

Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale

Philippe Cléry-Melin, Vivianne Kovess-Masfety
et Jean-Charles Pascal*

Le 10 février 2003, le ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées a confié au docteur Philippe Cléry-Melin une mission dont l'objectif était de proposer un plan d'actions ciblé sur la réorganisation de l'offre de soins en psychiatrie et en santé mentale et d'en assurer la mise en œuvre.

La mise en chantier du plan d'actions issu de cette mission a commencé en avril 2003 avec la constitution d'un comité de pilotage restreint et l'audition de plus de 250 professionnels. Le « plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » qui a été proposé dans le rapport que nous avons remis au ministre de la Santé, en septembre 2003, comporte 134 propositions organisées autour de sept axes prioritaires.

Ces propositions sont mises à l'étude par le ministre de la Santé. Un comité de suivi de sa mise en œuvre sera constitué. Le plan d'actions fera l'objet d'une concertation élargie, en particulier avec les syndicats représentatifs et les fédérations d'usagers.

• **Le plan d'actions met l'accent sur les propositions suivantes :**

– « Réorganiser l'offre de soins de première ligne » (*médecins généralistes*) « et sensibiliser le public aux problèmes de santé mentale et au bon usage de soins »

Dans ce cadre, le plan d'actions préconise de reconnaître les psychothérapies, en définissant leur champ, en créant une nomenclature des actes de psychothérapie, en établissant une liste des professionnels habilités à les pratiquer, en définissant les règles de prescription, et en mettant en place au niveau de chaque territoire une possibilité d'orientation par un psychiatre « conseil ».

* Philippe Cléry-Melin, psychiatre, directeur de cliniques, chargé d'une mission opérationnelle relative à la psychiatrie et à la santé mentale par M. Jean-François Mattei, ministre de la Santé.

Viviane Kovess-Masfety, psychiatre et épidémiologiste, présidente de l'APAQESM, directrice de la fondation d'entreprise MGEN pour la santé publique.

Jean-Charles Pascal, psychiatre, vice-président de la Fédération française de psychiatrie, chef de secteur au centre hospitalier Erasme à Antony.

En matière d'information, des campagnes sur les troubles les plus fréquents devaient être organisées vers le grand public, en impliquant les médecins généralistes. Les auteurs recommandent la création d'une « mission interministérielle de psychiatrie et santé mentale » pour coordonner les actions de promotion de la santé mentale.

– *Instaurer un « numerus clausus » à l'installation et une « rémunération motivante » dans le secteur hospitalier public*

Le deuxième axe du plan d'actions, le plus fourni avec 71 mesures, porte sur la réduction des inégalités de l'offre de soins en psychiatrie et la constitution d'un « cadre propice à l'efficacité, la proximité et la souplesse des soins ».

Sous ce chapitre, la mission recommande de remonter progressivement le *numerus clausus* en psychiatrie à 350 jusqu'en 2010 (contre 176 actuellement), d'encourager l'implantation des psychiatres dans des zones défavorisées (par création de postes d'assistants spécialistes, de valences universitaires), d'instaurer un *numerus clausus* à l'installation pour les libéraux dans les régions en sureffectif, à partir d'un effectif moyen de 22 équivalents temps plein pour 100 000 habitants et une surcotation dans les régions défavorisées. Pour renforcer l'attractivité du service public, il est suggéré d'instaurer une « rémunération motivante » sous forme de nouvelle bonification indiciaire (NBI), d'un « complément pour compenser les sujétions les plus importantes », et d'une « prime d'installation ». Par ailleurs, les psychiatres publics devraient bénéficier d'une prime multisite.

Pour attirer vers la profession d'infirmier en psychiatrie, le plan d'action suggère un renforcement de l'enseignement dans les instituts de formations en soins infirmiers (IFSI) et un système identique à celui des psychiatres libéraux pour l'installation en libéral.

– *Instaurer le centre médico-psychologique comme pivot des soins*

La mission appelle à une meilleure coordination au sein du territoire de santé en psychiatrie et santé mentale en prenant les centres médico-psychologiques (CMP) comme pivots de la prise en charge sur le périmètre des « territoires de santé » instaurés par l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003, des fonctions de coordination et d'organisation de la continuité des soins de proximité entre les pratiques publiques et privées, en établissement et en libéral, autour d'un « centre médico-psychologique – ressource territorial » (CMP-RT), chargé de coordonner les interventions des différents partenaires : siège d'une structure d'accueil, d'information et d'orientation, ouvert six jours sur sept, il met à disposition un psychiatre « conseil » désigné, et un système d'astreinte téléphonique partagée en psychiatrie publique et privée, à l'échelle du territoire de santé.

