336-1 du code de la santé publique précise que « toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence ». Ce droit s'avère assez théorique. En effet, au libre choix du malade est opposée la règle de la sectorisation, créant ainsi des situations de clientèles captives. De plus, pour les malades hospitalisés à la demande d'un tiers, le principe du libre choix se heurte également à l'obligation d'une hospitalisation dans un établissement habilité.

En matière d'hospitalisation pour troubles mentaux, la règle est la libre circulation des patients dans l'établissement. La circulaire du 19 juillet 1993 rappelle que les malades « ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef ni a fortiori dans des chambres verrouillées. » Cette même circulaire précise que « si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée d'un placement limitée à ce qui est médicalement justifié. » En pratique, la plupart des établissements spécialisés accueillent dans le même lieu et dans les mêmes conditions d'hébergement tous les malades qui relèvent d'un même secteur, quelle que soit leur pathologie psychiatrique, qu'ils aient besoin ou non d'être placés dans une unité fermée. Ainsi, les malades en placement libre se voient très souvent appliquer des conditions d'hospitalisation semblables à celles des malades difficiles. La création d'unités sectorielles ou intersectorielles fermées selon un modèle qui pourrait être défini au niveau régional ou départemental selon la taille des secteurs, formulée par le groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990, est sans aucun doute de nature à faire évoluer favorablement l'image de la psychiatrie. Cette proposition rejoint les préconisations de la circulaire du 14 mars 1993

concernant le développement des unités pluri-sectorielles, en particulier pour les malades agités et perturbateurs.

L'affirmation progressive de la sectorisation a permis de substantiels progrès dans la prise en charge des maladies mentales. Toutefois, la mise en œuvre des principes de planification définis au niveau national a pâti de la prééminence accordée au niveau départemental pour l'organisation des soins psychiatriques. La méfiance et les réticences qui dominent encore souvent les rapports entre la psychiatrie et l'hôpital général retardent tant la sectorisation que l'intégration de la psychiatrie dans l'hôpital et favorisent le maintien de structures qui isolent les malades de leur environnement. Les alternatives à l'hospitalisation complète, les structures inter-sectorielles, le travail en réseau se développent davantage au gré des initiatives locales peu évaluées que sous l'effet d'une véritable impulsion, ce qui nuit à la cohérence du dispositif encore top centré sur l'hospitalisation complète. La prise en charge par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) des questions de planification devrait donner une nouvelle impulsion à la réorganisation des soins psychiatriques. Si la durée moyenne des séjours a diminué au cours de la dernière décennie, traduisant une évolution significative des modes de prise en charge de la maladie mentale, le nombre des hospitalisations sans consentement a connu une augmentation spectaculaire qui pose avec acuité la question de l'indispensable conciliation entre les impératifs de sécurité et le respect des droits des malades. De même, la sectorisation psychiatrique ne se combine pas toujours aisément avec la liberté pour le malade et sa famille de s'adresser à l'équipe médicale de son choix. Il semble enfin que, faute de définition de priorités, les pouvoirs publics n'arrivent pas à promouvoir les restructurations nécessaires pour permettre au dispositif de soins psychiatriques de remplir les missions de prévention, de soins et de réinsertion sociale qui lui ont été assignées au moment de la mise en place de la sectorisation.

La Cour prend acte des travaux en cours au sein des directions compétentes du ministère de l'emploi et de la solidarité pour, notamment, améliorer le système d'information et d'évaluation et suivre la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire psychiatrique. Elle souhaite que ces travaux débouchent sur des progrès rapides dans l'organisation.



La Cour formule les recommandations suivantes :

- offrir aux agences régionales de l'hospitalisation des outils plus performants, en unifiant les schémas régionaux d'organisation sanitaire somatique et psychiatrique et en rapprochant le découpage géographique des cartes sanitaires de psychiatrie de celui des autres disciplines médicales ;

- engager l'évaluation des alternatives à l'hospitalisation complète afin de les développer conformément aux besoins de la population ;

- développer les structures d'accueil intersectorielles afin d'adapter les solutions offertes aux différentes maladies mentales et aux troubles de comportement des malades ;

- organiser les réseaux de soins en santé mentale de façon à renforcer la collaboration entre les psychiatres libéraux et les hospitaliers ;

- étudier les causes de l'augmentation des hospitalisations à la demande d'un tiers.

