N° 1701

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 28 mai 2009

N° 328

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance
du 8 avril 2009

OFFICE PARLEMENTAIRE D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SANTÉ

RAPPORT

sur

sur la **prise** *en* **charge psychiatrique** *en* **France***,*

Par M. Alain MILON,

Sénateur.

Déposé sur le Bureau de l'Assemblée nationale
par M. Pierre MÉHAIGNERIE

Président de l'Office

Déposé sur le Bureau du Sénat
par M. Nicolas ABOUT

Premier Vice-Président de l'Office

Cet office est composé de : MM. Pierre Méhaignerie, *président,* Gérard Bapt, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean Bardet, Jean-Pierre Door, Marc Bernier, Mme Valérie Boyer, M. Bernard Debré, Mme Michèle Delaunay, M. Philippe Nauche, Mme Dominique Orliac, M. Jean-Luc Préel, *députés*.
MM. Nicolas About, *premier vice-président*, Gilbert Barbier; Jean-Pierre Godefroy, Alain Vasselle, Paul Blanc, Mme Maryvonne Blondin, MM. Bernard Cazeau, Gérard Dériot, Guy Fischer, Dominique Leclerc, Alain Milon, Jean-Jacques Mirassou, *sénateurs*.

S O M M A I R E

Pages

PROPOSITIONS DE L'OFFICE 5

AVANT-PROPOS 7

I. CENTRER LES SOINS SUR LE MALADE 11

A. LE MALADE ET SON ENTOURAGE, ACTEURS DES SOINS 11
1. Un accès aux soins insuffisant 11
a) Des consultations hospitalières trop peu nombreuses 12
b) La lenteur du diagnostic et le non-diagnostic 12
2. Faire une place au malade et à son entourage dans le traitement 13
a) Limiter le recours à la contrainte dans la thérapie 13
b) Accentuer l'effort sur les malades en situation de marginalité sociale 13

B. LA NÉCESSAIRE COOPÉRATION DES PROFESSIONNELS POUR AMÉLIORER LE NIVEAU DE SANTÉ MENTALE 15
1. Une inadaptation démographique et territoriale croissante 15
a) La difficulté tient moins aux effectifs des psychiatres qu'à leur inégale répartition sur le territoire 15
b) La nécessaire adaptation du secteur psychiatrique 17
2. La mise en place de structures de coopération 18
a) Le besoin d'infirmiers psychiatres 18
b) La possibilité de coopérations avec délégation de tâches 18

II. PERMETTRE AU PATIENT DE MIEUX COMPRENDRE SA MALADIE 20

A. DÉTERMINER LES MALADIES DEVANT ÊTRE PRISES EN CHARGE PAR LA PSYCHIATRIE 20
1. Mieux connaître 20
a) Définir les troubles psychiatriques ? 20
b) Identifier les populations à risque 21
2. Mieux former et mieux informer 22
a) Le rôle de médecin généraliste 22
b) Informer la population 22

B. FAVORISER LA RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE 23
1. Soutenir les acteurs de la recherche en psychiatrie 23
a) La création d'un réseau national d'équipes de recherche 23
b) Améliorer les outils du diagnostic et du soin 23
2. Favoriser la recherche interdisciplinaire 24
a) Avec les autres sciences médicales 24
b) Avec les sciences sociales 24

RÉUNIONS DE L'OFFICE 27

I. AUDITIONS 27

A. TABLE RONDE DU 17 DÉCEMBRE 2008 27

B. TABLE RONDE DU 17 FÉVRIER 2009 36

II. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE 44

III. PRÉSENTATION DU RAPPORT 51

ÉTUDE ET ANNEXES 57

PROPOSITIONS DE L'OFFICE

L'Opeps a adopté les propositions suivantes :

- organiser des états généraux de la santé mentale qui réunissent l'ensemble des professionnels concernés, leur permettre de s'exprimer et les assurer que la réforme de la psychiatrie ne se fera ni sans eux ni contre eux ;

- autoriser, dans le cadre d'expérimentations départementales, la mise en place des groupements locaux pour la santé mentale préconisés par le rapport Couty ;

- à partir du résultat des états généraux et des expérimentations, présenter au Parlement un projet de loi sur la santé mentale susceptible de permettre l'adaptation de l'organisation territoriale de la psychiatrie aux besoins de la population ;

- créer une spécialisation de niveau master en psychiatrie pour les infirmiers ;

- permettre aux infirmiers déjà titulaires du diplôme d'Etat d'infirmier de secteur psychiatrique d'exercer une activité libérale en matière de soins psychiatriques ;

- renforcer les coopérations entre professionnels de santé mentale à partir de protocoles élaborés par la Haute Autorité de santé ;

- renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes en psychiatrie ainsi que les échanges d'information avec les psychiatres ;

- assurer l'application des recommandations de la HAS en matière de bon usage du médicament psychotrope conformément aux préconisations de l'Opeps en 2006 ;

- développer les campagnes d'information et de dé-stigmatisation des troubles psychiatriques ;

- mettre en place un suivi de cohortes en matière de troubles psychiatriques ;

- conduire des études épidémiologiques dans le cadre de la politique régionale de santé ;

- développer la prise en charge des troubles psychiatriques par catégorie d'âge ;

- conforter les moyens de la recherche en psychiatrie ainsi que ceux de la recherche interdisciplinaire ;

- constituer un réseau national en matière de recherche psychiatrique ;

- accorder à la fondation FondaMental un statut équivalent à celui de la fondation Alzheimer.

Mesdames, Messieurs,

La politique de santé mentale est une partie intégrante de la politique de santé publique et la psychiatrie en est le pivot. Le rapport du Centre national de l'expertise hospitalière (CNEH) en démontre les enjeux tant en nombre de malade qu'en termes de coût pour les finances sociales. C'est parce que les pouvoirs publics n'ont pas tenu compte de cette évidence que la psychiatrie française se trouve aujourd'hui victime d'un double abandon.

L'abandon des malades tout d'abord, abandon ancien étudié par les philosophes et les historiens. La société occidentale s'est séparée de la folie, elle a voulu éloigner et isoler ceux qu'elle identifiait comme fous. Albert Londres, dans un reportage qui fit scandale, décrivait en 1925 le cas d'un maire attendant la première occasion pour renvoyer à l'asile un homme dont toute la commune se méfiait car elle refusait d'admettre qu'il pût être guéri[1]. Le fou était, et malheureusement demeure, celui qui transgresse l'ordre social car il ne respecte pas les codes des relations humaines[2]. Le réintégrer dans la société, comme cela est prôné depuis les années soixante, reste donc un combat. L'attitude stigmatisante qui consiste à considérer que la folie, même depuis qu'on la nomme maladie mentale, n'est pas une maladie mais un état, persiste. A partir de cas tragiques, l'opinion publique a pu être encouragée à voir la personne atteinte de maladie mentale comme nécessairement incurable et récidiviste.

L'abandon des soignants ensuite, car la stigmatisation du malade rejaillit sur eux. Il existe de la part de certains mouvements sectaires une négation de la maladie mentale sur laquelle nous ne nous attarderons pas. Mais en dehors de ces cas des critiques de la psychiatrie dans ses fondements ou dans ses pratiques se sont exprimées avec une force grandissante jusque dans les années soixante et ne se sont pas éteintes. Le mouvement de mai 68,

---

[1] *Albert Londres, Chez les fous, Albin Michel, 1925, Le serpent à plumes 1997, p. 147.*
[2] *Ervin Goffman, La mise en scène de la vie quotidienne : les relations en public, Minuit 1973.*

porteur notamment de ces critiques, a tenté d'émanciper la psychiatrie des pratiques chirurgicales inadaptées et d'une vision jugée trop étroite de la maladie[1]. Il a abouti, par l'arrêté du 30 décembre 1968, à la séparation de la psychiatrie et de la neurologie auparavant réunies au sein de la neuropsychiatrie[2]. Cette division en deux spécialités se révèle aujourd'hui regrettable en raison de la révolution qu'ont connue les neurosciences et l'imagerie médicale et des connaissances acquises depuis lors dans ces disciplines. Leurs applications pratiques dans le traitement des maladies mentales commencent déjà à apparaître, notamment dans le cas de l'autisme[3]. A l'inverse, les pratiques des psychiatres, des infirmiers psychiatriques et des psychologues exerçant en clinique sont mal connues et souvent dénoncées au nom de stéréotypes anciens dont tous, malheureusement, ne sont pas dépourvus de fondement. La critique du caractère autoritaire et mystérieux du médecin psychiatre n'admettant pas la contradiction peut prendre la forme plaisante que lui donne Proust quand il parle, au début de la Recherche, des « *moyens violents que ces psychiatres transportent souvent dans les rapports courants avec des gens bien portants, soit par habitude professionnelle, soit qu'ils croient tout le monde un peu fou* » ; elle se fait plus acerbe, et parfois excessive, chaque fois qu'un malade commet un crime. Ainsi il n'est pas étonnant que les postes ouverts en psychiatrie à l'internat soient peu valorisés et restent disponibles jusqu'aux quatre cinquièmes du classement[4].

Il peut sembler paradoxal de parler d'un abandon de la psychiatrie, des patients et des soignants quand le sujet semble passionner non seulement l'opinion publique mais également les pouvoirs publics puisque qu'on compte, depuis près de trente ans, au moins un rapport public tous les deux ans. **Le plan psychiatrie 2005-2008** a également apporté un financement de 1,5 milliard d'euros dont 750 millions d'investissement permettant d'augmenter le nombre de médecins et de structures. Mais, en dépit de ce plan dont le bilan est présenté par le rapport du CNEH[5], et malgré des diagnostics réguliers, aucune réforme d'ampleur n'a encore été menée. Les objectifs en matière de santé mentale inscrits dans la loi de santé publique du 9 août 2004 n'ont pas été atteints, par exemple en ce qui concerne le taux de suicides, et pour certains d'entre eux, ne peuvent même pas être mesurés avec certitude ;

---

[1] K. et T. Albernhe, coordination, Organisation des soins en psychiatrie, Elsevier Masson, 2003, p. 154.

[2] Arrêté du 30 décembre 1968 du ministre de l'éducation nationale et du ministre d'Etat chargé des affaires sociales portant création d'un certificat d'études spéciales en psychiatrie. Cet arrêté met fin à l'existence du diplôme de neuro-psychiatrie créé par l'arrêté du ministre de l'éducation nationale du 30 mars 1949.

Le nouvel enseignement ainsi que la recherche en psychiatrie sont organisés par le décret n° 69-315 du 2 avril 1969 pris en application de l'article 44 la loi n° 68-978 du 12 novembre 1968 relative à l'orientation de l'enseignement supérieur.

3 L'intervention du docteur Monica Zilbovicius, responsable de l'unité neuro-imagerie en psychiatrie de l'Inserm, lors de la table ronde organisée par la commission des affaires sociales du Sénat le 28 mai 2008 est de ce point de vue particulièrement éclairante.

4 Drees, Etudes et résultats, n° 676, janvier 2009, Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2008, Mélanie Vanderschelden.

[5] Pp. 13-15.

ainsi on ne connaît pas le nombre de cas de psychoses chroniques. La réforme de l'hospitalisation d'office et de l'obligation de soins n'est pas engagée, celle de l'expertise médicale judiciaire pas envisagée, malgré les demandes du Médiateur de la République[1], et aucun calendrier n'a encore été proposé sur le projet de loi « santé mentale » pourtant annoncé par la ministre de la santé.

La psychiatrie française est pionnière depuis l'origine, grâce à des figures comme Pinel, Lassègue et Charcot au dix-neuvième siècle ou, parmi les contemporains, Jean Oury. Elle se maintient toujours au plus haut niveau scientifique et reste en pointe sur certaines maladies. Néanmoins, bénéficiant de peu d'avancées thérapeutiques visibles, appuyée sur une recherche trop cloisonnée pour être suffisamment dynamique et en butte à des critiques récurrentes, la psychiatrie est de surcroît soumise à l'ensemble des difficultés que rencontrent les professions médicales en terme de démographie et d'implantation géographique, mais aussi de séparation entre la ville et l'hôpital et entre soins généralistes et spécialisés.

C'est paradoxalement là que réside la chance qu'elle peut aujourd'hui saisir. En effet le relatif abandon de la psychiatrie par le reste de la médecine, auquel répond parfois un désintérêt pour le somatique des médecins en charge du suivi psychiatrique, peut être sinon résolu du moins sensiblement corrigé à l'occasion du projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST). En effet, celle-ci souligne notamment la nécessité d'une coopération accrue entre professionnels de santé sur un territoire ou sur une pathologie.

A la question *« quel est l'état de la psychiatrie en France ? »*, il convient de répondre qu'elle est à un tournant de son histoire. Aucune politique de santé mentale ne peut s'envisager sans ou contre les psychiatres. C'est sur eux, à condition que les moyens leur en soient donnés, que repose l'évolution de la prise en charge de la santé mentale en France. Pour qu'elle soit positive, cette évolution devra prendre en compte deux séries d'exigences : centrer les soins sur le malade et mieux connaître la maladie mentale.

[1] *Médiateur de la République, Rapport annuel 2008, p. 59.*

I. CENTRER LES SOINS SUR LE MALADE

Il peut sembler illusoire de vouloir faire du malade atteint d'un trouble psychiatrique un acteur des soins qui lui sont dispensés, dès lors que plusieurs affections comme les troubles du comportement alimentaire se caractérisent précisément par le refus d'admettre la maladie. Cependant la psychiatrie a suivi, et doit continuer à suivre, l'évolution des autres disciplines médicales en matière de renforcement des droits du patient. On ne peut penser que l'obligation de soins, même étendue à la médecine ambulatoire, permettra une amélioration du niveau de santé mentale des patients s'ils ne sont pas encouragés à participer aux traitements et que ceux-ci leurs sont imposés. En psychiatrie plus qu'ailleurs, la prévention des rechutes est liée à l'observance, l'adhésion aux traitements prescrits, et celle-ci passe par la compréhension des raisons du traitement par le malade. Centrer les soins sur le patient suppose d'une part, une action sur lui-même et sur son entourage, d'autre part, le développement de coopérations territoriales entre professionnels et structures en charge de la maladie mentale.

A. LE MALADE ET SON ENTOURAGE, ACTEURS DES SOINS

On ne peut séparer le traitement du malade atteint de troubles psychiatriques de l'implication de ses proches. Depuis les années soixante, le choix de mettre fin aux pratiques généralisées d'internement a conduit à réduire les possibilités d'accueil dans les hôpitaux. Le rapport du CNEH nous apprend qu'entre 1985 et 2005, près de trente mille lits et places ont ainsi été supprimés. Ce transfert des traitements de l'hôpital à la ville ne peut avoir de sens que s'il s'accompagne d'un soutien aux proches sur lesquels il fait peser de fait la charge du malade. Il est ainsi essentiel que les actions d'éducation thérapeutique et les programmes d'apprentissage, dont on peut espérer qu'ils se développeront grâce aux dispositions contenues dans le projet de loi HPST, s'adressent non seulement aux malades mais également à leurs proches. Les actions d'accompagnement menées par les associations peuvent également participer activement à l'amélioration de la qualité de vie des familles et doivent être encouragées.

Avant même cet accompagnement, la participation aux soins du malade et de ses proches doit être favorisée aux deux étapes essentielles de la prise en charge psychiatrique : l'accès aux soins et le traitement.

1. Un accès aux soins insuffisant

La question de l'accès revêt deux aspects : avoir la possibilité de consulter un psychiatre et savoir que l'on doit le consulter.

a) Des consultations hospitalières trop peu nombreuses

La première condition pour faire du malade et de son entourage des acteurs des soins est qu'ils y aient accès. Or l'une des particularités de la psychiatrie en France est l'ampleur de l'absence de prise en charge. Les structures hospitalières qui sont de fait seules à assurer celle des pathologies lourdes ne peuvent répondre à la demande de consultation d'une population de malades croissante et sujette à des pathologies de plus en plus diversifiées allant de la maladie d'Alzheimer à l'addiction aux jeux. Lors de son audition au Sénat, les propos du professeur Philippe Batel, chef de l'unité fonctionnelle de traitement ambulatoire des maladies addictives à l'hôpital Beaujon, étaient particulièrement précis : « *Aujourd'hui, pour avoir un rendez-vous dans l'unité dont j'ai la charge, il faut entre trois et six mois d'attente, ce qui est pour moi une souffrance majeure par rapport à l'idée que je me fais de l'engagement du service public. Pourquoi ? Ce délai d'attente sélectionne les patients qui ont le moins besoin de moi et qui sont issus des catégories socioprofessionnelles les plus élevées ! J'ai des chiffres pour le démontrer. Le système tel qu'il est aujourd'hui va faire que je ne vais pas voir les patients pour lesquels je suis investi !* »[1].

b) La lenteur du diagnostic et le non-diagnostic

L'autre difficulté est celle du diagnostic et de sa stabilisation. Comme le note le rapport du CNEH[2], il faut plusieurs années pour que les médecins s'accordent sur le fait qu'un patient souffre d'un trouble bipolaire. Dix ans en moyenne après consultation de trois ou quatre médecins. L'ignorance dans lequel se trouve l'entourage pour identifier les premiers symptômes, la tendance à banaliser la première crise font perdre un temps précieux avant la consultation d'un médecin spécialiste. Ainsi, pour les patients ayant finalement fait l'objet d'une prise en charge psychiatrique, il est souvent trop tard pour espérer agir efficacement sur la maladie.

Tout en soulignant les incertitudes qui entourent le nombre exact de personnes atteintes des différents troubles psychiatriques, le Haut conseil de la santé publique estime qu'un tiers des patients schizophrènes, la moitié des patients souffrant de dépression et les trois quarts des patients souffrant d'abus d'alcool n'ont pas accès à un traitement ou à des soins simples et abordables[3].

---

[1] Rapport d'information Sénat n° 487 (2007-2008), Anne-Marie Payet au nom de la commission des affaires sociales, Les addictions : mieux les comprendre pour mieux les combattre, p. 22
[2] P. 29.
[3] Table ronde organisée le 17 février 2009 par l'Opeps et la commission des affaires sociales du Sénat sur l'usage du médicament en psychiatrie, cf. p. 36.

2. Faire une place au malade et à son entourage dans le traitement

La tentation de la contrainte dans la thérapie, indépendante de la question de l'obligation de soins qui revêt un caractère de police, est particulièrement grande en matière de soins psychiatriques où les soignants se trouvent confrontés à un malade qui refuse les soins ou les admet difficilement. Si elle est parfois nécessaire, elle doit être la plus limitée possible afin de ne pas accentuer les troubles que la maladie cause au patient et à ses proches. Le cas des patients socialement marginalisés doit être lui aussi traité.

a) Limiter le recours à la contrainte dans la thérapie

La psychiatrie étant historiquement une science empirique, certains traitements ont pu se construire en négligeant ou en refusant l'autonomie du malade afin de le guérir. Sans remettre en cause la valeur thérapeutique de l'ensemble de ces pratiques d'isolement, certaines d'entre elles sont légitimement contestées. Ainsi, l'isolement des anorexiques et le contrat de prise de poids conditionnant la sortie ont pu être doublement critiqués : d'une part, ces choix reposent sur une préconisation de Charcot qui estimait que la cellule familiale était la cause de la maladie, ce que rien n'établit scientifiquement et qui contribue à la culpabilisation inutile des familles ; d'autre part, les bénéfices thérapeutiques des ces méthodes n'apparaissent pas durables s'ils ne s'appuient pas sur l'efficacité du thérapeute et sur la volonté de guérir du patient[1].

En milieu ouvert il appartient aux proches de faire le travail d'accompagnement quotidien qui permet d'expliquer au malade pourquoi il doit se soigner et suivre le traitement qui lui a été prescrit. Le développement de dispositifs bénéficiant aux aidants familiaux pourrait permettre un meilleur accompagnement.

b) Accentuer l'effort sur les malades en situation de marginalité sociale

Une proportion sans doute non négligeable de malades se trouve dans l'impossibilité d'accéder aux soins ou de bénéficier du soutien d'un entourage en raison de sa marginalité sociale. Le lien entre troubles psychiatriques et grande précarité est connu depuis longtemps même s'il ne peut être exactement mesuré. L'impossibilité de conserver un emploi et la désocialisation sont parfois des symptômes du trouble. Certains chercheurs peuvent ainsi affirmer qu'un traitement social de la grande pauvreté ne suffit pas et qu'un traitement psychiatrique est nécessaire[2]. La généralisation de la

---

[1] Rapport Sénat n° 439 (2007-2008), de Patricia Schillinger au nom de la commission des affaires sociales, sur la proposition de loi tendant à lutter contre les incitations à la recherche d'une maigreur extrême ou à l'anorexie, pp. 20-23.

2 Patrick Declerck, Les naufragés. Avec les clochards de Paris, Paris, Plon, 2001.

présence de psychiatres au sein des équipes de prise en charge d'urgence est donc nécessaire et devrait être encouragée.

Une autre catégorie de personnes en détresse est celle des migrants dont l'étude du Centre national de l'expertise hospitalière relève la fragilité[1]. Au-delà des problèmes créés par l'exil et la difficulté d'adaptation, il peut exister des troubles plus profonds éventuellement présents sur plusieurs générations. Il s'agit dès lors d'élaborer une thérapeutique spécifiquement adaptée pour être la plus compréhensible possible[2].

Les détenus malades souffrent pour leur part d'une double désocialisation. Ils sont à la fois privés de liens familiaux et isolés du système de soins général. En effet, la présence d'un psychiatre au sein de chaque unité de consultation et de soins ambulatoires, ainsi que d'un service médico-psychologique régional au sein de chaque région pénitentiaire, ne suffit pas à la prise en charge. Les nombreux dysfonctionnements ne peuvent être résolus par la création d'unités de soins spécialement aménagées, coûteuses, peu nombreuses, et relevant plus de la logique pénale que de la logique thérapeutique[3]. La question fondamentale est celle de la place des malades atteints de troubles psychiatriques en prison, où ils ne peuvent recevoir des soins adaptés et perturbent gravement l'organisation carcérale. C'est donc leur responsabilité pénale qui doit être clairement établie afin de ne pas priver la peine qui leur est imposée de tout sens. En effet, une peine qu'un condamné n'est pas susceptible de comprendre en raison des troubles dont il souffre ne peut aboutir à sa réinsertion[4].

Le lien entre insertion sociale et observance étant déterminant, les politiques d'accompagnement dans le soin des populations les plus fragiles doivent être renforcées en s'assurant que la prison ne devienne pas le lieu d'accueil par défaut des déficiences de la prise en charge psychiatrique.

---

[1] Pp. 44.

2 Tobie Nathan, La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris, Dunod, 1986.

3 Avis Sénat n° 222 (2008-2009) de Nicolas About au nom de la commission des affaires sociales, sur le projet de loi pénitentiaire.

[4] Un groupe de travail commun aux commissions des lois et des affaires sociales du Sénat a été constitué, en mars 2009, sur cette question de la responsabilité pénale des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

B. LA NÉCESSAIRE COOPÉRATION DES PROFESSIONNELS POUR AMÉLIORER LE NIVEAU DE SANTÉ MENTALE

L'inadaptation croissante de la démographie médicale et les lacunes de la répartition territoriale de la psychiatrie imposent le recours à des soins coordonnés.

1. Une inadaptation démographique et territoriale croissante

La psychiatrie souffre des mêmes difficultés que les autres spécialités médicales en termes de démographie et de répartition territoriale. Une difficulté supplémentaire provient du caractère ancien de sa carte d'organisation.

a) La difficulté tient moins aux effectifs des psychiatres qu'à leur inégale répartition sur le territoire

Dans son atlas de la démographie médicale 2008, le conseil national de l'ordre des médecins relève, au 1er janvier 2008, 11 509 médecins inscrits au tableau de l'ordre et exerçant à titre principal une activité de psychiatrie. A l'instar des autres spécialités médicales, la pyramide par âge et par sexe des psychiatres fait apparaître une majorité de praticiens de plus de cinquante ans et une féminisation de la profession chez les moins de quarante ans. Le nombre de psychiatres est globalement stable puisqu'il a augmenté de 1 % sur un an. A moyen terme, cette situation en devrait pas s'aggraver de manière trop brutale. Selon les dernières estimations de la Drees, la baisse du nombre de psychiatres ne devrait être que de 8,1 % d'ici à 2030[1] alors que les estimations faites en 2004 prévoyaient une baisse de 30 % à 40 % des effectifs[2]. Il faut voir là les effets positifs du plan santé mentale 2005-2008 dans le cadre duquel a été considérablement augmenté le nombre de postes d'interne en psychiatrie, passé de 200 en 2004 à 300 en 2005, 2006 et 2007. Malgré une nouvelle baisse en 2008 (280 postes ouverts), les tendances actuelles devraient permettre un maintien relatif du nombre de médecins.

La répartition du nombre de médecins psychiatres par département est détaillée dans le tableau de la page suivante *(Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas de la démographie médicale en France, 2008)*.

---

[1] *Drees, Etudes et résultats, n° 679, février 2009, La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales, Ketty Attal-Toubert et Mélanie Vanderschelden.*

[2] *Drees, Etudes et résultats, n° 352, novembre 2004, la démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, Sabine Bessière, Pascale Breuil-Genier et Serge Darriné.*

Départements Régions	Hommes Nbr	Femmes Nbr	Ensemble Nbr	Part Remplaçants	Part Femmes	Var 07/06
Bas Rhin	124	87	211	0%	41%	4%
Haut Rhin	64	45	109	0%	41%	12%
ALSACE	188	132	320	0%	41%	7%
Dordogne	22	14	36	3%	39%	-8%
Gironde	213	175	388	1%	45%	2%
Landes	23	13	36	0%	36%	3%
Lot et Garonne	22	11	33	0%	33%	0%
Pyrénées Atlantiques	76	39	115	0%	34%	-1%
AQUITAINE	356	252	608	1%	41%	1%
Allier	20	15	35	0%	43%	-5%
Cantal	8	5	13	0%	38%	8%
Haute Loire	12	6	18	0%	33%	-5%
Puy de Dôme	66	62	128	0%	48%	4%
AUVERGNE	106	88	194	0%	45%	2%
Calvados	55	54	109	1%	50%	-2%
Manche	26	20	46	0%	43%	-8%
Orne	16	12	28	0%	43%	-7%
BASSE NORMANDIE	97	86	183	1%	47%	-4%
Côte d'Or	58	35	93	0%	38%	-1%
Nièvre	17	2	19	0%	11%	6%
Saône et Loire	40	29	69	0%	42%	1%
Yonne	26	12	38	3%	32%	6%
BOURGOGNE	141	78	219	0%	36%	1%
Côtes d'Armor	49	22	71	0%	31%	3%
Finistère	82	81	163	0%	50%	7%
Ille et Vilaine	90	80	170	1%	47%	3%
Morbihan	59	42	101	0%	42%	2%
BRETAGNE	280	225	505	0%	45%	4%
Cher	26	17	43	0%	40%	-2%
Eure et Loir	15	10	25	0%	40%	-7%
Indre	17	10	27	0%	37%	8%
Indre et Loire	61	60	121	1%	50%	3%
Loir et Cher	30	17	47	0%	36%	9%
Loiret	46	33	79	1%	42%	4%
CENTRE	195	147	342	1%	43%	3%
Ardennes	12	11	23	0%	48%	15%
Aube	12	16	28	4%	57%	4%
Marne	37	29	66	2%	44%	-1%
Haute Marne	12	3	15	0%	20%	7%
CHAMPAGNE ARDENNE	73	59	132	2%	45%	3%
Corse du Sud	13	12	25	0%	48%	9%
Haute Corse	13	7	20	5%	35%	0%
CORSE	26	19	45	2%	42%	5%
Doubs	47	46	93	1%	49%	2%
Jura	16	19	35	0%	54%	9%
Haute Saône	15	17	32	0%	53%	3%
Territoire de Belfort	9	7	16	0%	44%	7%
FRANCHE COMTE	87	89	176	1%	51%	4%
Eure	22	21	43	0%	49%	10%
Seine Maritime	90	79	169	1%	47%	-3%
HAUTE NORMANDIE	112	100	212	1%	47%	0%
Paris	904	810	1714	1%	47%	0%
Seine et Marne	91	70	161	2%	43%	5%
Yvelines	146	152	298	0%	51%	0%
Essonne	112	113	225	0%	50%	3%
Hauts de Seine	160	135	295	1%	46%	-1%
Seine Saint Denis	108	141	249	1%	57%	-2%
Val de Marne	170	177	347	1%	51%	-4%
Val d'Oise	95	75	170	0%	44%	0%
ILE DE FRANCE	1786	1673	3459	1%	48%	0%
Aude	20	9	29	0%	31%	0%
Gard	57	39	96	1%	41%	-1%
Hérault	122	98	220	1%	45%	0%
Lozère	8	1	9	0%	11%	50%
Pyrénées Orientales	41	29	70	0%	41%	4%
LANGUEDOC ROUSSILLON	248	176	424	1%	42%	1%
Corrèze	13	7	20	0%	35%	0%
Creuse	13	5	18	0%	28%	0%
Haute Vienne	35	31	66	0%	47%	2%
LIMOUSIN	61	43	104	0%	41%	1%

Départements Régions	Hommes Nbr	Femmes Nbr	Ensemble Nbr	Part Remplaçants	Part Femmes	Var 07/06
Meurthe et Moselle	47	62	109	2%	57%	3%
Meuse	6	6	12	0%	50%	-8%
Moselle	65	46	111	0%	41%	14%
Vosges	16	18	34	0%	53%	13%
LORRAINE	134	132	266	1%	50%	8%
Ariège	8	10	18	0%	56%	0%
Aveyron	18	8	26	0%	31%	4%
Haute Garonne	126	142	268	0%	53%	2%
Gers	12	10	22	0%	45%	0%
Lot	15	11	26	0%	42%	4%
Hautes Pyrénées	18	8	26	4%	31%	-4%
Tarn	34	28	62	2%	45%	-2%
Tarn et Garonne	12	15	27	0%	56%	-4%
MIDI PYRENEES	243	232	475	1%	49%	1%
Nord	213	136	349	1%	39%	2%
Pas de Calais	60	52	112	0%	46%	3%
NORD PAS DE CALAIS	273	188	461	1%	41%	2%
Loire Atlantique	134	91	225	0%	40%	1%
Maine et Loire	68	53	121	0%	44%	-2%
Mayenne	15	13	28	0%	46%	8%
Sarthe	35	23	58	0%	40%	0%
Vendée	26	19	45	0%	42%	0%
PAYS DE LA LOIRE	278	199	477	0%	42%	1%
Aisne	35	12	47	0%	26%	-2%
Oise	55	43	98	0%	44%	-3%
Somme	32	39	71	1%	55%	0%
PICARDIE	122	94	216	0%	44%	-2%
Charente	26	15	41	0%	37%	0%
Charente Maritime	36	33	69	0%	48%	-4%
Deux Sèvres	16	15	31	0%	48%	-6%
Vienne	38	34	72	0%	47%	1%
POITOU CHARENTES	116	97	213	0%	46%	-2%
Alpes de Haute Provence	12	3	15	0%	20%	-17%
Hautes Alpes	7	7	14	0%	50%	-7%
Alpes Maritimes	156	129	285	2%	45%	3%
Bouches du Rhône	308	223	531	1%	42%	1%
Var	90	60	150	1%	40%	5%
Vaucluse	63	41	104	0%	39%	-1%
PACA	636	463	1099	1%	42%	1%
Ain	34	29	63	2%	46%	3%
Ardèche	18	11	29	0%	38%	4%
Drôme	41	25	66	2%	38%	-4%
Isère	112	114	226	0%	50%	1%
Loire	73	43	116	0%	37%	1%
Rhône	246	229	475	0%	48%	5%
Savoie	26	39	65	2%	60%	7%
Haute Savoie	59	42	101	1%	42%	6%
RHONE ALPES	609	532	1141	1%	47%	3%
Total France Métropolitaine	6167	5104	11271	1%	45%	1%
Guadeloupe	32	12	44	0%	27%	-8%
Guyane	6	2	8	0%	25%	-11%
Martinique	22	16	38	0%	42%	0%
Réunion	54	23	77	3%	30%	0%
DOM	114	53	167	1%	32%	-3%
Mayotte	1	1	2	0%	50%	-50%
Pacifique Sud	14	2	16	6%	13%	-20%
Polynésie Française	16	1	17	6%	6%	6%
Saint Pierre et Miquelon	0	0	0	-	-	-
Wallis et Futuna	0	0	0	-	-	-
TOM	31	4	35	6%	11%	-13%
DOM/TOM	145	57	202	2%	28%	-5%
Total Métropole + DOM + TOM	6312	5161	11473	1%	45%	1%
Liste Spéciale	20	16	36	3%	44%	6%
LISTE SPECIALE	20	16	36	3%	44%	6%
Total Général	6332	5177	11509	1%	45%	1%

D'après le CNEH, la répartition des psychiatres entre la ville et l'hôpital est équilibrée, puisque 47,3 % des psychiatres exercent en ville. La répartition territoriale des psychiatres est à l'image de celle des autres médecins, avec une **prédominance marquée des centres urbains** et une disparité forte entre trente départements disposant d'un psychiatre pour 3 333 habitants et un groupe de treize départements qui ne comptent qu'un psychiatre pour 8 473 habitants.

b) La nécessaire adaptation du secteur psychiatrique

Créés par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques étaient au nombre de 830 en psychiatrie générale en 2007. Selon la formule du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, l'existence du secteur *« garantit à chaque habitant le recours à une équipe psychiatrique de référence et l'accès à une première palette de prises en charge adaptées allant du suivi ambulatoire au sein de structures de proximité à l'hospitalisation complète ».* Il s'agit en fait de la gestion par une même équipe pluridisciplinaire de moyens hospitaliers et non hospitaliers de prise en charge des patients afin d'assurer la continuité des soins. Un secteur couvre en moyenne une population de 55 000 habitants.

Malgré ses objectifs affichés, le plan santé mentale 2005-2008 n'a pu remédier aux problèmes posés par la carte des secteurs, dont les moyens et la population à prendre en charge s'avèrent très disparates. Le CNEH note ainsi l'apparition de « zones blanches » sur le territoire national, sans accès au secteur. Toute évolution de la psychiatrie passe par une évolution du secteur qui a fait la preuve de son utilité mais doit être doté de moyens en accord avec les besoins de la population. Cette évolution ne saurait être imposée et doit faire l'objet d'une concertation avec les soignants, les associations de patients et l'ensemble des acteurs du champ social et médico-social concernés.

Il convient néanmoins de favoriser les évolutions. A ce titre, la mise en œuvre à titre expérimental, dans des départements pilotes, des groupements locaux pour la santé mentale proposés par le dernier rapport remis à la ministre de la santé dit « rapport Couty[1] » peut permettre de mesurer l'intérêt et les éventuelles limites d'une structure réunissant l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux de la santé mentale pour l'exercice de la prévention, du dépistage, de la prise en charge et du suivi des patients.

