

Bilan du plan Santé mentale 2005-2010

Éliane Conseil
Santé Social

www.elianeconseil.com

Le contexte du rapport

Ce rapport de la Cour des comptes, paru en décembre 2011, a pour objectif d'évaluer l'impact du plan « Psychiatrie et santé mentale » appliqué de 2005-2010 sur la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie et leurs parcours de soins.

Les pathologies relevant de la psychiatrie figurent au troisième rang des maladies les plus fréquentes en France. On estime qu'entre un dixième et un cinquième de la population risque d'être atteint par un trouble mental au cours de sa vie. Le coût économique et social de ces pathologies est estimé à 107 milliards d'euros par an. Le plan mis en œuvre en 2005 avait donc pour objectif de faire face à la souffrance des patients et d'apporter des réponses collectives aussi bien cliniques que médico-sociales ou sociales à des personnes le plus souvent vulnérables. Ce plan avait cinq axes stratégiques :

- Favoriser le décloisonnement de la prise en charge ;
- Mener des actions en direction des patients, des familles et des professionnels
- Développer la qualité des soins et la recherche
- Mener des programmes spécifiques, en particulier auprès des malades détenus
- Mettre en œuvre, suivre et évaluer le plan.

En synthèse

◆ L'hospitalisation complète affiche toujours un poids excessif

La Cour appelle à des réponses adaptées à la diversité des pathologies

Si les médicaments développés au cours du dernier demi-siècle ont permis de réduire l'hospitalisation complète, ils sont proposés à des malades qui nécessitent un suivi extrahospitalier rapproché. Dans le même temps, la reconnaissance de pathologies moins lourdes, mais nombreuses et variées, a entraîné une hausse de la demande de soins. Ces deux facteurs aboutissent à un **besoin croissant d'un renforcement important de l'offre de soins extrahospitaliers**. Or **les alternatives à l'hospitalisation complète ne représentent qu'un dixième des prises en charge à temps complet**, ce que la Cour juge insuffisant. Elle déplore un **cloisonnement entre les prises en charge hospitalières et ambulatoires très préjudiciable**, alors que cette diversité de prise en charge constitue une originalité forte de la psychiatrie qui devrait permettre un parcours très fluide au patient.

L'hospitalisation complète demeure anormalement saturée

Ce phénomène est dû plutôt à un dysfonctionnement de l'offre de soins qu'à une pénurie de lits. En effet, la densité française en lits d'hospitalisation serait une des plus fortes des pays comparables, avec un taux global d'occupation s'élevant à 89,5% du potentiel d'occupation maximal théorique, chiffre particulièrement élevé. Cette saturation est liée à la fréquence des séjours non programmés et souvent répétitifs, et à une durée moyenne de séjour de 30 jours, qui peut être prolongée en l'absence de solution d'aval. Cela entraîne plusieurs effets pervers :

- recours à l'hospitalisation sans consentement, dont le nombre reste élevé bien que disparate selon les régions ;
- limitation de la capacité des hôpitaux à affecter les personnels aux structures non hospitalières ;
- focalisation des moyens sur les structures hospitalières au lieu de développer des structures alternatives.

Le plan n'a pas réussi à réserver l'hospitalisation complète en psychiatrie à la prise en charge de cas lourds. Les hospitalisations trop prolongées réduisent la disponibilité de l'hôpital, limitent les possibilités de réinsertion des patients et génèrent des coûts plusieurs fois supérieurs à ceux des modes de prise en charge alternatives. Il serait possible de réduire le nombre de patients dont l'hospitalisation est inadéquate mais le plan n'a pas réussi à insuffler cette dynamique. Le rapport regrette aussi l'absence d'étude aboutie portant sur l'inadéquation du placement de certains patients en séjour prolongé et les hospitalisations sans

consentement. La Cour pointe enfin que le seul progrès en terme de droit des personnes, la nomination d'un contrôleur général des lieux de privation de liberté en 2007, est indépendant du plan.