### *Réponse du Ministre de l'Économie, des finances et de l'industrie*

*Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie partage globalement le constat fait par la Cour des comptes sur le retard pris en France pour la réorganisation des soins en psychiatrie. L'enjeu est pourtant significatif compte tenu du poids financier de la prise en charge hospitalière du malade psychiatrique (de l'ordre de 40 milliards de francs), de l'importance des moyens en personnels médicaux et paramédicaux affectés à cette activité et du suréquipement récurrent en lits d'hospitalisation complète. En raison de lacunes relevées par la Cour en matière de planification et d'outils de mesure du développement de la sectorisation psychiatrique, la santé mentale reste trop souvent en retrait au sein des grandes problématiques de santé publique.*

*Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie est, dans ces conditions, favorable à une nouvelle impulsion de la sectorisation psychiatrique en vue de consolider le dispositif de prévention, de soins et de réinsertion en dehors de l'hôpital. A cette fin, des moyens pourraient ainsi être redéployés dans le cadre des responsabilités propres aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation. Sans remettre en cause la politique de péréquation régions riches-régions pauvres mise en œuvre depuis quatre années par le ministère de l'emploi et de la solidarité, il apparaît, d'une part, que les régions contributrices, au nombre desquelles l'Ile-de-France, ont plus de difficultés pour accélérer la réorganisation de leur offre en soins psychiatriques et que, d'autre part, certaines régions, bénéficiant d'un apport de péréquation, ne privilégient pas la prise en charge de la santé mentale malgré les retards dont elles souffrent. Ceci semble illustrer des besoins en termes de pilotage au niveau national dont une réponse sera peut être apportée avec la reconfiguration de l'administration centrale.*

## *Réponse de la Ministre de l'Emploi et de la solidarité*

*La santé mentale est une priorité de santé publique nécessitant l'élaboration d'une politique dépassant le cadre de travaux thématiques ponctuels (suicide, prisons...) et la seule action sur les structures et les établissements (planification, schémas régionaux d'organisation sanitaire). Cette politique doit englober l'ensemble des réponses à apporter en matière d'évolution des modes de prise en charge, sur le plan de la qualité des pratiques professionnelles. Elle doit également avoir pour objet la réorganisation des compétences en santé mentale, de manière à mieux répondre aux besoins des patients.*

*Tels sont les principes qui ont guidé ce ministère dans l'évolution des structures et des prises en charges, la planification, la réorganisation de l'administration centrale du ministère et des systèmes d'information en psychiatrie qui seront examinés tour à tour.*

### ***L'évolution des structures et des prises en charge psychiatriques***

*Le domaine de la psychiatrie connaît depuis plusieurs années une profonde réorganisation.*

*La construction de la sectorisation depuis les années 1970 a largement contribué à mettre en œuvre les objectifs de la politique de santé mentale concernant l'amélioration de l'accessibilité aux soins et le développement et la diversification des prises en charge.*

### ***L'évolution des structures***

#### ***Le développement des alternatives à l'hospitalisation***

*La psychiatrie est passée d'un mode d'organisation centré sur l'hospitalisation complète à un mode d'organisation reposant sur la réduction des lits d'hospitalisation complète au profit des alternatives à l'hospitalisation. Le bilan de la sectorisation psychiatrique réalisé en juin 2000 par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), traduit bien cette évolution :*

*par exemple, la part de l'hospitalisation temps plein a chuté de 41 % en 10 ans en psychiatrie générale. 98 % des secteurs de psychiatrie générale et 100 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile disposent d'au moins un centre médico-psychologique. Les secteurs de psychiatrie générale ne disposant pas de CMP (2 %) ont formalisé une convention permettant à la population d'accéder à ce type d'équipement.*