Il est nécessaire d'organiser des états généraux de la santé mentale pour tirer les leçons de ces expériences et de définir les modalités d'évolution du secteur psychiatrique. Dans cette attente, des coopérations peuvent être mises en œuvre entre professionnels pour améliorer la qualité de la prise en charge psychiatrique.

---

[1] *« Missions et organisation de la santé », rapport présenté à la ministre de la santé par Edouard Couty, janvier 2009.*

2. La mise en place de structures de coopération

Les médecins psychiatres ne sont pas les seuls acteurs du soin psychiatrique dans lesquels interviennent également les psychologues cliniciens et les infirmiers. Dans le champ de la santé mentale, il convient également de prendre en compte les psychomotriciens ainsi que les éducateurs spécialisés et les assistants sociaux. On peut espérer que la loi de santé publique du 9 août 2004[1], et surtout le décret en Conseil d'Etat qui doit être pris sur sa base, régleront la question de la profession de psychothérapeute. Pour ce qui concerne les autres professions, des mécanismes de coopération se mettent en place qui améliorent la qualité de la prise en charge psychiatrique. Les coopérations peuvent ainsi permettre de répondre temporairement au besoin d'infirmiers psychiatres et mettre en place des délégations de tâches.

a) Le besoin d'infirmiers psychiatres

L'arrêté du 23 mars 1992 créant un tronc commun de formation des infirmiers a mis fin à l'existence du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Dix-sept ans après cette réforme la perte en termes de qualité de soins psychiatriques est visible. Un consensus existe pour que soit créée une spécialisation en psychiatrie de niveau master après le diplôme commun d'infirmier d'Etat. En attendant cette réforme, il convient de faciliter la reconversion des infirmiers d'Etat psychiatriques dont les contingents avancent en âge et qui pourraient vouloir quitter l'hôpital pour exercer des soins psychiatriques en ville. Ils en sont actuellement empêchés car l'exercice libéral de la profession d'infirmier est réservée aux seuls professionnels ayant suivi une formation générale. Sans doute une dispense pour l'exercice de certains soins peut-elle être envisagée. La mise en place de cabinets libéraux d'infirmiers psychiatriques ayant également suivi une formation générale s'avère particulièrement intéressante du fait de la qualité de l'accompagnement qu'ils peuvent proposer aux malades et à leurs familles. Le cabinet infirmier Saint-Alban de Toulouse qui rend chaque jour visite aux patients pour s'assurer qu'ils suivent les traitements prescrits en est un exemple.

b) La possibilité de coopérations avec délégation de tâches

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit la mise en place de coopérations entre professionnels de santé. Elles pourraient être l'occasion, pour les médecins psychiatres, de s'engager dans des protocoles innovants permettant notamment la délégation de tâches et une répartition de rôles plus efficaces entre médecins, psychologues cliniciens et infirmiers sous le contrôle de la Haute Autorité de santé (HAS).

---

[1] *Loi n° 2004-806 qui le projet de loi HPST envisage de compléter.*

On peut également envisager le développement de nouveaux réseaux de soins psychiatriques susceptibles de réunir les professionnels et les structures pour améliorer le traitement de certaines pathologies. Une étude de la HAS sur les possibilités d'exercice coordonné des soins dans le domaine de la psychiatrie est nécessaire pour mesurer les possibilités d'amélioration de la prise en charge et des soins.

Au travers des coopérations entre professionnels de santé, il devrait être possible de passer d'une offre de soins morcelée à une offre de soins coordonnée.



MG : médecin généraliste
CMP : centre médico-psychologique

Source : Haut Conseil de la santé publique - Présentation à l'Opeps et à la commission des affaires sociales du Sénat le 27 février 2009

*

On l'a vu, l'évolution favorable de la psychiatrie en France passe par son recentrage sur le patient tant en terme de thérapies que de structures. Elle suppose de surcroît une amélioration des connaissances.

II. PERMETTRE AU PATIENT DE MIEUX COMPRENDRE SA MALADIE

Une détermination la plus claire possible des maladies qui doivent être prises en charge par les psychiatres permettra d'approfondir les connaissances. Ce travail de définition ne pourra être entrepris sans une politique de recherche ambitieuse.

A. DÉTERMINER LES MALADIES DEVANT ÊTRE PRISES EN CHARGE PAR LA PSYCHIATRIE

Le champ des pathologies couvertes par la psychiatrie est particulièrement vaste. Tout trouble du comportement ou perte des facultés est susceptible d'entrer dans son domaine de compétence. Or, si la psychiatrie s'est investie dans le traitement de la majorité des troubles, certains ont été délaissés pour être traités par d'autres spécialistes : ainsi, la maladie d'Alzheimer est prise en charge par les gérontologues et neurologues. Mieux définir les maladies peut permettre de clarifier les compétences des différentes spécialités en matière de prise en charge et constituer une base pour les coopérations en vue de traitements plus efficaces. Mieux connaître peut également permettre de mieux former et de mieux informer.

1. Mieux connaître

Il paraît difficile, comme le montre l'étude du CNEH, de parvenir à une définition consensuelle des troubles psychiatriques[1] même si des progrès sont perceptibles dans ce domaine. Dans l'attente de définitions acceptables par tous, une approche en termes d'âge semble la plus efficace en matière de santé publique.

a) Définir les troubles psychiatriques ?

La classification des maladies mentales est conduite au niveau international par l'Organisation mondiale de la santé mais plusieurs classifications concurrentes existent, privilégiées par les praticiens en fonction du caractère plus ou moins opérant qu'ils attribuent à l'une ou à l'autre. Cette absence d'unité des classifications a un impact sur la définition des différentes maladies dont le nombre croît en psychiatrie. Il existe un doute concernant cette croissance : elle peut n'être pas seulement liée à une meilleure capacité de diagnostic ou à l'apparition de nouveaux troubles résultant des conditions de vie actuelles. En effet, l'accusation portée contre la psychiatrie d'avoir inventé la maladie mentale est certes sans fondement, mais les phénomènes de

[1] *Annexe au rapport, p. 15.*

mode en matière de thérapeutique ainsi que les choix de recherche de l'industrie pharmaceutique ne sont pas sans effet sur les définitions.

L'industrie pharmaceutique joue en effet un rôle moteur en matière de possibilité de traitement des troubles. Le caractère encore pragmatique de la thérapeutique fait que ce sont les propositions successives de traitement élaborées par les laboratoires qui permettent le progrès dans les soins. La conception des médicaments est dite *« from bed to bench »,* « du lit du patient à la paillasse du chercheur ». En cela la psychiatrie diffère d'autres spécialités médicales, telle la neurologie, où la recherche fondamentale tient une bien plus grande place en matière d'impulsion des traitements et où les médicaments sont généralement élaborés selon le modèle *« from bench to bed ».* On peut donc craindre que certaines pathologies décrites le soient en fonction des traitements que l'industrie propose, et non l'inverse.

Ainsi, le trouble bipolaire est décrit depuis la fin du XIX^{ème} siècle et couramment diagnostiqué depuis les années quarante. Un débat existe néanmoins entre scientifiques sur la nature de ce trouble et donc sur son diagnostic et son traitement, surtout chez les enfants. Certains chercheurs accusent l'industrie pharmaceutique d'avoir défini un trouble qui n'a pas de réalité chez l'enfant, provoquant ainsi une médication inutile. De telles considérations ont des conséquences en termes de prise en charge financière par la sécurité sociale et doivent être surveillées par la HAS avec la plus grande prudence. Le référentiel des actes de psychiatrie actuellement en cours d'élaboration par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé est de nature à permettre une clarification en matière de thérapeutique et à mettre définitivement un terme aux querelles d'écoles que la plupart des praticiens considèrent déjà comme dépassées. On peut ainsi espérer un jour obtenir des protocoles de soins en matière de prise en charge psychiatrique.

b) Identifier les populations à risque

En l'absence de possibilité de définir précisément l'étendue des troubles psychiatriques sans un long travail fondé sur les pratiques, il apparaît essentiel en matière de santé publique, de pouvoir disposer rapidement des éléments permettant d'identifier de manière plus adéquate les besoins de la population, spécialement en fonction de l'âge. Ainsi, les troubles des enfants et des adolescents sont mal connus et sujets à des approximations et inquiétudes. La lutte contre le suicide des jeunes constitue un point essentiel, mais suppose que soient éclaircies les causes de la dépression chez les adolescents. De même, les personnes âgées sont les premiers consommateurs de médicaments psychotropes en France. Une connaissance plus fine des pathologies dont souffre cette catégorie de la population doit être encouragée. Dans ces deux cas, ce sont des études de cohorte longues qui doivent être financées en France afin que les politiques publiques ne dépendent plus d'études faites à l'étranger qui ne peuvent être intégralement transposables.

L'approche en termes de population doit s'effectuer en fonction de l'âge mais aussi avec la plus grande proximité territoriale. Différents bassins de population peuvent souffrir de troubles spécifiques ou de fortes disparités de prévalence comme c'est le cas pour l'autisme. Il conviendra que des études sur les différents bassins de population de leur région soient suscitées et accompagnées par les autorités chargées de la santé au niveau régional.

2. Mieux former et mieux informer

a) Le rôle de médecin généraliste

La meilleure connaissance doit entraîner une meilleure formation des soignants et une meilleure information du public. Le retard dans le diagnostic et la surconsommation de médicaments psychotropes sont en partie imputables à l'information insuffisante des médecins généralistes en matière de psychiatrie. Ce sont les médecins généralistes qui sont le plus souvent appelés à traiter les troubles du sommeil or la HAS estime[1] ainsi que 85 % des cas d'insomnie chez les personnes âgées pour lesquels des psychotropes ont été prescrits ne relèvent pas de troubles de type psychiatrique. On peut, sur ce point, rappeler les recommandations de l'Opeps en matière de bon usage des médicaments psychotropes[2] singulièrement concernant le respect des bonnes pratiques et le besoin d'une meilleure coordination des médecins généralistes et des médecins psychiatres dans la prise en charge des troubles et insister pour que la formation à l'identification des troubles psychiatriques et au bon usage des traitements soit inscrite dans la formation initiale et continue des médecins généralistes ainsi que des spécialistes non psychiatres.

b) Informer la population

Un chantier particulièrement important est la meilleure information du public pour prévenir, identifier, promouvoir le bon usage des traitements et déstigmatiser. La prise de conscience des maladies et de leurs symptômes ainsi que des démarches à suivre pour permettre l'entrée dans une thérapie sont de nature à aider les personnes malades, mais surtout leurs familles, à avoir recours au soin.

Le rôle de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est de ce point de vue central et la campagne menée d'octobre 2007 à mars 2008 sur la prévention de la dépression chez l'adulte est une première étape en ce sens.

---

[1] Table ronde organisée par l'Opeps et la commission des affaires sociales du Sénat le 17 février 2009 sur l'usage du médicament en psychiatrie, cf. p. 36.

[2] Rapport n[os] 3187 (AN) et 422 (Sénat) de Maryvonne Briot au nom de l'Opeps sur le bon usage des médicaments psychotrope, juin 2006.

B. FAVORISER LA RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRE

La France a besoin d'une recherche dynamique en matière de santé mentale susceptible d'améliorer les traitements, voire d'offrir un espoir de guérison. Or, comme le montre le rapport du CNEH, une impulsion forte en ce domaine est nécessaire car elle se trouve mal classée au niveau international en matière de psychiatrie puisqu'elle ne figure pas parmi les cinq premiers pays en nombre d'articles cités. Elle reste cependant pionnière et une des premières au monde pour un certain nombre de pathologies, elle est ainsi troisième en matière de recherche sur l'autisme. Une politique de recherche ambitieuse passe par un soutien aux projets les plus innovants en matière de recherche psychiatrique et par le développement de la recherche interdisciplinaire.

1. Soutenir les acteurs de la recherche en psychiatrie

On a pu penser que l'avenir des soins en matière de troubles psychiatriques viendrait des autres disciplines médicales telles la neurologie et la génétique. Ces théories sont aujourd'hui dépassées. Malgré les avancées importantes permises par la génétique et les neurosciences, celles-ci ne peuvent remplacer totalement la psychiatrie et la recherche en ce domaine. Il est donc nécessaire de développer un réseau national d'équipes de recherche et d'accélérer les études en matière de diagnostic et de médicaments.

a) La création d'un réseau national d'équipes de recherche

Les premiers éléments d'un réseau national en matière de recherche psychiatrique existent au travers de la fondation FondaMental. Celle-ci, créée par le ministère de la recherche en 2007, est une fondation de coopération scientifique qui a comme objectif d'être une fondation de recherche et de soins en santé mentale. Cette structure, porteuse de projets de recherche particulièrement importants pour l'avenir de la psychiatrie, devrait voir son statut conforté et ses possibilités de financement accrues à l'instar de la fondation Alzheimer. Il est également nécessaire d'accélérer la recherche avec des moyens dédiés, spécifiques à la psychiatrie et non pas consacrés aux neurosciences en général.

b) Améliorer les outils du diagnostic et du soin

La recherche en psychiatrie est active en France malgré un classement international décevant et un certain nombre de chercheurs dont les efforts doivent être encouragés se sont saisi des sujets essentiels. Ainsi les recherches que mène le professeur Marie-Odile Krebs, directrice d'unité à l'Inserm, sur les déterminants des maladies mentales et sur l'amélioration des médicaments, dans le but de limiter les effets indésirables, voire de découvrir des médicaments étiologiques. Un autre exemple est le contrat d'objectifs et

de moyens entre le ministère de la recherche et FondaMental comporte trois axes :

- identifier les mécanismes qui sous-tendent les maladies psychiatriques, identifier les biomarqueurs, identifier les facteurs de vulnérabilité, étudier les paramètres anatomiques et fonctionnels grâce aux plates-formes d'imagerie, connaître les modifications cognitives et émotionnelles, construire des modèles animaux ;

- améliorer la recherche clinique et épidémiologique à l'aide d'un outil informatisé permettant d'avoir des données épidémiologiques et des suivis de cohortes ;

- renforcer la recherche thérapeutique, avec l'évaluation des pratiques de soins et surtout le développement de stratégies thérapeutiques innovantes, dispositifs médicaux, psychothérapies, psycho-éducation, remédiation cognitive.

Ces chercheurs offrent la possibilité de rénover la psychiatrie pour la placer à la pointe de la médecine.

2. Favoriser la recherche interdisciplinaire

Il convient également de favoriser les interactions entre la recherche psychiatrique et la recherche dans les autres domaines des sciences, tant médicales que sociales.

a) Avec les autres sciences médicales

Sans devoir être remplacée par la recherche en génétique ou en neurosciences, la recherche en psychiatrie doit intégrer les apports fondamentaux de ces disciplines. Au travers de fondations de coopérations scientifiques, mais aussi des organismes nationaux de recherche que sont l'Inserm et le CNRS, les croisements et enrichissements réciproques doivent être encouragés.

b) Avec les sciences sociales

Les troubles psychiatriques ont généralement une origine à la fois génétique, psychique et sociale. Les recherches dans le domaine des sciences humaines, que ce soit l'économie de la santé ou la sociologie, peuvent donc constituer un apport pour une compréhension globale des maladies et de leur traitement. Ici encore, le rôle des organismes nationaux de recherche comme le CNRS est essentiel.

La recherche en psychiatrie est mal connue et pourtant particulièrement importante. Elle exige de l'Etat des investissements qui seront à terme largement compensés par la possibilité d'améliorer le traitement des troubles dont souffre une part grandissante de la population.

La psychiatrie en France est à un tournant de son histoire. Elle peut sortir définitivement de l'obscurité où elle a été placée pour devenir une des disciplines de pointe de la médecine et nous permettre de faire face au défi majeur de santé publique que représente la santé mentale.

RÉUNIONS DE L'OFFICE

I. AUDITIONS

A. TABLE RONDE DU 17 DÉCEMBRE 2008

Réunie le mercredi 17 décembre 2008, sous la ***présidence de Nicolas About, président,*** *la commission a entendu, au cours d'une table ronde consacrée à la prise en charge psychiatrique,* ***Gilles Poutout, directeur du pôle Stratégie du centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), Roland Cash, expert, Ioana Bianchi et Raphaël Schwob, consultants, Philippe Cléry-Melin, psychiatre, directeur de la maison de santé de Bellevue, Julien Mousquès et Magali Coldefi, chargés de recherche à l'institut de recherches et de documentation en économie de la santé (Irdes), le professeur Marion Leboyer, responsable du pôle Psychiatrie de l'institut Mondor de recherches biomédicales (Inserm U 995), directeur de la fondation FondaMental, Pauline Rehnter, chargée de mission au centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, Livia Velpry, chargée de mission Etudes et recherches de l'établissement public de santé de Ville-Evrard****.*

Nicolas About, président, *a indiqué que cette table ronde sur la psychiatrie est commune à la commission des affaires sociales et à l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) car elle concerne deux sujets actuellement à l'étude : le rapport sur l'état de la psychiatrie en France confié par l'Opeps à Alain Milon, d'une part, l'avis sur le volet santé du projet de loi pénitentiaire confié par la commission à lui-même, d'autre part.*

Dans le cadre de la préparation de son rapport pour avis, ***Nicolas About, président,*** *a souligné le constat unanime de ses interlocuteurs, lors de ses visites récentes effectuées en milieu carcéral, sur la présence en prison de nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux et incapables de comprendre les raisons de leur condamnation. Paradoxalement, les conditions de l'hospitalisation d'office des détenus souffrant de troubles psychiatriques sont pires que la prison, ce qui renvoie au problème plus large de la prise en charge psychiatrique.*

Alain Milon, rapporteur pour l'Opeps, *a précisé qu'il a souhaité l'organisation de plusieurs tables rondes sur la psychiatrie afin de dresser un panorama du problème de la prise en charge des maladies mentales en France. De nombreuses insuffisances ont été signalées au cours des années et le diagnostic sur les carences semble faire l'objet d'un consensus. Il s'agit maintenant d'en déterminer les causes et d'étudier les moyens de définir des pratiques communes en matière de prise en charge ; cette dernière question fera d'ailleurs l'objet d'un second rapport de l'Opeps.*

Le professeur Marion Leboyer, responsable du pôle Psychiatrie de l'institut Mondor de recherches biomédicales (Inserm U 995), directeur de la fondation FondaMental, *a exposé les objectifs de la fondation de coopération scientifique qu'elle dirige depuis sa création par le ministère de la recherche en 2007. Les maladies psychiatriques touchent 25 % des Européens et représentent, en France, le deuxième poste en consommation de soins et de biens médicaux et le premier poste en matière de dépenses d'hospitalisation. Malgré ce coût exorbitant, les maladies mentales restent mal connues. Elles constituent la deuxième cause de mortalité précoce après les maladies cardio-vasculaires mais les dépasseront sans doute bientôt. L'absence de traitement, et donc la permanence d'une mortalité élevée, sont partiellement dues au grave déficit de recherche en matière de psychiatrie. Malgré ce sous-investissement, la recherche psychiatrique française reste à la pointe des efforts internationaux et a notamment établi les facteurs génétiques à l'origine de certaines formes d'autisme.*

La prise en charge en psychiatrie souffre de carences, tant en amont qu'en aval. D'une part, le dépistage est inexistant et le diagnostic tardif, pouvant prendre jusqu'à dix ans après la première manifestation de symptômes. D'autre part, il n'existe aucun lien entre la recherche et la thérapeutique.

La fondation FondaMental milite pour la mise en place de centres experts en matière de psychiatrie, qui seront susceptibles de fournir un diagnostic précoce, de mettre en place la psycho-éducation, qui diminue de 50 % la réhospitalisation, et de limiter l'ampleur du handicap lié à la maladie. Trente-deux équipes de recherche travaillent autour des centres experts à l'heure actuelle. Leur création est même devenue un projet européen et il est nécessaire qu'ils soient institués le plus rapidement possible.

La fondation se donne aussi pour mission de déstigmatiser la maladie mentale. Elle lancera, en 2009, une campagne d'information en ce sens en liaison avec le ministère de la santé.

Alain Milon, rapporteur pour l'Opeps, *a fait valoir l'étonnement et l'inquiétude que lui inspire le fait que les questions de la psychiatrie ne sont pas prises en compte dans le cadre du projet de loi « Hôpital, patients, santé, territoires ». Il est pourtant indispensable de se pencher sur cette question ainsi que sur celle de la formation des médecins et des infirmiers à la psychiatrie.*

Nicolas About, président, *a confirmé qu'il n'est plus possible de contourner la question de la psychiatrie lorsque l'on évoque la santé publique.*

François Autain *a estimé que l'on ne parle de psychiatrie en général que pour l'utiliser comme moyen de déceler les futurs délinquants. Il ne lui paraît pas surprenant que la psychiatrie ne figure pas dans la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » puisque le but de ce texte n'est pas d'améliorer les soins mais bien de faire des économies.*

Pauline Rhenter, chargée de mission au centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, *a présenté les multiples sujets traités depuis une trentaine d'années par la sociologie et qui intéressent directement la question de la prise en charge psychiatrique. Parmi ceux-ci figurent les modes d'élaboration des cultures professionnelles des soignants, la question de l'implantation géographique des soins et les facteurs qui déterminent les individus à y avoir recours. Un cas particulièrement intéressant est celui des hospitalisations sans consentement, 9 % des hospitalisations totales, qui marquent la différence entre la lettre de la loi et son application sur le terrain. En effet, les études menées par les sociologues montrent que les hospitalisations demandées par les municipalités sont indépendantes de la prévalence locale des maladies mentales. Plusieurs facteurs explicatifs sont à prendre en compte quand on veut savoir ce qui détermine la décision du maire de signer une demande d'hospitalisation d'office, parmi lesquels la taille de la commune et donc la plus ou moins grande proximité entre élus et habitants, le poids local de l'expertise médicale et la place respective des différentes autorités participant à la prise de décision, dont le préfet. Certaines municipalités cherchent ainsi à éviter à tout prix d'avoir recours à une hospitalisation d'office, tandis que d'autres n'hésitent pas à la demander dès la constatation des premiers symptômes.*

Nicolas About, président, *a précisé qu'un maire ne prend jamais seul la décision d'une demande d'hospitalisation d'office qui provient souvent de la famille, de la police ou des médecins.*

Livia Velpry, chargée de mission Etudes et recherches de l'établissement public de santé de Ville-Evrard*, a souligné le relatif abandon des questions relatives à la psychiatrie en sciences sociales pendant de nombreuses années. Or, la sociologie permet de replacer la question de la prise en charge de la maladie mentale au sein des pratiques sociales en général et d'observer que la question de la maladie mentale se rapproche plus de celle du handicap, et donc des problèmes de nature médico-sociale, que des maladies comme le cancer qui relèvent d'une approche beaucoup plus centrée sur les thérapies. Elle a indiqué que la durée moyenne de dix ans entre la première crise de schizophrénie et l'établissement d'un diagnostic est liée à la difficulté, pour les médecins, de stabiliser leur jugement. Les malades sont généralement suivis dès les premiers symptômes mais passent par plusieurs diagnostics différents avant que la maladie dont ils souffrent ne soit déterminée avec certitude.*

Nicolas About, président, *a estimé que la grande nouveauté tient à l'émergence d'une recherche médicale en matière de psychiatrie, les recherches classiques de nature sociologique paraissant plus naturelles pour l'opinion publique.*

Maryvonne Blondin *a souhaité connaître la place de la psychiatrie dans la formation des médecins généralistes.*

Raphaël Schwob, consultant du CNEH, *a indiqué qu'il n'existe pas de temps prévu pour l'étude de la psychiatrie dans le cadre des études de médecine générale, que ce soit pour l'internat ou le résidanat. Par ailleurs, il n'existe à l'heure actuelle, dans le cadre des études de médecine, aucune formation à la prévention.*

Isabelle Debré *s'est préoccupée du nombre et de la répartition du personnel soignant en psychiatrie et a demandé si l'on constate un déficit de professionnels en cette matière.*

Philippe Cléry-Melin, psychiatre, directeur de la maison de santé de Bellevue, *a précisé que la France se situe au troisième rang des pays européens en matière de nombre de psychiatres par habitant. Le problème tient donc moins à la situation actuelle qu'aux perspectives d'avenir puisqu'on constate un déclin important des vocations en matière de psychiatrie, tant pour les médecins que pour les infirmiers. Pour ces derniers, l'arrivée à l'âge de la retraite des personnels spécialisés soulève de nombreuses difficultés.*

Livia Velpry *a souligné que le nombre total de psychiatres ne doit pas masquer les importantes différences qui existent en matière de répartition géographique des spécialistes, ainsi qu'entre les secteurs libéraux et hospitaliers.*

Gilles Poutout, directeur du pôle Stratégie du CNEH, *a indiqué que certains départements disposent de nombreux psychiatres libéraux mais peu, ou plus, de psychiatres hospitaliers. Il a également insisté sur les problèmes liés à la mauvaise prescription des anxiolytiques qui résultent de l'absence de référent psychiatrique pour les médecins généralistes.*

Le professeur Marion Leboyer *a déclaré que l'une des missions des centres experts sera précisément de former les jeunes psychiatres et d'établir un lien avec les généralistes. Il serait souhaitable que les centres experts en psychiatrie bénéficient du même statut que les centres de référence Alzheimer, pour chacun desquels un poste de chef de clinique a été créé.*

Philippe Cléry-Melin *a mentionné, comme exemple de bonne pratique dans les relations entre généralistes et psychiatres, le réseau Santé mentale des Yvelines.*

Alain Milon, rapporteur pour l'Opeps*, a affirmé que l'on ne peut isoler le médecin de l'ensemble des personnels médicaux qui travaillent à ses côtés. Une expérience intéressante est menée à Toulouse par des infirmiers psychiatres libéraux qui participent aux soins de ville. Il serait souhaitable de mettre en place, après le diplôme d'infirmier, un master en psychiatrie permettant la spécialisation.*

Julien Mousquès, chargé de recherche à l'Irdes, *a mentionné les travaux en cours de l'Irdes sur la médecine de ville, les médecins généralistes étant appelés à jouer un rôle déterminant d'orientation et de coordination des soins. Une réflexion devrait également être engagée sur l'organisation et l'efficience des soins dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale dans le cadre du groupement d'intérêt scientifique de l'institut de recherche en santé publique (Gis - Iresp) dirigé par le professeur Alfred Spira. Déplorant que les recherches en France ne portent que très rarement sur l'organisation des soins, il a insisté sur l'impact que celle-ci peut avoir sur les pratiques du corps médical. A titre d'exemple, il a fait valoir l'intérêt que présente le développement des centres experts pour la diffusion des bonnes pratiques dans les réseaux de soins. Il a par ailleurs souligné la nécessité d'une certaine continuité des politiques de recherche pour mener à leur terme les protocoles, qui supposent le suivi de cohortes sur plusieurs années et pour évaluer les expériences locales afin d'en dégager des enseignements de portée générale.*

Gilles Poutout *a regretté que le rôle de coordination que seront amenées à jouer les futures agences régionales de santé (ARS) et les communautés hospitalières de territoire n'inclue pas explicitement les établissements psychiatriques.*

Rappelant que la constitution de communautés hospitalières suppose une certaine convergence tarifaire entre établissements, ***Nicolas About, président,*** *s'est demandé dans quelle mesure il est possible de quantifier les actes en psychiatrie pour que cette discipline puisse être tarifée à l'activité.*

Le professeur Marion Leboyer *a estimé que rien ne s'oppose à ce que l'on applique la tarification à l'activité (T2A) à la psychiatrie.*

Julien Mousquès *a ajouté que les praticiens n'ont exprimé aucune opposition de principe à la T2A, mais qu'il sera difficile de dégager un consensus sur ses modalités d'application.*

Nicolas About, président, *a souhaité savoir s'il existe des études sociologiques sur la psychiatrie en milieu carcéral.*

Pauline Rhenter *a indiqué qu'environ 60 % des détenus sont considérés comme étant atteints de troubles psychiatriques, alors qu'ils ne sont que 10 % à être dûment suivis à ce titre sur le plan médical au moment de l'entrée en prison. Toutefois, les méthodes d'évaluation peuvent conduire à surestimer la part des personnes incarcérées concernées.*

Nicolas About, président, *a souhaité savoir s'il existe une corrélation entre la diminution du nombre de places disponibles en hôpitaux psychiatriques et l'augmentation du nombre de détenus atteints de troubles psychiques.*

Après avoir rappelé que le nombre de lits en psychiatrie est resté stable entre 2001 et 2005, soit 58 000 lits, alors que le nombre de détenus est passé de 49 000 à 63 000 au cours de la même période, ***Pauline Rhenter*** *a affirmé qu'il n'existe pas de phénomène démontré de vase communicant entre les hôpitaux*

psychiatriques et la prison. Depuis 1992, en revanche, 40 000 lits de psychiatrie ont été supprimés.

Nicolas About, président, *s'est dit peu convaincu par l'absence de corrélation entre les deux évolutions, rapportant les propos de magistrats attestant de la tendance actuelle à condamner à des peines de prison les personnes atteintes de troubles psychiatriques ayant commis des actes criminels, faute de places disponibles pour les accueillir dans un établissement adapté.*

Livia Velpry *a fait valoir que la déshospitalisation ne concerne pas uniquement des personnes ayant commis des actes délictueux ou criminels. Dans ces cas, les personnes sont orientées vers des structures spécifiques ou des lieux de vie adaptés à leurs troubles. S'agissant des personnes ayant commis des actes qui justifient leur enfermement, les modalités de prise en charge, en prison ou dans des structures spécifiques, constituent une question centrale.*

Julien Mousquès *a mentionné l'existence des travaux de Bruno Falissard, psychiatre hospitalier et chercheur, sur les troubles psychiatriques des détenus, mais il n'y a pas d'étude spécifique portant sur le lien de causalité entre la fermeture des lits en psychiatrie et l'augmentation du nombre de détenus atteints de troubles psychiques.*

Nicolas About, président, *s'est inquiété de la part croissante de personnes incarcérées et présentant des pathologies lourdes qui auraient dû les dégager de leur responsabilité pénale.*

Philippe Cléry-Melin *a fait référence à une enquête qu'il a menée sur la population pénitentiaire présentant des troubles psychiques pouvant entraîner le passage à l'acte.*

Maryvonne Blondin *a déploré le faible nombre d'unités destinées à l'accueil des malades dangereux qui offrent pourtant une solution plus adaptée que la prison pour la plupart des patients ayant commis des actes criminels.*

Philippe Cléry-Melin *a signalé l'ouverture prochaine de douze établissements dans le cadre du plan « Santé mentale ».*

Marc Laménie *a souligné le rôle déterminant des conclusions de l'expertise en psychiatrie lors du jugement, pour l'orientation des patients ayant commis des actes criminels.*

Gilles Poutout *a fait valoir l'intérêt des expérimentations visant à améliorer la prise en charge des patients dans le système de soins, comme cela a été fait dans le cadre du plan Cancer. Il s'agit de tester différentes innovations organisationnelles pour mettre en place un véritable parcours personnalisé de soins.*

Gilbert Barbier *a suggéré de développer ce type d'expérimentations à l'échelon régional, qui parait le plus adapté.*

Pauline Rhenter *a expliqué que les pratiques étant variables d'une région à l'autre, l'analyse comparée des situations est déjà très instructive et mériterait d'être développée pour faciliter la remontée des expériences et la diffusion des bonnes pratiques.*

Julien Mousquès *a souligné à cet égard l'intérêt des réseaux et des centres d'expertise qui permettent de centraliser les innovations organisationnelles, de les sélectionner et de les généraliser. Cette harmonisation est nécessaire pour assurer une égale qualité de soins sur l'ensemble du territoire.*

Brigitte Bout *a fait valoir que l'on appréhende souvent la maladie mentale sous l'angle du handicap et qu'il serait utile de mieux distinguer ces deux notions. Elle a souligné l'intérêt d'un diagnostic précoce pour favoriser la guérison des malades, en particulier lorsqu'ils sont atteints de troubles autistiques.*

Philippe Cléry-Melin *a souhaité que soit réhabilitée la notion de maladie, qui permet de distinguer le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Il est convenu des avantages d'un diagnostic précoce qui permet d'orienter les patients vers les thérapies adaptées et de limiter les parcours erratiques dans le système de soins.*

François Autain *a pris acte des avancées scientifiques résultant des recherches sur la génétique, qui devraient permettre d'établir un diagnostic plus précoce et plus sûr de certaines formes d'autisme. Il s'est toutefois demandé jusqu'à quel point le diagnostic pouvait s'appuyer sur un examen clinique orienté vers la recherche d'anomalies organiques, rappelant la polémique passée sur la question de savoir si les actes pédophiles, par exemple, pouvaient avoir une cause génétique.*

Alain Vasselle *s'est dit dubitatif sur la possible application de la T2A à la spécialité psychiatrique. Il s'est par ailleurs demandé dans quelle mesure la perte d'autonomie et la maladie d'Alzheimer peuvent être qualifiées de maladie mentale ou de handicap psychique et si elles relèvent de la psychiatrie.*

Gilbert Barbier *a évoqué le débat relatif à la reconnaissance des disciplines voisines non médicalisées, telles que la psychologie ou la psychanalyse.*

Le professeur Marion Leboyer *a estimé que les maladies psychiques doivent être traitées comme les autres maladies. Elles doivent faire l'objet d'un diagnostic précis, de politiques de prévention et de recherches spécifiques pour améliorer les modalités de prise en charge et les thérapies. Les centres experts ont un rôle d'accompagnement des différents acteurs, et en particulier des médecins, dans les stratégies de prise en charge des patients. Elle a par ailleurs déploré l'augmentation du nombre de patients incarcérés, dont la première prise en charge n'est souvent pas médicale mais policière.*

En réponse à François Autain, elle a indiqué que si les facteurs génétiques sont à prendre en compte pour le diagnostic, les facteurs environnementaux ne doivent pas être négligés, la consommation de drogues par exemple étant souvent à l'origine du déclenchement des syndromes maniaco-dépressifs. Elle a estimé nécessaire de développer les diagnostics fondés sur la mise en évidence de biomarqueurs, les tests reposant encore beaucoup trop sur le seul examen clinique des patients.

***Julien Mousquès** a jugé préférable que l'extension de la T2A à la psychiatrie soit précédée d'une évaluation des résultats obtenus dans le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Il a également indiqué que ce type de tarification n'est pas appliqué à la santé mentale dans de nombreux pays qui la pratiquent.*

***Nicolas About, président,** a suggéré une expérimentation préalable de la T2A dans quelques établissements psychiatriques volontaires.*

***Jacky Le Menn** a expliqué que la T2A et les programmes de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont plus difficiles à appliquer à certaines pathologies, et en particulier à la psychiatrie.*

***Philippe Cléry-Melin** a signalé que quelques établissements psychiatriques privés expérimentent les PMSI depuis plusieurs années, sans toutefois appliquer la T2A. Ils ont permis aux établissements de s'inscrire dans une logique médico-économique qui constitue un atout pour la stratégie de l'établissement et pour le développement de la psychiatrie privée en France.*

Il a par ailleurs indiqué que l'absence de T2A prive les établissements psychiatriques de certaines missions d'intérêt général, et donc des dotations affectées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (Migac), qui leur permettraient pourtant d'expérimenter de nouvelles méthodes thérapeutiques et d'améliorer la qualité des soins.

