

[texte](#)

[étude/rapport](#)

## **Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie**

Un rapport remis le 18 décembre 2013

Par : Commission des affaires sociales | Publié le : 17 Janvier 2014

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

*Le rapport est disponible en intégralité via le lien situé à droite*

Rapport présenté par M. Denys Robiliard, député

### **Introduction au rapport**

Une personne sur quatre est susceptible de développer au cours de sa vie un trouble en santé mentale. 1,3 million de patients de plus de dix-huit ans ont été pris en charge, en France, par le système de soins psychiatriques en 2008.

Chaque année, environ 200 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en décèdent, le suicide s'avérant la première cause de mortalité chez les personnes âgées entre vingt-cinq et trente-quatre ans.

Tels sont les chiffres qui figurent dans le dernier projet annuel de performances de la mission Santé dans le projet de loi de finances pour 2014.

Nous sommes donc face à un véritable enjeu de santé publique. Une analyse plus détaillée fait apparaître que 1 % de la population française souffre de troubles schizophréniques et 2 % de troubles de l'humeur.

En 2011, 280 000 patients ont été suivis en établissement de santé pour troubles dépressifs. Ce constat est confirmé par la liste établie pour 2011 des principaux diagnostics ayant entraîné le recours à des soins psychiatriques en établissement de santé : les épisodes et troubles dépressifs arrivent au premier rang avec près de 18 % des diagnostics, suivis des troubles névrotiques qui concernent 17,6 % des diagnostics, puis des troubles schizophréniques qui représentent 14,3 % des diagnostics.

Plus inquiétante est l'évolution constatée de la file active des patients suivis en psychiatrie :

ainsi la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des affaires sociales et de la santé a constaté, de 1991 à 2003, une augmentation de 62 % de cette file active pour les adultes en psychiatrie générale et de 82 % pour les enfants en psychiatrie infanto-juvénile.

Conséquence de cette forte prévalence, le coût médico-économique, bien qu'imparfaitement mesuré, se révèle important. Selon une étude de l'Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France (URC Éco), ce coût, évalué aussi bien d'un point de vue sanitaire que d'un point de vue médico-social, était estimé à 18,5 milliards d'euros en 2007. La Cour des comptes, quant à elle, a évalué le coût économique et social de ces pathologies à environ 107 milliards d'euros par an.

Votre Rapporteur souhaiterait souligner, à cette occasion, la nécessité de disposer de données précises et exhaustives. Le premier Plan psychiatrie et santé mentale de 2005-2008 avait institué comme objectif de disposer d'un état des lieux de la prise en charge hospitalière des troubles psychiatriques et des populations suivies. Pour ce faire, des nouveaux outils statistiques devaient être développés.

Une base de données existante, la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) devait donc comporter un volet spécifique à la psychiatrie. Deux autres bases étaient créées, le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) et le rapport d'activité de psychiatrie (RAPSY).

Depuis 2006, la SAE, gérée par la DREES, comprend donc une enquête spécifique à la psychiatrie. Cette base comprend des données sur les ressources en équipement, en personnel et l'activité de l'établissement exprimée en journées pour les prises en charge à temps complet, en venues pour les prises en charge à temps partiel (hôpital de jour) et en actes pour les soins ambulatoires.

La nouvelle base de données, le RIM-P, gérée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), recense des données détaillées sur l'activité des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et sur leur patientèle.

Ce recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge, à temps complet, à temps partiel, ou en soins ambulatoires et leurs caractéristiques, séjours, journées, actes, modalités, lieux, professionnels. Il recueille aussi des données sur les caractéristiques cliniques et démographiques des patients. Ainsi, pour chaque personne suivie en établissement de santé, la base de données informera sur son sexe, son âge, les diagnostics reçus et les caractéristiques de sa prise en charge. Quant au RAPSY, mis en place en 2009, il a fourni des informations sur l'organisation des prises en charge, les pratiques professionnelles et sur la continuité des soins. L'idée générale était de pouvoir établir des comparaisons entre les différents choix thérapeutiques et stratégies d'organisation des soins des établissements. Le mode d'interrogation de ces établissements de santé était complexe et entraînait une charge de travail importante pour ces derniers. Les résultats obtenus ont été parcellaires, c'est pourquoi, cette enquête n'a pas été renouvelée.