Les alternatives à l'hospitalisation complète sont insuffisamment développées

Si leur nombre a augmenté, **cette progression reste trop modeste**, malgré les 2000 places supplémentaires dégagées en hospitalisation partielle entre 2000 et 2009. Selon la Cour, **le mode de financement de la psychiatrie ne permet pas d'orienter les moyens vers les solutions alternatives** : ainsi, les moyens dégagés par la baisse des lits d'hôpital n'ont pas été reconvertis vers elles car le plan était insuffisamment prescriptif. La dotation financière recouvrait plusieurs objectifs, sans contraintes pesant sur l'affectation des sous-enveloppes. Le rapport déplore que la réforme du financement selon l'activité ait encore été reportée, ce qui est préjudiciable car **le mécanisme de dotation annuelle n'incite pas au développement de la prise en charge ambulatoire**. Ainsi, si les Agences Régionales de Santé (ARS) ont ajouté plus de moyens que prévu pour l'ambulatoire et moins pour l'hospitalisation, cela n'a pas compensé la tendance à l'hospitalocentrisme. La Cour regrette l'absence d'un bilan de l'utilisation des crédits et des résultats obtenus. Le rapport note toutefois que **le plan a contribué au renforcement de l'offre en psychiatrie infanto-juvénile** : 40 millions d'euros lui ont été consacrés, soit plus du tiers du total et plus que les 24 millions prévus, même si l'accessibilité de cette offre n'a pas été évaluée.

La prise en charge médico-sociale et sociale connaît également un développement inégal : 1758 places ont été autorisées en services d'accompagnement entre 2005 et 2008, mais la Cour juge qu'il s'agit d'un effet d'affichage. En effet, peu d'encouragement a été apporté au développement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS). Les actions concrètes en matière d'accès au logement ou à un hébergement sont restées modestes. En ce qui concerne les dispositifs d'aide au travail et à la formation, la mise en œuvre des actions prévues a été inégale et partielle et il reste beaucoup à faire. Pour la Cour, la politique menée a manqué de fermeté, ce qui explique ses résultats décevants.

Malgré quelques progrès, l'objectif de favoriser les prises en charges extrahospitalières et de désengorger les lits d'hospitalisation complète n'a pas été atteint

La Cour attribue cet échec principalement à l'absence d'un consensus sur le juste recours à ce type de prise en charge. Certaines mesures ont même durci les clivages déjà existants. Elle formule donc sept recommandations :

- **continuer à développer et diversifier l'offre** sanitaire extrahospitalière, médico-sociale et sociale ;
- **en évaluer les performances** ;
- **inclure dans la mission de service public** de psychiatrie la charge de **repérer, analyser et corriger localement les ruptures de prise en charge et les délais d'attente** ;
- **faire évaluer les modalités d'organisation et de gestion interne des établissements** pour mieux distinguer les moyens attribués aux structures intra et extra hospitalières et limiter la fongibilité entre les deux ;
- **renforcer l'organisation et la permanence des services d'urgences psychiatriques** ;
- **harmoniser la conception, la répartition et l'emploi des unités pour malades difficiles (UMD)** ;
- **réformer le financement de la psychiatrie par l'assurance maladie**, sur la base d'une tarification prenant en compte la spécificité de ces prises en charge.

◆ L'accès aux soins en matière de santé mentale reste difficile

Les disparités territoriales persistent

L'absence de calendrier et de financement pour les actions censées y remédier n'ont pas permis qu'elles soient mises en œuvre. **Le plan ne s'est pas doté des outils permettant de mieux répartir l'offre de soins en fonction des besoins**. Ainsi, il n'y a pas eu d'analyse objective des besoins spécifiques de chaque région. Seule l'agence régionale d'hospitalisation du Nord-Pas De Calais avait planifié des objectifs contraignants de convergence des moyens dévolus à chaque secteur en tenant compte des besoins.

Le premier accès aux soins reste mal coordonné et trop tardif

La Cour déplore que **les efforts d'information du public soient encore trop insuffisants** pour inciter les patients et leurs familles à consulter. Ainsi, dans la campagne menée contre la dépression, l'intervention de l'Etat a provoqué des remous chez les professionnels. Il n'a donc pas souhaité poursuivre la campagne. D'autres qui devaient porter sur des pathologies lourdes n'ont pu être réalisées faute de financement.

Le rapport pointe également les **délais d'attente persistants** en centre médico-psychologique (CMP). Alors que la file active de patients a augmenté de 830 000 patients en 2003 à plus d'un million en 2009, les délais

d'attente avant le premier rendez-vous restent **supérieurs à un mois**, en raison d'une organisation qui ne donne pas un rôle suffisant aux CMP. Le plan n'a pas permis de réduire ces délais, même si l'amplitude des horaires d'ouverture des CMP a augmenté. Il faudrait leur affecter plus de personnels et améliorer la coordination de proximité.