***Gilles Poutout** a néanmoins observé que certains établissements appliquant la T2A n'ont pas accès à ces missions d'intérêt général. Il a également reconnu la difficulté de développer les innovations organisationnelles dans le domaine de la psychiatrie, insistant sur la nécessité d'évaluer celles qui sont déjà en cours. Il a plaidé en faveur de la réhabilitation de la notion de maladie mentale, qui suppose la mise en œuvre de politiques de prévention et de centres de ressources sur le modèle de ceux qui existent pour la douleur. Enfin, il a estimé nécessaire de mieux former les médecins généralistes à ces pathologies, car ceux-ci ont la responsabilité de la première prise en charge et de l'orientation des patients dans le système de soins.*

***Nicolas About, président,** s'est demandé si la nouvelle approche des maladies psychiques ne justifie pas le rétablissement de la spécialité neuropsychiatrique.*

Philippe Cléry-Melin *est convenu que la scission des deux disciplines, qui date de 1968, apparaît moins légitime aujourd'hui. On observe au contraire une convergence des deux disciplines avec l'apparition progressive d'une « médecine du cerveau », qui réconcilie les deux approches.*

En réponse à Alain Vasselle, il a rappelé que la maladie d'Alzheimer est une maladie neuro-dégénérative qui relève à la fois de la gériatrie et de la neurologie, alors que la psychiatrie traite davantage des troubles psycho-comportementaux.

Alain Milon, rapporteur pour l'Opeps, *a conclu le débat en annonçant la tenue prochaine de deux tables rondes consacrées aux médicaments prescrits en psychiatrie et à l'organisation des soins.*

B. TABLE RONDE DU 17 FÉVRIER 2009

Réunie le mardi 17 février 2009, sous la ***présidence de Nicolas About, président,*** *la commission a entendu, au cours d'une* ***table ronde*** *consacrée à l'usage du* ***médicament*** *dans le* ***soin psychiatrique****,* ***Armelle Desplanques, responsable de l'unité « programmes pilotes »*** *et* ***Nathalie Riolacci, de la Haute Autorité de santé (HAS), Guy Gozlan, psychiatre au centre hospitalier Sainte-Anne et coordinateur du réseau de santé Prépsy, Marie-Odile Krebs, directrice de l'unité Inserm « Physiopathologie des maladies psychiatriques » au centre hospitalier Sainte-Anne, Gérard Massé, psychiatre au centre hospitalier Sainte-Anne, Sophie Ravoire, directeur médical de Lilly France, Gilles Poutout, directeur du pôle Stratégie, Ioana Bianchi et Raphaël Schwob, consultants du centre national de l'expertise hospitalière (CNEH)****.*

Alain Milon, rapporteur, *a rappelé que cette table ronde est la seconde organisée dans le cadre de la préparation du rapport de l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (Opeps) sur l'état de la psychiatrie en France. Face à la surconsommation de médicaments psychotropes en France, il paraît important de pouvoir préciser la nature exacte des médicaments prescrits, les déterminants des prescriptions, l'état de la recherche et les initiatives prises pour garantir l'observance des traitements.*

Raphaël Schwob, consultant du CNEH, *a rappelé le bilan dressé par un précédent rapport de l'Opeps consacré au bon usage des médicaments psychotropes et établi en 2006. Il en ressort que la consommation des médicaments psychotropes est en moyenne deux fois plus élevée en France que dans les autres pays européens avec une exposition particulière des personnes âgées. Néanmoins, on ne dispose pas de données fiables permettant de documenter l'évolution des consommations dans la population française : leur niveau élevé paraît sans lien avec la prévalence des troubles psychiatriques avérés et 80 % des psychotropes sont prescrits en médecine générale. On constate également que les recommandations de bonne pratique concernant la durée des prescriptions de médicaments ainsi que les indications des traitements sont peu respectées.*

L'efficacité très limitée de l'action des pouvoirs publics en la matière s'explique, entre autres, par la faible coordination entre les différents acteurs du système de soins et par la quasi-absence d'évaluation de l'impact des mesures et recommandations prises en la matière. Or, il existe des alternatives thérapeutiques au traitement par psychotropes, que ce soit des psychothérapies,

des prescriptions homéopathiques ou phytothérapiques ou le respect de règles d'hygiène de vie dont l'efficacité est réelle, notamment pour les troubles du sommeil. En outre, une meilleure information des prescripteurs, en matière de prévention de la dépendance aux médicaments psychotropes et de sevrage, est nécessaire pour limiter la surconsommation de ces médicaments.

Toutes ces questions ont donné lieu à l'établissement de recommandations par l'Opeps en 2006, qui n'ont pour l'heure guère été suivies d'effet.

***Gérard Massé, psychiatre au centre hospitalier Sainte-Anne,** a souligné le paradoxe selon lequel des patients nécessitant des soins n'en ont pas alors qu'on constate la surconsommation de médicaments psychotropes par des personnes qui n'en ont pas besoin.*

De nombreux progrès ont néanmoins été accomplis ces dernières années grâce à une plus grande acceptabilité de médicaments qui ont transformé la prise en charge de la maladie mentale. On estime cependant que 35 % à 40 % de la population européenne relèvent des soins psychiatriques, parfois au titre de maladies mentales avérées mais surtout pour surmonter des épisodes « de crise » dont le nombre augmente depuis quelques années. Malgré l'évolution du soin psychiatrique permise par cette acceptabilité nouvelle des médicaments, celui-ci souffre de l'image négative que véhiculent les psychotropes, accusés, par certaines sectes et une fraction de l'opinion publique, de créer la maladie au lieu de la guérir.

L'un des problèmes essentiels est celui de définir la frontière entre l'action du généraliste et celle du psychiatre. La formation psychiatrique des non-spécialistes est faible et, si ce n'est peut-être les gériatres, ils n'ont pas élaboré de capacités de dialogue avec les psychiatres. Il faut donc favoriser la formation initiale et continue des généralistes en matière de psychiatrie.

Comme pour de nombreuses spécialités, c'est moins le nombre de médecins que leur répartition qui pose un problème. On compte à l'heure actuelle environ 12 500 psychiatres en France et ils ne seront plus que 8 500 à l'horizon 2015-2020. Ce chiffre restera supérieur à l'effectif constaté au Royaume-Uni ou à l'Allemagne de 6 000 psychiatres. La difficulté est que 3 500 des 6 500 psychiatres libéraux exercent en Ile-de-France. Il y a donc de véritables « zones blanches » en matière de psychiatrie qui doivent être corrigées par la mise en œuvre d'une obligation de service public et la pratique du « zoning » telle qu'elle s'exerce dans la plupart des pays occidentaux.

Il faut également aboutir à une définition stable de la profession de psychothérapeute. Le fait que seuls les médecins puissent prescrire des médicaments remboursés est de moins en moins compris par la population.

On observe, au sein de la société, une véritable prise de conscience des enjeux liés à la psychiatrie, favorisée par la publication régulière de rapports sur la question. Les conclusions de la commission Couty, particulièrement sur les groupements locaux de coopération pour la santé mentale, méritent d'être étudiées.

***Gilbert Barbier** a demandé si l'on constate une moindre prévalence des troubles psychiatriques dans les zones où aucun psychiatre n'exerce.*

***Gérard Massé** a indiqué qu'en l'absence d'évaluation, il est impossible de connaître exactement la situation mais qu'il a la faiblesse de penser que la population n'ayant pas accès à un médecin psychiatre est moins bien soignée.*

*A **Gilbert Barbier**, qui souhaitait savoir comment stabiliser la définition de la profession de psychothérapeute, **Gérard Massé** a répondu qu'il conviendrait de soumettre l'exercice de cette profession à l'obtention d'un diplôme. La France forme à l'heure actuelle 30 000 psychologues par an qui n'ont que de rares débouchés professionnels.*

***Gilbert Barbier** s'est interrogé sur l'évolution des remboursements des frais de soins psychiatriques.*

***Gérard Massé** a souligné que les remboursements devraient être amenés à augmenter, sans doute de manière importante, et que, dès lors, des choix s'imposeront en matière d'organisation des soins et de pratiques thérapeutiques.*

***Gilbert Barbier** s'est enquis du mode de prescription des médicaments psychotropes et du bien-fondé du monopole des médecins en la matière.*

***Gérard Massé** a répondu que, la prescription étant liée à une capacité de diagnostic, elle doit rester de la compétence des médecins.*

***Gilbert Barbier** s'étant inquiété de la diversité des écoles de psychiatrie et de leurs querelles, **Gérard Massé** a estimé qu'il s'agit là d'un débat dépassé puisqu'il est désormais possible de codifier et donc d'établir des protocoles de soins à partir de psychothérapies d'origines diverses.*

***Anne-Marie Payet** a souhaité connaître le rôle de l'alcoolisme dans le déclenchement des maladies mentales et savoir comment la psychiatrie traite de la question des addictions.*

***Gérard Massé** a insisté sur la nécessité de revoir le problème de l'alcoologie en France. Il est indispensable de concevoir cette discipline dans sa spécificité, à côté de la psychiatrie, en raison de l'importance de la comorbidité. La question des addictions dépasse d'ailleurs le seul problème de l'alcool et se développe tout récemment dans le domaine du jeu pathologique. Le problème est que les patients potentiels, notamment les jeunes, répugnent à être inclus dans des soins de type psychiatrique.*

*Puis **Guy Gozlan, membre du Haut Conseil de la santé publique,** a présenté les caractéristiques de la population française en matière d'accès aux soins en santé mentale. Les catégories de population les plus exposées sont les plus jeunes et les plus âgées. Elles disposent de peu d'informations sur l'accès*

aux soins et ont tendance à méconnaître les troubles, d'autant que ceux-ci peuvent demeurer longtemps compatibles avec un mode de vie en communauté. L'offre de soins est particulièrement morcelée en France et il existe de nombreux obstacles à la prise en charge, parmi lesquels figurent le caractère plutôt réactif que préventif du système de soins, avec une tendance à la banalisation du premier épisode de crise, et l'absence de coordination et de suivi. Les inégalités sociales se reflètent également dans le domaine de la santé mentale et viennent aggraver les maladies. Le système de soins est par ailleurs engorgé et on estime que ce phénomène prive un tiers des schizophrènes, la moitié des patients atteints de dépression et les trois quarts des personnes souffrant d'abus d'alcool d'avoir accès à un traitement ou à des soins simples et abordables.

La mauvaise image de la psychiatrie explique que les familles soient réticentes à y avoir recours malgré l'importance des comorbidités. Cette absence de soins a des conséquences négatives en matière de développement psycho-social et de prescription de traitements inadéquats, qui entraînent une diminution de la réponse au traitement adapté et une augmentation du risque de rechute.

Il a ensuite rappelé les missions du Haut Conseil de la santé publique en matière de santé mentale ainsi que les objectifs inscrits dans la loi de santé publique concernant les toxicomanies, le lien entre psychoses chroniques et précarité, les troubles bipolaires, dépressifs et névrotiques et le suicide. Sur tous ces sujets, l'évaluation faite fin 2007 a montré qu'aucun des objectifs n'a été atteint. Dès lors, de nouveaux objectifs devraient être définis dans une prochaine loi de santé publique, portant sur le repérage précoce de la souffrance et du trouble psychique chez l'enfant et l'adolescent, l'amélioration de l'accès aux soins et la réduction des facteurs de risques, l'amélioration du repérage et de la prise en charge des troubles psychiques associés à une pathologie somatique et, enfin, le développement de l'éducation thérapeutique des patients. Or, sur tous ces sujets, des obstacles demeurent, tenant notamment au financement des mesures à mettre en œuvre.

***Nicolas About, président,** a souhaité savoir quelles sont les maladies psychiatriques émergentes dont le Haut Conseil de la santé publique souhaite améliorer la détection chez les enfants et adolescents.*

***Guy Gozlan** a précisé qu'il s'agit des troubles envahissants du développement comme l'autisme, et des prémices de maladies se caractérisant par des troubles de l'humeur de type maniaco-dépressif ou schizophrénie.*

***René Teulade** a noté le nombre particulièrement élevé des Français souffrant de troubles névrotiques ou anxieux. Ce phénomène est-il lié à l'allongement de la durée de vie ?*

***Guy Gozlan** a regretté qu'en l'absence de données fiables, il soit impossible de mesurer la corrélation entre allongement de la durée de vie et augmentation des troubles psychiatriques.*

René Teulade *a insisté sur les conséquences potentielles de plusieurs évolutions sociales, et notamment l'éclatement des familles, la coexistence d'un nombre élevé de générations désormais et l'âge plus tardif à la naissance du premier enfant.*

Guy Gozlan *a confirmé que l'assistance des plus âgés aux plus jeunes est un moyen efficace de prévention des maladies mentales et de soutien en cas de troubles avérés. En matière de toxicomanie, le rôle préventif de la famille est également essentiel.*

Gérard Massé *a signalé qu'on assiste à un déplacement des pathologies névrotiques vers les personnes les plus âgées, ce qui est d'autant plus inquiétant que la prise en charge psychiatrique est de plus en plus mal organisée après soixante-cinq ans.*

A ***Gilbert Barbier****, qui souhaitait savoir si l'objectif de lutte contre la toxicomanie dans la loi de santé publique concerne uniquement les substances illicites,* ***Guy Gozlan*** *a indiqué que les substances addictives en cause ne couvrent que les opiacés.*

Gilbert Barbier *ayant demandé si la prescription permanente de Subutex doit être considérée comme un problème,* ***Guy Gozlan*** *a insisté sur le rôle utile de ce produit en matière de prévention du risque, tout en faisant observer que la question du sevrage est complexe car on ignore dans quelle mesure il est possible.*

Nicolas About, président, *a souligné que lors de ses rencontres avec des psychiatres exerçant en prison, il a constaté deux approches radicalement opposées : certains médecins estiment que l'incarcération offre l'occasion d'un sevrage, d'autres estiment qu'elle constitue une opportunité pour mettre en place un traitement de substitution. L'élaboration de référentiels paraît nécessaire sur ce point.*

Guy Gozlan *a répondu que les deux approches, sevrage et substitution, peuvent être erronées selon le cas d'espèce et qu'il s'agit de déterminer le meilleur traitement adapté à chaque personne. Il existe de nombreux référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS) mais il appartient aux médecins de les consulter.*

Puis ***Armelle Desplanques, responsable de l'unité « programmes pilotes » de la HAS,*** *a présenté les travaux du groupe créé par la HAS pour améliorer la prescription de psychotropes chez le sujet âgé. Ce groupe tend à mettre en place la plus grande concertation possible et implique plus de cent personnes liées à différentes institutions et sociétés savantes.*

On observe que l'avancée en âge s'accompagne de l'augmentation de la consommation de médicaments psychotropes. Cette situation est d'autant plus inquiétante que l'effet délétère des neuroleptiques est désormais avéré et que cette information est insuffisamment connue des médecins et des patients.

Le groupe de travail a essayé de dégager les déterminants des prescriptions à partir de cas concrets de psychotropes délivrés aux personnes âgées par les médecins généralistes. Son important travail d'étude et de coordination a déjà abouti à l'élaboration d'une liste d'usage des médicaments psychotropes et à l'établissement du bilan suivant : quatre millions de personnes âgées prennent des psychotropes, soit 40 % des plus de soixante-cinq ans, 15 % d'entre elles ayant des prescriptions de trois médicaments ou plus. En contradiction avec les référentiels qui ne prévoient la prescription de psychotropes que pour une période courte en cas de crise, on remarque que toutes les prescriptions sont chroniques et augmentent avec l'âge. Ainsi, plus de 50 % des personnes âgées de quatre-vingt-cinq ans et au-delà prennent des psychotropes.

Dans de nombreux cas, les médicaments ne sont pas adaptés à la situation : 85 % des troubles du sommeil dont souffrent les personnes âgées ne sont pas en réalité des insomnies mais sont néanmoins traités comme telles.

Le groupe de travail s'est engagé à mener une évaluation des pratiques sur les deux prochaines années et à communiquer les résultats obtenus. Une partie d'entre eux est déjà disponible sur l'internet.

***Gilbert Barbier** ayant demandé s'il ne serait pas préférable de prescrire des traitements alternatifs plutôt que des psychotropes, **Armelle Desplanques** a indiqué que cette piste est effectivement à explorer. Ceci étant, le groupe de travail se donne à l'heure actuelle pour but d'améliorer les prescriptions mais n'a pas vocation à approfondir la question du traitement alternatif.*

*Puis **Marie-Odile Krebs, directrice de l'unité Inserm « Physiopathologie des maladies psychiatriques » au centre hospitalier Sainte-Anne,** a dressé les perspectives en matière de recherche de nouvelles thérapeutiques. Les maladies mentales sont particulièrement difficiles à soigner étant donné leur caractère chronique, récidivant et invalidant. Elles sont néanmoins évolutives, susceptibles de rémission et influencées par l'âge et l'environnement. Face aux maladies, les médicaments restent plus ou moins tolérés, en particulier aux âges extrêmes, et suscitent des réticences de la part des patients. A l'heure actuelle, il existe des médicaments « systémiques », des médicaments qui soignent les symptômes, mais pas de médicaments étiologiques capables de guérir.*

La recherche se donne pour objectif de trouver des médicaments efficaces à tous les âges, faciles à prendre, agissant rapidement et, si possible, étiologiques. Plusieurs questions se posent, notamment celle de l'élaboration de différentes spécificités de médicaments selon le public auquel ils sont destinés ou selon leur méthode d'action.

Afin de trouver de nouveaux médicaments, il est nécessaire de développer des modèles à partir de l'expertise clinique car la recherche en laboratoire n'a donné jusqu'à présent que peu de résultats. Il importe de sortir du « tout moléculaire » et du « tout génétique » en adoptant de nouvelles formes de raisonnement.

Il existe plusieurs formes de thérapies non pharmacologiques, notamment les thérapeutiques de stimulation et les thérapeutiques cognitives.

D'autres pistes sont également à explorer dans le cadre d'une prise en charge globale incluant la nutrition, l'âge et l'éducation à la santé. Il est nécessaire d'élaborer de véritables stratégies thérapeutiques. Toutes ces avancées reposent sur la possibilité d'obtenir des financements tant la recherche en psychiatrie est coûteuse et nécessite, pour pouvoir fonder ses analyses, l'existence de cohortes longues.

L'élaboration de modèles et de référentiels est importante. On ne peut non plus se passer d'une évaluation systématique des nouvelles thérapeutiques. Une démarche physiopathologique globale, renouvelée et intégrée est nécessaire pour trouver des pistes de recherche et aboutir à une vraie compréhension des maladies. Il faut également approfondir la connaissance des spécificités des populations, notamment liées à l'âge.

Enfin, ***Sophie Ravoire, directeur médical de Lilly France,*** *a présenté le point de vue de l'industrie pharmaceutique sur le médicament psychotrope. Comme l'a indiqué le professeur Krebs, les recherches dans ce domaine sont particulièrement difficiles. Notamment, on ne peut véritablement associer un médicament au traitement d'une maladie.*

On parle beaucoup de la surconsommation française en matière de psychotropes. Or, il est intéressant de constater qu'après une augmentation très importante au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, celle-ci ne progresse en fait que lentement depuis le milieu des années deux mille. La prise de conscience des éventuels risques liés aux médicaments comme les antidépresseurs est réelle et a sans doute joué un rôle dans ce ralentissement. Il serait intéressant que les pouvoirs publics développent des campagnes d'information sur le thème du bon usage du médicament psychotrope car ceci pourrait permettre de limiter les prescriptions abusives et de rendre plus efficaces les prescriptions nécessaires.

Concernant les axes de recherche de l'industrie médicale, elle a indiqué que malgré le nombre d'antidépresseurs actuellement sur le marché, 30 % des malades ne répondent pas aux traitements. L'industrie cherche donc à développer des médicaments nouveaux et plus rapides dans leurs effets. En matière de traitement de la schizophrénie, l'attention de l'industrie se concentre notamment sur la possibilité de prévenir les rechutes et récidives. Les médicaments permettant de traiter les troubles du sommeil caractérisés sont à l'heure actuelle trop souvent susceptibles d'entraîner des dépendances, ce qui doit être corrigé. Un important chantier est celui de la maladie d'Alzheimer pour lequel il paraît difficile de trouver un traitement étiologique. L'industrie est néanmoins mobilisée pour tenter d'apporter une solution aux malades et à leur famille. Il est intéressant de noter que des axes de recherche pharmacologique sont actuellement en développement pour prendre en charge de nouveaux types de troubles comme les conduites addictives.

Il est, à son sens, inquiétant que la recherche française soit si mal classée en termes d'innovation étant donné le rôle structurant de l'industrie pharmaceutique dans l'organisation des traitements. Sur certains sujets, comme les troubles atteignant les personnes âgées, la grande difficulté à faire des essais cliniques ralentit la recherche.

L'industrie pharmaceutique est prête à s'investir sur la question de l'observance mais se trouve pratiquement dans l'impossibilité juridique de le faire. Cette situation se traduit par une perte pour le patient et donc pour la santé publique.

II. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

Réuni à l'Assemblée nationale le mercredi 9 avril 2009, sous la présidence de ***Nicolas About, sénateur****,* ***vice-président****, l'office parlementaire d'évaluation des politiques de santé a tout d'abord entendu la* ***présentation de l'étude scientifique conduite par le centre national de l'expertise hospitalière*** *(CNEH).*

Gilles Poutout, directeur délégué du centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), *a fait valoir que l'on parle aujourd'hui plus de santé mentale que de psychiatrie au niveau international. L'organisation mondiale de la santé (OMS) a choisi cette terminologie dans un rapport de 2001 qui fait de la psychiatrie un sous-ensemble de la santé mentale afin de privilégier les alternatives à l'enfermement et les soins de premier recours. Un livre vert de l'Union européenne a indiqué, en 2005, que la première cause de morbidité en Europe en 2020 serait la dépression. Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a pris en compte ces rapports et cherché à décloisonner les soins. D'autres plans se combinent avec ce plan, notamment sur la maladie d'Alzheimer et sur l'autisme.*

Pour ce qui concerne la prévalence des troubles psychiatriques en France, la schizophrénie toucherait 635 000 personnes, ce qui placerait le pays dans la moyenne, le Canada étant le pays le moins atteint et la Finlande le plus touché. 26 000 jeunes de quinze à vingt-cinq ans seraient concernés. On estime à 3 000 le nombre de suicides de schizophrènes par an et un tiers des malades sont placés en institution. La dépression affecterait cinq millions de personnes et serait la première cause de suicide, soit six mille à sept mille cas par an. On estime à 44 % le nombre de dépressifs qui n'ont pas accès aux soins. Les troubles bipolaires toucheraient 750 000 personnes, avec des conséquences en matière de désocialisation et d'abus de substance. Enfin, 6 % des personnes auraient été victimes d'un épisode de troubles anxieux. L'abus d'alcool - la France est au troisième rang mondial pour la consommation, derrière le Luxembourg et l'Islande - est particulièrement préoccupant, surtout chez les jeunes, la consommation de drogues étant relativement stable - une centaine de morts par an - tout en se « démocratisant ».

S'agissant des populations les plus fragiles, on compte 650 000 handicapés mentaux en France, dont près de 10 % sont pris en charge à temps plein. La démence touche 860 000 personnes et pourrait en concerner 2,1 millions en 2040 avec l'allongement de la vie. Au-delà de l'âge de quatre-vingt-cinq ans, 15 % de la population seraient touchés par la maladie d'Alzheimer. Les adolescents sont une population particulièrement à risque : on constate parmi eux 40 000 tentatives de suicides par an et une prévalence plus forte des troubles du comportement alimentaire. Par ailleurs, on dénombre 350 000 à 600 000 autistes - trois ou quatre garçons pour une fille - tandis que 25 % des détenus présenteraient des troubles mentaux et 80 % auraient souffert d'un trouble psychiatrique pendant leur détention. Enfin, il ne faut pas négliger les nombreuses pathologies émergentes, dont les cyberaddictions, et rappeler que 8 % de la population française a fait une tentative de suicide au cours de sa vie.

Du côté de l'offre de soins, il existe 817 secteurs en psychiatrie générale publique en 2003, et un peu moins de 130 000 lits et places dont la majorité se trouve dans le secteur public. Ils prennent en charge 1,2 million de personnes par an. On relève que 25 % des lits sont occupés par des patients dont le séjour est supérieur à un an. On compte près de 2 000 centres médico-psychologiques en France ; pivots de la prise en charge, ils sont toutefois très inégaux en moyens et en accessibilité. Le secteur privé, composé de 160 cliniques, assure le suivi des pathologies moins lourdes. Au total, près de 80 % des patients sont pris en charge en soins ambulatoires.

Il y a près de 14 000 psychiatres en France dont un peu moins de la moitié exerce à titre libéral. Leur répartition territoriale est très inégale : elle va de 1,8 psychiatre pour 100 000 habitants dans le Pas-de-Calais à 59 pour 100 000 à Paris. L'articulation avec les médecins généralistes est mal assurée : 50 % seulement des prescriptions en psychiatrie faites par les médecins généralistes sont estimées être adaptées aux besoins ; ce sont pourtant eux qui, souvent, jouissent plus spontanément de la confiance des patients en matière de soins psychiatriques.

En termes de coût des pathologies mentales, la dépression occuperait, selon l'OMS, la troisième place au monde en nombre d'années de vie perdues, avant l'alcool et la maladie d'Alzheimer ; toutes ces maladies se placent, de ce point de vue, avant le cancer du poumon mais 30 % à 40 % des patients ne sont pas diagnostiqués.

Le coût direct médical des pathologies est d'au moins 26 milliards d'euros et on estime que ce chiffre représente 36 % des dépenses totales liées à la maladie mentale ; 15 milliards d'euros sont consacrés chaque année au financement des soins psychiatriques.

Il est particulièrement difficile d'évaluer le coût des soins psychiatriques car l'idée d'une tarification à l'activité psychiatrique a été abandonnée. On envisage désormais d'adopter une validation des activités en psychiatrie.

S'agissant de l'usage des médicaments psychotropes, le phénomène, très français, de surconsommation a été étudié dans un rapport récent de l'Opeps qui a dénoncé le morcellement de l'action des acteurs publics en ce domaine. La recherche est également très dispersée et se fait essentiellement en CHU.

En conclusion, ***Gilles Poutout*** *a souligné l'intérêt de plusieurs propositions du rapport remis par Edouard Couty à la ministre de la santé et a présenté douze propositions tendant à favoriser le diagnostic précoce et l'information sur la base de données épidémiologiques validées, à mobiliser les acteurs, notamment par la nomination d'un délégué interministériel et la tenue d'états généraux, et à améliorer la formation en matière de psychiatrie.*

Alain Milon, sénateur, rapporteur*, a considéré que le rapport, essentiellement descriptif, permettait de réduire l'ampleur des incertitudes dans un domaine où les enjeux financiers sont considérables. Il a souhaité connaître les conséquences de la suppression des infirmiers en psychiatrie sur la qualité des soins dispensés et l'importance que peut avoir le développement des réseaux pour la prise en charge des patients. Il a demandé aux experts leur opinion sur les préconisations du rapport d'Edouard Couty. Il s'est interrogé sur l'absence de campagne d'information conduite par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en matière de santé mentale depuis celle, contestée, de 2007 sur la dépression. Il s'est enfin enquis des moyens d'assurer une meilleure coordination entre médecins généralistes et psychiatres.*

Guy Gozlan, psychiatre à l'hôpital Sainte-Anne et responsable du réseau Prépsy, *a fait valoir que les patients ne semblent pas être moins bien soignés depuis qu'ils le sont par des infirmiers ayant reçu une formation généraliste qui permet la prise en charge des comorbidités et des pathologies associées aux troubles mentaux. Il est néanmoins important d'assurer la transmission du corpus de savoir spécialisé concernant les soins infirmiers en psychiatrie, sans doute après le tronc commun d'enseignement.*

Concernant la campagne d'information organisée par l'Inpes sur la dépression chez l'adulte, la contestation est moins venue des spécialistes que de différents groupes d'influence. Il est regrettable que leur action ait pu freiner le développement de l'information du public en matière de psychiatrie.

Les médecins généralistes effectuent la moitié des diagnostics des troubles psychiatriques. Mais il ne s'agit que de la partie émergée de l'iceberg : sur dix cas de dépression, on estime que seuls deux seront identifiés puis traités de manière efficace. Il est important de procéder à une déstigmatisation des troubles psychiatriques afin de favoriser l'accès au traitement. On pourra dès lors espérer que des traitements avec des hospitalisations de courte durée pourront être mis en place, puis un suivi organisé qui ne sera pas nécessairement assuré par un psychiatre.

Gilles Poutout *a précisé qu'il paraît nécessaire de compléter la formation des infirmiers diplômés d'Etat par la possibilité d'une spécialisation dans les soins psychiatriques, mais pas de substituer une formation à une autre. La délégation des tâches aux infirmiers doit également être développée.*

Le rapport d'Edouard Couty a pour axe central l'intégration de la santé mentale dans la santé publique et le décloisonnement de la psychiatrie et des différents types de soins conformément aux préconisations des organisations internationales et européennes et à l'évolution de la recherche.

Il est particulièrement difficile de savoir combien de réseaux sont actuellement organisés dans le domaine de la psychiatrie. On peut en dénombrer quatre-vingts disséminés sous seize identifications différentes et sans possibilité d'avoir des informations sur de nombreuses régions françaises et sur l'outre-mer. C'est face à cette incertitude que le rapport Couty a préconisé d'imposer la création de groupements locaux pour la santé mentale. De nombreuses critiques ont été adressées à cette idée mais les contre-propositions manquent de caractère opérationnel.

D'importants réseaux existent déjà en matière de santé mentale, notamment le réseau Prépsy à Paris et le réseau santé mentale Yvelines-Sud, qui pourraient servir d'exemple.

Il est essentiel de continuer à parler des troubles mentaux pour parvenir à la déstigmatisation de la maladie et à l'information des populations. L'exemple du cancer est illustratif puisqu'il a fallu vingt ans pour parvenir à généraliser le dépistage du cancer du sein.

Guy Gozlan *a expliqué que le réseau Prépsy dont il a la charge est plus précisément destiné à favoriser le dépistage précoce de la maladie mentale chez les jeunes de quinze à vingt-cinq ans. Il agit comme interface entre l'hôpital, la médecine générale et l'ensemble des acteurs, y compris les familles et l'éducation nationale. Il faut savoir que le système est extrêmement complexe et qu'il est très difficile de trouver rapidement la personne susceptible de prendre en charge le traitement d'un trouble psychiatrique chez un jeune. Prépsy a pour mission de recenser et d'orienter les malades et leurs proches dans une offre de soins qui est particulièrement dispersée. Il est regrettable que ce type de réseau n'existe pas sur l'ensemble du territoire.*

D'une façon générale, les réseaux peuvent constituer une réponse, partielle, à la désertification médicale ou au problème d'implantation des centres experts.

Gilbert Barbier, sénateur, *a regretté qu'une place plus importante n'ait pas été faite dans l'étude scientifique à la gérontopsychiatrie. Il a souhaité savoir comment peut être évalué le rôle des psychothérapeutes, notamment leur impact en matière de santé publique et en matière économique, et connaître les réflexions en cours sur les « ordonnances vertes » connues dans certains pays.*

***Philippe Cléry-Melin, membre du conseil d'experts de l'Opeps**, a insisté sur le rôle des infirmiers en psychiatrie, qui sont porteurs d'un savoir-faire technique qui n'a pas trouvé de relais dans la formation des infirmiers diplômés d'Etat. Par ailleurs, les infirmiers en psychiatrie n'ont pas de reconnaissance à l'heure actuelle au niveau européen. L'absence de formation ne suscite pas de vocation chez les jeunes infirmiers pour les postes en hôpitaux et en cliniques psychiatriques, où la charge de travail est importante et moins valorisée que les actes techniques nécessaires au sein d'autres services. Une spécialisation dans le cursus de formation aurait en plus l'intérêt, par le jeu des passerelles, de faciliter la reconversion de personnels qui ne restent plus infirmiers tout au long de leur vie professionnelle, et d'ouvrir leur formation aux sciences humaines.*

Il est impératif de développer l'information en matière de troubles mentaux. L'inscription de la santé mentale comme grande cause nationale pour 2010 a été demandée au Président de la République. Il est à noter que, malgré les critiques dont elle a fait l'objet, la campagne de l'Inpes sur la dépression chez l'adulte était bien faite.

Le rapport Couty, en proposant la création de groupements locaux pour la santé mentale, adopte une démarche descendante peu adaptée à l'organisation des soins, et ce d'autant plus que l'existence des réseaux prouve que les professionnels sont volontaires pour s'organiser et adopter une démarche ascendante susceptible d'améliorer sur le terrain la prise en charge psychiatrique.

La gérontopsychiatrie n'a pas été traitée par le rapport alors qu'elle se développe à l'heure actuelle en tant que discipline nouvelle qui n'intègre pas seulement une dimension psychiatrique, mais plusieurs formes de soins.

Il est dommage que le rapport n'aborde pas le handicap psychique qui se distingue du handicap mental, car il n'est pas fixé, et demande un suivi et une prise en charge sanitaires continus. La France est particulièrement en retard en matière de réhabilitation psychosociale et socioprofessionnelle des personnes atteintes de ce handicap. Un problème particulier est celui des personnes handicapées à la charge de leurs parents lorsque ceux-ci vieillissent ou ne peuvent plus assumer leur rôle.

***Nicolas About, sénateur, président,** a souhaité connaître les conséquences de l'absence de prise en charge de la dépression chez de nombreux malades.*

***Guy Gozlan** a précisé que toutes les formes de dépression ne relèvent pas de la médecine, mais seulement les dépressions sévères qui nécessitent diagnostic, traitement et suivi. Le problème est moins la dépression en elle-même que le fait qu'elle peut être le symptôme d'une pathologie plus profonde du type schizophrénie ou trouble bipolaire. Les comorbidités sont également particulièrement importantes puisqu'elles comprennent le suicide et la surconsommation de médicaments ou de substances addictives.*

Gilles Poutout *a déclaré que la gérontopsychiatrie relève principalement de la prévention. Il existe d'ailleurs des réseaux organisés sur ce sujet.*

Il est particulièrement difficile d'évaluer l'impact des psychothérapies. On sait qu'elles se substituent à des pratiques médicamenteuses mais le cadre de leur action demeure flou et n'est pas remboursé par l'assurance maladie. Il y a déjà eu de nombreux débats sur cette question et il est important que les études ouvrant droit au titre de psychothérapeute répondent à des normes.