Dans une organisation, au mieux coordonnée par un Groupement de coopération sanitaire, gage d'une information, d'une disponibilité, d'une continuité et d'une proximité accrues, cette place de pivot pourra se discuter et

varier en fonction des contextes, des cultures et des ressources locales : en alternative au CMP pivot d'un territoire de santé, on pourra, par exemple, concevoir la fonction tournante d'un CMP à un autre à des conditions rigoureuses (astreinte mensuelle lisible et numéro de téléphone unique pour cette fonction), la fonction assurée au sein des ressources des urgences du SAU, ou encore *via* le SAMU Centre 15, un cabinet ou une clinique privée coordonnateurs, ou encore une équipe mobile identifiée du territoire de santé.

Au sein de ce « territoire de santé », dont la « taille critique minimale devrait correspondre à trois secteurs de psychiatrie adulte et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile », l'organisation fédérative entre secteurs sera ainsi favorisée, en lien avec le dispositif privé libéral, le secteur médico-social, le secteur médico-pédagogique, par voie de conventions. Une commission territoriale de psychiatrie et de santé mentale représentant l'ensemble des acteurs, sera chargée de préparer, avec le nouveau conseil sanitaire de secteur, et le représentant de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), le projet médical du territoire.

Dans cette nouvelle organisation, la mission recommande que les cliniques privées et les psychiatres libéraux soient davantage associés, notamment dans la participation aux missions de service public pour les soins sous contrainte, l'autorisation de dispenser des soins à temps partiel et de participer, avec les professionnels de ville, aux actions de sectorisation psychiatrique en conventionnement avec l'établissement public de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation.

Pour l'hospitalisation à temps plein, il est suggéré de poursuivre la politique de rapprochement des unités des populations desservies, en garantissant la qualité des conditions d'accueil et d'hébergement, dont le niveau est très médiocre, et le soutien, par les pouvoirs publics, des associations de patients et de leur présence dans tous les départements.

Pour la gestion des urgences, il est proposé de créer une régulation médicale de ville auprès des centres 15, en relation avec les CMP-RT. Il est également question de créer des unités intersectorielles d'accueil (UIA) où pourrait être appliqué, le cas échéant, un protocole d'observation de 72 heures avant hospitalisation.

La mission estime nécessaire la poursuite de la diversification des prises en charge, notamment par des maisons d'accueil spécialisées (MAS) de petite taille, et le développement d'un travail en réseau, sous la forme de groupements de coopération sanitaire (GCS).

La coopération avec le secteur médico-social est un domaine capital qui devrait aussi être renforcé. La mission suggère notamment d'élargir le champ de la Mission nationale d'appui en santé mentale à ce secteur, de créer des unités de soins de réadaptation intersectorielle (USRI), des unités de soins de suite en psychiatrie, qui correspondent à un maillon manquant dans la chaîne des soins en psychiatrie, de mettre en place les synergies

financières sanitaire/médico-social pour les actions de type « mixte » auprès des patients, comme les services d'accompagnement.

La prise en charge devrait s'organiser différemment avec la reconnaissance du « handicap psychique », distinct du handicap mental (induisant une déficience intellectuelle). Au titre des mesures déjà annoncées, la mission suggère ainsi d'instaurer un forfait journalier à tarif réduit pour les patients hospitalisés à temps plein. Elle recommande l'harmonisation des revenus de remplacement et des ouvertures de droits aux soins (AAH, RMI, CMU complémentaire), et la possibilité de cumuler AAH et revenus d'activité, ainsi que d'ouvrir les possibilités d'intervention de l'AGEFIPH aux adultes handicapés issus de structures publiques, et de valoriser fiscalement les bailleurs privés acceptant de louer à des associations intermédiaires ou à des particuliers orientés par la COTOREP.

La mission insiste plus généralement sur l'allocation de moyens financiers de façon « significative », afin de garantir « un niveau de ressources suffisant pour son développement ». Elle écarte l'idée d'un budget spécifique pour la psychiatrie, avancée lors des États généraux de la psychiatrie, et incite les établissements à développer un « système d'information médico-économique » pour évaluer son activité et clairement spécifier ses besoins, dans le principe d'une enveloppe distincte du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR au sein) de l'ONDAM commun.

– *Donner la priorité à la psychiatrie infanto-juvénile et à la gérontopsychiatrie*

Le troisième axe du plan porte sur le dépistage et le traitement des troubles chez les enfants et les adolescents, à travers dix propositions. Il est surtout question de renforcer les moyens de la psychiatrie infanto-juvénile, pour le dépistage précoce (dans chaque maternité et centre de protection maternelle et infantile).

Une partie du plan d'action est spécifiquement consacrée à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées, avec un effort de développement des filières de gérontopsychiatrie.

– *Créer une procédure d'hospitalisation urgente*

La mission fait également des propositions sur les règles de l'hospitalisation sous contrainte (à la demande d'un tiers et d'office), en proposant des modifications à la loi du 27 juin 1990 et la participation des établissements hospitaliers privés à son application.

Il est suggéré d'harmoniser la périodicité des certificats médicaux entre l'HO et l'HDT, de créer une hospitalisation urgente (HU), initiée par un seul certificat de psychiatre extérieur à l'établissement, pour répondre aux cas où aucun « tiers » ne la demande.