Enfin, la Cour insiste sur **l'insuffisance de la collaboration entre la médecine générale et la psychiatrie**. En effet, si 30% des patients de généralistes souffrent de troubles psychiatriques, ces médecins se plaignent de ne pas avoir facilement de contacts avec les CMP ou de retour sur leurs patients qui y sont suivis. Le plan visait donc à inciter au partenariat avec deux mesures :

- la publication d'un « cahier des charges des réseaux en santé mentale », qui n'a pas eu lieu ;
- le redéploiement de 5 millions au sein de la dotation du FIQCS pour le développement des réseaux afin de favoriser une couverture large du territoire, qui a été effectué à 59%.

Ce dispositif paraît toutefois insuffisant. La formation et l'information des médecins généralistes n'ont pas été renforcées. Pour la Cour, en raison du trop faible nombre de réalisations concrètes, **le plan n'a contribué que marginalement à améliorer la relation des généralistes à la psychiatrie**.

◆ Le dispositif « santé-justice » a globalement mais inégalement progressé

Peu de moyens ont été apportés pour améliorer les soins

Le plan n'a apporté que **5 millions d'euros de crédits additionnels de fonctionnement**. De plus, **il n'a pas eu d'impact sur les ressources humaines : 22 emplois restent vacants en psychiatrie dans les soins carcéraux**. Il n'a pas non plus permis de progrès en matière de gestion du temps de ces personnels : les horaires ne sont pas toujours adaptés aux consultations.

Les services pénitentiaires et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) restent insuffisamment coordonnés

Les divergences de règles ou de pratiques déontologiques entre les personnels empêchent l'harmonisation interministérielle des pratiques : par exemple, certains professionnels refusent de siéger à la commission pluridisciplinaire unique. A un autre niveau de coordination, **la coopération entre les SMPR et les unités de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) en milieu pénitentiaire existe mais varie** selon les régions. Enfin, **la coopération au sein du SMPR demeure parfois faible**, car les psychiatres opposent le secret professionnel aux autres. Le rapport regrette que le plan n'ait pas eu pour objectif d'aplanir ces difficultés.

Des améliorations bien réelles ont été apportées au niveau architectural

Tout d'abord, le rapport souligne la **résorption réelle bien que lente des locaux vétustes** : plusieurs guides ont été diffusés par différentes agences et ministères, qui ont annoncé une concertation renforcée avec les établissements, aujourd'hui trop tardivement associés à ces programmations. Le rapport renvoie toutefois au problème général des conditions de détention sur cette question.

La Cour se félicite également de ce que **26,5 millions de crédits ont été affectés à la construction des nécessaires unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA)**. Ce montant a été porté en cours de plan à 134,5 millions, finançant un **nombre plus élevé que prévu** de ces unités. La première unité sera livrée en 2012 et le programme de 17 achevé en 2019. D'ici là, il reste des disparités géographiques et des risques de sécurité et d'insuffisante prise en charge.

Le plan ne comportait pas de mesures remédiant aux difficultés d'orientation après la détention

Il n'existe pas de structures sanitaires type de préparation à la sortie. Le rapport déplore également un manque de solutions d'hébergement qui contraignent souvent les anciens détenus à se faire hospitaliser. Cela entraîne **d'importants risques de rupture de soins** qui mettent en péril la réinsertion de patients déjà plus vulnérables que les autres aux difficultés des détenus lors de la sortie.

Cet axe du plan a surtout contribué à une prise de conscience des problèmes dans ce domaine

Ce champ est d'autant plus important que les moyens psychiatriques n'ont pas évolué en même temps que la population carcérale. Pourtant, les différentes actions n'ont été mises en œuvre que tardivement et partiellement. Le rapport regrette **l'absence de stratégies crédibles et équilibrées entre les exigences liées à la sécurité des personnes et aux libertés**. La Cour recommande donc de :

- **publier les circulaires relatives à la coordination** entre administration pénitentiaire et professionnels de santé ;

- **développer des normes et indicateurs** pour la prise en charge des patients sous main de justice ;
- **mettre aux normes hospitalières de 2011** les locaux pénitentiaires où sont délivrés des soins ;
- **améliorer la gestion du temps de consultation** dans les établissements pénitentiaires.