*S'il est exact que l'implantation des alternatives à l'hospitalisation à l'intérieur des murs de l'hôpital n'est pas satisfaisante, cela ne signifie pas pour autant que le développement de ces équipements n'a pas répondu à des besoins précis de la population. La multiplication des hôpitaux de jour, notamment, a permis de faire sortir un nombre important de patients des services d'hospitalisation complète.*

*L'analyse des causes de l'insuffisance de la diversification des structures alternatives à l'hospitalisation complète au sein de chaque établissement relève de la compétence des ARH. Cette analyse a généralement été produite au niveau régional lors de l'élaboration des schémas régionaux de psychiatrie. Par ailleurs, on peut estimer que l'approbation des projets d'établissements ainsi que la signature des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens seront l'occasion de susciter et de soutenir la diversification des prises en charge.*

*Un groupe de travail est constitué sous l'égide du comité consultatif de santé mentale, en vue de mieux définir les missions et l'organisation des services et secteurs de psychiatrie. Des recommandations de fonctionnement seront proposées pour l'ensemble des structures, y compris les alternatives à l'hospitalisation.*

### ***L'intégration des lits de psychiatrie à l'hôpital général***

*La délocalisation de lits des centres hospitaliers spécialisés doit effectivement se poursuivre. Conformément à leur schéma régional, la plupart des régions s'engagent dans cette politique de transfert. Le suivi de la carte sanitaire fait apparaître des projets dans les régions Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bretagne, Champagne-Ardenne, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Martinique, Nord-Pas-de Calais, Pays de la Loire et Réunion. Ces opérations sont de grande ampleur par les changements qu'elles impliquent tant pour les institutions que pour les professionnels. Les modalités prévues pour leur mise en œuvre sont souples et progressives. Par ailleurs, compte tenu de la*

*mobilité des personnels qu'elles supposent, un accompagnement social est le plus souvent nécessaire.*

### ***Le développement de l'intersectorialité***

*La plupart des schémas régionaux de psychiatrie a identifié l'intersectorialité comme un moyen permettant de mieux répondre à certains besoins de la population. En effet, 16 schémas régionaux de psychiatrie traitent de l'intersectorialité, comme mode d'organisation prévu en direction de populations cibles (adolescents, personnes âgées, patients « chronicisés », malades agités...), pour des pathologies particulières (alcoolisme, toxicomanie...), pour des types de prise en charge spécifiques (hôpitaux de jour, centres de crise, centres de postcure...). Il convient de noter que certaines régions ont également défini les conditions de création de ces structures (exemple : Basse-Normandie et Bourgogne).*

*Le suivi du développement de l'intersectorialité sera réalisé à partir des documents de suivi de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie. Enfin, la promotion de l'intersectorialité est un des axes du projet de circulaire relatif à l'évolution du dispositif de soins en santé mentale.*

### ***La collaboration entre le dispositif de santé mentale et le domaine sanitaire et social***

*Plus récemment, on constate également la transformation de lits psychiatriques vers le secteur médico-social. On peut citer des réalisations en Alsace, Midi Pyrénées et Pays de la Loire et des projets sont en cours d'élaboration en Franche-Comté, PACA, Rhône-Alpes et Bourgogne. Pour aider à la conduite de ces opérations, un guide méthodologique de création de structures sociales ou médico-sociales par un établissement de santé dans le domaine de la psychiatrie, élaboré par la mission nationale d'appui en santé mentale et l'administration centrale, a été diffusé en juin 2000 aux services déconcentrés et sera transmis aux établissements en décembre 2000. Le suivi de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie permettra également de connaître le nombre de structures créées dans ce cadre.*

*Malgré ces évolutions favorables, il est vrai que les disparités du dispositif de soins tant dans sa répartition géographique que dans les modes de réponse offerts, que la place encore importante de l'hospitalisation à temps complet et que le maintien d'un cloisonnement des acteurs militent en faveur de la poursuite de la*