Ces bases de données ne permettent qu'un aperçu. Le docteur Philippe Leborgne, médecin de santé publique à la Direction générale de la santé (DGS), a reconnu qu'il fallait travailler sur le système d'information puisque actuellement les données n'étaient pas harmonisées de la même manière sur le territoire. « Il y a une nécessité d'avoir une cohésion sur l'analyse de ces données pour mieux définir les politiques de santé mentale. »

Par ailleurs, le système d'information sur le secteur social et médico-social est insuffisant. La DREES réalise une enquête tous les quatre ans sur les établissements et services sociaux pour les personnes en situation de handicap mais, ainsi que l'a relevé Mme Magali Coldefy, maître de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

(IRDES), il est difficile d'identifier les structures consacrées aux personnes souffrant de troubles psychiatriques de celles traitant de déficience intellectuelle. Il n'en reste pas moins qu'au vu des taux de prévalence et du coût médicoéconomique, la santé mentale est un enjeu à la fois sanitaire, social et économique.

C'est pourquoi, elle figure au nombre des priorités fixées par la ministre des affaires sociales et de la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé présentée le 23 septembre 2013. Le périmètre de la psychiatrie s'étant élargi aux troubles de la santé mentale, votre Rapporteur distinguera au préalable la prise en charge de troubles psychiatriques de la question de la santé mentale, concept qui relève plus d'une approche sociale que médicale. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté. Il s'agit donc d'une acception large qui recouvre une approche globale de la personne dans son milieu de vie. Les maladies psychiatriques, quant à elles, recouvrent des pathologies hétérogènes, comme notamment la schizophrénie, les conduites suicidaires ou les troubles du comportement. Ce sont des maladies multifactorielles, définies par un terrain génétique et des facteurs environnementaux déclenchant, aux conséquences sévères pouvant entraîner une mortalité prématurée et des handicaps associés.

Le champ de la prise en charge des troubles psychiatriques relève du domaine médical et recouvre la prévention, le diagnostic et le traitement de ces affections.

Si l'on se réfère au Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, le concept de santé mentale comporte trois dimensions :

- ? la santé mentale positive, discipline qui s'approchant de la définition donnée par l'OMS s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel ;
- ? la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ;
- ? les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Lors de son audition, le docteur Christian Muller, président de la Conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés, est revenu sur l'émergence de cette notion de santé mentale qui, selon lui, risque de diluer les soins : « Être malheureux ne relève pas du soin. » Ce constat est partagé par le professeur Frédéric Rouillon, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris (2), pour qui « le rôle prioritaire de la psychiatrie est de soigner des maladies et non d'écouter de simples difficultés psychologiques ». Quant à M. Mathieu Bellahsen, psychiatre et membre de l'association Utopsy, il s'est référé à la notion de « santé-mentalisme » pour traduire cette évolution.

Les réflexions de votre Rapporteur privilégieront la prise en charge des maladies mentales. Créée par la commission des affaires sociales le 7 novembre 2012, la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie a tenu sa réunion constitutive le 19 décembre suivant. Elle a alors décidé d'ouvrir à la presse l'ensemble de ses auditions et de retransmettre, par l'intermédiaire du site internet de l'Assemblée nationale, ses travaux, afin que l'ensemble de nos concitoyens soient en mesure d'y accéder et de bénéficier des opinions et témoignages, toujours très enrichissants, des personnes, organisations ou

organismes ayant répondu à son invitation.

Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape. Le choix de cette approche a été motivé par la décision du Conseil constitutionnel qui a déclaré contraire à la Constitution deux dispositions du code de la santé publique issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Dans la continuité de ce rapport d'étape, votre Rapporteur a déposé une proposition de loi qui a abouti à la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 précitée. Il convient ainsi de se féliciter du cercle vertueux qui est susceptible d'être dessiné entre activités de contrôle et fonction législative, deux des missions que la Constitution, dans son article 24, assigne au Parlement.

Après plus de soixante-dix-sept heures d'auditions et en ayant entendu cent soixante-dix-huit personnes dont des associations d'usagers et de familles de patients, des médecins, des professionnels de santé, des chercheurs et des experts, la mission a cherché à se constituer un corpus de connaissances et d'expériences et à identifier les principaux problèmes posés. De plus, votre Rapporteur a soumis ses réflexions et propositions, à l'issue des auditions, à plusieurs intervenants déjà entendus.