◆ **Le pilotage du plan, initialement robuste, s'est trop affaibli**

Le dispositif de suivi s'est progressivement délité

Il y avait un comité technique mensuel de suivi mais ses commissions ont été très peu réunies. L'instance nationale de concertation en santé mentale a contribué au succès des mesures que ses membres étaient à même de relayer, mais la CNAMTS ne siégeait pas dans ces instances qui ont cessé de fonctionner suite au non remplacement de leur coordonnateur en 2007. Le rythme de publication des bilans produits s'est également distendu. La Cour souligne également que **les acteurs nationaux se sont peu mobilisés** : le plan a été très peu évoqué au niveau interministériel, et l'intervention d'acteurs comme l'Institut national de veille sanitaire (INVS) n'a pas été coordonnée avec les acteurs nationaux de l'Assurance Maladie qui assurent le financement de l'hospitalisation et des soins. Enfin, **le cadre régional est trop peu stable** : les commissions régionales de coordination en santé mentale n'ont eu qu'une vie éphémère. Le réseau de correspondants régionaux qui devait relayer les impulsions des instances de pilotage central du plan a disparu en 2007. Les ARS ont succédé aux agences régionales d'hospitalisations avec des organisations et stratégies variables qui n'ont pas forcément assuré la continuité. Les nombreux dispositifs de pilotage créés, supprimés et reconstitués ont induit un désordre préjudiciable à la réalisation des objectifs du plan.

La recommandation du rapport est donc de **mieux coordonner à un niveau interministériel la politique en matière de psychiatrie ainsi que son suivi sur la base de tableaux de bord fiabilisés.**

Les outils de pilotage sont de qualité inégale

Le suivi financier est délicat en raison d'un bilan incertain, dû au fait que beaucoup de données restent provisoires. L'aide financière apportée par le plan se décompose en trois parties :

- 540 millions d'euros de subventions, à 93% à charge de l'Assurance Maladie ;
- 229 millions d'euros ont été attribués aux établissements depuis la fin du plan, en dotations annuelles de fonctionnement reconductibles, afin d'assurer la pérennité des emplois fléchés et de financer les emprunts réalisés pour moderniser les structures. Ce montant est cependant inférieur à ce qu'aurait apporté la progression générale du fonctionnement des établissements hospitaliers (14,31%) ;
- 1,8 milliards affecté par redéploiement entre 2005 et 2017 aux investissements immobiliers et de sécurité, financés à moitié par l'Assurance Maladie et à moitié par les établissements.

Ces trois aides représentent une **hausse annuelle inférieure à 2% des moyens, au regard des 13 milliards par an de dépenses que représente la psychiatrie pour l'Assurance Maladie. La psychiatrie n'a donc pas vraiment été favorisée par le plan.**

La Cour déplore aussi l'**absence d'indicateurs de résultats**. En effet, les objectifs de santé publique de 2004, qui chiffreraient en partie les résultats à atteindre, avaient vocation à être au cœur du plan, mais la majorité n'a pas été reprise. En revanche, **les indicateurs de moyens et d'activités sont en progrès** grâce à un apport majeur du plan : 69 millions pour les crédits d'équipement informatique et un apport en personnel spécialisé, soit le double des 36 millions prévus dans la perspective d'une réforme de la tarification. Cette action qui a modernisé de manière efficace les départements d'information médicale (DIM), même si d'importants progrès restent nécessaires. Toutefois, le rapport regrette que les lacunes des services d'information n'aient permis qu'une évaluation partielle du plan, l'absence de schéma directeur expliquant l'empilement des bases de données. La Cour formule quatre recommandations dans ce domaine :

- **renforcer le pilotage et le suivi** nationaux et régionaux de la psychiatrie ;
- **consolider le financement et la gestion de la mission nationale d'appui en santé mentale** ;
- **développer les sources épidémiologiques et statistiques** afin de mettre en oeuvre des indicateurs de santé publique en psychiatrie ;
- **distinguer clairement** dans les plans de santé publique et leurs bilans **les mesures pérennes des crédits non reconductibles, et les mesures nouvelles de celles financées par redéploiement.**