Nicolas About, sénateur, président, *a indiqué que, dans le cadre de la discussion du projet de loi réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires, il faudra revenir sur la durée des formations des psychothérapeutes.*

Guy Gozlan *a souligné qu'il n'existe à l'heure actuelle aucun modèle de prise en charge efficace pour les maladies chroniques et qu'il est nécessaire de repenser ceux qui existent mais proviennent d'autres disciplines médicales.*

Il faut replacer la psychothérapie dans le cadre de la hiérarchisation des recours aux soins. Dès lors, la psychothérapie est l'une des possibilités de traitement dans un éventail de soins. On sait que l'association de la psychothérapie et d'un traitement médicamenteux est plus efficace que la seule prise de médicaments. Il est en revanche difficile de mesurer l'impact thérapeutique d'une simple psychothérapie.

Concernant les ordonnances dites « vertes », comprenant notamment des médicaments homéopathiques ou phytothérapiques, celles-ci peuvent avoir un rôle en matière de prévention mais n'ont pas de résultat probant quand il s'agit de maladies graves.

Maryvonne Blondin, sénatrice*, s'est interrogée sur l'avenir des unités de soins de longue durée (USLD). Par ailleurs, le discours du Président de la République du 2 décembre 2008 à Antony est apparu comme une réaction face à des drames qui ont choqué l'opinion publique. Certains professionnels l'ont ressenti comme un retour aux pratiques asilaires et à l'enfermement. On peut craindre que les hôpitaux ne deviennent des prisons. Néanmoins, il existe des malades dangereux - trois pour huit cents patients dans un établissement de son département - et ceux-ci nécessitent des moyens particulièrement importants en matière de locaux et de prise en charge.*

Philippe Cléry-Melin *a signalé que le décret destiné à réglementer l'usage du titre de psychothérapeute n'est pas encore paru. La psychothérapie est une part nécessaire des soins en santé mentale et l'université assure chaque année la formation de praticiens nombreux. On estime qu'il y a environ 35 000 personnes qui ne sont ni psychiatres, ni psychologues, mais ont reçu une formation dans des écoles de psychothérapie plus ou moins bien identifiées. C'est pour eux que se pose le problème de reconnaissance.*

Nicolas About, sénateur, président, *a indiqué que, chez les psychothérapeutes, l'auto-proclamation des compétences est fréquente.*

Philippe Cléry-Melin *a précisé que la gérontopsychiatrie ne peut pas être réduite uniquement à la question de la prévention. Trois grands types de population sont touchés : les malades chroniques vieillissants que l'âge rend encore plus fragiles et sujets à la dépression, les personnes saines mais âgées victimes d'une décompensation et les personnes atteintes de troubles psychocomportementaux dans le cadre de maladies neurodégénératives.*

Gilles Poutout *a estimé qu'une évolution est nécessaire même si elle doit être progressive pour les USLD. Concernant les malades dangereux, il ne faut pas que l'arbre cache la forêt et les schizophrènes, par exemple, subissent plus de violences qu'ils n'en créent.*

Le plus important, pour faire progresser la prise en charge psychiatrique en France, est de travailler sur des pistes concrètes et donc opérationnelles.

III. PRÉSENTATION DU RAPPORT

L'office a ensuite entendu la ***présentation du rapport*** *d'****Alain Milon, rapporteur****, sur la* ***prise en charge psychiatrique en France****.*

Alain Milon, sénateur, rapporteur*, a indiqué que l'étude scientifique, malgré quelques défauts, présente une double qualité. D'une part, elle fait ressortir l'ampleur des incertitudes en matière de santé mentale : on ignore le nombre exact de malades et les frontières même des différentes pathologies et des troubles psychiatriques sont un objet de débat. D'autre part, elle met en évidence le coût croissant de la maladie mentale en termes de finances sociales mais également, et peut-être surtout, son coût humain. On constate également que, si le diagnostic des dysfonctionnements a été établi depuis longtemps par les pouvoirs publics, aucune réforme d'ampleur de l'offre de soins psychiatriques n'a été conduite en France depuis la circulaire du 15 mars 1960 qui a créé le secteur psychiatrique comme mode d'organisation territoriale.*

La santé mentale devrait être une priorité de la santé publique. Pourtant la psychiatrie, qui devrait être le pivot de la politique de santé mentale, est incapable d'assurer la prise en charge des patients en raison de la faiblesse des politiques de prévention et d'information, du caractère tardif de la détection compromettant la mise en œuvre de soins efficaces, de l'insuffisance des moyens hospitaliers et de leur mauvaise articulation avec les soins de ville et parce que les traitements actuels agissent plus sur les symptômes que sur leurs causes. La psychiatrie ne peut actuellement faire face aux besoins de soins de la population. Il s'agit donc de déterminer si elle pourrait répondre aux besoins et à quelles conditions.

Il faut d'abord mettre fin à un double abandon : celui des malades et celui des soignants. Cela suppose de réintégrer la psychiatrie dans le mouvement général de la médecine, qui fait du malade un acteur des soins, et de favoriser les éléments les plus dynamiques de la recherche en psychiatrie. Ceci implique de déstigmatiser la maladie mentale et de relancer les politiques d'information du grand public de l'Inpes, interrompues depuis 2007.

Le pendant de l'information du grand public est l'information des médecins, c'est-à-dire leur formation initiale et continue. Plutôt que d'accéder directement à un psychiatre, les malades ou leur entourage se tournent vers le médecin généraliste. Or les médecins généralistes ne sont pas suffisamment formés à la détection des troubles psychiatriques.

L'action en faveur de l'accompagnement est indissociable de celle en faveur de l'information. Comme l'indique le rapport du CNEH, on a supprimé en France, entre 1985 et 2005, près de trente mille lits et places en psychiatrie afin de permettre aux malades de conserver autant que possible une vie sociale. Mais ce faisant, on a transféré la charge de l'accompagnement des structures hospitalières vers les proches. Or peu de moyens sont mis à la disposition des proches pour les aider dans leur tâche.

La solution passe par le développement de l'exercice groupé et des coordinations entre professionnels de santé. L'exemple des cabinets infirmiers qui, tous les jours, se rendent chez les malades atteints de troubles et prennent le temps de s'assurer qu'ils suivent leur traitement est à développer car la rencontre quotidienne, ou au moins régulière, permet le maintien du lien social, prévient l'isolement voire l'enfermement et offre l'occasion de rappeler au malade pourquoi il doit se soigner.

Pour permettre le développement de tels services de soins, il faut créer, après le diplôme d'infirmier, une spécialisation de niveau master pour former des infirmiers en psychiatrie. En effet la suppression du diplôme d'infirmier en psychiatrie a entraîné une perte de savoir-faire qui pénalise les soins. De plus, il faut permettre aux titulaires du diplôme d'infirmier en psychiatrie qui n'ont pas suivi le tronc commun de s'établir dans des cabinets d'exercice libéraux pour la pratique des soins d'accompagnement psychiatrique.

Plus largement, il est nécessaire de favoriser le développement des réseaux de soins consacrés à la prise en charge d'une pathologie ou centrés sur un territoire. Ces réseaux ont le mérite de faire travailler en commun la médecine de ville et les structures hospitalières, voire d'inclure une dimension de suivi social. Enfin, les coopérations doivent être encouragées pour trouver de nouveaux protocoles de soins incluant des délégations de tâches entre médecins, psychothérapeutes cliniciens et infirmiers.

L'évolution de la démographie en matière de médecins psychiatres est moins défavorable qu'on pouvait le craindre mais, comme pour les autres professions médicales, la difficulté est de veiller à la bonne répartition territoriale des spécialistes.

Le rapport Couty, remis à la ministre de la santé en janvier, préconise de rénover le secteur psychiatrique en créant des groupements locaux pour la santé mentale qui réunissent l'ensemble des acteurs, publics, privés, médicaux et sociaux de la santé mentale. Cette proposition inquiète beaucoup les professionnels de la psychiatrie qui y voient une remise en cause de leurs pratiques. Dans un contexte de relations tendues entre les pouvoirs publics et la profession, il semble impossible d'imposer une telle réforme. Une expérimentation dans des départements pilotes pourrait néanmoins être un moyen de mesurer l'intérêt pratique de la réorganisation des soins proposée.

Un effort particulier doit être conduit en faveur des patients les plus fragiles : personnes en situation de grande précarité, populations migrantes et détenus. Les liens entre maladie mentale et travail doivent également être approfondis.

A la nécessité de réformer l'organisation des soins s'ajoute celle de faire progresser les traitements. On constate que les choix thérapeutiques varient fortement d'un médecin à l'autre en fonction de visions différentes des causes de la maladie et de l'expérience du praticien. Toutefois, si les querelles entre écoles de psychiatrie n'ont pas totalement disparu, elles ont tendance à s'atténuer. On peut donc espérer que les fondements empiriques des traitements psychiatriques vont progressivement laisser la place à des pratiques de plus en plus uniformes appuyées sur des connaissances scientifiques. La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins travaille depuis plusieurs années à un référentiel des soins psychiatriques qui offre la perspective d'arriver un jour à l'élaboration de protocoles de prise en charge des différentes pathologies.

Améliorer les traitements passe aussi par un effort en faveur de la recherche. D'après le CNEH, la France est mal classée, au niveau international, dans le domaine général de la psychiatrie puisqu'elle ne figure pas parmi les cinq premiers pays en nombre d'articles cités. La recherche française est néanmoins en pointe sur certaines pathologies comme l'autisme, pour lequel elle est troisième au niveau mondial, et un certain nombre de chercheurs se consacrent aux problèmes cruciaux de la psychiatrie. On peut donc espérer créer un véritable réseau national en matière de recherche psychiatrique.

Malgré des rapports nombreux, ce n'est qu'avec le plan santé mentale 2005-2008 que l'on a commencé à agir pour améliorer la prise en charge psychiatrique en France. Or il n'est pas acceptable que demeurent les incertitudes sur le nombre de malades, l'absence de prévention et de diagnostic renforcée par l'inégalité dans l'accès aux soins, la variété des traitements et la faiblesse du suivi médical et médico-social. La psychiatrie, si l'on accompagne sa réorganisation territoriale, si l'on forme des infirmiers d'Etat en psychiatrie et si l'on encourage la recherche, peut assurer le rôle de pivot de la politique de santé mentale, partie prenante de la politique de santé publique.

Pour ces motifs, ***Alain Milon, sénateur, rapporteur,*** *a proposé à l'Opeps l'adoption de quinze recommandations tendant à l'organisation d'états généraux de la santé mentale devant servir de base au dépôt d'un projet de loi au Parlement, à la mise en œuvre dans le cadre d'expérimentations départementales de groupements locaux pour la santé mentale, à l'instauration d'une spécialisation en soins psychiatriques pour les infirmiers, à la promotion des coopérations entre professionnels et du bon usage des médicaments psychotropes, au développement de la formation initiale et continue des médecins et au soutien à la recherche par la création d'un réseau national.*

Gérard Bapt, député*, a indiqué partager les préconisations du rapporteur, spécialement en ce qui concerne la possibilité de mettre en œuvre, à titre expérimental, les groupements locaux pour la santé mentale proposés par le rapport Couty, qui ont fait l'objet de critiques sans doute excessives. Il a estimé important de prévoir la participation des familles et des associations de patients aux états généraux de la santé mentale et s'est déclaré favorable à la mise en place d'un délégué chargé de la santé mentale au niveau des agences régionales de santé (ARS). La formation d'infirmiers spécialisés est particulièrement importante et participe d'une offre de soins efficace au niveau territorial qui doit être renforcée par les coopérations avec l'aide des futures ARS.*

La question de l'hospitalisation d'office doit également être traitée. Elle pose notamment d'importants problèmes pour les maires.

Enfin, un suivi de cohortes a déjà été mis en place par les établissements de son département mais cette initiative doit être développée au niveau national.

Gilbert Barbier*,* ***sénateur****, s'est inquiété du fait que l'expression « santé mentale » ne soit trop englobante et ne recouvre des pathologies très diverses. Une autre expression ne devrait-elle pas être utilisée ?*

Maryvonne Blondin, sénatrice*, a signalé que les centres médico-psychologiques assurent déjà un accompagnement à domicile des patients et une vérification du suivi des traitements prescrits. Le développement d'une activité d'infirmiers libéraux ne doit donc pas s'y substituer.*

Isabelle Durand-Zaleski, membre du conseil d'experts de l'Opeps*, a souligné une difficulté à laquelle font face les centres experts : ils doivent permettre un accès plus rapide aux soins spécialisés mais sont obligés, faute de ressources, de se concentrer sur certains types de pathologies. Les généralistes sont confrontés à d'importantes difficultés lorsqu'il s'agit d'orienter des patients vers des psychiatres ; il faut parfois six mois pour obtenir un rendez-vous.*

Jacqueline Fraysse, députée*, a souligné l'intérêt du travail mené et le besoin de réévaluer et d'adapter les pratiques en matière de prise en charge psychiatrique dans une société en mouvement. Il paraît important, comme le préconise le rapporteur, d'assurer une meilleure formation du personnel soignant et de clarifier le rôle des psychologues et des psychothérapeutes. Certains professionnels se trouvent démunis face à la complexité d'organisation d'un parcours de soins pour un patient atteint de troubles psychiatriques. Les patients eux-mêmes et leur famille sont d'autant plus désarmés.*

Il est également important de permettre l'accès aux soins des populations fragiles.

Les centres de santé, qui regroupent des spécialistes en un même lieu, jouent un rôle très important en matière de prise en charge de proximité et leur rôle, en matière de dépistage et d'orientation, doit être développé.

Nicolas About, sénateur, président, *a confirmé l'importance du rôle des centres de santé mais a considéré qu'il serait nécessaire d'assurer leur plus grande efficacité en dégageant le plus possible de temps médical. Une évaluation de leur activité s'impose et probablement aussi une amélioration de leur rentabilité.*

Alain Milon, sénateur, rapporteur*, s'est félicité de ce que ses propositions pour une meilleure prise en charge psychiatrique en France paraissent consensuelles. L'essentiel est de garantir la proximité en matière de prise en charge, comme pour toutes les formes de médecine. Les praticiens, quel que soit leur type d'exercice, doivent travailler ensemble avec comme seul objectif les soins donnés aux patients.*

A l'issue du débat, l'Opeps ***a adopté*** *les conclusions présentées par son rapporteur et* ***a autorisé la publication du présent rapport d'information****.*

ÉTUDE ET ANNEXES

MARS 2009

SENAT - OPEPS

ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

LIVRET 1 : RAPPORT

FAIRE ÉQUIPE POUR LA SANTÉ

CNEH
3 RUE DANTON
92240 MALAKOFF
DÉPARTEMENT 01 41 17 15 15
DÉPARTEMENT 01 41 17 15 16
www.cneh.fr

Sommaire

REMERCIEMENTS ..... - 4 -

INTRODUCTION..... - 6 -

LES BESOINS ET L'OFFRE : LES DEUX VERSANTS DE LA PRISE EN CHARGE...- 21 -

LE POIDS DES MALADIES MENTALES, LES COUTS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET LES MODALITES DE FINANCEMENT .....- 84 -

LA CONSOMMATION DE MEDICAMENTS PSYCHOTROPES EN FRANCE.....- 111 -

LA RECHERCHE PUBLIQUE EN SANTE MENTALE EN FRANCE.....- 135 -

12 PISTES DE PROPOSITIONS POUR LA SANTE MENTALE .....- 147 -

BIBLIOGRAPHIE .....- 150 -

A la demande du Sénat, cette étude porte sur la prise en charge psychiatrique en France. L'objectif de cette étude est de dresser un panorama de la situation actuelle et des actions menées en vue de constituer une base de travail permettant aux parlementaires d'élaborer des propositions concrètes qui amélioreront les modes de prise en charge des malades psychiatriques.

Ce rapport aborde la place de la psychiatrie dans la santé mentale des adultes, l'organisation du système de soins, le rôle des professionnels de santé et des familles de malades ainsi que le financement du système de soins psychiatriques et ses coûts annexes.

Remerciements

Nous tenons à remercier en premier lieu le sénateur Alain Milon et M. Pierre-François Coppolani pour leur disponibilité et leur aide dans l'organisation des tables rondes.

Nous remercions vivement tous les experts ayant participé aux tables rondes ou qui nous ont offert leur éclairage au cours des entretiens individuels :

- M. Saïd Acef, ingénieur des réseaux de santé, réseau de santé mentale Prépsy, directeur du réseau de santé mentale Aura 77
- Dr. Philippe Cléry-Melin, directeur de la maison de santé de Bellevue
- Mme Magali Coldefy, chargée de recherche IRDES
- Dr. Armelle Desplanques, responsable de l'unité « programmes pilotes », HAS
- Dr. Guy Gozlan, membre du Haut Conseil à la Santé Publique, psychiatre au centre hospitalier Sainte-Anne et directeur médical du réseau de santé Prépsy
- Pr. Marie Odile Krebs, directrice de l'unité Inserm « Physiopathologie des maladies psychiatriques » au centre hospitalier Sainte-Anne
- Pr. Marion Leboyer, responsable du pôle Psychiatrie de l'institut Mondor de recherches biomédicales (Inserm U 995), directeur de la fondation FondaMental
- M. Julien Mousquès, chargé de recherche IRDES
- Mme Sophie Ravoire, directeur médical de Lilly France
- Mme Pauline Rhenter, chargée de mission au centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale
- Mme Nathalie Riolacci, HAS
- Mme Livia Velpry, chargée de mission Etudes et recherches de l'établissement public de santé de Ville-Evrard

Nous remercions par ailleurs toute personne nous ayant apporté des informations pertinentes à la rédaction de ce rapport.

La composition de l'équipe de rédaction de ce rapport a été la suivante :

- M. Gilles Poutout, chef de projet, directeur délégué du CNEH
- Dr. Ioana Bianchi, médecin de santé publique, consultante CNEH
- Mme Delphine Bogard, économiste de la santé, consultante CNEH
- Dr. Roland Cash, médecin, expert CNEH
- Dr. Gérard Massé, psychiatre, expert CNEH
- Dr. Raphaël Schwob, médecin de santé publique, consultant CNEH

Introduction

1. De la psychiatrie vers la Sante Mentale : le changement de paradigme européen et français

La « feuille de route » de ce rapport était de réaliser un état des lieux de la prise en charge psychiatrique des adultes en France, à travers plusieurs dimensions : offre et demande de soins, consommation de psychotropes, poids des maladies mentales et charge financière associée, recherche.

Au cours de la rédaction de ce rapport, au travers des entretiens avec les experts et la revue de la littérature internationale, il est apparu difficile d'aborder la prise en charge des troubles mentaux sous l'angle unique de la psychiatrie.

La complexité croissante de notre société, engagée dans un processus de changement culturel, social et économique de plus en plus rapide, favorise l'émergence des pathologies ou syndromes nécessitant une prise en charge coordonnée entre plusieurs secteurs (médical, médico-social et social) et rend obsolète l'approche uniquement médicale.

Selon l'analyse américaine « Healthy People 2010 »[1], on peut distinguer :

- la santé mentale, en tant qu'état de réussite de l'exécution des fonctions mentales (*successful performance of mental fonction*) ;
- les troubles mentaux, regroupant toute altération de la pensée, de l'humeur ou du comportement, associée à une détresse ou altération du fonctionnement mental;
- la maladie mentale qui renvoie à l'ensemble des diagnostics de troubles mentaux.

Concernant les pathologies, on commence à parler de plus en plus de souffrance psychique, de syndrome de burn-out, des nouvelles addictions (jeux, internet, etc.) ; pour leur part, les prises en charge intègrent de plus en plus la notion de réinsertion et de resocialisation des patients, démarches qui ne peuvent plus être entreprises sans coordination pluridisciplinaire et intersectorielle.

Ce changement de vision a d'ailleurs déjà eu lieu au niveau des organismes internationaux (Organisation Mondiale de la Santé, Union Européenne, OCDE, etc.), qui parlent désormais de « santé mentale » dans leurs stratégies et plans d'actions, et non de psychiatrie.

La France est elle aussi impliquée dans cette démarche de changement de paradigme, ainsi que le démontre le dernier Plan de Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008.

[1] Healthy People 2010. Rapport du US Department of Health and Human Services (HHS)

2. Un panorama international des politiques de Santé Mentale

Ce chapitre présente une revue rapide des orientations stratégiques mondiales et européennes qui ont façonné le nouveau regard sur les pathologies psychiatriques et la santé mentale dans la dernière décennie.

Tout en constatant les disparités de prises en charge entre les pays en fonction de leur niveau socio-économique, **le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde publié en 2001**[2], énonce plusieurs recommandations pour l'ensemble de pays, pouvant être regroupées sous 4 grands chapitres :

1) Faire évoluer le système de soins :
   - cesser de créer des structures de soins répétant l'enfermement, l'exclusion et la stigmatisation asilaire ou transformer radicalement les hôpitaux concentrationnaires
   - former les acteurs de santé primaire à diagnostiquer et soigner l'anxiété et la dépression ; aider au dépistage de ces pathologies
   - développer des collaborations étroites avec les médecins généralistes de première ligne
   - respecter les particularités locales, en particulier le mode d'exercice des praticiens et inciter au pluralisme des prises en charge
2) Sensibiliser la population générale aux problèmes de santé mentale
   - organiser des campagnes de promotion de la santé mentale
   - lutter contre les perceptions négatives de la santé mentale
   - réfléchir au problème de la violence
3) Agir sur l'environnement de la personne
   - aider les familles dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux
   - lutter contre la précarité, l'éclatement familial et favoriser la solidarité
   - intégrer les usagers aux décisions les concernant
4) Promouvoir la recherche et les échanges inter-sites, inter-pays
   - approfondir les données anthropologiques et épidémiologiques
   - continuer les actions de recherche pluridisciplinaire
   - mettre en place la télémédecine

[2] Rapport sur la santé dans le monde. La Santé Mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. OMS 2001

Pour aider les décideurs à envisager les meilleures stratégies pour la prise en charge de la santé mentale dans leur pays, l'OMS a publié en 2004 un **Guide des Politiques et des Services de Santé Mentale**[3], en indiquant que « pour améliorer la santé mentale, il faut tenir compte des récents progrès dans la connaissance des personnes atteintes de troubles mentaux, de leur traitement et des soins dont elles bénéficient, des réformes actuelles en matière de santé et des politiques nationales dans d'autres secteurs ».

Ce guide propose de tenir compte des politiques macro-sociales et macro-économiques, à l'aide de mécanismes de contrôle et d'évaluation d'impact de ces politiques sur la santé mentale, et d'élaborer des politiques incluant tous les aspects de la santé mentale, en cohérence avec les politiques de santé générales.

Pour l'organisation des services, les principales recommandations sont les suivantes :

- **Intégrer les services de santé mentale dans le système de santé général**
- **Mettre en place des services de santé mentale communautaire institutionnels et informels**
- Promouvoir et mettre en œuvre la désinstitutionalisation.

Un accent important est mis sur la sensibilisation des populations à la santé mentale et sur les activités de prévention et de promotion.

En 2005, la Direction Santé et Protection des Consommateurs de la Commission Européenne réalise un état de lieux de la santé mentale dans les états membres de l'Union Européenne dans le **Livre Vert de la Santé Mentale**[4]. Cet état des lieux pointe les différences de prise en charge entre les Etats et définit la mauvaise santé mentale comme un problème de santé grandissant au sein de l'Union Européenne.

Ainsi plus de 27% des Européens de l'âge adulte connaissent au moins « une forme de mauvaise santé mentale » au cours d'une année donnée, avec la plus grande prévalence pour les troubles anxieux et la dépression, dépression qui pourrait devenir à l'horizon de 2020, la première cause de morbidité dans l'ensemble des pays développés.

[3] Guide des politiques et des services de santé mentale – La situation de la santé mentale. OMS 2004
[4] Livre Vert – Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne. UE 2005

Les orientations stratégiques envisagées dans le Livre Vert pour améliorer la santé mentale des citoyens européens sont les suivantes :

1) Veiller à la santé mentale de tous :
   - veiller à la santé mentale des enfants en bas âge, des enfants et des adolescents
   - agir en faveur de la santé mentale chez les personnes âgées
   - aider les catégories sociales les plus vulnérables
2) Améliorer la prévention dans le domaine de la santé mentale :
   - mener des actions de prévention de la dépression
   - diminuer les troubles liés à la toxicomanie
   - agir dans la prévention du suicide
   - favoriser l'insertion des malades mentaux et des personnes mentalement diminués dans la société et défendre leurs droits et leur dignité : désinstitutionnaliser les services de prise en charge de la santé mentale en organisant leur transfert vers les services de soins primaires, les centres communautaires et les hôpitaux généraux
3) Améliorer l'information et les connaissances sur la santé mentale dans l'Union Européenne
4) Démarrer un processus de consultation pour l'élaboration d'une stratégie commune européenne sur la santé mentale

Le programme « TOGETHER FOR HEALTH : a strategic approach for EU 2008-2013 »[5] fait état d'un besoin pressant de définir une nouvelle stratégie de santé au niveau européen, vu les modifications structurelles, politiques et démographiques de l'Union Européenne.

Les 4 principes fondamentaux d'action sont formulés de la manière suivante :

1) Mettre en œuvre une stratégie fondée sur une vision partagée de la santé
2) « La santé est la plus grande richesse »
3) « Insérer la santé dans toutes les actions politiques »
4) Favoriser l'implication accrue de l'UE dans la politique mondiale de santé

[5] TOGETHER FOR HEALTH : a strategic approach for EU 2008-2013. UE 2007

Le rapport OMS 2008 sur la santé dans le monde (World Health Report)[6] fait état de la préoccupation croissante des organismes internationaux visant à déplacer l'accent de la prise en charge des patients d'un système hospitalo-centriste et à prédominance curative vers un système centré sur les soins primaires et la prévention.

Dans la même lignée, cette fois s'adressant spécifiquement à la problématique de la santé mentale, le Programme d'action « Combler les lacunes en santé mentale » (mhGAP), lancé en 2007 par l'OMS, vise à élargir l'accès aux soins afin de lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation des substances actives (MNS).

Dans le résumé d'orientation de ce programme, il est fait état du constat que 14% de la charge mondiale de morbidité, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY)[7] peut être attribuée aux troubles MNS. Les ressources allouées pour pallier cette charge sont insuffisantes, distribuées de manière inéquitable et utilisées de façon inappropriée, engendrant des lacunes de couverture thérapeutique pour plus de 75% de la population dans des nombreux pays à faibles revenus et à revenus moyens inférieurs.

Afin d'aider à résoudre ces problèmes, le programme mhGAP propose aux planificateurs sanitaires, aux responsables politiques et aux donateurs un ensemble de programmes et d'actions pour élargir l'accès aux soins. Il vise essentiellement à établir des partenariats multiples et pluridisciplinaires, à renforcer l'engagement entre les partenaires existants et à attirer et dynamiser des nouveaux partenaires.

Le programme d'action mondial pour la santé mentale de l'OMS (adopté en 2002)[8] ciblait quatre stratégies de base : l'information, le développement des politiques et de services, la sensibilisation et la recherche.

Ce programme a permis de renforcer l'information et la prise de conscience liées aux troubles mentaux, mais les ressources allouées pour alléger la charge que ces affections représentent restent encore insuffisantes : près d'un tiers des pays dans le monde ne disposent toujours pas d'un budget spécifique à la santé mentale ; parmi ceux qui allouent des fonds à la santé mentale, 21% y investissent moins d'1% de leur budget total de santé ; l'écart se maintient ou s'aggrave entre les pays développés et les autres.

Une mauvaise utilisation des ressources est aussi notée : des nombreux pays à revenus moyens ont investi massivement dans des grands hôpitaux psychiatriques et sont peu

[6] Rapport sur la santé mentale dans le monde. Les besoins de santé primaires : maintenant plus que jamais ; OMS 2008
[7] Définition DALY : Années de vie ajustées sur l'incapacité : la somme des années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée et des années de vie productives perdues en raison d'incapacités. Dictionnaire Encyclopédique. Ministère du développement durable - 2009
[8] Programme d'action mondial pour la santé mentale de l'OMS - 2002

enclins à les remplacer par des services à assise communautaire et par des unités d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux, même s'il apparaît que les services à assise communautaire sont plus efficaces.

La stratégie de ce programme vise l'élaboration des politiques et plans d'actions pour la prise en charge de 8 affections prioritaires :

1) la dépression
2) la schizophrénie et les autres troubles psychotiques
3) le suicide
4) l'épilepsie
5) la démence
6) les troubles liés à la consommation d'alcool
7) les troubles liés à la consommation des drogues illicites
8) les troubles mentaux chez les enfants.

Ces affections ont été définies comme prioritaires en fonction d'un ensemble de facteurs : ils représentent une lourde charge (en termes de mortalité, de morbidité et d'incapacité), sont à l'origine de coûts économiques importants ou sont associés à des violations des droits de l'homme. L'incapacité pèse le plus lourd dans la charge qui leur est attribuable, mais la mortalité prématurée, en particulier par le suicide, occupe aussi une place importante.

La charge économique inclut la perte d'un emploi rémunérateur, le besoin de recevoir des soins, le coût des médicaments et la nécessité de bénéficier d'autres services médicaux et sociaux.

Les interventions visant à réduire la charge de ces affections doivent être évaluées non seulement en fonction du rapport coût-efficacité, mais aussi en fonction des critères qualitatifs tels que la gravité des troubles (en termes de souffrance et d'incapacité), le potentiel de la réduction de la pauvreté chez les personnes affectées et la protection des droits de l'homme.

3. Les politiques de Santé Mentale en France

L'historique des politiques de santé ayant trait directement ou indirectement à la santé mentale est exposé de manière détaillée dans les annexes du présent rapport.

Sont présentées dans ce chapitre les principales orientations du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, ainsi que les plans Alzheimer et Autisme, les résultats des premières évaluations, ainsi que les évolutions en cours du système de santé français, à travers la loi « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires » (HPST) en débat au Parlement, et les recommandations du rapport Couty[9] sur les missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005/2008[10], initié par Philippe Douste-Blazy, alors Ministre chargé de la Santé, a pour objectif l'amélioration de la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Il vise ainsi à assurer une continuité entre l'hospitalisation classique, la prise en charge sanitaire ambulatoire, la prise en charge médico-sociale, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique. Il a également pour objectif de développer la formation et la recherche.

Le plan est structuré selon 5 axes, 4 opérationnels et un de mise en œuvre et de suivi, intégrant au total 210 mesures :

Axe n°1 : Une prise en charge décloisonnée des patients.

Les objectifs annoncés sont :

- de **développer l'information et la prévention**, par la mise en place de campagnes grand public et la promotion de la santé mentale
- **d'améliorer l'accueil et le soin** afin :
  - de rompre l'isolement des médecins généralistes, de renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des Centres Médico-Psychologiques (CMP) et de diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète
  - d'adapter l'hospitalisation complète
  - de faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux
  - et de développer les réseaux de santé mentale
- **de mieux accompagner la prise en charge du patient** en développant des services d'accompagnement, de créer des lieux d'entraide mutuelle sur l'ensemble du territoire, de

[9] « Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport établi par M. Edouard Couty.3 février 2009
[10] Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008. La Documentation Française 2005

favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté et de mobiliser les dispositifs de travail protégé**.**

Axe 2 : les patients, les familles et les professionnels

Les objectifs visent :

- à **renforcer les droits des malades et de leurs proches**, en permettant :
  - d'accroître la place des usagers et des familles dans la concertation
  - de renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins de santé
  - d'élargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques
  - d'expertiser une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement
- **à améliorer l'exercice des professionnels** en santé mentale pour :
  - renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers
  - renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie.

Axe 3 : développer la qualité et la recherche

Les objectifs prévus sont :

- de **favoriser les bonnes pratiques**, en soutenant l'élaboration des bonnes pratiques et en favorisant le bon usage du médicament
- **d'améliorer l'information en psychiatrie,** en généralisant le recueil d'information médico-économique en psychiatrie et en favorisant le développement d'un système d'information sur l'activité en psychiatrie
- de **développer la recherche**, par la promotion de la recherche clinique en psychiatrie et le développement de l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale.

Axe 4 : mettre en œuvre 4 programmes spécifiques :

- Le premier programme concerne la **dépression et le suicide** : amélioration de la prise en charge de la dépression et mise en place d'une stratégie nationale d'action face au suicide.
- Des actions **santé/justice** visent à développer la collaboration des programmes coordonnés à destination des personnes détenues et à prendre en charge les auteurs d'agressions sexuelles.
- Concernant la **périnatalité, les enfants et adolescents**, il s'agit de développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité, et de répondre aux besoins de la prise en charge coordonnée des enfants et adolescents.
- Enfin, 3 mesures sont prises à destination des **populations vulnérables** :
  - renforcer la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion,
  - répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale,
  - finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

Axe 5 : assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan

La loi du 11 Février 2005, pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, complète ce dispositif en cherchant à développer des actions dans le domaine du logement et de l'insertion[11].

La mise en œuvre du plan de Santé mentale 2005/2008 est pilotée par :

- **un dispositif de coordination à 2 niveaux :**
  - **au niveau national : «le comité technique national de suivi »,** composé du Ministère de la Santé, de la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et de la mission nationale d'appui en santé mentale
  - et au niveau régional par la mise en place d'un réseau de correspondants régionaux, placé sous l'autorité d'un inspecteur général des affaires sociales.
- **Un dispositif de concertation également à 2 niveaux** :
  - « **l'instance nationale de concertation »** composée des services du ministère, de tous les acteurs de terrain concernés et de représentants des professionnels de santé, des établissements, des patients et familles de patients, etc.
  - au niveau régional, **les commissions régionales de concertation en santé mentale** (CRCSM).

Bilan du plan psychiatrie et santé mentale (Juin 2006-Juin 2007) :

287,53 millions d'euros de crédits de fonctionnement ont été prévus.

Pour les crédits de fonctionnement :
En 2005 : 61,56 M€
En 2006 : 87.87 M€

Pour les crédits en subventions allouées :
En 2005 : 8,5 M€
En 2006 : 47,1 M€

8 objectifs
4 programmes
11 impacts de la mise en œuvre du plan
Au total 374 places de SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) financées, soit 120 en 2006 et 254 en 2007.
249 GEM (Groupe d'entraide mutuelle) créés,
453 places de MAS (Maison d'Accueil Spécialisé) -FAM (Foyer d'accueil médicalisé) financées
Au total 16 projets de recherche, soit 11 projets en 2005 pour 2,819 M€ et 5 projets en 2007 pour 1,394 M€

[11] Le contenu de cette loi est présenté infra au §1.2.5

Ce bilan, représente la deuxième évaluation du plan de santé mentale et la dernière disponible à ce jour.

La circulaire du 19 mai 2008 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation des ressources 2008 relative au plan psychiatrie et santé mentale présente les trois orientations prioritaires du plan pour 2008 :

- l'articulation entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux
- la politique en faveur des personnes âgées
- la prévention et la promotion de la santé mentale.