*restructuration de la psychiatrie française. Il s'agit, notamment, de poursuivre l'évolution des établissements spécialisés (CHS et HPP), en renforçant leur intégration dans l'organisation générale du système de soins, grâce, notamment, aux rapprochements à opérer avec les établissements de santé généraux et à l'inscription des établissements de santé dans les communautés d'établissements. Les contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé spécialisés et les ARH seront l'occasion d'une déclinaison, par bassin de vie, de ces priorités d'organisation de l'offre de soins en santé mentale.*

*Une approche globale de la psychiatrie devrait être renforcée par la mise en œuvre des dispositions des protocoles des 13 et 14 mars 2000 qui prévoient, notamment, de :*

- réaliser un bilan des moyens mis en œuvre et une évaluation des évolutions d'activité de ce secteur ;*
- mieux définir les missions et l'organisation des services et secteurs et, en leur sein, l'action des professionnels ;*
- proposer des recommandations en matière d'architecture ;*
- définir les modalités de développement de l'intersectorialité, de la psychiatrie de liaison et d'un travail en réseau avec l'ensemble des structures sanitaires, médico-sociales et sociales ;*
- mieux organiser les cursus de formation des médecins psychiatres ;*
- rechercher la contractualisation des missions de service public en psychiatrie, fondée sur des contrats d'objectifs et de moyens à généraliser.*

*L'ensemble de ces travaux sera conduit par les directions concernées du ministère, sous l'égide du comité consultatif de santé mentale.*

### ***La prise en charge des patients***

#### ***Le déficit de psychiatres***

*La mise en place d'outils financiers favorisant l'installation des psychiatres dans des zones difficiles ou l'intervention des médecins dans plusieurs établissements devrait participer à réduire les difficultés de ces secteurs géographiques. Il s'agit par exemple des*

*mesures de revalorisation salariales prises dans le cadre des protocoles des 13 et 14 mars, telles que la prime d'exercice public exclusif et la prime multisites.*

*En outre, conformément aux protocoles des 13 et 14 mars derniers, une réflexion sur les métiers en psychiatrie sera conduite prochainement par la direction générale de la santé.*

### ***Le respect des droits des malades***

*La question du consentement du patient atteint de maladie mentale à son hospitalisation reste très préoccupante, même s'il convient de rappeler qu'en 1997 la part relative des hospitalisations sans consentement rapportées au nombre d'hospitalisation effectuées en psychiatrie générale n'est que de 13%. La part des hospitalisations d'office (HO) est encore plus faible, 8 000 en 1997 sur 60 000 hospitalisations sans consentement, étant indiqué que les équipes de secteur de psychiatrie générale ont suivi un million de personnes. En outre, dans ces chiffres le même individu peut être comptabilisé plusieurs fois au cours de la même année s'il a fait l'objet de plusieurs mesures d'hospitalisation d'office. Il est à noter également que bien que relevant juridiquement d'une hospitalisation d'office, un certain nombre de malades ne sont plus hospitalisés mais bénéficient d'une sortie d'essai, souvent à leur domicile.*

*Néanmoins, cette question a fait l'objet de nombreux débats dans le cadre de la préparation du projet de loi relatif aux droits des malades qui sera intégré au projet plus vaste de modernisation du système de santé. Ainsi, les dispositions relatives aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux inscrites au livre II du code de la santé publique devraient être prochainement révisées afin de renforcer les droits des patients et de leur famille ou proche.*

### ***La planification***

*Introduite dans le cadre des schémas départementaux de psychiatrie, la démarche de planification a été renforcée avec la mise en place des schémas régionaux de psychiatrie. Si, aujourd'hui, effectivement tous les départements n'ont pas élaboré leur schéma départemental, 22 schémas régionaux de psychiatrie sont approuvés et les derniers devraient l'être courant 2001. Les régions (qu'il s'agisse des professionnels, des élus, des usagers ou de l'administration) disposent donc d'un outil pour organiser les soins en psychiatrie en fonction de priorités clairement affichées et dégagées au terme d'une large concertation.*