◆ **Les moyens alloués n'ont pas eu les effets attendus**

La remise à niveau des effectifs affiche des résultats en demi-teinte

S'il y a eu des créations d'emploi, leur niveau est difficile à mesurer avec exactitude. Les évolutions sont différentes selon les professions. Pour **les psychiatres, qui sont 22 pour 100 000 habitants, soit moitié plus que la moyenne de l'OCDE, la perception dominante est paradoxalement celle d'une pénurie**, ce qui s'explique par le fait que les emplois situés dans des zones peu urbanisées sont rarement pourvus, et

qu'un poste budgétaire sur cinq est vacant. Le plan a augmenté le nombre de places offertes à l'ECN dans cette spécialité, mais sans créer des diplômes d'études spécialisées. En ce qui concerne les psychologues, leur présence a été renforcée. Pour les infirmiers, le projet d'une cinquième année d'études ne s'est pas concrétisé mais une mesure de formation complémentaire de mise en situation professionnelle adaptée a été mise en œuvre, toutefois sans processus de contrôle ou de bilan. Le tutorat a bénéficié d'une enveloppe considérable mais aucun bilan statistique n'a encore été produit au regard des objectifs initiaux. Enfin, 152 postes d'assistants sociaux ont été créés mais il demeure d'importantes inégalités dues à leur répartition hétérogène. En ce qui les concerne, de nombreux objectifs n'ont pas été atteints. Le rapport suggère donc de :

- **mettre en œuvre un plan à moyen terme de formation initiale et continue** des personnels intervenant en psychiatrie ;
- **consolider la mise en œuvre du tutorat des personnels nouvellement recrutés**, avec des mesures incitatives appropriées ;
- **réduire les écarts de rémunération** entre exercice hospitalier et exercice libéral.

Les investissements, bien que massifs, ont été trop tardifs

Tout d'abord, si la Cour souligne l'importance de l'effort financier consenti, elle pointe un **rééquilibrage insuffisamment marqué**. En effet, la répartition a favorisé l'hospitalisation complète, qui représente 75% de la valeur des opérations. 70% des aides auraient été répartis en fonction de la population de chaque région pour rééquilibrer les écarts, mais en valeur absolue, ils ont été du simple au décuple entre les différentes régions. La moitié des dépenses a été concentrée dans 25 opérations de 15 millions d'euros et plus, mais les stratégies ont été très différentes selon les régions. Le reste des financements ont abouti au maintien de sites inégalement fonctionnels et sans visibilité, ce qui renforce l'impression d'un **défaut fréquent de vision stratégique dans les choix d'investissement**. En effet, si le ministère a mis en place une procédure stricte, avec cahier des charges et grille d'analyse des projets, qui a été plutôt respectée et donne une certaine cohérence aux projets d'établissement, il n'y a pas eu de méthodologie nationale pour la nécessaire réflexion sur la localisation, la taille des structures, leur accessibilité et leurs liens avec la ville, alors que les établissements n'ont pas forcément les compétences pour un changement radical d'approche. Enfin, face à des surfaces et des prix de revient hétérogènes, la Cour voudrait voir mis en œuvre des référentiels de programmation et des recommandations architecturales qui prendraient en compte le développement de la prise en charge ambulatoire.

Le rapport souligne cependant la prise **d'importantes mesures nouvelles en matière de sécurité**. De 2005 à 2010, des financements complémentaires de 89 millions d'euros ont été mobilisés pour des aménagements de sécurité et la mise en place d'UMD en dehors du plan. Il y a également eu une dotation annuelle de 13,8 millions en provenance de l'Assurance Maladie pour parvenir à un niveau minimal de sécurisation des activités en psychiatrie. Les 200 chambres d'isolement prévues ont été créées ou rénovées, mais sans attention particulière portée à leurs conditions d'utilisation, alors que des usages anormaux perdurent. Au total, un effort important de modernisation a été engagé sans être au même niveau que pour les autres établissements de santé, ni obéir à une stratégie claire. Le levier de l'investissement n'a pas contribué à une réorientation des modes de prise en charge afin de prévenir ou abrégé l'hospitalisation. Pour poursuivre les efforts pour améliorer la qualité de vie des patients, il faudra développer les analyses comparatives des différentes formes de prises en charge. La Cour formule donc deux recommandations :

- **mettre en conformité avec des normes nationales** les établissements et services accueillant des malades mentaux, y compris en milieu carcéral ;
- **interdire le versement intégral de subventions d'investissement avant service fait** et subordonner le versement de leur solde à la mise en service effective des équipements subventionnés.

