



LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Commission des affaires sociales

Rapport d'information de M. Alain Milon, sénateur de Vaucluse

Rapport n°

Un contexte de remise en cause de la psychiatrie

Malgré une actualité souvent tragique et une vingtaine de rapports publiés depuis dix ans, la psychiatrie française n'a été abordée par la loi que sous l'angle de la dangerosité des malades, optique restrictive que la commission des affaires sociales avait regrettée.

Le rapport présenté par Alain Milon entend préparer l'arrivée des grands textes de santé publique et d'organisation des soins en dressant un bilan de **la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux**, sans ignorer la situation de celles souffrant de troubles du comportement ou de troubles envahissant du développement, et en formulant des propositions destinées à améliorer la prise en charge des patients.

La politique publique en matière de psychiatrie repose à l'heure actuelle sur les plans de santé mentale. Le premier couvrant la période 2005-2008 a été évalué en 2011 par le Haut Conseil de la santé publique et par la Cour des comptes. Le second plan, pour 2011-2015, ne peut encore être apprécié car son programme de mise en œuvre est paru le 29 février 2012. Trois problèmes ressortent particulièrement de l'évaluation du plan 2005-2008 : **l'absence de connaissances exactes tant sur la prévalence des troubles relevant de la psychiatrie que sur l'activité des équipes et des structures ; le cloisonnement persistant**

des soins à toutes les étapes de la prise en charge et spécialement entre psychiatrie et médecine générale ; enfin, l'absence de politique d'innovation et d'amélioration des soins.

La psychiatrie est parallèlement remise en cause par la popularité du concept de **santé mentale**, voire de santé mentale positive, porté par l'Organisation mondiale de la santé, orientée sur le « bien-être mental », c'est-à-dire la **capacité à mener une vie sociale épanouissante**. Cette approche tend à placer l'accent sur la lutte contre le stress et à minimiser la place des pathologies psychiatriques caractérisées.

Un **mouvement critique de la psychiatrie anglo-saxonne** s'est également développé aux Etats-Unis contestant la prévalence des troubles, l'efficacité des médicaments utilisés et les fondements théoriques de l'approche neuro-psychiatrique.

Ces critiques, dont plusieurs sont argumentées et pertinentes, ne peuvent pas être reprises telles quelles s'agissant de la **psychiatrie française qui se caractérise par une grande précaution des soignants face aux effets de modes** en matière diagnostique ou théorique et à l'approche uniquement médicamenteuse.

Centrée sur la volonté de soigner les malades au plus près de leur lieu de vie afin de limiter la désocialisation liée à la maladie, la psychiatrie française parvient à

prendre en compte une part importante des besoins de la population.

Les besoins en matière de prise en charge psychiatrique demeurent néanmoins. **La Cour des comptes évalue à 107 milliards d'euros par an le coût économique et social des pathologies mentales.**

Le défaut principal du système actuel est paradoxalement **l'accent disproportionné mis sur l'hospitalisation** qui représente 19 millions d'actes par an contre 18 millions pour la prise en charge ambulatoire qui concerne pourtant 86 % des malades.

Un programme important d'investissements a donc été mis en œuvre : il doit totaliser 1,8 milliard d'euros d'ici 2017, dont une partie en garantie d'emprunt. Le plan hôpital 2007 lancé en 2003 avait par ailleurs prévu 600 millions d'euros d'investissements dans les établissements psychiatriques.

Ces investissements apparaissent indispensables pour garantir que les soins s'effectuent dans des conditions matérielles conformes à la dignité des malades, mais ils rendent plus difficile leur réorientation vers les alternatives à l'hospitalisation. On constate de plus un manque de psychiatres.

La Cour des comptes relève qu'entre 2000 et 2010, malgré l'augmentation du nombre de postes ouverts à l'internat, les écarts de densité pour 100 000 habitants se sont creusés. Si l'on met à part le cas de Paris (67 praticiens libéraux pour 100 000 habitants), les déséquilibres vont du simple au décuple entre la Gironde (21) et les Bouches-du-Rhône (20) et les départements comme l'Eure ou la Vendée (2). La Guyane n'a aucun psychiatre libéral. A plusieurs reprises, faute de candidats spécialisés, ce sont des médecins généralistes qui sont recrutés sur les postes ouverts, certains services fonctionnant ainsi quasi exclusivement avec des omnipraticiens.