*Les questions du maintien des schémas départementaux d'organisation des soins en psychiatrie et d'un schéma régional spécifique à la psychiatrie se posent effectivement. Par ailleurs, le rapprochement des découpages géographiques des cartes sanitaires de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et de psychiatrie, déjà recherché dans certaines régions, représente une voie d'évolution souhaitable. La modification du dispositif de planification sera étudiée en concertation avec les représentants des professionnels et des services déconcentrés.*

*A l'heure actuelle, des mesures de rapprochement existent au sein de la DHOS pour le suivi conjoint systématique par les bureaux concernés de la mise en œuvre des SROS, des schémas régionaux de psychiatrie et de l'évolution des cartes sanitaires :*

*- le suivi de la mise en œuvre des schémas régionaux de psychiatrie est réalisé au niveau national et au niveau local grâce à un document élaboré par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins en collaboration avec des représentants des régions. Ce document, diffusé en juin 2000, auprès de toutes les agences régionales de l'hospitalisation, s'attache à identifier la stratégie régionale développée pour la mise en œuvre du schéma, les instruments mobilisés (contrats d'objectifs, réseaux de soins, communautés d'établissements...) et comporte un certain nombre d'indicateurs relatifs à l'amélioration de l'accessibilité aux soins, au développement des alternatives à l'hospitalisation, à la réponse aux urgences, à la prise en charge de besoins spécifiques de la population (adolescents, personnes âgées, addictions...) et aux articulations entre les secteurs sanitaire, médico-social et social...*

*- le suivi de l'évolution de la carte sanitaire mis en place en juin 2000 permettra de compléter les informations concernant les capacités autorisées et la situation au regard des besoins théoriques en lits et places estimés par les régions.*

*La montée en charge de ces outils devrait permettre d'accompagner la politique conduite par les agences régionales de l'hospitalisation dans ce domaine.*

### ***Le pilotage de la politique de santé mentale et le rôle des différentes directions du ministère de l'emploi et de la solidarité***

*La mise en œuvre du décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de*

*l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services doit permettre une clarification dans les responsabilités de chacune des directions en matière de définition d'une politique de santé mentale et de sa conduite.*

*Une charte commune permettant d'identifier, pour chaque grand thème de santé publique, la direction pilote et la direction associée a été élaborée. Suite à la réorganisation du ministère, les bureaux de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins et de la direction générale de la santé, chargés de la santé mentale, élaboreront en commun un programme annuel de travail.*

*La direction générale de la santé (DGS) est chargée de l'élaboration de la politique de santé mentale et contribue à sa mise en œuvre. A ce titre, elle définira en lien notamment avec la DHOS, les objectifs et les priorités de la politique à mener en matière de prévention et de prise en charge des pathologies mentales. La DGS est également en charge de la détermination et de la coordination des programmes spécifiques d'intervention en santé mentale. Les objectifs généraux de cette politique seront fondés sur une connaissance des populations et des pathologies qui devraient s'améliorer compte tenu de la volonté de cette direction de développer, d'une part les conditions de la recherche en psychiatrie et d'autre part, en lien avec la DREES, les études épidémiologiques nécessaires. L'affirmation de ces missions a conduit la DGS à créer un bureau spécifiquement dédié à la santé mentale, au côté du bureau chargé des pratiques addictives jusqu'alors également compétent en santé mentale.*

*La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) doit organiser l'offre de soins psychiatriques en liaison avec la direction générale de la santé. La DHOS doit, notamment, rechercher une meilleure réponse aux besoins de la population par une optimisation des moyens, qu'il s'agisse de l'exercice libéral ou des établissements de santé publics comme privés, en intégrant les dimensions sociales, de santé publique et financière. Son rôle doit être d'assurer la prise en charge globale du malade, de susciter la complémentarité des différentes structures et des professionnels de santé. Elle doit s'assurer de la qualité, la sécurité des soins, la continuité et la proximité du système de soins, dont elle veille à garantir l'égal accès à tous ainsi que le respect des droits des usagers. Elle s'attache à concevoir les instruments favorisant la mise en œuvre de ces objectifs et apporte aux agences régionales de*