Ces auditions ont été très riches et votre Rapporteur regrette de n'avoir pu en tirer complètement partie. Sans exhaustivité, deux problématiques ont été identifiées, qui ne sont pas ou très incomplètement traitées par le présent rapport.

M. Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, a relevé que des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénérative pouvaient faire l'objet de restrictions de liberté, allant parfois jusqu'à la contention, dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), hors de tout cadre juridique. Lorsqu'il a présenté à la presse son rapport annuel pour l'année 2012, il a demandé que son domaine de compétence lui soit étendu. Sa suggestion n'a pas fait consensus. Il a été souligné que les agences régionales de santé et les conseils généraux exerçaient conjointement et effectivement un contrôle de ces établissements. Il a été ajouté que la protection du domicile est due et que les mesures prises sont de précaution, dans l'intérêt et pour la sécurité des résidents. La discussion n'a pas été poursuivie par la mission car le sujet, pour important qu'il soit, ne relevait pas de la psychiatrie, point sur lequel elle a focalisé son attention. Mais la question subsiste.

Un regard extérieur averti dans des lieux fermés est toujours utile et votre Rapporteur le tient même pour nécessaire. Le Défenseur des droits, dont la dénomination n'a aucun caractère stigmatisant, pourrait avoir un rôle important à jouer. Votre Rapporteur espère que la future loi sur l'adaptation de la société au vieillissement permettra d'y répondre.

Le docteur Jean Oury, directeur de la clinique de La Borde et le Collectif des 39, d'autres usagers et psychiatres ont mis en cause la Haute Autorité de Santé (HAS). Ils considèrent les certifications comme chronophages, entraînant des frais à la nécessité discutée. Surtout, ils pensent qu'elle met en oeuvre un processus de normalisation reposant sur une médecine basée sur les preuves dont ils récusent la pertinence en matière psychiatrique. Représentant la HAS, le docteur Cédric Grouchka, président de la commission recommandations de bonnes pratiques, et le docteur Michel Laurence, chef du service bonnes pratiques professionnelles, ont récusé toute normalisation. Ils ont souligné que la certification était en réalité une accréditation « notion (qui) offre davantage de souplesse par rapport aux situations individuelles et la HAS, dont le manuel de certification et les rapports sont publics n'édicte

pas de normes. Le manuel n'est pas une norme mais un cadre de réflexion et d'identification de sujets (?) ». Ce débat est essentiel, même s'il repose peut-être pour partie sur des malentendus. Il nous semble devoir être poursuivi de façon contradictoire. La mission d'information ne s'est pas contentée d'une approche statique.

Elle a donc effectué plusieurs déplacements, notamment à l'unité pour malades difficiles (UMD) Henri-Colin du groupe hospitalier Paul-Guiraud (Villejuif), au centre hospitalier Le Vinatier à Bron, dans la région de Grenoble, au centre médico-psychologique (CMP) de Crolles, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble et au centre psychothérapique Nord-Dauphiné de Bourgoin-Jallieu ainsi qu'à l'Établissement public de santé mentale de Lille Métropole.

Votre Rapporteur tient à saluer, à cette occasion, toutes les équipes médicales et administratives, pour leur accueil, leur disponibilité sans faille, leur sens du dialogue et la qualité des réponses apportées aux interrogations formulées par les membres de la mission. Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, votre Rapporteur proposera des recommandations afin de les améliorer.

Conçue autour d'un dispositif original et novateur, le « secteur », la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques souffre de plusieurs dysfonctionnements. En amont, l'accès à un soin de premier recours est difficile et, en aval, l'articulation avec les structures médico-sociales déficiente. Votre Rapporteur suggère de replacer l'utilisateur au cœur du dispositif en rénovant le secteur, autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie l'inclusion sociale ainsi que la démocratie sanitaire, et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif.

La mission a été conduite alors que la ministre des affaires sociales et de la santé définissait la stratégie nationale de santé, présentée le 23 septembre 2013. Le lecteur constatera la convergence des approches qui placent l'utilisateur au cœur du système de soins, territorialisent les politiques et considèrent la démocratie sanitaire comme un moteur. Votre Rapporteur espère que les travaux de la mission seront de ceux qui aideront Gouvernement et Parlement pour la préparation de la future loi de 2014.

*Le rapport est disponible en intégralité via le lien situé à droite*

- [Page précédente](#)
- [Page 1/3](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)