La recherche souffre d'une sous-dotation persistante qui en fait la parente pauvre de la recherche en santé

Le changement n'a pas été à la mesure du diagnostic critique posé par le plan. Malgré une réallocation importante des crédits de recherche clinique, **l'apport financier du plan est resté modeste**. La relance de l'épidémiologie a été laborieuse : l'objectif existait mais son financement n'était pas garanti. La tâche de l'INVS n'a pas été facilitée malgré la création d'un groupe « santé mentale » au sein de l'IRESP. Le plan n'avait d'ailleurs fixé aucun indicateur de performance scientifique. La recommandation de la Cour est donc **d'assurer une coordination de la recherche en psychiatrie, toutes disciplines réunies**.

◆ L'organisation territoriale reste fragile

Un flou croissant entre la stratégie nationale de suppression de la sectorisation et son maintien de facto sur le terrain

La sectorisation plaçait l'ensemble des structures sous la responsabilité de l'hôpital dans des secteurs géographiques spécifiques. Le plan a en apparence conforté cette sectorisation, même si l'Etat en a supprimé le fondement juridique en créant le « territoire de santé ». En effet, la suppression des « secteurs » a été peu perçue par les professionnels. Toutefois, le secteur n'a plus le monopole d'une organisation qui était jusque là spécifique et n'est plus identifiée par principe au service public. Les ARS peuvent confier certaines missions aux structures qu'elles souhaitent. Elles sont cependant dans une situation délicate : elles ont une mission de concertation, mais **les psychiatres restent attachés au secteur et continuent de se référer aux textes non explicitement abrogés**. Elles souffrent d'un **cadre juridique devenu incohérent : les secteurs perdurent de fait**, mais sans support juridique. Il n'y a **pas de texte décrivant les modalités d'implantation et de fonctionnement spécifiques de la psychiatrie**. Les nouveaux textes et l'absence de modifications des anciens conduisent à un ensemble peu cohérent nuisant à la compréhension de l'offre.

L'évolution vers le territoire est encore trop peu aboutie, et la carte des secteurs est restée figée depuis 2003. **L'échelon du territoire peine à s'affirmer**, ce qui crée une grande confusion car **la prise en charge reste de fait organisée par les établissements publics**. Le découpage territorial n'a pas été modifié par le plan alors qu'il fait l'objet de nombreuses critiques touchant des critères trop hétérogènes et des incohérences qui auraient dû être redessinées. La sectorisation n'a pas assuré une offre diversifiée et homogène. Le plan avait imposé de **compléter le maillage territorial grâce aux territoires de santé** mais la superposition est complexe et **les ARS n'ont pas la compétence juridique nécessaire pour favoriser la convergence** des différents échelons du maillage territorial. Du coup, cette organisation ne limite pas les risques d'hospitalocentrisme : **le centre de gravité de l'organisation et du financement ne s'est pas déplacé**, et les principes d'organisation des secteurs centrés autour des hôpitaux demeurent alors même que ces secteurs n'existent plus.

Une redéfinition de l'organisation des soins est nécessaire

Les professionnels ont conscience des défauts du secteur. Selon le rapport, il manque encore :

- une vraie information du secteur à destination des généralistes et de la population, en leur apportant l'information dans un temps très court ;
- un renforcement des liens avec le secteur médico-social pour assurer la formation des professionnels ;
- un partenariat accru avec les collectivités territoriales.

La Cour déplore l'absence de communiqué du ministère et la difficulté d'obtenir l'adhésion des syndicats de psychiatres publics quant à la **création de groupements de coopération sanitaire** (GCS) pourrait permettre une meilleure cohérence de l'offre de soins, avec des équipes de secteur qui pourraient devenir pour eux des prestataires de service.

Une évolution vers une nouvelle organisation avec un centre de gravité « en ville » pourrait donner de nouvelles perspectives mais devrait s'accompagner d'une modernisation du mode de financement et surtout d'orientations claires données aux acteurs. Il faudrait également, dans le but de reconstruire un cadre juridique cohérent, penser les spécificités de la psychiatrie dans le cadre d'une nouvelle mission de service public reprenant les spécificités de la sectorisation tout en s'intégrant à l'organisation générale des soins et en recourant aux outils généraux d'analyse. La Cour recommande donc de :

- **définir dans le code de la santé publique une mission de service public de proximité**, spécifique à la psychiatrie, en assurant la pérennité des principes de la politique de secteur ;
- **déterminer les conditions d'autorisation et de fonctionnement** de chacune des diverses activités pouvant exister en psychiatrie ;
- **mettre en place une hiérarchisation cohérente** entre l'offre de soins de proximité et les structures spécialisées desservant des territoires plus larges ;
- **généraliser les conseils locaux de santé mentale**, regroupant sur un territoire l'ensemble des acteurs de la psychiatrie, les généralistes et leurs partenaires, notamment les collectivités territoriales.