*l'hospitalisation, aux services déconcentrés et aux établissements de santé l'aide technique nécessaire à leur mise en œuvre opérationnelle.*

*La DREES assure, quant à elle, la conception de l'appareil statistique ainsi que la collecte, l'exploitation et la diffusion des données. A ce titre, elle est associée à la conception des systèmes d'information et veille à en assurer la cohérence. En particulier, la sous direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie réalise les statistiques et conduit les études concernant les politiques sanitaires et le système de santé. Elle est de ce fait responsable de la coordination du système statistique en matière de santé. Plus spécifiquement, sur la psychiatrie, la DREES procède régulièrement à l'analyse de l'offre de soins et de l'activité dans les secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile et pénitentiaire. Chaque année, elle suit également l'évolution de la globalité de l'offre dans cette spécialité, sur les champs des établissements de santé publics et privés, à travers la statistique annuelle des établissements.*

*Enfin, les travaux de la mission nationale d'appui en santé mentale, instance de médiation et d'aide des agences régionales de l'hospitalisation et des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales dans le domaine de l'organisation des soins en psychiatrie, font l'objet d'un suivi régulier de la part de la DHOS et de la DGS. La lettre de mission du docteur MASSE a été renouvelée le 12 octobre 2000, pour cinq ans, traduisant l'intérêt porté par l'administration aux travaux de la mission nationale d'appui en santé mentale.*

#### ***Les systèmes d'information en psychiatrie : amélioration des outils d'aide à la décision***

*Le rapport souligne à juste titre certaines lacunes du dispositif de connaissance et d'évaluation de l'organisation des soins psychiatriques. Le système d'information repose aujourd'hui sur diverses sources statistiques qui restent peu complémentaires les unes des autres, et ne permettent pas de couvrir finement tout le champ de l'offre de soins en psychiatrie. Ce constat partagé a conduit les acteurs, depuis plusieurs années déjà, à développer une réflexion pour faire évoluer le système d'information vers une approche plus globale de la psychiatrie.*

*Dans les travaux que mène actuellement la DREES en collaboration avec les autres directions, quatre axes sont privilégiés.*

### ***La recherche d'une plus grande cohérence entre les différentes sources***

*L'enjeu est ici d'articuler les différents systèmes d'information autour des données fournies par le PMSI dont la disponibilité est prévue à partir de fin 2001. Les travaux de la DHOS sur la trajectoire des patients pris en charge dans les secteurs psychiatriques ont permis de mettre en évidence la nécessité de disposer de certaines variables relatives aux patients (pathologies et types de soins reçus) et aux modes de prise en charge qui seront dorénavant collectées au travers du PMSI. La DREES a souhaité y associer des éléments relatifs aux caractéristiques socio-démographiques des patients qui permettront de mieux appréhender les différents types de recours aux soins psychiatriques.*

#### ***L'élargissement du champ couvert par les enquêtes***

*La DREES prévoit d'enquêter de manière plus précise le secteur de l'hospitalisation privée d'une part, au travers d'une extension à ces établissements d'un recueil des données collectées dans les rapports annuels de secteur, et d'autre part, au travers de la mise en place conjointe du PMSI psychiatrie.*

*Ces informations ne concernent cependant que les établissements de santé, qu'il s'agisse de structures d'hospitalisation complète, à temps partiel ou de prise en charge ambulatoire. Le suivi des patients dans leur prise en charge par la médecine ambulatoire est extrêmement complexe en l'absence de chaînage. Toutefois, la DREES, au travers d'enquêtes parallèles, tente d'analyser les liens ville – hôpital et réalise des études complémentaires sur l'offre de soins libérale en médecins de ville.*