Les délégations budgétaires se répartissent comme suit (synthèse des allocations par thématiques) :

- Poursuivre la dynamique de rénovation du dispositif de soins psychiatriques : 34,6M€
- Poursuivre le développement de l'offre médico-sociale d'hébergement et d'accompagnement : 140,2 M€
- Soutenir le développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) : 24 M€
- Soutenir la prévention et la promotion de la santé : 6 M€ au titre de l'action 3.8 du programme 204 « santé publique et prévention »

Concernant la maladie d'Alzheimer plus spécifiquement, **le Plan Alzheimer et Maladies Apparentées 2004-2007**[12] a défini 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches. L'évaluation de ce plan met en avant les réalisations suivantes (*Rapport de la mission santé pour la commission des affaires sociales* dans la perspective du projet de loi des finances 2008, rapporteur sénateur Alain Milon) :

Le plan Alzheimer 2004-2007 : un premier bilan

Parmi les principales mesures mises en œuvre figurent en particulier :

- L'inscription de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées sur la liste des affections de longue durée, prises en charge à 100% par la sécurité sociale
- La création de nouvelles consultations mémoire
- Le lancement d'un programme de création de 13 000 places en unités de vie
- La création de structures d'hébergement temporaire et d'accueil de jour, afin de soulager les familles qui prennent en charge à leur domicile un parent atteint de la maladie
- Une enveloppe budgétaire de 88 millions d'euros pour accroître l'encadrement en personnel des maisons de retraite
- Le renforcement de la formation des personnels soignants
- La mise en place de l'observatoire national de la recherche sur la maladie d'Alzheimer.

[12] Plan Alzheimer et Maladies apparentées : 10 objectifs pour améliorer la qualité de vie des malades et de leurs proches

Les principales orientations du **prochain plan pour la maladie d'Alzheimer 2008-2012**[13] *(Rapport de la mission santé pour la commission des affaires sociales* dans la perspective du projet de loi des finances 2008, rapporteur sénateur Alain Milon) sont les suivantes :

Les orientations du plan Alzheimer 2008-2012

- Favoriser la prise en charge personnalisée et respectueuse de la dignité des personnes atteintes de la maladie
- Créer une structure de recherche en neurosciences dédiée à la maladie d'Alzheimer
- Renforcer le rôle du médecin traitant auprès du malade
- Permettre un libre choix entre l'hébergement en établissement et le maintien à domicile grâce au renforcement de l'offre de soins en établissement
- Développer un diagnostic et une prise en charge spécifique des malades précoces.

Un autre plan centré sur une pathologie spécifique, le **Plan autisme 2008-2010** met en avant 5 mesures phare :

1) Elaborer un corpus de connaissances commun et promouvoir la recherche sur l'autisme
2) Actualiser et développer les contenus de la formation des professionnels
3) Renforcer les capacités de diagnostic et expérimenter un dispositif d'annonce du diagnostic qui facilite l'orientation et l'accompagnement des familles
4) Renforcer l'offre d'accueil en établissements et services
5) Promouvoir une expérience encadrée et évaluée des nouveaux modèles d'accompagnement.

Le plan autisme 2008-2010 est structuré autour de 3 axes,

- Axe 1 : mieux connaître pour mieux former
- Axe 2 : mieux repérer pour mieux accompagner
- Axe 3 : diversifier les approches dans le respect des droits fondamentaux de la personne.

Ces axes sont déclinés en 8 objectifs et 30 mesures.

[13] Plan Alzheimer et Maladies apparentées 2008-2012

Alors que le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a pris fin et que la dernière évaluation (Juin 2007-Juin 2008) est encore à l'étude, la psychiatrie et, plus généralement, la santé mentale se trouvent confrontées aux mutations du système de soins induites par la prochaine loi « Hôpital, patients, santé, territoires ».

Même si cette loi laisse volontairement de côté l'organisation de soins en psychiatrie, les conséquences de cette nouvelle philosophie de soins ne peuvent pas manquer d'impacter les nouvelles politiques de santé mentale.

En mettant en avant la nécessité d'apporter des réponses aux besoins de santé **au sein des territoires de santé**, la loi HPST cherche à créer des structures dotées d'une taille critique suffisante pour permettre au secteur public de répondre de manière exhaustive aux besoins de santé d'un territoire donné.

Les besoins de santé d'une population peuvent difficilement s'envisager d'une manière complète sans intégrer les besoins de prise en charge de la santé mentale, ainsi que la nécessaire coopération entre les services de MCO et ceux de psychiatrie, compte tenu des manifestations somatiques de certaines troubles mentaux, ainsi que des signes et symptômes psychiatriques d'une partie des pathologies somatiques.

Cela étant, le calendrier de refonte de l'organisation de la santé mentale est conçu pour être un peu décalé dans le temps par rapport à la loi HPST. La ministre de la santé et des sports, Madame Roselyne Bachelot-Narquin a, dans ce but, chargé Monsieur Edouard Couty de présenter un rapport proposant un renouvellement de la vision sur les missions et l'organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.

De manière synthétique, les principales recommandations de ce rapport sont les suivantes :

1. Elaborer une **loi de santé mentale** pour les malades et leurs familles, intégrant les soins, la réinsertion sociale et l'accompagnement
2. Mettre au cœur du dispositif de soins, les malades, leurs familles et leur entourage, en renforçant leur visibilité au sein du dispositif de soins
3. Encourager une démarche d'évaluation des structures et des besoins de santé au niveau territorial
4. Mettre les parcours de soins en adéquation avec les besoins en prenant en compte la graduation des soins et la redéfinition des missions du secteur
5. Améliorer les soins aux détenus
6. Mettre en adéquation les formations initiales et continues des personnels médicaux et paramédicaux avec les réalités démographiques et les évolutions de la prise en charge

7. Développer la recherche
8. Intégrer la santé mentale dans une logique de santé publique, en mettant l'accent sur la prévention, la promotion de la santé et la veille sanitaire.

Le rapport Couty insiste particulièrement sur le fait que la politique de santé mentale doit **s'intégrer dans le cadre général d'une politique de santé publique**. Pour le rapporteur, il est impératif d'adopter une vision globale et transversale de la santé mentale, la psychiatrie en tant que telle ne pouvant prétendre fournir l'exhaustivité des réponses. Il faut notamment développer la prévention, l'éducation et la réhabilitation.

Il convient également de **donner toute leur place aux patients, aux familles et aux proches, ainsi qu'aux associations** qui les représentent, et au moins autant de place que les associations intervenant dans le domaine MCO. Le rapport se prononce pour la création de maisons de patients et de familles au sein de chaque CHS.

Le rapport est très attentif sur **l'accès aux soins**. Contrairement à ce qui se passe pour les pathologies somatiques, la demande n'est pas forcément formulée, ni bien formulée. Il faut donc **aller au devant de la demande, dans la proximité**. L'approche territoriale doit être plus resserrée que dans le domaine MCO : des territoires de l'ordre de 100.000 à 150.000 habitants sont préférables aux territoires de santé MCO (350.000 à 400.000 habitants en moyenne). Pour le rapporteur, il est possible de **s'inspirer de l'organisation mise en place par certains réseaux** de santé mentale pour systématiser les liens fonctionnels entre partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires. La contractualisation d'objectifs à atteindre entre ces structures et les ARS permettra d'une part d'exercer un réel arbitrage entre la réponse sanitaire et médico-sociale, et d'autre part, de procéder à des évaluations précises des résultats obtenus.

La **nécessité de l'évaluation** est en effet un point majeur du rapport : elle doit porter sur tous les aspects de la prise en charge : les structures, les activités et les pratiques.
Le rapport met en avant **2 conditions importantes pour réussir** les politiques de santé mentale à venir :

- D'une part, **la recherche** doit être développée de manière extrêmement volontariste, tant dans le domaine des sciences humaines que dans celui des neurosciences ; elle doit être structurée particulièrement au niveau régional et national.
- D'autre part, la formation des médecins et des infirmiers doit être revue. Le rapport se prononce pour l'intégration d'un semestre obligatoire en psychiatrie dans la formation des médecins généralistes (internat). Une spécialisation pour les infirmiers doit être créée, comme pour les puéricultrices par exemple. Des expérimentations de délégations de tâches doivent par ailleurs être lancées pour pouvoir être généralisées rapidement et dégager du temps médical.

Enfin, le rapport se prononce pour développer de manière intensive **l'information et la prévention**. Il faut dé-stigmatiser les questions de santé mentale, comme cela a été fait pour les pathologies cancéreuses : une campagne nationale, relayée au niveau local par les associations peut être un premier pas dans ce sens.

Ce rapport intervient après de nombreuses autres études et il se présente comme une première synthèse des réflexions menées depuis plus de 20 ans dans le domaine de la santé mentale en France. Sans doute nécessite-t-il des compléments et développements, en particulier sur les points suivants :

- La dimension de la charge financière de ces mesures et propositions devra être précisée, pour tous les aspects évoqués (soins, recherche, prévention)
- Le rôle du secteur privé sera à préciser et développer, ainsi que les modalités de collaboration public-privé
- L'articulation entre les organismes nationaux, en charge d'élaborer les politiques et les ARS, missionnées pour les mettre en œuvre, devra être approfondie dès que les textes définitifs seront votés par le Parlement
- Le rôle futur du secteur devra également être exploré et, spécifiquement, l'articulation avec les futures CHT ou toute autre structure de coopération dans le champ MCO
- Le transfert de compétences et de tâches devra faire l'objet de développements opérationnels dès que le texte de loi HPST sera adopté
- Les réseaux en santé mentale évoqués dans le rapport seront sans doute amenés à jouer un plus grand rôle, ne serait-ce qu'en termes de mobilisation des modalités de coopération et de coordination entre secteur sanitaire, médico-social et social
- L'organisation des soins est essentiellement définie dans le rapport d'une manière réglementaire, ce qui pourrait entrer en contradiction avec les principes de flexibilité et d'adéquation aux besoins, souhaités par ailleurs pour assurer le succès de la démarche.

Les besoins et l'offre : les deux versants de la prise en charge

1. Les besoins en santé mentale

1.1.La demande et les besoins : sous quel angle regarder l'iceberg ?

Quels sont les besoins auxquels l'offre de soins en santé mentale doit répondre ? Une première approche est présentée à partir de l'analyse de la prévalence par pathologie à l'échelle européenne et mondiale, avec un focus sur la situation de la France.

Par ailleurs faut-il parler de besoin ou de demande ? L'approche généralement choisie est de partir des besoins. Cela étant, ces besoins sont malaisés à cerner pour plusieurs raisons:

- la définition des besoins en santé mentale est encore plus complexe que dans le domaine somatique, et des notions telles que la souffrance psychique par exemple sont à la frontière de phénomènes sociaux, professionnels, familiaux et psychologiques.
- la demande des populations devient de plus en plus étendue et complexe
- le service public doit concentrer en priorité ses moyens sur la réponse aux besoins urgents ou chroniques de long cours
- la vision de la santé mentale dans les sociétés européennes contemporaines passe d'une appréhension purement psychiatrique de la maladie mentale à une logique de santé mentale

La demande, avec le changement de paradigme de la psychiatrie vers la santé mentale, peut être appréhendée comme le besoin général de bien-être psychique et/ou de réduction de la souffrance psychique, qui ne comprend pas uniquement les maladies mentales, alors que la démarche de planification sanitaire se concentre sur les besoins effectifs et immédiats de prise en charge.

Cette précision étant faite, il convient ensuite de déterminer comment quantifier les besoins, quelle approche générale utiliser pour avoir un regard aussi complet que possible sur l'évaluation des besoins.

Viviane Kovess-Masfety, en citant Anne Lovel (*Manuel de psychiatrie, 2007*), qui se fondait elle-même sur une revue de la littérature dans le domaine, différencie deux approches possibles :

- L'approche indirecte, utilisée dans le système de soins américain, cherche à évaluer les besoins de la population générale au moyen d'enquêtes menées à l'aide d'outils permettant de porter des diagnostics, lesquels permettent secondairement d'évaluer les probabilités des besoins

- L'approche directe, européenne et surtout britannique, peut s'appuyer sur des enquêtes de population pour dépister des cas probables, mais pour l'essentiel, elle cherche à évaluer directement les besoins de soins grâce à des entretiens menés par des cliniciens sur le terrain ou encore grâce à des cas cliniques identifiés dans un territoire, pour extrapoler les besoins dans une population plus globale.

En France, la loi hospitalière de 1991 prévoit que « la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé » et précise que la planification sanitaire s'organise « sur la base d'une mesure des besoins de la population ».

Les ordonnances de 1996 mettent en place les conférences nationales et régionales de santé qui doivent « analyser […] l'évolution des besoins de santé […] de la population ».

Les SROS de troisième génération mettent à leur tour en exergue cette référence à des besoins de santé identifiées.

Enfin, la Loi relative à la Santé Publique du 9 août 2004 se fixe des objectifs quantifiés pour répondre à des besoins eux-mêmes quantifiés.

Le panorama statistique présenté dans le paragraphe suivant pour 7 catégories de troubles mentaux (schizophrénie et troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles mentaux et du comportement liés à la consommations de substances psychoactives, handicap mental et psychique, troubles mentaux organiques et troubles envahissants du développement) ainsi que pour le suicide , a été élaboré à partir des études et des rapports publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé et autres institutions européennes et françaises.

1.2.Le panorama des principales pathologies en santé mentale

Ces 7 catégories de pathologies ont été identifiées par leur poids à l'échelle internationale, tant du fait de leur prévalence et de l'importance de leurs conséquences sur le fonctionnement social de l'individu, que de leur poids économique, établi par des études médico-économiques. Un chapitre sera en outre consacré aux suicides.

Les définitions des pathologies sont reprises du DSM IV TR[14], le manuel diagnostique et statistique édité par l'Association Américaine de Psychiatrie. La version IV révisée a été publiée en 2000 et la Vème version est attendue pour 2012.

Ce panorama ne prétend en aucun cas à l'exhaustivité ; il vise à situer les besoins de soins français dans les pathologies choisies, en miroir avec le contexte international.

Le point de vue médico-économique est détaillé dans le chapitre correspondant.

1.2.1. La schizophrénie et les autres troubles psychotiques

La schizophrénie représente « un ensemble de troubles où dominent la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments ; troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité"[15].

Elle débute à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune (15-35 ans), avec un début plus précoce chez l'homme que chez la femme.

[14] Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM) – 4ème edition révisée. Association Américaine de psychiatrie.2000
[15] Traité de la psychiatrie de Henry Ey.1980

Définition critérielle de la schizophrénie (DSM IV TR)

Critère A. Symptômes caractéristiques : présence de 2 ou plus des manifestations suivantes pendant au moins 1 mois (ou moins en cas de traitement) :
- idées délirantes
- hallucinations
- discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
- comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
- symptômes négatifs (émoussement affectif, alogie, aboulie)

Critère B. Dysfonctionnement social.
Critère C. Durée > 6 mois (dont critère A > 1 mois)
Critère D. Pas de troubles de l'humeur, ni tr. schizo-affectif.
Critère E. Pas d'affection médicale générale ni effet iatrogène
Critère F. Pas de trouble envahissant du développement

La prévalence de la schizophrénie est estimée à 1% de la population générale à l'échelle européenne, avec des différences importantes entre les pays, de l'ordre de 0,3 ‰ à 13‰.[16]

La Finlande paraît avoir une prévalence plus grande de la schizophrénie que les autres pays européens (1,3%), mais avec des importantes variations régionales.

A l'échelle mondiale, une revue des études de prévalence de la schizophrénie depuis les années 80 indique la plus petite prévalence pour le Canada (0,3 ‰) et la plus grande pour les Etats-Unis (de 6 à 11‰, dans deux études distinctes).

L'OMS estime, dans son rapport « Integrating mental health into primary health care », 2008 que **25 millions de personnes dans le monde souffrent de schizophrénie**.

L'importance de la schizophrénie vient non seulement de sa prévalence dans le monde ou de ses conséquences sociales et économiques, mais aussi des associations co-morbides qu'elle entraîne : abus d'alcool, tabac, et autres substances psychotropes (drogues, médicaments, etc.).

[16] The state of the mental health in the European Union, 2004

Une revue de la littérature européenne récente met en évidence que le déficit thérapeutique s'élève à 17,8% pour la schizophrénie et les troubles psychotiques non affectifs (maladies mentales graves).

En France environ 1,1 % de la population est touchée, soit 635 000 cas[17], avec 229 000 cas en région parisienne[18]*)* dont 26 000 patients entre 15/25 ans.

La schizophrénie est une cause importante de surmortalité prématurée en France puisque l'on estime que 10 à 20 % des schizophrènes se suicident[19].

Le taux de suicide chez ces patients est de 30 à 40% supérieur à celui de la population générale (*Etude LEEM, 2006, Besoins non couverts en France*).

33 % de ces patients sont pris en charge à temps complet dans une institution en France *(rapport DREES 2007)*.

[17] Panel DOREMA. Etude Permanente de la Prescription Médicale Eté 2003. Echantillon de 5 600 médecins informatisés

[18] Direction Générale de la Santé. Projet de Loi d'Orientation de Santé Publique, Groupe Technique National de Définition des Objectifs, 10 mars 2003

[19] Selon une étude menée par le réseau PréPsy (03/02/05), 3000 décès par an sont imputables à la schizophrénie.- « Le médecin libéral acteur clé de la détection des schizophrénies » DGS, Projet de loi d'orientation de Santé Publique

1.2.2. Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur recouvrent, de manière générale, les troubles dépressifs, bipolaires, la dysthymie et la cyclothymie. Seuls les troubles dépressifs et les troubles bipolaires seront mentionnés dans ce court panorama épidémiologique.

L'entité pivot de description des **troubles dépressifs** est l'épisode dépressif majeur, c'est-à-dire caractérisé.

L'OMS estime, dans son rapport *Integrating mental health into primary healthcare , 2008* que **154 millions de personnes dans le monde souffrent de troubles dépressifs.**

Dans un article paru dans le *Lancet* en 2008 se fondant sur des données recueillies lors des enquêtes de l'OMS, il est démontré que la dépression induit une altération de l'état général de santé plus importante que l'angine chronique, l'arthrite, le diabète et l'asthme ; la dépression associée à n'importe quelle pathologie dans ce groupe comme co-morbidité aggrave le pronostic de ces maladies.

Aux Etats-Unis, le nombre d'adultes de plus de 18 ans atteints d'un trouble dépressif est estimé à 45 millions en 2050 (*International Journal of Geriatric Psychiatry, 2008*).

Dans le Livre vert sur la santé mentale de l'Union Européenne (2005), il est observé que les formes les plus fréquentes de mauvaise santé mentale dans l'Union Européenne sont les troubles anxieux et la dépression.

30% des personnes présentant un trouble dépressif auraient aussi un trouble anxieux.

D'après le dossier de presse sur la dépression mis en ligne par l'INPES en 2008, la prévalence d'un épisode dépressif constitué varie de 7% en Suisse à 3-5% aux Etats-Unis, Canada et Italie.

Selon les données internationales, moins de la moitié (44%) des personnes souffrant de dépression auraient recours au système de soins.

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France : elle touche plus de 5 millions de personnes en France[20].
La part des personnes de 15-75 ans ayant souffert d'un épisode dépressif caractérisé au décours des 12 derniers mois représente 7,8% de la population d'après le baromètre sante INPES 2005 et 6,4% d'après l'étude ESEMeD (2000)[21].

La pathologie concerne en majorité des populations jeunes[22] mais les taux de dépression chez les personnes âgées sont en constante augmentation. Il est important de noter que les facteurs socio-économiques ont un rôle important dans la survenue de la maladie.

La dépression est la première cause de décès par suicide : les chiffres disponibles ne sont toutefois pas homogènes. Selon les sources, la dépression est à l'origine de 50 à 70% des suicides en France, soit de l'ordre de 6000 à 7000 décès par an.

Dans le rapport 2007 sur l'état de réalisation des indicatifs de la loi relative à la santé publique de 2004, il est fait état d'une proportion allant de 40% (enquête *Santé mentale en population générale)* à 62% (Baromètre Santé) des dépressifs de 18-75 ans ayant déclaré ne pas avoir recouru aux soins.

Les facteurs influençant le recours aux soins sont : le sexe (les hommes recourent moins aux soins que les femmes), l'âge (les jeunes de 15-34 ans recourent moins aux soins que les personnes de plus de 65 ans) et la situation socio-professionnelle (les cadres recourent plus aux soins que les ouvriers, par exemple).

La deuxième grande catégorie des troubles de l'humeur sont les **troubles bipolaires**.

Les troubles bipolaires sont classifiés par le DSM IV TR en :

- Troubles bipolaires de type I, avec la présence d'au moins un épisode maniaque
- Troubles bipolaires de type II, avec un épisode dépressif majeur associé à des épisodes hypomaniaques spontanés d'une durée de plus de 4 jours
- Troubles cyclothymiques
- Troubles bipolaires non spécifiés, avec un épisode dépressif majeur associé à un épisode de manie ou hypomanie qui pourrait avoir être induit par une substance.

[20] Source : Ministère de la Santé
[21] ESEMeD : Etude Européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux. Etude transversale, basée sur des échantillons représentatifs de la population adulte de 6 pays européens : Belgique, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne.
[22] Baromètre santé 2005 premiers résultats éditions INPES

Selon l'OMS, les troubles bipolaires représentent la 6ème cause de handicap dans le monde chez les 15-44 ans et occupent la 9ème position en termes de DALY.

Leur gravité repose sur plusieurs éléments, objectivés par les chiffres suivants :

- 73% des troubles bipolaires ne sont pas diagnostiqués[23,]
- 10-15% des personnes atteintes de troubles bipolaires de type I décèdent par suicide
- les sujets dont les troubles bipolaires apparaissent entre 25-30 ans perdent globalement 9 années d'espérance de vie, 12 années d'existence en bonne santé et 14 années d'activité professionnelle.

Au cours de sa vie, une personne sur 100 risque de présenter un trouble bipolaire I (*NICE 2007 – National Institute for Health and Clinical Excellence*). Les troubles bipolaires II sont plus difficiles à détecter : en Europe, on estime leurs prévalence entre 0,3 et 3% (*Etude Angst, 2002*).

Le diagnostic n'est souvent posé qu'après plusieurs années et après prise en charge par 3-4 médecins.

En France, la prévalence des troubles bipolaires de type I et II est de **1-2%.**
Les risques qu'encourent les personnes atteintes de troubles bipolaires sont :

- le suicide
- la désinsertion sociale et professionnelle
- des abus de substances (dans 60% des cas).

1.2.3. Les troubles anxieux

D'après la classification DSM IV TR, les troubles anxieux se catégorisent comme suit :

- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles paniques
- Troubles anxieux généralisés
- Troubles phobiques
- Etat de stress post-traumatique
- Autres troubles anxieux.

La prévalence sur la vie entière du **trouble obsessionnel compulsif** (TOC) est de 2 à 3%, sa prévalence sur une période de 6 mois est de 1% à 2%. La prévalence est de 1,8% à l'âge de 25 ans et diminue ensuite : elle n'est que de 0,8% au-delà de 65 ans. Le TOC est aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes.

[23] Muller-Oerlinghausen et al., Lancet,2002 ; 359 :241-247 ; Waraich et al. Can J Psychiatry 2004 ;49 :124-138 ; Kennedy et al. Psychol Med 2005 ; 35 (6) : 855-863

Le TOC est un trouble chronique qui débute en général à l'adolescence et peut persister tout au long de la vie. Il est caractérisé par la survenue d'obsessions ou de compulsions récurrentes, suffisamment sévères pour entraîner perte de temps répetée, un sentiment marqué de souffrance ou dysfonctionnement significatif.

Aux USA, la prévalence sur la vie entière du **trouble panique** (TP) est de 1 à 5%, tandis qu'elle est de **3%** en France, avec une prévalence sur une période de 1 an à 1,2%. Ce trouble est plus fréquent chez la femme (2/1) et chez les sujets ayant un faible niveau socio-éducatif.

Le trouble panique est caractérisé par la survenue d'attaques de panique récurrentes et inattendues pendant au moins un mois après les premières attaques, par une anxiété anticipatoire (crainte d'avoir une autre attaque de panique ou à propos des conséquences possibles de ces attaques).

7% des patients souffrant de trouble panique font des tentatives de suicide, l'existence d'une co-morbidité dépressive conduisant à un pourcentage de 42%. Des troubles dépressifs sont en effet associés au TP dans 40% à 50% des cas au cours de la vie entière. D'autres troubles anxieux sont associés au TP dans 40% à 85% des cas. Il s'agit le plus souvent d'agoraphobie, de trouble d'anxiété généralisée, de phobies sociales et de phobies simples. Des troubles de la personnalité sont associés au TP dans 30% à 50% des cas.

Dans les pays occidentaux, le taux de prévalence annuelle du **trouble anxieux généralisé** (TAG) est estimé à **4%** dans la population générale (3% chez l'homme et 6% chez la femme). En France, la prévalence « vie entière » est estimée à **6%**.

Le TAG est un trouble le plus souvent chronique, apparaissant chez l'adulte jeune.

Le TAG est défini par la présence pendant plus de 6 mois consécutifs, d'un état d'alerte, d'appréhension, d'inquiétude, d'hypervigilance quasi-permanent, diffus, désagréable, non contrôlable, associé à des signes psychiques et physiques de tension anxieuse : fatigabilité, irritabilité, difficultés de concentration, tension musculaire, difficultés d'endormissement ou sommeil léger non réparateur.

1.2.4. Les troubles mentaux et comportementaux liées à la consommation de substances psychoactives

Dans le même rapport OMS sus-cité[24], il est estimé que 91 millions de personnes sont affectées par des troubles liées à la consommation d'alcool et 15 millions par des troubles liées à la consommation des drogues.

Les troubles liés à la consommation d'alcool

[24] Integrating mental health into primary healthcare – OMS 2008

D'après le rapport *The state of the mental health in the European Union, 2004,* la France occupait la troisième position dans le monde en 2001, en quantité de litres d'alcool consommés par habitant dans une année (13,5), après le Luxembourg et l'Irlande.

Depuis, la consommation d'alcool continue de baisser régulièrement en France, Portugal, Espagne et Italie et de s'accroître en l'Irlande et au Luxembourg.

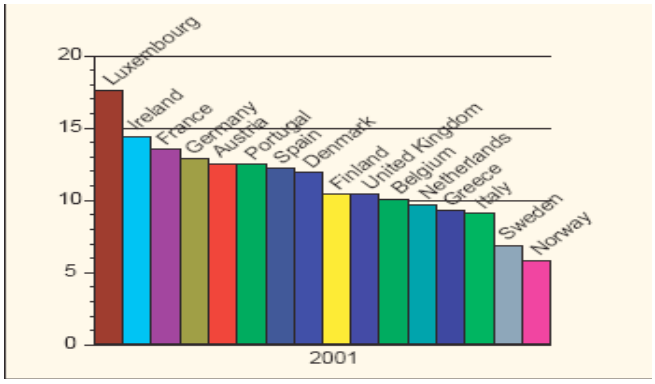


Fig. 1 Consommation en litres d'alcool par année et par habitant, 2001

Source : WHO Health for All database

Les habitudes de consommation des boissons alcooliques ont changé au cours des dernières années, spécialement parmi les jeunes, qui favorisent le *binge drinking*[25] et la consommation préférentielle des boissons comme la bière, les cocktails alcoolisés et, dans une moindre mesure, les alcools forts.

L'alcool tue directement chaque année en France environ 635 femmes et 2 405 hommes[26]. Mais il est aussi responsable de nombreux cancers et d'accidents de la route. On estime qu'il y a environ 42,5 millions d'expérimentateurs, 39,4 millions de personnes consommatrices occasionnelles, 9,7 millions de personnes en consommant régulièrement et 6,4 millions de consommateurs quotidiens. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'exclusion et la pauvreté ne sont pas des facteurs entraînant une consommation d'alcool élevée. Ce sont d'ailleurs les cadres qui sont les plus consommateurs.

Les troubles liées à la consommation des drogues

[25] Alcoolisation paroxystique intermittente
[26] Source : Statiss, 2003

La consommation de drogues au niveau européen est suivie par le *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* qui publie chaque année un rapport sur l'évolution de la consommation des drogues dans l'Union Européenne et la Norvège.

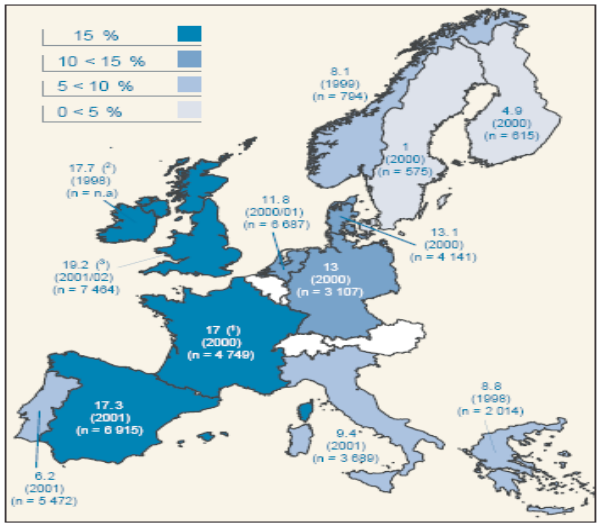


Fig. 2 Consommation récente de cannabis parmi les jeunes de 15-34 ans dans les pays européens

Source : EMCDDA, 2003

Dans la représentation cartographique ci-dessus, la lettre *n* se réfère au nombre de personnes incluses dans l'échantillon.

Les enquêtes EMCDDA suggèrent aussi une augmentation de la consommation de cocaïne en Grande Bretagne et, dans une moindre mesure, au Danemark, en Allemagne et aux Pays-Bas. En France, la consommation est en croissance pour le cannabis et se maintient à un niveau stable pour la cocaïne.

La drogue est responsable de 69 décès par surdose en France en 2004. L'héroïne reste le plus souvent à l'origine des décès (33 % des cas constatés). Les deux tiers des consommateurs sont sous traitement à l'aide de produits de substitution délivrés par des médecins[27].

Le tabac est la drogue la plus consommée au monde ; néanmoins, ce sujet n'est pas développé dans ce rapport, parce que son impact sur le psychique est moins conséquent que dans les cas de la consommation d'alcool et/ou de drogues.

[27] Source : INSEE, 2004

1.2.5. Le handicap mental et psychique

La France compte environ 650.000 personnes handicapées mentales ou psychiques et, chaque année, il naît environ 8 700 enfants ayant un handicap mental. 50 000 personnes sont trisomiques 21. Les handicaps mentaux représentent près de 9 % des patients pris en charge à temps complet en France (10 % d'hommes et 7 % de femmes)[28].

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *est appelé handicapé celui dont l'intégrité physique ou mentale est progressivement ou définitivement diminuée, soit congénitalement, soit sous l'effet de l'âge, d'une maladie ou d'un accident, en sorte que son autonomie […] s'en trouve compromise* ».
La classification internationale des handicaps (déficiences, incapacités et désavantages) (CIH) utilise le terme de "déficience intellectuelle" au lieu de "handicap mental". La déficience correspond à « *toute perte ou anomalie au niveau psychologique, anatomique ou physiologique* ».

En France, les 3 lois fondamentales pour la reconnaissance du handicap et sa compensation sont les suivantes:

- La loi fondatrice de 1975 (loi n°75-534 du 30 Juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées), considérée depuis comme inadéquate pour la définition et la compensation du « handicap psychique »
- La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui précise que la compensation du handicap relève de la solidarité nationale
- La loi du 11 février 2005, qui a défini une nouvelle politique du handicap, reposant sur quatre piliers :
    - Une **nouvelle définition du handicap**, qui dépasse une approche strictement médicale pour prendre en compte la contribution de l'environnement à la constitution du handicap,
    - **L'accès des personnes handicapées à tous les droits fondamentaux** reconnus aux citoyens ; la notion d'accessibilité est étendue à tous les types de handicaps et à tous les domaines de la vie en société,
    - **Le droit à la compensation** : la notion de plan personnalisé de compensation est introduite, ainsi qu'une nouvelle forme de compensation (la prestation de compensation du handicap – PCH) et la

[28] Rapport DREES 2007

compensation en établissements et services médico-sociaux, où des places doivent être créés en nombre suffisant pour couvrir les besoins,

- Une **nouvelle gouvernance**, associant étroitement les personnes handicapées et leurs représentants : un nouveau dispositif institutionnel, la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), est ainsi créé, afin de répondre aux besoins de proximité et simplification exprimés par les personnes handicapées et leurs familles.

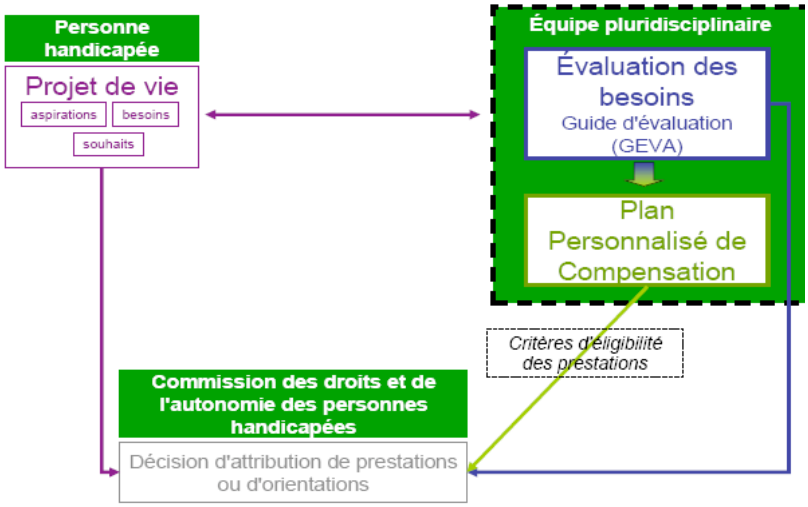


Fig. 3 Le schéma de prise de décision de compensation du handicap
Source : CNSA

Le **handicap mental** se caractérise par la limitation des facultés cognitives et en particulier de l'efficience intellectuelle. Il se définit par l'existence d'un quotient intellectuel (QI) inférieur à 70, et de troubles de l'adaptation sociale. Il se manifeste à tous les âges mais souvent dès l'enfance.

Environ 3 % de la population mondiale présente un handicap mental.

On estime que :

- 85% de la population ayant une déficience intellectuelle présente une déficience intellectuelle légère
- 10% une déficience moyenne
- 3 à 4% une déficience grave
- 1 à 2 % une déficience profonde.

Le **handicap psychique** peut être consécutif à certains troubles cognitifs d'origine neurologique mais, le plus souvent, il est en lien avec une maladie psychiatrique du domaine de la névrose grave ou de la psychose.

Le handicap psychique génère le plus souvent des troubles du comportement et des troubles affectifs, perturbant l'adaptation sociale. Il s'agit d'un état durable ou épisodique avec périodes de rémission, avec ou sans altérations des facultés mentales. Il peut apparaître à tous les âges de la vie. Le terme de « handicap psychique » a été reconnu en France en 2003, à l'initiative de Jean Canneva, président de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (UNAFAM) .