Si les dossiers des patients sont globalement bien tenus, comme le montrent les résultats de la certification des services par la Haute Autorité de santé, de nombreuses disparités existent en matière de prise en charge. Or, il apparaît clairement que la meilleure protection des droits des malades comme de la sécurité des personnels, repose non pas tant sur le renforcement des mesures de sécurité que sur le projet thérapeutique de l'équipe soignante. Le centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers est sans doute un exemple puisque la circulation des patients est libre alors que le taux d'incidents y est plus faible que dans d'autres établissements. Chaque malade est pris en charge dans un programme d'activités thérapeutiques et de loisirs qui ne le laisse pas seul face à ses troubles, évite la création de tensions et donc les actes de violence.

La généralisation des meilleures pratiques doit donc être encouragée. La réforme de la psychiatrie ne se fera pas de l'extérieur ou contre la psychiatrie mais à partir des soignants et avec eux.

Un problème peu connu des acteurs est la disparition de la base juridique du secteur psychiatrique qui n'est plus défini dans le code de la santé publique. Cette situation, source de confusion alors que le secteur demeure le cadre de l'action de terrain, n'est plus tenable et seule une solution concertée peut permettre d'y remédier.

LES PROPOSITIONS DU RAPPORT

1. **Intégrer la lutte contre les troubles mentaux à la prochaine loi de santé publique.** Ce choix, plutôt que celui d'une loi de santé mentale spécifique, a été fait pour deux raisons. Une raison d'opportunité. Peu de mesures législatives sont nécessaires mais elles doivent être rapides et la possibilité qu'une loi de santé mentale trouve sa place dans le calendrier parlementaire est incertaine.

Une raison de fond : la psychiatrie a plus souffert que bénéficié de son isolement par rapport aux autres spécialités médicales. De très nombreux professionnels ont insisté en audition sur le fait que les critères d'évaluation de la psychiatrie ne sont pas différents de ceux qui s'appliquent à la recherche et à l'activité des autres disciplines. Intégrer la prise en charge des pathologies mentales à la loi de santé publique soutiendrait l'action des professionnels les plus innovants et dynamiques dont l'action est porteuse d'espoir pour les patients.

2. Organiser une concertation avec l'ensemble des praticiens et les associations représentant les malades et leur famille pour que la prochaine loi sur l'accès aux soins comporte des choix clairs et acceptables pour tous sur **l'avenir du secteur** et de la coordination des soins.

3. Mettre en place un programme de **développement des réseaux de soins en psychiatrie.** Que ce soit en matière de recherche ou de prise en charge, les réseaux de soins sont très innovants. Comme tous les réseaux de soins, ils se heurtent cependant à la difficulté à mobiliser des ressources.

4. Mettre en place des *case managers* non-médecins chargés du **suivi d'un patient dans son parcours tant sanitaire que médico-social** afin de surmonter les cloisonnements persistants entre hôpital et ville, médecine et médico-social, qui engorgent le système et font peser sur les malades et leur entourage un poids démesuré, dont celui de la précarité.

5. Intégrer un **conseil des familles et des usagers** à l'organisation des établissements psychiatriques.

6. Fixer avec la Haute Autorité de santé un **calendrier de réunions de consensus** aboutissant à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Les différentes formes d'élaboration des bonnes pratiques par la HAS permettent la prise en compte de toutes les approches, qu'elles aient été validées par des publications dans des revues internationales ou non. Face à des écarts de prise en charge de plus en plus mal compris par les malades et les familles, l'existence de recommandations, qui n'ont pas de force contraignante, pourrait permettre d'éviter les polémiques stériles et favorisera les meilleures pratiques.

7. **Organiser la prise en charge somatique** des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce point essentiel justifie l'inscription des problématiques liées à la psychiatrie dans la loi de santé mentale.

L'espérance de vie des personnes atteintes de troubles mentaux est inférieure de vingt ans à celle de la population générale en partie en raison des nombreuses comorbidités et des effets secondaires des traitements.