#### ***L'enrichissement des informations sur les secteurs par des données à visée explicative***

*Il est envisagé d'intégrer aux rapports de secteurs des éléments décrivant leurs caractéristiques environnementales, leurs performances en terme d'accessibilité, d'accueil et de suivi, leur mode d'articulation avec les intervenants hors secteur, leur organisation pour prendre en charge l'urgence. L'identification des structures intersectorielles et l'analyse de leurs activités constituent également un axe important de l'évolution de l'enquête des secteurs. Des questions relatives à ces éléments seront intégrées aux rapports annuels de secteurs à partir de 2001.*

### ***Compléter le système d'information par des enquêtes spécifiques***

*L'amélioration de la connaissance de la psychiatrie passe également par la réalisation ponctuelle d'enquêtes ou d'études ciblées sur des populations ou des pathologies particulières, notamment : sur l'organisation et le suivi de l'offre de soins en psychiatrie dans le milieu carcéral, la prise en charge des suicides, la description des représentations liées aux maladies mentales et aux différents modes d'aide et de soins, ainsi que l'évaluation de la prévalence des principaux troubles mentaux.*

*Tels sont les éléments de réponse que je souhaitais apporter aux recommandations de la Cour.*

### ***Réponse du Directeur général de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris***

*« S'il est exact que, « à Paris, aucun hôpital de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, n'est le siège d'un secteur de psychiatrie générale. Certains d'entre eux ont des services de psychiatrie générale, mais non sectorisés », il convient, néanmoins, de rappeler que les services de pédopsychiatrie existant à Paris intra-muros sont sectorisés (Robert Debré, Necker, Pitié-Salpêtrière, Bichat) et que les quatre services de psychiatrie générale adulte situés en périphérie (Louis Mourier à COLOMBES, Corentin Celton à ISSY-LES-MOULINEAUX, Albert Chenevier à CRETEIL, Paul Brousse à VILLEJUIF) le sont également. Les services de psychiatrie sectorisés de Louis Mourier, Albert Chenevier et Paul Brousse sont hospitalo-universitaires.*

*Si l'on s'en tient à la psychiatrie générale intra-muros, il faut également souligner que le dispositif de soins en psychiatrie parisienne a été complété, depuis quelques années, par l'élaboration de conventions passées entre les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) concernés et l'AP-HP (Ambroise Paré-Sainte-Anne : 1997, HEGP- Sainte-Anne : 1999, Pitié-Salpêtrière-Association Santé Mentale du 13<sup>ème</sup> : 1999, Lariboisière-Maison Blanche : 1999, Saint-*

*Antoine-Esquirol : 2000, Cochin-Sainte-Anne, Tenon-Maison Blanche en cours de signature...)*

*Ces conventions prévoient la mise à disposition de psychiatres et/ou d'infirmiers psychiatriques du secteur dans les services d'urgences de nos établissements.*

*Par ailleurs, des contacts privilégiés sont établis entre les psychiatres hospitalo-universitaires et les psychiatres de secteur permettant d'éviter le recours au Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) et le transfert direct des patients à l'hôpital de secteur concerné.*

*Par ailleurs, l'AP-HP a inscrit dans son plan stratégique 2001-2004 comme axe majeur le renforcement de sa participation à l'hospitalisation des patients pris en charge par les secteurs psychiatriques, en mettant à disposition, par voie de convention, des locaux au sein de ses hôpitaux. C'est ainsi qu'après l'accueil en 1998 à l'hôpital Paul Brousse des lits d'hospitalisation et équipes issues de l'hôpital Paul Guiraud, elle mettra à disposition de l'hôpital psychiatrique de Moisselles, les locaux nécessaires au sein de l'hôpital Beaujon pour assurer l'hospitalisation à Clichy des patients pris en charge par les 2 secteurs desservant cette commune. Elle souhaite de la même façon, contribuer au rapprochement des lieux d'hospitalisation et des secteurs en mettant à disposition de l'Association de santé mentale du 13<sup>ème</sup> arrondissement des locaux au sein du groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière.*