La notion fait son apparition pour la première fois dans les années 60, portée notamment par l'association Croix Marine, afin d'attirer l'attention sur cette problématique et de rompre l'isolement des personnes souffrant de troubles mentaux. Les militants des Croix Marines défendent l'articulation des soins avec l'accompagnement médico-social, en insistant sur la réadaptation.

Après les années soixante, la loi du 30 Juin 1975 a apporté un statut et une garantie de ressources aux personnes souffrant de troubles psychiques comme à toute personne reconnue handicapée par les commissions d'orientation.

Le rapport Piel-Roelandt (2001) faisait état des chiffres suivants concernant la proportion des « handicapés psychiques » en 1998 :

- une personne sur quatre demandant l'Allocation pour Adulte Handicapé (AAH) souffrait d'une déficience psychique et les troubles psychiques représentaient la deuxième cause de demande de l'AAH
- les troubles psychiques représentaient la **première cause** d'attribution de pension d'invalidité par la sécurité sociale (26,7% des pensions).

Un rapport[29] sur la prise en charge du handicap psychique et les moyens d'améliorer les conditions de vie des personnes atteintes et de leur entourage, paru en 2002, proposait les recommandations suivantes :

- Faire l'inventaire des structures d'accueil et d'accompagnement existantes, ainsi que des réseaux contribuant à la prise en charge ou à la diffusion de l'information en lien avec le handicap psychique
- Développer une offre de soins de proximité en psychiatrie, articulée avec l'offre sociale et médico-sociale
- Mettre en œuvre un plan d'action pour l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées psychiques, par :
    - L'application de la loi du 2 Janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
    - Le développement d'une gamme complète de structures d'accueil et de services d'accompagnement des personnes handicapées psychiques
    - L'apport des ressources nécessaires à la vie autonome
    - L'amélioration des systèmes d'évaluation et d'orientation des personnes handicapées
    - La réforme de la protection juridique des personnes handicapées
    - La préparation d'une future loi d'orientation en faveur des personnes handicapées
    - La mise en cohérence des politiques en faveur des enfants et des adultes handicapées, et des personnes âgées.

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini un droit à la compensation des conséquences du handicap au nouvel article L.114-1-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) : « la personne handicapée a droit à la compensation des conséquences de son handicap quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie ». La compensation a un large périmètre d'action, parce qu'il s'agit de répondre aux besoins de toute nature de la personne handicapée.

[29] « Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait des troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches », 2002 – Rapport établi sous la coordination de Michel Charzat

Plus récemment, en 2007, la CNSA a été à l'origine d'une recherche-action nationale pour l'évaluation des situations de handicap d'origine psychique. Cette démarche s'est déroulée en 3 phases :

- *Phase 1* (sept-déc. 2007) : une recherche bibliographique en France et à l'étranger permettant de clarifier la notion de « handicap psychique »
- *Phase 2* (janv.-déc. 2008) : une expérimentation nationale, à l'échelle de 15 départements (avec 10 « terrains » de psychiatrie générale et 5 de psychiatrie infanto-juvénile), de l'évaluation partagée entre équipes pluridisciplinaires MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) et équipes des secteurs psychiatriques, sur un échantillon de 120 cas réels d'enfants et d'adultes, afin d'identifier les conditions favorables à une évaluation des besoins individuels relevant à la fois du champ sanitaire et médico-social
- *Phase 3* : colloque national du 19 mars 2009 où ont été présentés les résultats de l'expérimentation, des témoignages étrangers et où ont été organisés des ateliers thématiques pour définir des recommandations partagées.

La recherche documentaire a été centrée autour de 3 axes :

- La définition et l'identification des situations de handicap d'origine psychique
- Les méthodes et les outils d'évaluation du fonctionnement individuel, psychique et social
- Les expériences récentes en France et à l'étranger

Les conclusions de cette première phase ont relevé notamment que :

- l'expression « handicap psychique » n'est définie nulle part de manière consensuelle, y compris dans la législation
- il existe des difficultés majeures pour les équipes de MDPH de réaliser une évaluation pluridimensionnelle des besoins des personnes en situation de « handicap psychique »

Dans le cadre du colloque national du 19 mars 2009 les 5 principaux enseignements de la recherche-action ont été présentés:

- L'élaboration d'un projet de vie, l'évaluation d'une situation et la mise en œuvre d'un plan personnalisé de compensation sont des processus interactifs, s'inscrivant dans le temps et une dynamique relationnelle
- Il est nécessaire d'avoir un trinôme d'expertise : personne-entourage-professionnels
- Le processus d'évaluation ne peut être isolé de l'organisation des prises en charge sur les territoires
- Les différentes dimensions et réponses sont interdépendantes et supposent des possibilités d'articulation entre elles (logement, accompagnement, soins, ressources, activités, protection)
- Pour ce type de handicap, plus que pour tout autre, il y a un grand besoin de souplesse et de réactivité pour évaluer et accompagner.

Au cours de cette même année, 2009, un rapport[30] du gouvernement sur le bilan et les orientations de la politique du handicap, faisant suite à la 1ère Conférence nationale du handicap[31], présente un bilan de l'application de la loi de 2005, ainsi que les orientations retenues par le Gouvernement pour l'évolution de la politique du handicap dans les trois années à venir.

Ce rapport fait état des progrès accomplis et de la contribution de ces réalisations à la mise en place du « cinquième risque » de la Sécurité Sociale. En dépit des efforts déjà réalisés, d'importants besoins ne sont pas encore couverts, ce qui génère des listes d'attente importantes pour certains types de handicap.

Sur la base de l'évaluation de ces besoins, le Président de la République s'est engagé à réaliser en 5 ans un plan pluriannuel de construction de plus de 50 000 places (38 000 places pour adultes et 12 000 pour enfants) en établissements médico-sociaux, dont l'ouverture sera garantie d'ici à 2015.

Le budget prévisionnel du plan est de 1,45 Md € ; il doit permettre la réduction importante des listes d'attente et favoriser une meilleure prise en charge des handicaps lourds – autisme, polyhandicap, troubles graves du comportement, handicap psychique, ainsi que la prise en compte de l'avancée en âge de la population accueillie en établissement.

[30] Rapport du Gouvernement au Parlement relatif au bilan et aux orientations de la politique du handicap, Secrétariat d'Etat chargé de la Solidarité, 18 Février 2009
[31] La 1ère Conférence Nationale du Handicap a eu lieu le 10 juin 2008

Parmi les publics dits « spécifiques » :

- 4 100 places seront affectées à la prise en charge des enfants et adultes autistes dans le cadre du plan Autisme
- Les troubles du comportement et le **handicap psychique**, qui entraînent une redéfinition des modes d'encadrement bénéficieront de la mise à disposition de **8 750 nouvelles places** en établissement et de l'allocation supplémentaire de 19,8 M€ pour le développement des Centres Médicaux Psycho-Pédagogiques (CMPP).

1.2.6. Les troubles mentaux organiques (démences)

La population européenne vieillit et, avec une proportion accrue de personnes de plus en plus âgées, le risque de démence s'accroît lui aussi.

D'après une étude (*Lobo et al*.) de la prévalence de la démence conduite en 2000 dans 8 pays européens, 6,4% des personnes, âgées de 65 ans et plus, sont touchées. A des âges avancés, la prévalence de la pathologie s'accroit plus rapidement pour les femmes que les hommes.

Une récente étude de l'OCDE (2006) présente les projections actuelles sur le ratio des personnes âgées de 65 ans et plus, par rapport à celles de 15-64 dans 20 pays.

	2005	2010	2015	2020
Italy	44.3	46.7	50.7	54.5
France	37.0	38.9	45.5	51.4
Japan	32.0	37.8	45.3	50.5
Germany	37.5	41.2	42.2	45.2
Sweden	33.5	36.7	41.6	45.5
Spain	36.1	37.4	39.7	42.3
Denmark	28.6	31.6	36.5	40.9
Wales*	27.2	28.7	32.6	35.5
Netherlands	25.3	27.6	32.1	35.3
Norway	26.6	27.5	30.6	33.8
Australia	24.1	26.2	30.5	35.3
Scotland*	24.5	25.9	29.5	32.7
Canada	22.6	24.7	29.0	33.8
England*	24.3	25.1	28.1	30.0
New Zealand	21.3	23.0	27.0	31.3
United States	20.9	22.2	25.1	29.1
Northern Ireland*	20.8	22.5	25.0	27.7
Ireland	21.2	21.6	23.7	26.1
Great Britain*	24.5	25.3	28.5	30.2
UK* (GAD)	24.3	25.2	28.3	30.4
UK (Eurostat)	29.5	31.2	35.5	38.8

Fig. 3. Le ratio des personnes > 65 ans par rapport à celles de 15-64 ans

Source : OCDE 2006, GAD et EUROSTAT 2006 pour UK

Selon une estimation de l'OCDE en 2004 (*Dementia care in 9 OECD countries),* 10 millions de personnes sont touchées par la démence dans les pays de l'OCDE.

En Grande Bretagne, la prévalence de la démence par catégorie d'âge est la suivante, en 2007 :

Age group	Population with dementia (%)
65–69	1.3
70–74	2.9
75–79	5.9
80–84	12.2
85–89	20.3
90–94	28.6
95 and over	32.5

Source : Knapp et al., 2007

La maladie d'Alzheimer est la plus répandue des démences : elle représente 70% de ces pathologies. Sa prévalence à 85 ans atteint 15%.

1.2.7. Les troubles envahissants du développement (autisme)

Sous le terme générique d'autisme se cachent en fait trois catégories de pathologies : le trouble autistique, le trouble du spectre de l'autisme et le syndrome d'Asperger.

La prévalence de ces troubles a connue une forte progression depuis les vingt dernières années, mais les récentes données internationales (E. Fombonne, 2008) convergent vers les taux suivants :

- **10-20** personnes pour 10.000 habitants (autisme typique et atypique),
- **60** pers./10.000 hab. (troubles envahissants du développement) soit 1 personne sur 165 ;
- **2,5** pers./10.000 hab. (Syndrome d'Asperger).

La proportion entre les sexes est de 3-4 garçons/1 fille. Cette différence entre les sexes est liée à la sévérité de la déficience intellectuelle et à la présence de pathologies associées plus fréquentes et graves chez les filles dont en premier lieu l'épilepsie (prévalence de 30%). Pour les autistes sans déficience intellectuelle, elle peut monter jusqu'à 9 garçons/1 fille ; pour ceux atteints d'une déficience intellectuelle sévère, elle descend à 2 garçons/1 fille.

La proportion des personnes autistes ayant une déficience intellectuelle est aux alentours de 70%.

Le **syndrome d'Asperger**, d'après la CIM-10, serait « un syndrome de validité nosologique incertaine, caractérisé par une altération qualitative des interactions sociales réciproques, semblable à celle observée dans l'autisme, associée à un répertoire d'intérêts et d'activités restreint, stéréotypé et répétitif ». Il se différencie de l'autisme essentiellement par le fait qu'il ne s'accompagne pas d'un retard ou d'une déficience du langage ou du développement cognitif et de zones de compétences intellectuelles au-dessus de la moyenne dans des domaines très spécifiques.

Il représente entre 15 et 20% des troubles envahissants du développement, avec une proportion garçons/filles de 8/1.

La Haute Autorité de Santé a défini en juin 2005, en lien avec la Fédération Française de Psychiatrie, une recommandation portant sur le dépistage et le diagnostic de l'autisme chez l'enfant. Des travaux conjoints entre la HAS et l'ANESM (Agence Nationale de l'Evaluation de la Qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) sont en cours pour établir les contours du corpus de connaissances actuelles sur l'autisme et engager l'élaboration de recommandations de pratiques professionnelles visant à améliorer la prise en charge des personnes avec autisme.

L'avis N° 102 du Comité National d'Ethique du 6 décembre 2007 a officiellement reconnu les chiffres de 350 000 à 600 000 autistes en France, soit entre 0,6% et 1% de la population.

Après ce panorama épidémiologique critique de pathologies, il s'agit de repérer les besoins de prise en charge de populations particulières (catégories de population), dites « fragiles » (adolescents, personnes âgées, détenus, personnes en situation de précarité) et à l'émergence des nouvelles addictions (jeux, internet…), ainsi qu'aux problèmes de santé mentale liés au travail.
Un chapitre particulier sera également consacré au suicide.

1.3. Un monde en crise et les besoins des populations « fragiles »

1.3.1. Les besoins de soins des populations « fragiles »

La santé mentale des adolescents

Les enfants et adolescents de 0 à 19 ans (15 millions en France) représentaient en 2003 respectivement 25 % et 35 % de la population en métropole et dans les DOM.

Même si le périmètre d'étude du présent rapport est limité à la population adulte, ce court rappel des principales caractéristiques de la santé mentale des adolescents a son importance : l'adolescent d'aujourd'hui deviendra l'adulte de demain et le dépistage, la prévention et l'amélioration de la prise en charge des troubles mentaux des adolescents auront un retentissement positif lors de leur passage à l'âge adulte.

A la Conférence sur la santé mentale qui a eu lieu le 13 Juin 2008 à Bruxelles, Madame Dominique Versini, Défenseure des enfants, a fait état de quelques « constats alarmants » quant à la santé mentale des adolescents en France :

- « 40 000 tentatives de suicide (TS) par an ;
- les **poly-addictions** (alcool, tabac, cannabis) ont doublé en 10 ans ;
- des **troubles du sommeil** touchent 1 adolescent sur 4 et sont peu pris en compte ;
- une consommation d'alcool jusqu'à la défonce **(***binge drinking***)** chez de très jeunes adolescents (12 – 13 ans) ;
- 10% d'adolescents avec des **perturbations dans les comportements alimentaires** dont 1% de formes très graves surtout chez les filles et un peu chez les garçons ;
- un nombre non négligeable d'élèves en **décrochage total** qui restent enfermés chez eux et 5% des collégiens et lycéens (250 000) qui ont au moins 4 demi-journées d'absence par mois
- une montée de **la violence sur soi ou sur les autres :** 5 à 10% des jeunes reconnaissent s'être faits mal volontairement ; 11,3% des filles et 6,6% des garçons se scarifient ; est constatée également une augmentation des violences de type bagarres et brimades ainsi que des jeux dangereux. Enfin le développement nouveau du « happy slapping » (vidéolynchage) est source d'humiliations chez de nombreux jeunes.

En 2006, un rapport de mission sur la santé de l'enfant et l'adolescent[32] faisait les constats suivants :

- Mortalité des adolescents : entre 15-19 ans, le suicide est la deuxième cause de décès après les accidents de circulation, avec un taux de 11,7%, dont 74% chez les garçons ;
- Conduites addictives chez les adolescents : l'alcool reste le produit expérimenté le plus précocement, avec une consommation croissante avec l'avancée en âge (22% des garçons et 7% des filles de 18 ans) ; en ce qui concerne le cannabis, la France se place parmi les 10 pays où la consommation est la plus forte ;
- Violence : dans l'enquête HSBC 2002, 21% des adolescent(e)s ont été victimes de la violence à l'école et 35% de brimades ;
- Dépression : la prévalence se situe de 0,5 à 2-3 % entre 6 et 11 ans, et, à 21 % chez les filles et 7 % chez les garçons entre 16 à 18 ans[33] ;
- Troubles du comportement alimentaire : la prévalence de **l'anorexie** mentale en France est de 0,1 % entre 11 et 20 ans et celle de la **boulimie** de 1 à 1,1 %. La boulimie survient dans 30 à 50 % des cas pendant ou après l'anorexie mentale ;
- Schizophrénies et troubles bipolaires **:** elles sont très rares entre 15-19 ans ; la prévalence combinée est évaluée à 4 cas pour 100.000 adolescents.

[32] Pr Danièle Sommelet : Rapport « L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé ».2006
[33] Source : enquête M. Choquet, INSERM 1988

La santé mentale des personnes âgées

Selon un numéro spécial de la revue PLURIELS consacré aux personnes âgées[34], on peut distinguer trois types de situations et de publics :

- Les patients présentant des pathologies psychiatriques persistantes, dont l'avancée en âge se complique de co-morbidités somatiques, majorant le handicap déjà existant ;
- Les sujets âgés sans pathologie psychiatrique, dont les maladies somatiques peuvent diminuer l'équilibre psychique ;
- Les personnes âgées souffrant des troubles démentiels, souffrant d'une détérioration de l'équilibre psychique et cognitif.

Les personnes âgées se trouvent confrontées à quatre problématiques majeures de santé mentale : les **pathologies démentielles** (maladie d'Alzheimer et troubles apparentés), une **poly et surconsommation** de médicaments psychotropes, la **dépression**, qui peut conduire aussi au **suicide**, dont le taux augmente avec l'avancée en âge.

Pour la **maladie d'Alzheimer** et les troubles apparentés, l'étude LEEM 2006 (*Besoins non-couverts en France*), fait état de **860.000 cas, chiffre qui serait porté à 1,2 millions, puis à 2,1 millions en 2020 et 2040**.

La proportion des patients atteints de démence se trouvant dans un stade très handicapant de la maladie est de 43%.

La médiane de survie à partir du diagnostic est estimée à 4,3 ans.

Si des hypothèses concernant le mécanisme de la maladie ont été formulées depuis longtemps, les traitements n'ont pas pour l'instant une visée étiologique, mais uniquement palliative.

Concernant la poly et surconsommation de médicaments psychotropes, une récente étude[35] de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur l'amélioration de la prescription de psychotropes chez la personne âgée constate que **20% des 10 millions de personnes âgées consomment de façon chronique des hypnotiques ou des anxiolytiques**, alors que le rapport bénéfices-risques n'est pas favorable lors d'un usage chronique pour les troubles anxieux ou du sommeil.

De même, plus d'une personne sur trois de plus de 70 ans fait usage de psychotropes en France.

[34] PLURIELS, revue de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale : N°66, Mai 2007, dédié à la prise en charge de la personne âgée en psychiatrie

[35] BEH n° 35-36 du 23 septembre 2008

Un autre constat de la HAS est qu'il existe « une sur-prescription délétère des neuroleptiques dans les troubles du comportement dits productifs, fréquents chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés ».

Pour les suicides, la HAS avance un chiffre de **1800 morts par suicide en 2005 chez les plus de 75 ans,** conséquence directe d'une sous-prescription (en termes de mise sous traitement, de dose ou de durée) d'antidépresseurs dans le cas d'une dépression caractérisée chez le sujet âgé.

La santé mentale des détenus

En 2008, le constat de l'Académie Nationale de Médecine sur la prise en charge des détenus (*La santé en prison*, 21 octobre 2008) est assez sombre :

- Le nombre de détenus en France est de 63.185 pour moins de 51.000 places au 1er octobre 2008
- **96 suicides et morts suspectes** ont été enregistrés depuis le 1er janvier 2008
- **25% des détenus présentent des troubles mentaux**
- La prévalence de la schizophrénie dans la population carcérale est de 13% (1% en population générale).

En 2007, l'Organisation Mondiale de la Santé a élaboré un guide de prévention du suicide dans les établissements correctionnels à l'intention des administrateurs ou des personnes en charge de mettre en œuvre un programme de prévention, preuve, encore une fois, de l'ampleur du phénomène à l'échelle mondiale.

De 2004 à 2006, suite à la commande de la Direction Générale de la Santé et de la Direction de l'Administration Pénitentiaire, une enquête placée sous la direction scientifique du Pr Bruno Falissard a été menée sur les troubles psychiatriques des détenus, sur trois ans (2004-2006).

La première phase de l'étude a consisté à mener une enquête transversale, de prévalence, sur 1000 détenus de France métropolitaine et de Martinique, incarcérés dans 23 établissements correctionnels.

Les résultats de cette première phase sont les suivants :

- Pour les hommes
  - Plus d'un tiers des détenus ont consulté pour des motifs psychiatriques avant leur incarcération ;
  - 16% des détenus ont déjà été hospitalisés pour des raisons psychiatriques ;
  - **8 détenus sur 10 présentent un trouble psychiatrique** ;
  - Par grand types de troubles, les troubles anxieux sont les plus fréquents (56% des détenus en présentent au moins un), suivis des troubles thymiques (spécialement dépression) (47%) ;
  - 34% des détenus présentent une dépendance aux drogues et/ou à l'alcool et 24% présentait des troubles psychotiques (dont 8% pour la schizophrénie) ;
  - 35% des détenus sont considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patients les plus malades.

- Pour les femmes :
  - Avant leur incarcération, plus de 4 femmes sur 10 ont consulté un professionnel (psychiatre, psychologue ou généraliste) pour un motif psychiatrique ;
  - Plus d'un quart des femmes ont déjà été hospitalisées pour des raisons psychiatriques au moins une fois ;
  - **Plus de trois quarts des femmes présentent un trouble psychiatrique, la plupart cumulant en moyenne 3 troubles** ;
  - Les troubles thymiques (majoritairement dépression) et anxieux sont les plus fréquents ;
  - Les troubles psychotiques se rencontrent dans un quart des cas (surtout la schizophrénie) ;
  - 38% des détenues sont considérés par les enquêteurs comme manifestement malades, gravement malades ou parmi les patientes les plus malades.

La santé mentale des migrants et des personnes en situation de précarité

Dans le cadre d'une étude sur la migration et la santé mentale en Europe (2004), la Commission Européenne a essayé d'évaluer les besoins en santé mentale et les principales pathologies des populations migrantes.

Le syndrome de stress post-traumatique paraît être l'une des pathologies les plus répandue parmi les migrants, spécialement ceux venant d'un pays engagé dans un conflit ou une guerre civile. Les troubles de l'humeur se placent en deuxième position.

Des études conduites en Espagne sur les facteurs associés à la santé mentale des migrants ont identifié plusieurs éléments influant de manière négative sur celle-ci :

- L'instabilité du travail
- La marginalisation sociale et culturelle
- L'éloignement de la famille d'origine
- Les pressions induites par la nécessité d'envoyer de l'argent « au pays »
- La discrimination raciale
- Le fait d'être dans une situation irrégulière.

Un des syndromes les plus répandus parmi les migrants, à cause des conditions de plus en plus difficiles rencontrées par ces personnes dans leurs tentatives pour fuir leur pays, est le syndrome d'Ulysse (*le syndrome de stress chronique et multiple*).

Les études menées en France sur ce thème sont plus orientées vers l'interprétation psychologique, que sur la constitution de bases de données épidémiologiques.

Dans un article intitulé « Quel psychiatre pour le migrant âgé du Maghreb ? » (2001), Atmane Aggoun observe « qu'une nouvelle évolution est en train de s'opérer, qui épouse l'évolution générale de la problématique de l'immigration et de l'exclusion […] l'exclusion est porteuse d'une souffrance psychique ».

La problématique des besoins de soins des migrants est difficile à appréhender d'une manière générale, parce qu'elle s'accompagne presque toujours de caractéristiques particulières. Il faut tenir compte du statut (légal ou non), de la connaissance de la langue et de la culture du pays d'accueil, des croyances religieuses et autres facteurs socio-culturels ayant modelé la psyché de la personne migrante.

Comme les migrants, les personnes précaires présentent elles-aussi des troubles mentaux qui nécessitent une prise en charge adaptée.

Dans le numéro du décembre 2008 du *Rhizome* (Bulletin national de santé mentale et précarité), le psychiatre Jean Furtos fait appel à la notion de *souffrance psychique d'origine sociale* pour essayer d'expliquer les particularités de la mauvaise santé mentale des précaires ; pour cette population, la prise en charge médicale est très liée au facteur social et le succès et l'observance du traitement dépendent essentiellement des mécanismes de soutien et d'accompagnement mis en place.

Les pathologies habituellement associées à la précarité (dépression, schizophrénie et autre troubles psychotiques, troubles mentaux et du comportement liés à l'abus d'alcool et autres substance psychoactives) sont systématiquement centrées autour de la notion de perte : perte de repères, perte de reconnaissance sociale, perte d'une représentation partagée du monde.

1.3.2. L'émergence de nouvelles addictions

La société moderne est engagée dans un processus de changement rapide et quelquefois radical : les relations interhumaines sont de plus en plus virtuelles, la communication se désincarne, les médias investissent les nouveaux espaces de transmission de l'information, le divertissement passe dans le cyberespace et la satisfaction où les gains immédiats, sur tous les plans, deviennent essentiels.

Dans ce contexte, même les addictions changent d'objet et se dématérialisent.

La **cyberaddiction**, la « toxicomanie sans drogues » commence à se frayer un chemin dans le langage des professionnels de santé mentale.

« Actuellement, l'Internet est devenu plus qu'une grande base de données, plus qu'un moyen fiable et de qualité permettant des communications rapides en temps réel. Par sa facilité d'accès, par sa connotation scientifique et la note d'acceptation sociale qui l'accompagne, l'Internet devient facilement objet d'abus » (Kathleen Scherer, Université de Texas - Austin).

La majorité des études investiguant le phénomène viennent des Etats-Unis ou du Canada, l'explication venant vraisemblablement du développement initial du web dans ces pays.

La fréquence du problème est importante : 5% des internautes américains (K. Young) et 0,5 à 1% des internautes français (D. Valéa, 2003) seraient en état d'addiction.

Aux Etats-Unis, une enquête nationale en population adulte indique une prévalence d'usage problématique de l'Internet de 0,7%.

Du point de vue des classifications actuelles, la DSM-IV et CIM-10[36], les troubles addictifs des toxicomanies sans drogues, l'addiction sexuelle, le jeu pathologique, l'achat compulsif, sont mal répertoriés. On les retrouve dans des sous-classes comme les "Troubles du contrôle des impulsions", "Troubles du contrôle des impulsions non-spécifié ailleurs" ou "Autres troubles des habitudes et des impulsions".

Actuellement, le concept d'Internet Addiction - impliquant la présence de plusieurs critères DSM IV de l'addiction - est reconnu par plusieurs spécialistes (Brenner, 1996; Griffiths, 1997; Scherer, 1996; Véléa, 1997 ; Young, 1996).

[36] Classification Internationale des Maladies – 10ème version

L'addiction à l'Internet est une polyaddiction : elle combine des éléments d'addiction aux jeux (de hasard et d'argent, d'action ou de stratégie), à la consommation (les achats par internet, l'espace *Second Life*), à la sexualité (les forums de rencontres plus ou moins explicites) ou à la communication (les réseaux de type Facebook, MySpace et autres espaces de parole).
Parmi ces addictions, on peut répertorier :

- *L'addiction communicationnelle (conversation assistée par le calculateur)*
- Les grands cyberaddictifs internautes qui répondent aux critères d'inclusion dans la catégorie des *joueurs pathologiques*
- *L'achat compulsif* est un comportement permanent ou intermittent, caractérisé par une irrésistible envie d'acheter, une tension avant le comportement et une satisfaction immédiate après l'achat des biens convoités
- *La sexualité assistée par l'ordinateur* : pour le cybernaute présentant un comportement addictif sexuel, l'univers sans limites et sans restrictions de l'internet lui offre la gratification immédiate, sans la peur du rejet ou les appréhensions engendrées par une relation réelle.

Les jeux de hasard et d'argent

En 2008, l'INSERM a coordonné un rapport d'experts sur ces types de jeux, en répondant à la demande de la DGS sur ce qu'elle considère comme une problématique de santé publique.

D'après l'INSEE, en 2006, près de 30 millions de personnes en France ont tenté leur chance au moins une fois par an à un jeu d'argent.

D'après le rapport Trucy, le chiffre d'affaires de l'industrie des jeux autorisés a été en 2006 de 37 milliards d'euros (en 1960, il représentait l'équivalent de 98 millions d'euros).

La notion de jeu pathologique est apparue dans la littérature scientifique vers la fin des années 80, cette dépendance étant incluse progressivement dans le groupe des « addictions sans substances » par le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases*, établi par l'Association Américaine de psychiatrie.

En France en 2004 on compte 192 casinos ayant un chiffre d'affaires de 18,66 milliards et 64 millions d'entrées ; en 2006, le PMU a réalisé un chiffre d'affaires de 8 milliards d'euros ; la même année, la Française des Jeux a compté 29 millions de personnes ayant joué à au moins un de ses jeux.

Les moyens de parier se sont diversifiés depuis l'apparition du pari sur Internet (2003) et sur portable (2006) ; en 2005, le nombre total des parieurs, tous moyens confondus, s'élevait à 6,8 millions.[37]

Les jeux vidéo et sur internet sont relativement peu étudiés en France ; une enquête de 2002 fait état d'un pourcentage de 80% des enfants entre 8 et 14 ans déclarant jouer aux jeux vidéo, 53% des enfants déclarant jouer 2 heures par semaine ou moins, et 26% plus de 4 heures par semaine.

Concernant l'utilisation de l'Internet, une enquête INSEE de 2006 indique que parmi les jeunes de 15-18 utilisant le web, 34% l'utilisent pour jouer.

Les enquêtes de prévalence en population générale, essentiellement anglo-saxonnes (Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande), trouvent une proportion de 1-2% de joueurs pathologiques.

Les études en population générale concernant les co-morbidités possibles du jeu pathologique sont peu nombreuses (principalement nord-américaines). Il n'existe pas à l'heure actuelle des données disponibles en France pour la population générale.

Parmi les autres addictions rencontrées (chez les joueurs pathologiques), la dépendance au tabac est la plus fréquente ; les addictions aux alcools ou aux drogues illicites précèdent généralement le début du jeu pathologique.

Parmi les troubles psychiatriques, les associations les plus fréquentes sont observées avec les troubles de la personnalité (personnalité asociale), troubles de l'humeur (trouble bipolaire) et troubles anxieux (trouble panique et état de stress post-traumatique).

[37] En ce qui concerne la Française des Jeux, le nombre hebdomadaire de joueurs au Loto est de 5 millions. En 2006, 29 millions de personnes ont joué un jeu de la Française des Jeux. Leurs caractéristiques sont les suivantes : 49% hommes et 51% femmes, avec une population de moins de 35 ans totalisant 34%.

1.3.3. Les problèmes de santé mentale liés au travail

Les troubles de la santé mentale liés au travail peuvent se manifester sous plusieurs formes : stress, mal-être, souffrance, épuisement professionnel (burn-out).

Le **stress** est défini par l'Agence Européenne de Santé et Sécurité au travail comme un état qui « survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». Ses effets peuvent affecter le bien-être, la santé physique et la productivité de la personne.

Le **mal-être** ou le « mal-vivre ensemble » est un état émotionnel en lien avec le contexte organisationnel et relationnel. Ce phénomène peut aller d'une inquiétude des salariés sur leur avenir à un mal-être plus important qui fait écho à plusieurs causes. Il est souvent relié à des modes dégradés de relations de travail, à une perte de repères des salariés sur la place qu'ils occupent dans l'organisation, à une difficulté à faire face à des situations d'instabilité.

La **souffrance au travail** peut être caractérisée comme une forme aggravée des premières manifestations telles que le stress ou le mal-être. Il s'agit d'une dépression réactionnelle professionnelle en lien avec les contraintes organisationnelles et sociales de l'entreprise, souvent déclenchée en réaction à des comportements identifiables de collègues ou de supérieurs hiérarchiques.

L'épuisement professionnel (le syndrome de burn-out)
Le concept d'épuisement professionnel est énoncé en 1959 par le psychiatre Claude Veil ; en 1970, le psychanalyste Herbert G. Freudenberger nomme « burn out syndrome » l'état d'épuisement professionnel qui atteint des soignants très investis dans la relation avec des patients toxicomanes dans les *Free Clinics* de l'époque.
Les professions à fortes sollicitations émotionnelles, mentales et affectives (médecins, professions paramédicales, pompiers, policiers, travailleurs sociaux, etc.) sont les catégories les plus à risque face à ce syndrome.

29% des travailleurs européens déclarent souffrir du stress lié au travail (*Fondation de Dublin, 1999-2005*).

47% de salariés en France déclarent éprouver souvent du stress au travail (CSA/Liaisons sociales).

Une étude de l'université de Bourgogne évalue le coût du stress en France à 413 millions d'euros pour le seul coût médical et le coût de l'absentéisme serait pour sa part de 279 millions d'euros selon l'ARACT d'Aquitaine

Le rapport de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) (2007) s'appuyant sur les données de l'enquête décennale santé 2002-2003, conduite en 2003 par l'INSEE, a étudié les associations entre la déclaration des symptômes dépressifs et certaines conditions de travail.

L'enquête de l'INSEE a porté sur un échantillon de 25 021 ménages français ; la population étudiée dans le rapport INVS a été constituée des actifs qui occupaient un emploi au moment de l'enquête de l'INSEE (6 082 hommes, 5 521 femmes). La dépressivité[38], mesurée par le Ces-d, la description de l'emploi exercé, ainsi que des conditions de travail relatives aux horaires atypiques, aux contraintes psychosociales et à la pression temporelle, ont été les principales données étudiées.

La prévalence de dépressivité parmi les actifs au travail est d'environ 11 %, quel que soit le sexe. Elle varie en revanche selon les catégories sociales et les secteurs d'activité.

Les ouvrières (12 %) et les employés (16 % chez les hommes et 12 % chez les femmes) sont les plus concernés ; les cadres et professions intellectuelles supérieures sont relativement épargnés avec moins de 8 %.

La prévalence est particulièrement élevée dans les secteurs de l'agriculture (14 %), de l'hôtellerie-restauration (13 %), des services collectifs (14 %) et du commerce (14 %) chez les hommes, et dans les secteurs des activités financières (13 %) et des services (15 %) chez les femmes.

Les associations entre les contraintes de travail et la dépressivité varient selon la catégorie sociale et le sexe :

- Seule "l'aide insuffisante pour mener à bien sa tâche" est systématiquement associée à la dépressivité, quelle que soit la catégorie sociale
- La pression temporelle est significativement associée à la dépressivité dans les catégories sociales les moins favorisées, employés (hommes) et ouvriers (femmes), alors que ce n'est pas le cas chez les cadres
- Enfin, la contrainte "ne pas pouvoir choisir comment procéder" est associée à la dépressivité uniquement chez les cadres (femmes) et les professions intermédiaires (hommes).

[38] La dépressivité est la tendance à déclarer des symptômes dépressifs.

1.3.4. Les suicides : une conséquence de l'inadéquation de la prise en charge des besoins en santé mentale

Le suicide ne peut pas être considéré comme une pathologie, mais son taux reste un indicateur significatif pour évaluer l'état de santé mentale d'un pays ou d'une population. L'OMS qualifie le suicide « d'acte délibéré initié et commis par une personne connaissant parfaitement, sinon escomptant, son issue fatale ».

Les pathologies psychiatriques le plus souvent associées au suicide sont les dépressions et la schizophrénie, mais le suicide peut également survenir lors d'autres affections psychiatriques.

Les suicides ont provoqué plus de 130 000 décès en 2004[39] dans l'ensemble des pays de l'OCDE. Les taux de suicide varient considérablement entre les pays. En 2004, les taux les plus bas ont été enregistrés dans les pays d'Europe méridionale (la Grèce, l'Italie et l'Espagne) et au Royaume-Uni (sept décès au plus pour 100 000 personnes) et les taux les plus élevés ont été enregistrés en Corée, en Hongrie, au Japon et en Finlande avec un taux de 18 décès et plus pour 100 000 personnes (*La santé dans les pays de l'OCDE, 2007*).