Ainsi, si le plan a joué un rôle de catalyseur, sa mise en œuvre a trop souffert des insuffisances de sa méthode de gestion. Nombre d'actions majeures restent inabouties, et un important retard doit être comblé, ce qui a justifié **l'élaboration d'un second plan pour la période 2011-2015**.

Les enjeux et problématiques

◆ Le plan 2011-2015 tient compte du bilan du précédent Plan

Il cherche à **rééquilibrer l'offre de soins sur tous les territoires**, ce qui passe par des dispositifs encourageant l'exercice dans les zones sous-denses. Le plan cherchera donc à **allouer les ressources en fonction des besoins de la population**.

Le plan constate également que les zones qui offrent trop peu d'alternatives à l'hospitalisation complète sont suréquipées en **structures d'hospitalisation qui devront être transformées** pour développer les alternatives. Il insiste sur la nécessité de créer ou renforcer les CMP en tant que pivots de cette offre de soins. Il précise enfin que le mode de financement de cette offre devra encourager le développement des prises en charge ambulatoires.

Le plan souhaite également **compléter ces alternatives par le développement des services d'accompagnement médico-sociaux**, qui pourra s'opérer en mobilisant les conseils généraux et en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale. Il laisse aux ARS la responsabilité d'identifier les obstacles juridiques et techniques aux transferts d'enveloppes, et encouragent les expérimentations locales de fongibilité d'enveloppes, sans exclure des modifications législatives et réglementaires si nécessaire.

◆ Les coopérations et complémentarités restent à structurer sur chaque territoire

Les offres sanitaires, médico-sociales et sociales doivent être articulées : le plan suggère notamment **l'instauration de coopérations structurées sous forme de réseaux ou de GCS**. Dans le cadre sanitaire, le document souligne le rôle particulier du médecin généraliste et, dans le champ social et médico-social, celui des élus locaux, des associations, des gestionnaires d'établissements et services pour enfants et adultes handicapés et en difficultés sociales.

◆ L'objectif de consolidation de la gouvernance est essentiel

Le plan prône la **constitution d'une organisation chargée de la coordination entre les différents acteurs** de la psychiatrie et de la santé mentale **au niveau du département**. Cette commission devrait élaborer et mettre en œuvre des solutions pour améliorer la fluidité du parcours des patients. L'objectif est de réunir sur cette question tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des pathologies relevant de la psychiatrie. **Ce dispositif départemental serait chargé de décliner la politique régionale** et de faire le lien entre les acteurs et les instances locales intéressées. Il aurait également à **évaluer les services rendus par les différentes structures au regard des besoins de la population**, afin de nourrir la mise en œuvre d'un plan régional de santé élaboré en concertation avec les acteurs concernés.

◆ La question du financement de ce plan reste toutefois une inconnue majeure

En effet, **ce plan ne propose pas d'enveloppe budgétaire**, alors même que la Cour des comptes appelle à une réforme du financement des soins psychiatriques. Cela pose problème dans la mesure où ce financement devrait être important si l'on prend comme référence le premier plan, qui aurait bénéficié de 475 millions d'euros de crédits de fonctionnement et de 750 millions de crédits d'investissements.

Ainsi, **faute de volet financier, le document apparaît comme une simple lettre de cadrage** aux Agences Régionales de Santé, reprenant les orientations issues des réflexions de terrain depuis 15 ans **sans pouvoir incitatif ni coercitif, laissant donc sa mise en œuvre concrète aux arbitrages locaux et à l'initiative** des acteurs régionaux. Les professionnels de la psychiatrie comme les associations de patients ont regretté que les multiples travaux engagés (bilan de la Cour des Comptes, rapport parlementaire, promesse d'une réforme législative en juillet 2011) aient abouti à un plan sans financement ni volet réglementaire.

Toutefois, cet état de fait pourrait changer avec la nouvelle majorité présidentielle, M. Hollande ayant promis une réforme de la psychiatrie.