La mission demande aussi de clarifier l'usage des sorties d'essai de longue durée et de créer une « obligation de soins en ambulatoire », afin de sortir du cadre contraignant de l'HDT tout en disposant d'une possibilité de

réhospitalisation en cas de non-respect. Par ailleurs, les procédures d'autorisations de sortie devraient être allégées.

Elle propose aussi d'élargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), au-delà de l'hospitalisation, aux questions d'éthique et des libertés, comme médiateur pour la consultation du dossier médical, par exemple, ou comme contrôleur des procédures d'isolement et de contention.

Concernant le dossier médical, la mission recommande l'adaptation de dispositions relatives à l'adaptation des règles de communication des dossiers médicaux psychiatriques, antérieurs à la loi du 4 mars 2002 dans une expression commune avec la FHF, la FNAPSY et l'UNAFAM.

La mission formule aussi la question de la prise en charge des personnes sous main de justice.

• **Le plan d'actions se termine par des recommandations sur l'évaluation et la démarche qualité en psychiatrie, sur la formation des infirmiers, des psychologues et des psychiatres et sur le développement de la recherche**

La mission se prononce pour une réforme d'ensemble de la formation pour les infirmiers, en la subordonnant à la réforme de la première année d'étude commune aux professions de santé. Dès à présent et compte tenu du délai de mise en œuvre d'une telle réforme, elle estime que tous les infirmiers sortant d'IFSI affectés en psychiatrie doivent bénéficier d'une formation complémentaire de six mois.

La mission a estimé qu'un renforcement de la formation des psychiatres est nécessaire sur les psychothérapies, la psychiatrie infanto-juvénile, la géronto-psychiatrie.

Enfin, la mission souligne la nécessité de développer la recherche, avec la mise en place d'une cohorte d'enfants et d'adultes, d'une recherche clinique évaluative, d'un groupement d'intérêt scientifique pour l'épidémiologie psychiatrique et la constitution d'un « tissu de cliniciens sensibilisés à la recherche ». Sur ce dernier point, les départements de l'information médicale (DIM) devraient aussi s'occuper de recherche et d'évaluation.

• **La mission appelle à une nouvelle organisation**

Elle propose de rapprocher les professionnels dans des coopérations ou des réseaux public-privé-libéral, à l'échelle des territoires de santé, pour qu'ils deviennent, dans la collaboration avec les tutelles, les véritables promoteurs des nouvelles organisations des soins : leur implication sera éthique, les conduisant à s'engager à travailler ensemble, à se former, à intégrer des sources multiples dans la pratique, à privilégier le débat dans les objectifs opérationnels, c'est-à-dire tournés vers l'action. Il s'agira, en particulier, de remplacer progressivement une planification exclusivement « descendante » par une planification plus souvent « ascendante ».

Cette nouvelle approche se verra plus adaptée à la problématique de la psychiatrie et de la santé mentale, et aura l'avantage de déplacer les relations habituelles entre les partenaires et d'en redéfinir les fonctions. Dans ce cadre, les tutelles auront l'obligation à la fois de se décentrer et de laisser davantage d'initiatives au terrain, de se coordonner et de travailler sur des critères de contrôle afin de vérifier que les objectifs globaux en termes de qualité des soins et en termes budgétaires sont respectés.

C'est toute une réflexion qui doit être menée sur la place nouvelle qui devrait être confiée aux services déconcentrés de l'État, leurs collaborations, et sur les liens entre les structures sanitaires habituelles et les réseaux.

En effet, les coopérations ou les réseaux ne remplaceront pas les établissements de soins et ne devront pas non plus être une nouvelle structure pour pallier les insuffisances des hôpitaux publics. Et leur culture n'est ni strictement libérale ni strictement hospitalière mais elle est de santé publique.

• L'évolution du rôle de l'État dans son rôle régulateur au niveau de l'organisation des soins, devra se confirmer dans les outils de planification, de financement et d'évaluation

Les schémas régionaux d'organisation des soins ne devraient plus être élaborés autrement qu'en reliant les objectifs régionaux et les propositions locales. Ils ne peuvent être uniquement tournés vers les établissements de soins, mais doivent impérativement intégrer l'offre libérale. Les mécanismes d'allocation budgétaire doivent, eux aussi, évoluer. S'ils restent centralisés dans le cadre d'une enveloppe autoritairement allouée, restreinte et fermée, dorénavant « orpheline », ils contribueront à mettre les acteurs en situation de concurrence et à encourager les comportements individualistes.

Susciter, et non imposer une organisation nouvelle des soins, telle est la philosophie des recommandations que la mission Cléry-Melin a suggérées au ministre dans ce « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale », conçu afin de permettre l'évolution dynamique d'une offre de soins qui viserait à rapprocher l'ensemble des acteurs au service du patient.