Les suicides sont trois à quatre fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et l'âge (pour les jeunes de moins de 25 ans et les personnes âgées) représente un facteur de risque supplémentaire.

En Europe (25 pays), le taux de suicide standardisé est de 9,9 pour 100.000 habitants. La France fait partie des pays avec un taux de suicides élevé (avec les pays de l'Est, la Belgique et la Finlande).

En France, d'après une publication DREES de 2006 (*Etudes et résultats, n°488*), en 2003 ont été répertoriés 10.660 suicides, dont 7.940 pour des hommes et 2.920 pour des femmes ; en considérant une sous-déclaration de 20-25%, le nombre de suicides se chiffrerait plutôt à 13.000.

Les décès les plus nombreux interviennent entre 35-54 ans, mais le suicide représente la deuxième cause de décès pour les 15-44 ans.

Environ 8% de la population adulte de la France métropolitaine déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et 2% présente un risque suicidaire élevé.

[39] OCDE Papers : « La santé dans les pays de l'OCDE ».2007

Le risque de récidive est important, environ 22% pour les hommes et 35% pour les femmes.
Les tentatives de suicides sont majoritairement faites par les femmes, surtout jeunes.
L'objectif de la loi relative à la santé publique était de réduire le taux de suicides de 20% et d'arriver à moins de 10.000 suicides par an en 2008.

Après avoir passé en revue les besoins, il reste à dessiner le tableau de l'offre de soins en France, en l'illustrant avec des exemples de pratiques et structures innovantes et rencontrées à l'étranger, potentiellement transposables en France.

2. L'offre de soins en santé mentale : les structures et les acteurs

Ce chapitre décrit la réponse française au besoin de soins, dans le secteur public et privé, tant au niveau des structures, qu'à celui des acteurs.

Des profils d'autres pays (Canada, Royaume-Uni, Etats-Unis, Pays nordiques) seront présentés à fin de comparaison dans les annexes.

2.1. Les structures de prise en charge des patients

Le rapport OMS 2008 « Integrating the mental health into the primary care : a global perspective » propose une perspective de prise en charge tournée vers la communauté et s'appuyant fortement sur les médecins généralistes.

Le système de soins communautaires de premier recours est très développé et encouragé au Canada et en Grande Bretagne.

Ce n'est pas encore le cas en France, même si, d'après de nombreuses études, les médecins généralistes sont ceux qui sont confrontés au premier abord aux patients souffrant de troubles mentaux, ce qui pose le problème du diagnostic, de l'orientation et du traitement.

Dans le contexte d'une demande en évolution continue et de bouleversements socioculturels et économiques importants, la réponse apportée par le système de soins en santé mentale devrait logiquement évoluer elle aussi pour intégrer ces changements.

Pourtant, cette évolution ne se fait pas au même rythme que pour le secteur MCO, du fait essentiellement d'une vision de la prise en charge qui n'a pas véritablement changé de paradigme depuis les années 60.

Il existe encore aujourd'hui des logiques de fonctionnement qui opposent le secteur sanitaire au médico-social, l'hospitalier à l'ambulatoire et le public au privé, alors que la collaboration entre ces secteurs devraient représenter la réalité du terrain, et pas seulement les orientations des textes réglementaires.

Exemple de programme communautaire de prise en charge de la santé mentale

Le PACT (*Programme of Assertive Community Treatment*) est un programme de prise en charge individualisée pour les personnes souffrant de maladies mentales chroniques et/ou sévères aux Etats-Unis, proposant un accompagnement médical, social et culturel des patients dans leur environnement.

Le personnel des équipes PACT a reçu des formations dans les domaines de la psychiatrie, l'assistance sociale, les soins paramédicaux, la prise en charge des addictions et la réinsertion sociale.

L'accompagnement et la prise en charge sont offerts 24h/24, 7j/7 et 365 jours/an.

2.1.1. Les structures du secteur public : une offre inégale articulée autour du secteur :

Les politiques de santé mentale des années 60 ont mis le secteur au cœur du dispositif de soins. Cette vision persiste aujourd'hui, avec 817 secteurs de psychiatrie générale effectivement mis en place en 2003 et 1,2 millions de patients pris en charge.

Plus de la moitié des secteurs (55%) est rattachée à des établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie et un peu plus d'un tiers (37%) à des centres hospitaliers ou centres hospitaliers régionaux, avec des inégalités importantes de moyens humains et matériels entre les deux secteurs. Les 8% restants sont rattachés à un établissement de santé privé spécialisé participant au service public et financé par dotation globale.

La prise en charge publique est par ailleurs confrontée à une démographie médicale très disparate, avec l'apparition de « zones blanches » sur la carte de la France en termes de professionnels de santé mentale.

Enfin, la problématique de la consolidation d'un véritable secteur extrahospitalier demeure toujours d'actualité ainsi que l'articulation entre l'intra et l'extrahospitalier, ces dimensions étant très variables sur l'ensemble du territoire, selon les régions et les secteurs.

Une réduction de l'offre de soins intra hospitalière

Dans la période 1985-2005, la capacité d'hospitalisation en psychiatrie générale est passée de 129 500 lits et places à 89 800 lits et places. L'accent est mis sur la prise en charge ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation, afin de prendre en compte la diversification des modes de soins et les innovations thérapeutiques.

Les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS)

Les CHS sont des établissements de santé prenant en charge les maladies ou déficiences non somatiques ; ils correspondent pour la plupart aux anciens hôpitaux psychiatriques, mais ils regroupent aussi d'autres types d'établissements assurant un suivi médical.

Ce changement de dénomination s'explique du fait que ces établissements prennent en charge non seulement les pathologies psychiatriques, mais aussi le handicap psychique et certaines personnes âgées dont l'état nécessite un suivi médical et infirmier lourd, que ne peuvent assurer dans de bonnes conditions les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En 2006, 91[40] établissements de ce type existaient en France.

Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers Régionaux (CH et CHR)

Les établissements de santé à vocation généraliste peuvent également assurer la prise en charge des malades psychiatriques dans le cadre d'un service de soins spécifiquement dédié.

Les structures extra hospitalières

Centres Médico-Psychologiques (CMP)

Le terme apparaît pour la première fois officiellement dans un arrêté de mars 1986, remplaçant les dispensaires d'hygiène mentale (DHM). Leurs missions sont précisées en 1990, par une circulaire du 14 mars : les CMP doivent assurer la coordination de la prise en charge et l'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic et de soin en ambulatoire.

Aujourd'hui, les CMP sont considérés comme les pivots de la prise en charge psychiatrique de secteur, chargés d'organiser les actions de prévention et diagnostic, les soins ambulatoires et les interventions à domicile (ou en institutions substitutives au domicile telles que les EHPAD, prisons, foyers etc.). En 2003, la DREES comptabilisait 2 070 CMP dans les secteurs de psychiatrie générale, avec une moyenne de 2,5 CMP/secteur (87% ouverts 5 jours/7).

Le CMP a pour vocation d'organiser des actions extrahospitalières et d'élaborer des projets de soins individualisés, visant à offrir des alternatives à l'hospitalisation ou d'en réduire la durée. Grâce à son équipe pluridisciplinaire (médecins, psychologues, infirmières, assistantes sociales…), il doit faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des patients.

[40] Source : DREES, 2006

Un numéro de la revue PLURIELS[41] répertorie les obstacles au fonctionnement optimal d'un CMP, l'empêchant en pratique d'assumer pleinement son rôle de pivot.

Les difficultés sont les suivantes :

- *L'implantation* du CMP : elle n'est pas toujours pertinente au regard des évolutions des bassins de vie
- *La desserte* du CMP : les CMP non desservis par des transports en commun accessibles sont isolés
- *Les découpages sectoriels* : ils ne tiennent pas toujours compte de l'évolution des agglomérations, des concentrations urbaines et des dynamiques de territoire
- *L'embolisation des consultations* : ce phénomène est mis en exergue par des délais parfois très longs entre la première demande et la consultation effective ; l'embolisation des CMP se répercute, à son tour, sur l'afflux des patients aux Urgences et sur le taux d'occupation des services hospitaliers
- *La qualité des locaux* : de nombreux CMP sont aménagés dans des locaux qui ne sont pas adéquats pour des activités de soins (peu fonctionnels, mal insonorisés, vétustes, etc.)
- *Les moyens affectés au CMP* : personnel paramédical, assistantes sociales, psychologues sont répartis très inégalement sur le territoire national et sont en nombre insuffisant dans les structures extrahospitalières
- *L'équipement des CMP* : très souvent, il est nettement insuffisant (équipements informatiques, téléphones portables, répondeurs, transferts de ligne, etc.), ce qui induit une réelle difficulté d'échange en temps réel entre les équipes du CMP et l'ensemble des structures du secteur et l'intrahospitalier.

Centres de post-cure

Ils assurent la continuité des soins après une phase aiguë de la maladie, permettant la transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile ; ils assurent un suivi médical, psychologique, éducatif et social et un retour progressif à la vie en société, visant la réinsertion sociale et le retour à une vie autonome. Leur statut est défini par la circulaire du 14 mars 1986 et le critère fondamental de classement est fondé sur l'objectif de réinsertion sociale et de retour à l'autonomie.

[41] PLURIELS N°68 – octobre 2007 : « Le CMP unique ordonnateur des soins »

Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)

Ils organisent des ateliers thérapeutiques et diverses actions de soutien ; les patients sont pris en charge quelques jours par semaine ; ils peuvent venir une ou plusieurs journées en fonction de leurs besoins ou de ceux de leurs aidants.

En moyenne il y a 1 CATTP/secteur de psychiatrie générale.

Les modalités de prise en charge dans les structures sanitaires publiques

L'hospitalisation à temps complet

12% des patients sont suivis en hospitalisation à temps complet ; parmi eux, la proportion de patients exclusifs[42] est en croissance continue depuis une dizaine d'année (+15%).

L'hospitalisation à temps complet est réalisée aussi bien au sein des services d'hospitalisation à plein temps, qu'au sein des centres de post-cure, des appartements thérapeutiques ou dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.

La durée moyenne de séjour en 2000 était de 45 jours (continus ou non), ce qui représente une diminution de presque 50% par rapport à la décennie précédente. Néanmoins, plus d'un quart des lits d'hospitalisations complètes est occupé par des patients lourds hospitalisés depuis plus d'un an.

Entre 1989 et 2000, le taux d'occupation (nombre de journée d'hospitalisation à temps complet rapporté au nombre de lits) s'est accru de 10%.

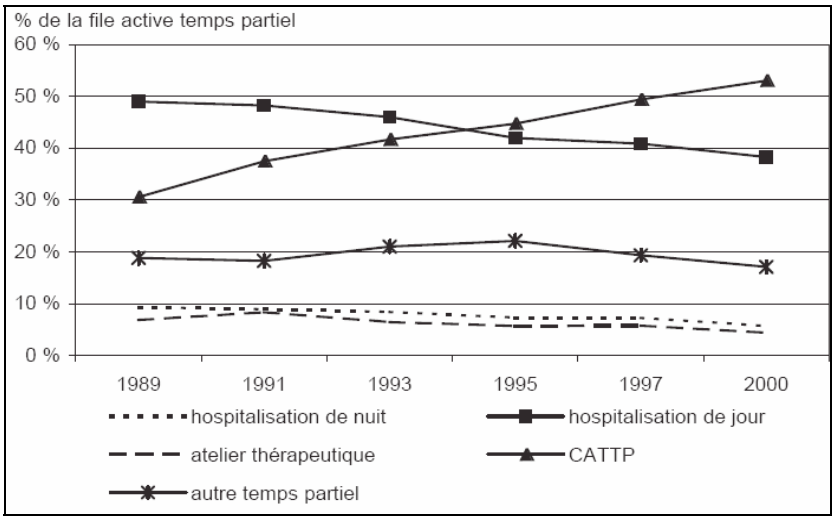
Hospitalisation à temps partiel

Ce mode de prise en charge intègre l'hospitalisation de jour, de nuit, de semaine et le CATTP.

11% des patients en moyenne sont suivis de cette manière sur une année, mais seulement 2% d'entre eux sont pris en charge exclusivement en temps partiel ; ce mode de prise en charge apparaît comme complémentaire à celui réalisé en ambulatoire ou en hospitalisation à temps complet.

Depuis 1995, les CATTP sont les structures de recours préférentielles en temps partiel (53% des patients), avec un nombre de journées de prise en charge par patient et par an de 23 jours, le nombre étant resté constant sur les 12 dernières années.

[42] Il s'agit des patients qui ne connaissent que ce type d'hospitalisation

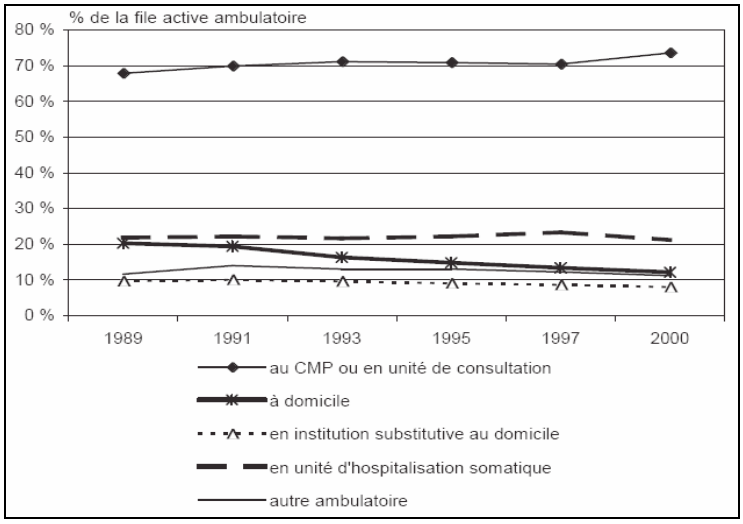


Source : DREES, données brutes 2003

Les prises en charge ambulatoire

80% des patients sont suivis en ambulatoire ; la file active a augmenté de 74% entre 1989 et 2003.

Le plus souvent, les soins et le suivi ambulatoire sont réalisés au CMP, avec un nombre moyen de 8 consultations par patient sur une année, chiffre constant depuis 1989, malgré la croissance de la file active pendant cette période.



Source : DREES – les secteurs de la psychiatrie générale en 2003

Les structures composant l'offre médico-sociale

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)

Les CHRS ont pour mission d'assurer l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes en recherche d'hébergement ou de logement, afin de leur permettre de retrouver une autonomie personnelle et sociale ; elles bénéficient d'une aide éducative et d'activités d'insertion professionnelle.

Les foyers d'accueil médicalisés

Ils accueillent des adultes gravement handicapés, mentalement ou physiquement.
Leur dépendance les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, et nécessite l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiel de l'existence, ainsi qu'une surveillance et des soins constants ; si l'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie courante n'est pas obligatoire, ils ont besoin d'un soutien et d'une stimulation constante, ainsi que d'un suivi médical et paramédical régulier.

Les maisons d'accueil spécialisé en psychiatrie (MAS)

Elles reçoivent des adultes atteints d'un handicap moteur, intellectuel ou somatique grave, ou de personnes gravement polyhandicapées, n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie ; leur état nécessite en outre le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante, une surveillance médicale et des soins constants.

Les services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (SAMSAH)

Ce sont des structures de proximité en milieu ouvert répondant à la politique générale de maintien des personnes handicapées dans le milieu naturel de vie et de désinstitutionalisation.

Ils proposent une assistance ou accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de la vie ainsi qu'un suivi médical en milieu ouvert, visant l'apprentissage de l'autonomie dans ce milieu.

Les structures médico-sociales adossées à un établissement de santé

Elles sont représentées par :

- les appartements thérapeutiques

- les ateliers thérapeutiques
- les appartements associatifs
- les maisons communautaires et l'accueil familial thérapeutique.

Un financement médico-social de 66.5 millions d'euros a été prévu dans le Plan National de Santé Mentale 2004-2008 pour la création, sur la période 2005 – 2007, de 1000 places de maisons d'accueil spécialisées (MAS), de foyers d'accueil médicalisés (FAM) et 1900 places en services d'accompagnement médico-social (SAMSAH) dédiées aux handicapés psychiques. En 2005, 453 places de MAS ou FAM ont ainsi été crées.

Le tableau suivant présente le nombre d'établissements et de services médico-sociaux et de places au 1er janvier 2009.

Etablissements pour adultes handicapés	**Nombre d'établissements**	**Nombre de places installées**
Centres de pré-orientation pour adultes handicapés	32	661
Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)	1 479	110 512
Centres de rééducation professionnelle (CRP)	90	9 594
Foyers d'hébergement pour adultes handicapés	1 233	38 392
Foyer d'accueil polyvalent pour adultes handicapés	109	4 385
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	522	20 394
Etablissements expérimentaux pour adultes handicapés	146	3 225
Foyers occupationnels ou foyers de vie pour adultes handicapés	1 447	42 677
Etablissements d'accueil temporaire d'adultes handicapés	20	304
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	561	15 575
Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)	910	30 297
Totaux adultes	**6 549**	**276 016**

Source : FINESS 2009

2.1.2. Les structures du secteur privé

D'après les données de l'Union Nationale des Cliniques Psychiatriques, il existe 160 cliniques privées de psychiatrie en France, accueillant chaque année plus de 140.000 patients. Elles réalisent 17% des soins en psychiatrie.

Les cliniques psychiatriques comptent plus de 11 000 lits d'hospitalisation complète et 400 places environ d'hospitalisation à temps partiel. Elles réalisent 20% des journées d'hospitalisation complète.

La plupart sont des établissements de court séjour. Vingt établissements sont spécialisés en soins de suite et réadaptation. Le secteur privé est très peu investi dans les établissements médico-sociaux.

Leur expertise est reconnue pour la prise en charge des états dépressifs (plus de 60% des dépressifs sont traités dans le secteur privé), alcooliques, des troubles des conduites alimentaires, des poly-addictions, de la post-urgence, des adolescents et des personnes âgées.

Le principe central du secteur privé est le libre choix du patient, en opposition sur ce point avec le secteur public et les contraintes de la sectorisation.

Le financement des cliniques est assuré au moyen de la tarification à la journée (prix de journée), dont le montant est fixé dans le cadre d'un Objectif quantifié National (OQN), fixé par arrêté par le Gouvernement après négociation avec les organisations représentatives des cliniques privées. [43]

D'après les dernières données disponibles (2008), les cliniques sont remboursées à hauteur de 114 € par jour et patient, alors que le coût réel de la prise en charge serait de 150 €[44]. Le budget alloué au secteur privé représente 5% du budget total de la psychiatrie.[45]

Le secteur privé se plaint à l'heure actuelle d'un manque de reconnaissance par les pouvoirs publics et d'une revalorisation insuffisante du prix de journée, qui reflète, dans sa vision, les logiques contradictoires d'une mise en opposition entre le public et le privé, alors qu'une complémentarité devrait être privilégiée et soutenue, afin de désengorger le secteur public et d'améliorer la prise en charge des patients.

[43] Les cliniques psychiatriques de France sont représentées par l'UNCPSY, Union Nationale des cliniques psychiatriques privées, organisation professionnelle affiliée à la Féderation Hospitalière Privée (FEHAP)
[44] Interpellation de Mme Muriel Marland-Militello, députée UMP des Alpes-Maritimes pour Mme Roselyne Bachelot Narquin, Ministre de la santé, de la jeunesse et des Sports, publiée au JO le 01.04.2008
[45] Source : site internet de l'Union Nationale des Cliniques de Psychiatrie (UNCPsy)

2.1.3. La place des réseaux de santé dans la prise en charge de la santé mentale

On compte au moins 80 réseaux[46] du ce domaine dont 32 traitant directement de la santé mentale en France et plus de 40 réseaux ayant une composante « santé mentale » dans leur mission. Il est à noter que, contrairement à la plupart des autres thématiques de réseaux de santé où les typologies sont stabilisées (soins palliatifs, personnes, âgées, périnatalité, cancer, diabète, etc.), la santé mentale est rarement identifiée en tant que telle par les Missions Régionales de Santé chargées de recenser les réseaux de santé au niveau régional[47].

8 thématiques ont pu être ainsi recensées sur les sites des 15 Missions Régionales de Santé fournissant des informations en ligne :

- Troubles psychiques des adolescents (dont prévention du suicide) 16 réseaux
- Handicap psychique 4 réseaux
- Santé mentale (toutes pathologies) 3 réseaux
- Autisme et autres troubles du développement 3 réseaux
- Souffrance psychique et précarité 3 réseaux
- Autres pathologies psychiatriques 3 réseaux

(troubles des conduites alimentaires, dépression…)

15 régions ont 1 ou plusieurs réseaux de santé en santé mentale :

- Ile de France : 7 réseaux
- Languedoc-Roussillon : 4 réseaux
- Rhône-Alpes : 4 réseaux
- Bourgogne : 3 réseaux
- Midi-Pyrénées : 3 réseaux

[46] Les réseaux de santé mentale ont été recensés par l'intermédiaire de l'Association nationale des réseaux intégrés de services en santé mentale (données de février 2008 - site web en cours de construction: http://arissm.free.fr). Ces données ont été croisées et complétées via les sites MRS de 16 régions métropolitaines. Les sites des DOM ne donnent pas d'information en ligne sur cette thématique ainsi que 6 régions métropolitaines.

[47] Cet aspect appelle plusieurs remarques. D'abord, il n'existe pas de site public ou de document de référence permettant de connaître le nombre de réseaux de santé en France à un moment donné ainsi que leurs localisations. Il est donc nécessaire de visiter l'ensemble des sites régionaux des MRS de France pour faire un état des lieux. D'autre part, plusieurs régions ne proposent pas en ligne leur annuaire des réseaux de santé, ce qui nécessite des recherches supplémentaires (contacts téléphoniques ou demandes écrites).

- Autres régions : 1 à 2 réseaux
- Les DOM-TOM ne comptent à ce jour aucun réseau de santé en santé mentale

A ces réseaux, il convient d'ajouter les réseaux ayant une composante forte en santé mentale :

- Troubles spécifiques du langage 5 réseaux
- Addictions et toxicomanie 31 réseaux
- Alzheimer, mémoire et troubles cognitifs des personnes âgées 10 réseaux

La totalité de ces réseaux compte, parmi leurs partenaires promoteurs, un ou plusieurs secteurs psychiatriques. De la même façon, les associations d'usagers représentatives des différentes thématiques de ces réseaux contribuent directement au co-pilotage de ces dispositifs innovants.

Les 32 réseaux de santé spécifiques en santé mentale entretiennent des relations de coopération structurées selon plusieurs modalités : journée nationale des réseaux, création d'une association nationale, collaborations scientifiques internationales, etc.

L'expérience des réseaux de santé en santé mentale contribue à faire évoluer les pratiques psychiatriques et renforcer l'intégration des soins et des services sur les territoires[48]. Leur mission est de contribuer à la prise en charge globale et coordonnée au bénéfice de l'usager et de son entourage dans un environnement mal connu du public et de la majorité des professionnels de santé.

En effet, les réseaux de santé en santé mentale, comme tous les réseaux de santé en France, ont pour objet de *« favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge […]. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins »*

[48] Vers des soins intégrés en Santé Mentale. Le cadre du réseau Prepsy. Gozlan G, Acef S, Petitqueux C. Santé mentale au Québec. 2009, XXXIV, 1. 9-36.

La spécificité du suivi global et coordonné d'une personne souffrant de troubles psychiques réside dans la nécessité de définir et de conduire un projet de soins et de services individualisés visant le rétablissement et le maintien des habiletés psychosociales. En interaction permanente avec l'ensemble des partenaires de première ligne ou spécialisés, ils déploient un certain nombre de stratégies d'intégration clinique et fonctionnelle afin de renforcer les mécanismes de liaison, de concertation et de coordination entre les acteurs.

Les leviers d'action de ces réseaux sont, par exemple, des protocoles de repérage précoce des troubles, d'évaluation et de diagnostic, des réunions de concertation pluri-professionnelle, des protocoles de suivi coordonné, des actions de sensibilisation et de formation médicale continue, notamment auprès des professionnels de première ligne, des formations pluridisciplinaires et d'évaluation des pratiques professionnelles, le développement de systèmes d'information (dossier médical du patient, visualisation et gestion des communautés d'acteurs, gestion des formations, évaluation de la qualité).

De par leur position d'interface et de connexion entre les différents acteurs, les réseaux agrègent de nombreuses données territoriales informatives sur la graduation de l'offre de soins et de services. Ils peuvent contribuer avec l'ensemble des acteurs de leur territoire d'intervention, à la mise en œuvre d'une approche territoriale concertée permettant de renforcer l'action des secteurs de psychiatrie notamment dans les domaines de la coordination ville-hôpital et de la réhabilitation psycho-sociale.

2.2.Les acteurs de la prise en charge

Des présentations détaillées des effectifs médicaux et paramédicaux, de la démographie des professionnels, des perspectives, de leurs missions et formations sont fournies dans les annexes du présent rapport.

2.2.1. Les psychiatres

Ils peuvent exercer dans le secteur public ou privé (en clinique ou en ville).

Pour les psychiatres libéraux, il existe une forte disparité régionale ; une étude menée par les URCAM datant de 2000 sur les perspectives d'évolution démographique des professionnels libéraux en 2008 fait état des écarts régionaux de 1 à 7 (3 psychiatres libéraux pour 100.000 habitants en Picardie par rapport à 20 pour la région PACA).

En 2007, on dénombre 13 676 psychiatres sur l'ensemble de la France ; parmi eux, 47,3% ont choisi d'exercer en ville.

Le psychiatre libéral assure une fonction de diagnostic et possède également une fonction préventive et thérapeutique individualisée. Dans la pratique, la plupart se concentrent sur les psychothérapies, laissant la charge des affections psychiatriques sévères au service public.

La densité moyenne française des psychiatres libéraux est de 10,2 psychiatres pour 100 000 habitants, avec des écarts importants entre les départements : 59 pour 100 000 à Paris (Ile de France) par rapport à 1,8 psychiatre pour 100 000 habitants dans le Pas-de-Calais, soit un écart de 1 à 30. Les psychiatres auditionnées par l'ONDPS[49] estiment que la profession a tendance à se regrouper selon des logiques propres à leur activité professionnelle plutôt que selon des logiques géographiques, au sein des bassins de vie, ce qui expliquerait la surdensité parisienne.

Les psychiatres exercent à hauteur de 76,5% en secteur 1 ; ceux du secteur 2 sont le plus souvent installés en Ile de France ou en PACA.

[49]Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé

2.2.2. Les médecins généralistes

Au 1er Janvier 2007, le Conseil National de l'Ordre des Médecins comptabilise 96 889 médecins généralistes dans la France entière, ce qui représente une diminution de presque 10 000 médecins par rapport à l'année 2005 (106 974).

En 2005, leur proportion représentait 51,1% du total des médecins français. Elle est aujourd'hui inférieure à 50%.

En 2025, les projections décrivent une réduction de 25% du nombre de généralistes en France.

Les problèmes de santé mentale constituent un tiers des pathologies rencontrées par les généralistes, qui sont aussi les plus grands prescripteurs de psychotropes (80% des psychotropes).

Les généralistes déclarent qu'ils ont peu de temps pour bien prendre en charge la détresse psychologique pendant la consultation et deux tiers d'entre eux jugent leur formation inadéquate (de fait, 50% seulement des diagnostics de maladie mentale posés par un médecin généraliste lors d'une consultation sont corrects) et demandent une formation continue centrée sur la pose de diagnostic et la psychothérapie.

Pour mémoire, les quatre missions principales en santé mentale pour un généraliste sont, selon un rapport de la DGS [50] les suivantes :

- la prévention
- la prise en charge de la souffrance psychique invalidante
- l'accès au dispositif spécialisé
- le soin des troubles mentaux

Dans un article publié dans *European Journal of Psychiatry* en 2007, J. Norton et al. font une comparaison entre le rôle du médecin de premier recours en santé mentale des médecins généralistes de France, Grande Bretagne et Pays-Bas.

En Grande Bretagne et aux Pays-Bas, les densités de médecins généralistes sont inférieures à celle de la France (77/100.000 habitants pour la Grande Bretagne et 48,5 pour les Pays-Bas).

Les modalités d'organisation sont également différentes.

En Grande Bretagne, les généralistes (*general praticioner*) s'associent dans des cabinets collectifs (5-8 médecins par cabinet), avec du personnel auxiliaire paramédical, des

[50] Rapport sur l'évolution des métiers en santé mentale – DGS - 2002

secrétaires, et parfois un psychologue. Ces cabinets (*Primary Care Trusts*) sont chargés d' « acheter » des soins pour leurs patients auprès des médecins spécialistes ou des hôpitaux. Les patients ont un choix limité pour leurs généralistes.

Au Pays-Bas, deux tiers des généralistes s'associent et le reste consulte dans des cabinets individuels. Les patients doivent être adressés par leur médecin pour accéder à des soins plus spécialisés.

La différence discriminante entre les généralistes en France et les généralistes de Grande Bretagne ou les Pays-Bas est que celui-ci n'a pas la fonction de *gatekeeper* (régulateur de l'accès aux soins) qui n'existe pas en l'état en France, même après l'instauration du médecin traitant par la loi du 13 août 2004.

Dans les deux pays, l'accès aux psychiatres, psychologues, infirmières libérales et autres, est gratuit pour les patients après adressage par le généraliste.

En France, les généralistes se plaignent des délais très longs d'obtention de consultation auprès d'un psychiatre, quel que soit le secteur : public ou privé. Ils y voient la principale difficulté dans l'articulation des soins et l'organisation du parcours des patients.

Les généralistes adressent préférentiellement leurs patients au secteur privé, même les cas de schizophrénie au début.
Cette préférence s'explique essentiellement par la complexité et l'hétérogénéité des structures et des acteurs du système public, qui ont en charge des patients cumulant morbidité psychiatrique, somatique et problématiques sociales.

L'adressage de patients (adultes spécialement) aux psychologues libéraux est entravé par le non-remboursement des psychothérapies de la part de l'Assurance Maladie.

Les médecins généralistes se plaignent également de l'absence de retour d'informations de la part des psychiatres sur la prise en charge des patients qu'ils leur ont adressés, et, plus généralement de la communication à sens unique avec les psychiatres.

Dans une étude récente[51], pourtant, 57,8% des personnes interrogées ont indiqué que leur médecin généraliste serait le professionnel de santé auquel ils feraient appel en première intention dans le cas d'une pathologie de santé mentale, les spécialistes arrivant en deuxième place (30% feraient appel à un psychiatre ou un psychologue). De même, 46% des répondants confieraient leur suivi de traitement au médecin généraliste.

[51] Kovess-Masfety et al – « What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey ; BMC Public Health 2007, 7:188

Il existe donc une confiance importante de la part des usagers dans les compétences des médecins généralistes. Une piste de travail consiste donc à analyser quel type de moyens il serait possible de leur donner, afin qu'ils puissent assumer cette fonction de « porte d'entrée » dans le système : par exemple, une formation adaptée à leurs besoins, par l'incitation à la mise en œuvre de modalités plus adéquates de collaboration avec les psychiatres et psychologues libéraux et hospitaliers, etc.

2.2.3. Les psychologues

Aucune profession du champ de la santé mentale n'est autant sous « les feux de la rampe » que les psychologues, dont la formation - et sa validation - sont ressenties comme inadéquates par les autres professionnels (les psychiatres, majoritairement).

De leur côté, les psychologues se plaignent du tout-pouvoir médical, du fait que les psychothérapies qu'ils réalisent en libéral ne sont pas remboursées par l'Assurance Maladie et du fait que le droit de prescription ne leur est pas reconnu.

Le Plan national de santé mentale 2005-2008 proposait déjà pour les psychologues « la création d'un cadre universitaire "professions de santé" avec co-tutelle Education Nationale/Ministère de la Santé au sein duquel un master de psychologie clinique pourrait être créé. »

Dans le rapport « Santé et psychologie : analyse de l'état actuel et recommandations » (2005), G. Fourcher et F. Caron proposent « un doctorat d'exercice pour les psychologues, qui sanctionne une 6ème année de stage », comparable aux stages des pharmaciens, chirurgiens-dentistes et doctorats technologiques. La création d'un statut de psychologue praticien-chercheur est aussi proposée dans le même rapport.

Au niveau européen, une proposition a été élaborée en Juin 2006 concernant la création d'un certificat européen en psychologie, EuroPsy, valable pour une période de 7 ans, accordée par l'*European Awarding Committee* à tous les psychologues ayant achevé leur cursus académique dans leur pays d'origine, avec un minimum d'une année d'exercice.

2.2.4. Les infirmiers

Selon l'INSEE, les bases de données Eco santé France et les données ADELI et DREES, en 2007, il y a 483 380 infirmiers contre 367 126 en 1999.
87,2 % des infirmiers sont des femmes.

Selon la SAE, 62 900 équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers et cadres sont affectés en psychiatrie en 2006.

Selon le rapport PIEL/ROELAND, 58 000 infirmiers ETP sont répartis dans les établissements de santé publics et privés en psychiatrie pour un peu plus de 71 000 lits.

La densité des IDE psychiatriques diffère selon les départements, allant de 150 pour 100 000 habitants pour la plus élevée à 80 pour 100 000 habitants pour les départements les moins favorisés.

En France, l'exercice libéral de la profession d'infirmier n'existe pas en psychiatrie.

Le diplôme d'infirmier en psychiatrie a disparu depuis 1992.

Le rapport de la HAS sur les coopérations entre professionnels de santé, commandité au CNEH en 2007, met en valeur le potentiel de la profession et la nécessité d'une revalorisation des infirmiers, par l'enrichissement de leur champ d'activité.

Parmi les recommandations de l'OMS sur la prise en charge de la santé mentale, l'une des plus importantes concerne le recrutement et la formation des infirmiers, considérés comme des éléments cruciaux, notamment dans les pays où le déficit de psychiatres et psychologues est important.

Le déficit d'infirmiers est même considéré plus important à l'échelle mondiale que celui de médecins, car la profession joue un rôle très important dans les soins de premier recours.

Le *Nursing Atlas 2007* fait un passage en revue de l'effectif et du positionnement des infirmiers dans les structures : la majorité des infirmiers travaillent dans le milieu hospitalier dans tous les pays du monde ; l'Europe est la région géographique où travaillent le plus d'infirmiers en libéral.

Dans les pays anglo-saxons (Grande Bretagne, Nouvelle Zélande, Australie, Etats-Unis) et le Canada, la fonction d'infirmière communautaire (exerçant en libéral) est très valorisée : c'est elle qui est remplit dans la plupart des cas le rôle de *coordinateur du parcours de soins* à l'intérieur des réseaux de santé intégrés ou des réseaux communautaires.

Les différentes pratiques et compétences du corps infirmier peuvent être illustrées par deux exemples : l'infirmière communautaire en Grande Bretagne et le concept de *case management*, dans lequel les infirmiers peuvent jouer un rôle central.