En complément du regard du psychiatre, il est donc souhaitable d'avoir un regard somatique. Le patient en psychiatrie doit être suivi par une équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire. Ce point essentiel est difficile à mettre en œuvre.

La difficulté d'accès des malades psychiatriques aux soins de médecine générale ne doit pas non plus être sous-estimée. Des consultations somatiques systématiques pourraient être conduites dans les établissements psychiatriques. Le développement de services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux depuis les années 1970 favorise la prise en charge complète des patients. De fait, seuls 40 % des établissements psychiatriques d'Ile-de-France seraient, à

l'heure actuelle, capables d'assurer la prise en charge somatique des patients. Il pourrait être envisagé de constituer des services de médecine générale au sein de ces établissements.

Un point important est que **l'interaction entre ce qui est généralement considéré comme relevant du somatique et les troubles psychiatriques est mal connue**. En Allemagne et en Autriche, la psychosomatique est une discipline à part entière tournée vers l'étude et la prise en charge de ces aspects des pathologies mentales. Une analyse plus détaillée de ces pratiques pourrait permettre d'améliorer le soin en France.

8. Garantir un **tronc commun de la spécialisation en psychiatrie** assurant la formation à l'ensemble des techniques de prise en charge. La régionalisation actuelle des spécialisations en psychiatrie renforce le poids des orientations personnelles des chefs de services de CHU. Les étudiants en psychiatrie sont légitimement attachés à la possibilité de pouvoir déterminer par eux-mêmes quelle formation ils souhaitent suivre. Il importe cependant qu'ils soient formés à l'ensemble des types de prise en charge. La commission regrette donc que l'idée de porter de trois à cinq ans la formation générale en psychiatrie ait été abandonnée et que la création de deux nouveaux diplômes d'études spécialisées, outre la pédopsychiatrie, en soit encore à l'état de projet.

9. Assurer le **financement des projets de recherche en psychiatrie par une agence centrale sur le modèle de l'Institut national du cancer**. La recherche française ne représente que 2,4 % des publications mondiales dans le domaine de la psychiatrie. Cette situation est partiellement liée au refus par certaines équipes de soumettre leur démarche à des critères d'évaluation nécessaires à l'acceptation des articles par les grandes revues internationales mais vus par elles comme inadaptés. La raison de fond est toutefois ce que la Cour des comptes décrit comme « la sous-dotation persistante de la

recherche » qui ne reçoit qu'à peu près 3 % des crédits publics de recherche en santé. Il est important de noter que, malgré la faiblesse du financement, les publications françaises font référence dans plusieurs domaines, notamment sur les questions liées à l'autisme.

L'absence de financement de la recherche épidémiologique est la cause du manque de connaissances précises sur les prévalences, les facteurs de risques et même les modalités de prise en charge et leur efficacité. C'est une entrave particulièrement importante aux progrès de la prise en charge.

De nouvelles perspectives de diagnostic et de soins s'ouvrent à la psychiatrie. En neuropsychiatrie et en biologie, la recherche de bio-marqueurs vise à détecter les fragilités des individus avant l'apparition éventuelle de symptômes et à mettre en place un suivi et des actions environnementales tendant à prévenir le développement de la maladie.

La mise en place d'une instance alliant recherche et soins sur le modèle de l'Institut national du cancer paraît être le meilleur moyen de permettre aux projets les plus innovants d'obtenir les crédits dont ils ont besoin tout en garantissant l'efficacité des sommes allouées.

10. Renforcer la **formation continue des pédiatres et des médecins généralistes** pour leur permettre de rapidement prendre en charge les cas de dépression et détecter les troubles psychiatriques. Encourager le dialogue avec les psychiatres et les centres experts.

11. Mettre en place un **observatoire des suicides rattaché à l'Institut de veille sanitaire**.

D'après une étude publiée par la Drees en septembre 2012, la tendance suicidaire est une problématique importante en médecine générale de ville. Au cours des cinq dernières années, 80 % des médecins généralistes ont été confrontés à la tentative de suicide et près de la moitié à un suicide. La création d'un observatoire paraît être un moyen de faire progresser cette question.