L'infirmière communautaire en Grande Bretagne

Cette fonction apparaît en 1954, et une formation spécialisée est organisée à leur intention dès 1980.

En 1997, on comptait 8000 infirmières communautaires.

Dans le domaine de la santé mentale, leur intervention se manifeste particulièrement par leur travail avec les schizophrènes (principalement les schizophrènes de moins de 25 ans).

Leur rôle consiste à administrer les traitements, suivre les patients, et prodiguer une thérapie de conseil.

Les patients peuvent être adressés par des généralistes ou des psychiatres.

Le Case-management en santé mentale[52]

Définition
« Le case-management est le processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation par les personnes qui ont des incapacités psychiatriques des services qui les aideront à satisfaire leurs besoins multiples et complexes, d'une façon à la fois efficace et efficiente »[53].

Le « case management » vise à aider les sujets vulnérables à maintenir et améliorer leurs compétences dans leur environnement habituel. L'intervention a pour objectif le développement des aptitudes individuelles avec le soutien d'un intervenant pivot, qui coordonne les services, établit les liens auprès de la personne traitée et assure une présence sans offrir directement l'ensemble des prestations. Toute intervention est fondée sur une relation de confiance mutuelle et un partage de responsabilité dans une perspective d'autonomisation de l'individu et de sa capacité à interagir.

L'enjeu consiste, au-delà de la gestion de la maladie et de ses conséquences, à favoriser le rétablissement pour la personne, son entourage et la communauté. Le concept de rétablissement est la traduction du terme anglais *recovery*. Il s'agit d'un processus de changement, singulier et profondément personnel, des attitudes, valeurs, sentiments, buts, habiletés et rôles visant à vivre une existence satisfaisante, contributive et ouverte sur l'avenir, malgré les contraintes causées par la maladie. Cette notion est fondamentale dans les stratégies innovantes en santé mentale et va au-delà du simple processus d'amélioration de l'état de santé communément admis.

[52] Professeur Eric LATIMER, Conférence organisée par le réseau Prépsy (dans le cadre du D.U. Management et innovation en santé mentale « vers des réseaux intégrés de service en santé mentale », Paris Université Paris V) Et Cécile PETITQUEUX-GLASER, Revue Soins en psychiatrie, « Case-management : une nouvelle approche métier ? », Juillet-Août 2009, à paraître, Ed Elsevier Masson
[53] Corigan et al., Principales practice of psychiatric rehabilitation : an empirical approach, Guilford Press, 2008

Le case management facilite l'accès des usagers et de leurs proches à la prise en charge, tout en leur offrant la garantie de professionnels qualifiés, l'évaluation régulière de l'efficacité et l'efficience des méthodologies employées et la promotion des programmes de santé permettant la large diffusion des recommandations et guides de bonnes pratiques.

Les différents modèles de case management[54]

Plusieurs modèles de case management ont été identifiés à ce jour, parmi lesquels on peut mentionner les suivants :

- Le *case-management clinique* propose un intervenant pivot clinicien. Le modèle est efficace pour des personnes présentant des troubles importants induisant des difficultés de compliance, mais était peu flexible et peu intégré dans l'environnement naturel de la personne. Ce modèle est généralement observé de façon prédominante dans l'organisation du secteur psychiatrique en France, avec le système « d'infirmier référent ». Le professionnel accompagne le patient dans une relation stable et durable acceptée sur un mode volontaire.

- Le *case-management de réadaptation* est une approche développée par le *Boston University Psychiatric Center* ; l'intervention clinique s'effectue selon des modalités précises et la participation du patient est active à tous les niveaux de la démarche.

- Le *case-management* fondé sur le concept des *forces personnelles*[55] est le modèle le plus abouti sur la représentation et l'intégration dans l'environnement naturel du patient. Il s'appuie sur les capacités du patient et renforce ses habilités dans l'environnement naturel envisagé comme lieu ressource.

- Le suivi intensif en équipe (A.C.T) et le suivi intensif individuel (A.C.T Individuel) constituant des approches d'autant plus structurées qu'elles s'adressent aux 10 à 20% des utilisateurs les plus réguliers des services de santé présentant des difficultés sociales importantes et des comorbidités associées (dépendances, usagers de drogue et d'alcool). Le modèle nécessite l'organisation d'une équipe multidisciplinaire dédiée qui assure plusieurs prestations de soutien et de traitement.

[54] Classification de Corrigan et al. (2008)
[55] Charles RAPP et Richard GOSCHA, The strenghts models :case-management with people with psychiatric disabilities, 2nd Edition, Oxford, 2006

Le case-manager clinique au Québec : une illustration du concept

Le rôle de *case manager* peut être exercé à l'intérieur des structures de soins ou dans la communauté (au domicile).

Le *case manager* prend en charge de manière permanente des patients présentant des syndromes psychotiques lourds, essentiellement la schizophrénie.

Les principes d'intervention sont fondés essentiellement sur l'organisation de la continuité des soins, la mise en place de la relation d'aide et la facilitation du potentiel du patient, ce qui suppose une collaboration continue avec le psychiatre.

Le *case manager* est au centre d'un réseau qu'il doit tisser avec les autres acteurs impliqués (médico-social, social).

2.2.5. Les autres acteurs de santé

De nombreux autres professionnels sont impliqués dans la prise en charge des patients souffrant d'un trouble mental : psychomotriciens, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, ergothérapeutes, orthophonistes etc.

Des données synthétiques sur les psychomotriciens, éducateurs spécialisés et assistants sociaux sont présentés dans ce chapitre. Des fiches descriptives de l'ensemble de ces professions figurent en annexe.

Les psychomotriciens

Selon les bases de données Eco santé France, et d'après les données ADELI et DREES, il y a 6 540 psychomotriciens en 2007, contre 4 385 en 1999.

Plus de 600 psychomotriciens exercent en activité libérale.

Au sein des établissements, les effectifs varient selon le statut de l'établissement : **un CHS dispose en moyenne de 0,3 ETP contre 0,1 en établissement privé, 0,2 en CHR et en CH.**

En moyenne, cela représente environ **2,2 ETP de psychomotricien pour 1 500 patients suivis**.

Pour exercer, le diplôme d'Etat de psychomotricien ou un titre de qualification admis en équivalence est exigé. Le diplôme se prépare en trois ans dans un Institut de formation agréé par le Préfet de région.

Les éducateurs spécialisés

Au sein des établissements, les effectifs varient selon le statut, **un CHS dispose en moyenne de 0,3 ETP** contre **0,2 en établissement privé, en CHR et en CH**.

En moyenne, cela représente environ **0,3 ETP d'éducateur spécialisé pour 1 500 patients suivis.**

Le métier d'éducateur spécialisé exige un Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES).

Les assistants sociaux :

Au sein des établissements, les effectifs varient selon le statut, **un CHS dispose en moyenne de 1,9 ETP contre 2,9 en établissement privé, 1,8 en CHR et 1,6 en CH**.
En moyenne, cela représente **1,8 ETP d'assistant de service social pour 1500 patients**.

Le métier d'assistant de service social exige un Diplôme d'État d'assistant de service social (DEASS). La formation se déroule en 3 années.

Elle comprend, en alternance 12 mois de stage pratique et 1740 h de formation théorique. [56]

Le traitement brut mensuel d'un assistant de service social en début de carrière dans la fonction publique hospitalière est de 1362 €, contre 1529 € dans la convention collective de l'enfance inadaptée. Le salaire de la fin de carrière peut aller jusqu'à 2366 € dans la fonction publique hospitalière, à 2685 € dans la convention collective de l'enfance inadaptée.

2.2.6. Les associations

Le profil des associations impliquées dans la santé mentale est très divers : associations des usagers, des familles des usagers, des professionnels de santé ou autres, associations gérant des établissements médicaux-sociaux pour la prise en charge du handicap, etc.

En tenant compte de l'étendue et de la diversité des profils des associations, il n'est pas possible de prétendre à une présentation exhaustive de leurs activités ; sont uniquement abordés ici les rôles et les activités des groupes d'entraide mutuelle et la présentation des deux principales associations d'usagers et/ou de leurs familles dans le champ de la santé mentale (UNAFAM, FNAPsy).

Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

Les GEM ont été créés par la loi du 11 Février 2005, avec un cadre juridique et des modalités de financement définis par les circulaires du 30 août 2005 et 31 mars 2007.

La conception des GEM a un double but : la prévention et la compensation des conséquences du handicap et, plus spécifiquement, du handicap psychique. Ils représentent un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité.

[56] La formation théorique est constituée de :
- 1 unité de formation principale de 460 h : théorie et pratique de l'intervention en service social ;
- 7 unités de formation contributives pour 880 h au total : philosophie de l'action, éthique, droit, législation et politiques sociales etc.
-

En 2007, il existait 294 GEM qui s'étaient déclarés auprès des DDASS, gestionnaires de la convention qui lie les GEM à l'Etat[57].

L'Union Nationale des Amis et Familles des Malades Psychiques (UNAFAM)

L'UNAFAM est une association reconnue d'utilité publique en 1968, qui regroupe près de 15 000 familles, dans le but de « s'entraider et se former et agir dans l'intérêt général ».

Les adhérents sont répartis dans 97 sections départementales.

Les délégations représentent les familles et les usagers dans les instances régionales et départementales de santé mentale :

- Conseil National Consultatif des personnes handicapées (CNCPH)
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)
- Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)
- Commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique (CDHP)
- Commissions départementales de Santé Mentale (CDSM)
- Conseils d'administration des hôpitaux spécialisés
- Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ)
- Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

2000 bénévoles y travaillent et y assurent ainsi :

- **L'entraide et la formation** par
  - l'accueil dans les permanences locales
  - l'information des familles
- **L'action dans l'intérêt général** par
  - l'orientation vers les lieux de soins ou d'insertion
  - la représentation des usagers
  - la participation auprès des instances consultatives chargées de définir la politique de santé mentale
  - la promotion et le soutien à la création de structures d'accompagnement
  - la promotion de la recherche.

Concernant le champ de la recherche, l'UNAFAM est partenaire du programme de recherche « Santé Mentale » MiRe/Inserm/CNRS, lancé en 2002, et « Handicap Psychique » MiRe, lancé en 2005.

L'UNAFAM encourage le développement de la recherche clinique en conjonction avec la recherche fondamentale notamment par la création de centres de recherche intégrant cliniciens et chercheurs fondamentalistes, par exemple à Lille le « Réseau Régional de Recherche en Santé Mentale » créé en novembre 2006.

[57] Source : Association Nationale d'Expertise des Groupes d'Entraide Mutuelle

L'UNAFAM a soutenu une expertise collective sur les psychothérapies réalisée par l'INSERM en 2002 et a été l'un des partenaires avec la DGS (Direction générale de la Santé) et la FNAPsy (association de patients et ex-patients de psychiatrie).

L'UNAFAM participe aux actions de recherche relatives à l'épidémiologie génétique et à l'hypothèse neurodéveloppementale de la maladie par l'intermédiaire de sa revue (Un autre Regard) avec appel aux familles.

La Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY)

La FNAPSY est une fédération d'associations de patients ou ex-patients, regroupant un peu plus de vingt associations.

Les buts de la FNAPSY sont les suivants :

- recenser les associations françaises d' (ex) patients "psy".
- proposer un regroupement pour donner plus de force à la représentation des intérêts des associations membres auprès des instances concernées
- faciliter l'action et le développement de ces associations, chacune des associations gardant sa spécificité et son entière autonomie
- aider à la création de nouvelles associations là où il n'en existe pas
- recueillir et diffuser l'information auprès des associations et de ses membres
- informer les (ex) patients "psy" sur l'accueil existant
- agir pour faire changer le regard de chacun sur la maladie mentale.

Le poids des maladies mentales, les coûts de la prise en charge psychiatrique et les modalités de financement

Concernant les questions de financement et de coût des prises en charge, cinq groupes de questions se posent, auxquelles ce chapitre va s'attacher à répondre :

1) Quelle est la charge représentée par les maladies psychiatriques ? Quelles sont les affections les plus concernées ? Quels sont les coûts engagés ? Quels sont les postes de coût les plus importants ?

2) Quelles sont les ressources engagées en France pour prendre en charge les affections psychiatriques ? Sont-elles de hauteur suffisante (par rapport au total des dépenses de santé, par rapport aux pays comparables) ? Comment se répartissent ces ressources ?

3) Dans le cadre de ces ressources, l'organisation et le système de prise en charge sont-ils efficients, optimaux ? Ou existerait-il des modalités plus efficientes pour améliorer les prises en charge dans le cadre de l'enveloppe existante ? Que nous apprennent les analyses médico-économiques ?

4) Les actions de prévention et de dépistage sont-elles, sur le plan de l'analyse médico-économique, efficientes en psychiatrie ?

5) En particulier dans le secteur hospitalier, le projet de modifier le mode de financement des hôpitaux psychiatriques, dans l'esprit de la tarification à l'activité, a été lancé par le Ministère de la Santé. C'est le projet intitulé VAP, pour Valorisation des activités en psychiatrie. Un point d'étape sur ce projet est effectué.

Ce chapitre constitue une synthèse de l'ensemble des articles et revues analysés[58] ; le contenu détaillé de chacun de ces documents est fourni en annexe.

[58] Une analyse bibliographique a été réalisée sur la base PubMed sur les termes « cost » et « psychiatry » ou « mental health ». Les revues les plus récentes ont été retenues et intégrées dans l'étude. Cette démarche menée à partir des revues permet de parcourir un vaste nombre d'articles parus dans de nombreux pays ces dix dernières années ; les Etats-Unis et le Royaume-Uni sont les principales sources de ces publications.

1. Le poids et le coût des maladies psychiatriques

1.1. Panorama général : Le poids des maladies psychiatriques

L'appréciation relative du poids des différentes catégories de pathologies, en termes de mortalité et de handicap, effectuée par l'OMS, à travers l'indicateur DALY (« Disability Adjusted Life Years » : somme des années de vie perdues par mort prématurée et des années avec un handicap), souligne l'importance des maladies mentales.

La dépression arrive au 3ème rang des pathologies concernées après l'infarctus du myocarde et les maladies cérébro-vasculaires ; les problèmes d'alcool figurent également dans les premiers rangs.

Pathologies	**% total DALYs en Europe**
Infarctus du myocarde	10,1
Maladie cérébro-vasculaire	6,8
Dépression unipolaire	***6***
Problème avec l'alcool	***3,4***
Alzheimer et autres démences	3
Auto-mutilation	2,6
Accidents de la route	2,5
Infections des voies respiratoires	2,4
Perte de l'audition	2,3
Cancer du poumon, trachée, bronchique	2,2
Ostéoarthrite	2,1
Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,1

Le tableau suivant présente les résultats de l'OMS pour la France en 2002 concernant les pathologies psychiatriques et les démences, en donnant comme repère les chiffres pour trois pathologies non psychiatriques (unité de mesure : indicateur DALY) :

Pathologies	DALYs – France
Pathologies psychiatriques	
Dépression unipolaire	762
Problèmes avec l'alcool	399
Maladie d'Alzheimer et autres démences	289
Dépression bipolaire	91
Schizophrénie	88
Troubles liés à l'abus de drogues	48
Trouble panique	48
Troubles obsessionnels-compulsionnels	37
Quelques pathologies non psychiatriques	
Maladies cardio-vasculaires	857
Pathologies respiratoires	408
Accidents de la route	245

Ces chiffres soulignent l'ampleur des pathologies psychiatriques et leur impact social, souvent minoré face aux pathologies somatiques.

1.2.L'écart entre morbidité déclarée et morbidité estimée

Les analyses épidémiologiques soulignent en outre l'écart entre le nombre de personnes diagnostiquées, prises en charge et traitées pour une maladie mentale, et le nombre de personnes réellement touchées. Selon les affections et les pays, **on observe entre 30 et 80% de patients non diagnostiqués**. En matière de dépression par exemple, on observe des taux entre 45 et 70%. Et la sévérité de l'atteinte n'est pas forcément corrélée avec un meilleur taux de diagnostic.

D'après une vaste revue de littérature européenne (Wittchen, 2005), seulement 25,7% de personnes malades ont été vues en consultation (privée ou hospitalière), toutes pathologies confondues. Ce pourcentage s'élève à 40% pour un malade atteint de plusieurs pathologies et diminue à 8,3% pour les personnes subissant une dépendance alcoolique. Une minorité de patients est donc suivie et prise en charge. En fait, les auteurs évaluent que **seulement un patient sur deux a été vu par un professionnel de santé au moins une fois pour son affection mentale.**

Les explications d'une telle discordance sont multiples :

- problème non identifié ou reconnu comme tel
- impression qu'il n'y a pas de traitement efficace
- idée que le problème va se résoudre tout seul
- volonté de traiter le problème par soi-même
- manque de connaissance des maladies mentales
- stigmatisation
- obstacles financiers
- insuffisance d'offre ou de disponibilité des traitements.

Ces écarts se traduisent aussi bien par une absence de prise en charge que par des retards de prise en charge.

Le paradoxe est qu'on observe aussi et dans le même temps **des proportions non négligeables de patients non objectivement déprimés et pourtant traités pour dépression**.

Une étude effectuée par l'IRDES en 1999 sur la dépression en France illustre ce paradoxe ; la dépression était appréciée par plusieurs méthodes dans un échantillon d'individus de plus de 16 ans : déclaration par les intéressés, application du test du Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview), prise d'antidépresseurs. Le tableau suivant reprend les résultats de cette étude :

	Déclaration de symptômes dépressifs par les individus		
Dépression selon le Mini	Oui	Non	Total
Oui	3,80%	8,10%	11,90%
Non	2,50%		
Total	6,30%		

En termes de traitement, 9 personnes sur 10 déclarant des symptômes dépressifs, indiquent avoir été traitées dans l'année ; mais seulement 13% des personnes repérées par le Mini seul sans avoir déclaré de dépression sont traitées. Et par contre, 0,5% des personnes consomment des antidépresseurs sans déclarer de dépression ni être repérés par le Mini.
Ainsi, au total, ce sont 14,9% de personnes qui sont touchés par la dépression, selon l'une ou l'autre des approches, mais seulement 3,8% sont dépressives selon tous les critères !

L'ensemble de ces observations a deux conséquences :

- la pression de la demande encore non exprimée pourrait se faire plus forte dans les années à venir, et ce face à une offre qui n'augmentera pas ;
- ces pathologies non diagnostiquées, non traitées, entraînent des coûts indirects élevés : arrêts maladie, retraites anticipées, absentéisme, perte de productivité, décès prématurés, précarité, violences, etc. Du point de vue sociétal, ces coûts sont bien supérieurs aux coûts directs « évités » du fait de l'absence de consultations et de traitements des patients. Ce constat rend très actuels les débats

sur l'opportunité de mettre en place une politique de dépistage de ces affections, notamment de la dépression (cf. plus loin).

1.3. Données de coûts par pathologie

1.3.1. Méthodologie de mesure des coûts

Les méthodologies employées pour estimer les coûts dans les différentes études sont exposées et analysées de manière détaillée dans les annexes. D'une manière générale, on distingue trois grands postes de coûts :

- les coûts directs médicaux sont les plus aisés à estimer, sachant que, pour connaître les coûts à l'échelle d'une population, il est nécessaire de procéder à des estimations ;
- les coûts directs non médicaux sont déjà moins aisés à évaluer ; bien sûr, les coûts liés aux transports, à l'aide sociale, sont accessibles, mais d'autres comme les coûts liés aux coûts des refuges pour les sans-abri, les dépenses juridiques, par exemple, le sont beaucoup moins (leur pertinence est d'ailleurs discutée) ;
- les coûts indirects sont très difficiles à estimer et ne sont pratiquement jamais comparables d'une étude à l'autre : problème du champ des pertes de production (patients, proches, famille), de la méthode de comptabilisation, de l'actualisation, etc. Les coûts liés à la mortalité prématurée posent le plus de problèmes avec les questions du coût des secours pris en compte, du coût de l'intervention policière, du coût de la perte de productivité, etc.

Les articles et revues analysés, sélectionnés parmi les plus récemment publiés, permettent de dresser un panorama de cette problématique.

1.3.2. Observations liminaires

Globalement, les coûts liés aux pathologies mentales sont importants ; quand on rapporte les coûts médicaux directs aux dépenses globales de santé du pays, on atteint entre 1 et 2% **pour chacune des pathologies étudiées** (troubles affectifs, troubles anxieux, schizophrénie) [entre 0,5% et 1,7% par exemple au Royaume Uni].

D'une manière générale, les coûts directs sont largement inférieurs aux coûts indirects. Pour la dépression ou la dépression bipolaire, ces coûts directs ne représentent que 10% à 28% des coûts globaux. Il en est de même pour la schizophrénie (pourcentage allant de 19% à 53%) et pour les troubles anxieux (25%). Ainsi, **les conséquences économiques négatives des maladies mentales sont bien supérieures aux coûts des traitements**.

1.3.3. Données françaises

A partir des données disponibles dans la littérature, une revue européenne (Andlin-Sobocki, 2005) a estimé les coûts des pathologies mentales dans différents pays ; les estimations pour la France sont présentées dans les 2 tableaux ci-dessous pour l'année 2004.

Coûts globaux :

	Addiction	Troubles affectifs	Troubles anxieux	Troubles psychotiques
Prévalence 18- 65 ans	462 184	2 884 026	4 510 912	295 798
Coût total Millions €	3 011	14 448	5 386	3 279

Note : les coûts directs non médicaux n'ont pas été pris en compte pour les troubles affectifs et anxieux.

Coûts par patient :

Coûts annuels par patient en euros	France	Europe (UE25 + Suisse + Islande + Norvège)
Schizophrénie	**11 084**	7 688
Sd maniaco-dépressif	**7 370**	6 081
Addic. (alcool)	**7 179**	5 836
Addic. (drogue)	**5 516**	3 823
Dépression	**4 702**	3 826
Anxiété généralisée	**2 524**	1 804
Phobie sociale	**1 213**	937
Panique	**1 202**	967
Agoraphobie	**1 135**	941
Phobies	**657**	517
Tr. Compulsifs	**442**	350

Les coûts par cas sont d'autant plus élevés que le produit intérieur brut est élevé, ce qui explique la moyenne européenne plus basse que les chiffres français.
Les coûts se répartissent, pour les pathologies mentales, comme suit, par grands postes :

- 50% en coûts indirects
- 39% en coûts directs médicaux
- 11% en coûts directs non médicaux

1.3.4. Données par pathologie

L'anxiété

Les troubles anxieux comprennent les troubles paniques, l'anxiété généralisée, divers types de phobies (phobie sociale, agoraphobie, phobies spécifiques, etc.), et les troubles obsessionnels-compulsifs, ainsi que les troubles liés à un stress ; pour ces deux derniers diagnostics, toutefois, il n'y a pas d'études de coûts disponibles.
Une revue européenne fait le point sur le sujet (Andlin-Sobocki, 2005). Dans le tableau ci-dessous, l'étude sur l'anxiété généralisée est une étude française, l'étude sur la panique est une étude espagnole. Les chiffres sont donnés en euros réévalués pour l'année 2003, et par patient.

Affections		Coûts par personne en euros		
		Coûts directs médicaux	Coûts indirects	Coûts totaux
Anxiété généralisée	Sans co-morbidités	1958	969	2927
	Avec co-morbidités	3194	1659	4853
Panique	Avant diagnostic	489	1104	1593
	Après diagnostic	778	234	1012

Les études internationales ont montré que les coûts des différents troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, phobies spécifiques, trouble obsessionnel-compulsif, panique, agoraphobie) sont de l'ordre de 1500 € par patient et par an pour la plupart de ces pathologies, le trouble obsessionnel-compulsif ne représentant qu'un coût total de 550 € par patient et par an. Les coûts directs représentent entre 25% et 75% des coûts totaux.
On peut remarquer que les troubles liés à l'anxiété sont, en termes de coûts, peu analysés.

La schizophrénie

Une étude française (Rouillon et al.) portant sur cette pathologie donne un coût direct de 2,3 milliards de dollars US (valorisation 1992), et a estimé les coûts directs à 9 257 euros par patient et par an, chiffre réévalué pour l'année 2004.

Selon les études, la part des coûts indirects varie beaucoup : 52% à 70%.

Les coûts directs non médicaux représentent aussi une part significative du total : 12% dans une étude américaine.

Une étude très précise des coûts a été réalisée au Royaume Uni sur les différentes populations de schizophrènes (Mangalore, 2007) : restant à domicile, en institution, sans domicile fixe et en prison. Les coûts par patient et par an, incluant les coûts indirects (absence d'emploi, absentéisme, perte de productivité de l'entourage), les coûts directs non médicaux (justice, pensions, administration) et les coûts directs, variaient, selon les populations, de 42 342 £ par personne et par an pour les patients demeurant à domicile, à 71 162 £ pour les personnes en institution, 39 320 £ pour les personnes sans abri et 2 086 £ pour les personnes en prison. Cette étude montre bien la complexité du calcul des coûts et éclaire les disparités selon les populations de schizophrènes.

La dépression, les troubles bipolaires

Les coûts médicaux directs pour trouble bipolaire s'élèvent en France à 2 879 € par patient et par an (en 1996) (Dardennes, 2006). Ils se répartissent ainsi :

- coûts médicamenteux : 10% des coûts directs,
- hospitalisations : 75% des coûts directs, soit 2 146 € par patient et par an.

Mais une analyse plus précise des coûts hospitaliers en France pour cette affection aboutit à un coût moyen de 3 400 € par patient, soit un coût global de 1,3 Mds € (valeur 1999) (de Zélicourt, 2003).

Il n'y a pas d'estimation des coûts directs non médicaux ou des coûts indirects ; pour ces catégories de coûts, seules des estimations américaines sont disponibles, non transposables en France.

Selon ces études américaines, les coûts indirects représentent de 50 à 80% des coûts globaux (pertes de productivité liées à la maladie, pertes de productivité des proches prenant en charge le patient, décès prématurés).

Une récente revue européenne fournit des estimations de coûts complets pour la dépression (Sobocki, 2006). Les coûts directs non médicaux ne sont pas estimés mais sont a priori faibles par rapport aux coûts indirects et aux coûts directs médicaux.

Les coûts par patient (pour l'année 2004) sont en France d'environ 1 500 € pour les soins médicaux, 500 € pour les médicaments et 3 700 € pour les coûts indirects.

Les coûts globaux sont donnés dans le tableau suivant pour l'année 2004, en France, en millions d'euros :

Coûts directs		Coûts indirects		**Coûts totaux**
Soins médicaux	Médicaments	Morbidité	Mortalité	
5 403	1 958	9 191	507	**17 059**

On distingue au sein des coûts indirects les coûts liés à la morbidité (arrêts de travail, mise à la retraite anticipée), et les coûts liés à la mortalité prématurée comprenant les pertes de productivité.
Les coûts rapportés par habitant sont en moyenne de 253 € par habitant en Europe ; en France, ce coût atteint 300 € par habitant.

Au total, la dépression coûte environ quelque 118 milliards € en Europe (les 25 pays de l'Union européenne plus la Norvège, l'Islande et la Suisse) en 2004, avec un coût direct de 42 milliards € (hospitalisation : 10 milliards, médicaments : 9 milliards et consultations : 22 milliards) ; les coûts indirects liés surtout à la morbidité totaliseraient 76 milliards € (soit 65% du coût global).

L'OMS prévoit en outre une progression de la prévalence, **ce qui conduirait la dépression dans les années 2020 à la deuxième position des pathologies les plus coûteuses**.
Une étude sur l'évolution des coûts de la dépression en Suède (Sobocki, 2007) a montré sur une période de 9 ans (1997-2005), que les coûts totaux ont doublé, avec des coûts d'hospitalisation stables (baisse du nombre de jours d'hospitalisation), et des coûts de consultations et soins externes qui ont pratiquement doublé. Les coûts des médicaments ont, depuis les années 1980, été multipliés par 9, les antidépresseurs représentant 89% des médicaments en 2005. Les coûts indirects représentent la grande majorité des coûts (86%).

Les personnalités pathologiques

Dans l'étude de référence hollandaise (Soeteman, 2008), la moyenne des coûts directs est de 7 398 € par patient et par an (année 2005), dont 33% pour les coûts liés à une hospitalisation, et 26% pour les coûts liés aux consultations et soins externes.
Les pathologies impliquant les coûts les plus élevés sont les personnalités paranoïdes, les personnalités « limite », et les personnalités obsessionnelles compulsives.
Les coûts indirects sont, pour les personnes ayant un travail, de 6 112 euros par patient et par an pour l'absence au travail, 960 € pour l'efficacité réduite au travail. Le nombre de jours perdus par absentéisme est de 47,6 jours par patient et par an. Le total des coûts indirects estimés est d'environ 7 088 euros par an et par patient. Ces coûts sont augmentés pour les personnalités « limite », obsessionnelles, et varient selon le sexe.
Ainsi, le coût total induit par les troubles de la personnalité s'élève à 11 126 € par patient et par an (entre 0 € par personne non traitée, sans travail, et 147 700 €).
Il est à noter que pour certaines personnalités (schizoïde ou schizotypique), les coûts médicaux sont inférieurs aux coûts médicaux observés pour des personnes sans trouble de la personnalité !

En conclusion

Il s'avère que les coûts varient beaucoup d'une étude à l'autre et d'un pays à l'autre pour une même pathologie. On constate que, à l'intérieur d'un même pays, des études effectuées sur une même période peuvent donner des résultats différents en matière de coûts directs (c'est encore pire pour les coûts indirects).
Les raisons de ces disparités sont liées à de nombreux facteurs : différences de population, de prise en charge, de qualité de soins, différences dans les méthodes de mesure, dans les définitions des affections, dans les coûts pris en compte, méthodes d'extrapolation, etc. Et les comparaisons entre pays sont encore plus ardues puisque l'on compare alors des systèmes de santé différents, ce qui conduit à se fonder sur les estimations de coûts les plus simples et les plus facilement disponibles. Il paraît à cet égard prudent, dans les exercices de comparaisons internationales, de s'en tenir aux estimations des coûts directs médicaux, tout en gardant à l'esprit que les coûts indirects représentent la majorité des coûts. Du reste, du point de vue des payeurs (assurance maladie), seuls les coûts médicaux directs et les pensions sont des valeurs utiles pour la décision.

On doit notamment retenir de ces travaux complexes que la dépression est la pathologie neuropsychiatrique la plus fréquente, une des moins bien traitée et diagnostiquée alors que sa répercussion sur le mode de vie des patients est très importante, et que son coût indirect est très élevé selon les estimations (absentéisme, arrêt de travail, retraite anticipée, décès). En outre, selon l'OMS, les coûts liés à la dépression devraient augmenter du fait d'une augmentation attendue de l'incidence.

Les pathologies induisant les coûts par patient les plus élevés sont la schizophrénie, les troubles bipolaires et la dépression.

De cette analyse des données internationales, on peut retenir enfin que fort peu sont françaises ; la majorité provient des Etats-Unis et du Royaume-Uni. Les quelques études françaises sont déjà un peu anciennes et ont travaillé essentiellement sur les coûts directs.
Ainsi, **il existe une lacune importante en France dans ce domaine.**

1.4. Peut-on prédire ou maîtriser les facteurs de coûts en cas de maladie mentale ?

Les tentatives pour identifier des facteurs prédictifs des coûts ont été peu fructueuses. Bien que l'on ait identifié des facteurs prédictifs comme le diagnostic, les antécédents, l'âge et le sexe, les variations ne vont pas toujours dans le même sens, et aucun modèle ne rend parfaitement compte des variations de coûts (au mieux, la moitié des coûts est expliquée). D'autres facteurs prédictifs des coûts, mal étudiés, pourraient constituer des variables importantes comme les caractéristiques socio-économiques du patient, son lieu d'habitation, les facteurs environnementaux, le degré de cohésion sociale avec le voisinage.

2. Les ressources engagées en France

Plusieurs sources de données disponibles permettent de cerner le coût direct de la prise en charge des maladies psychiatriques en France :

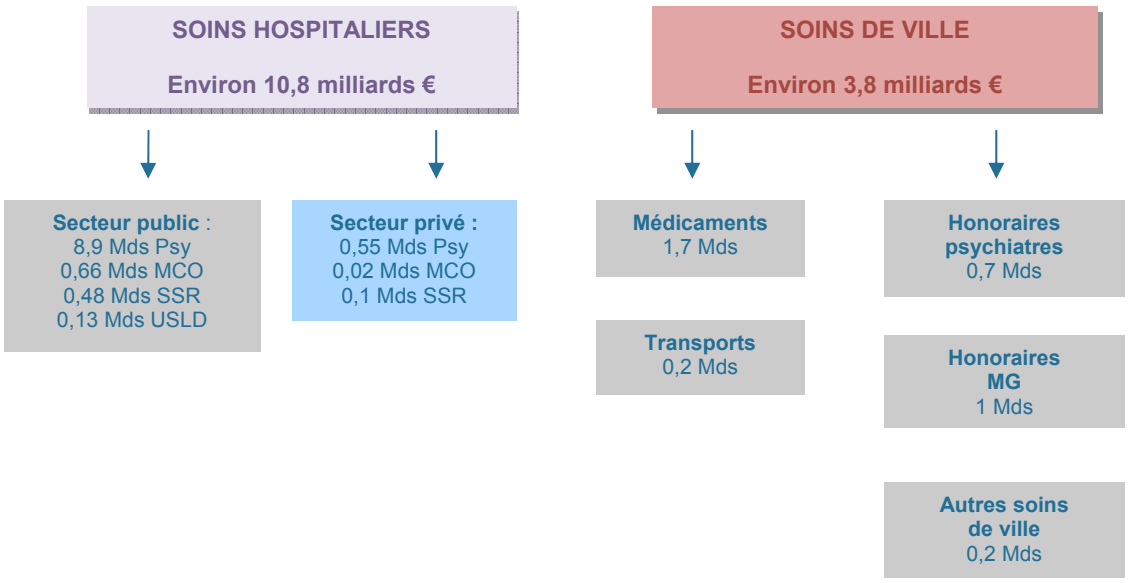
- La DREES et l'IRDES publient depuis le début des années 2000 une ventilation des Comptes de la Santé par grande famille de pathologies. La dernière publication en date est celle de juillet 2006 portant sur les données de l'année 2002[59].
- Des données de coûts concernant les affections de longue durée (ALD), ouvrant droit au remboursement des soins à 100% par l'assurance maladie obligatoire, ont été publiées par la CNAMTS en 2006[60]. Ces données concernent bien entendu les malades les plus sévères, les critères d'admission en ALD étant précis sur ce plan.
- L'enquête MEDICAM fournit les éléments issus du codage des médicaments (codes CIP) en officines de ville pour le régime général d'assurance maladie.
- Les données de comptabilité hospitalière permettent de disposer des budgets des établissements psychiatriques.
- Les données du PMSI court séjour permettent de calculer la part des pathologies psychiatriques prises en charge dans les hôpitaux non psychiatriques, et leur coût.
- Concernant les soins de ville, plusieurs sources de données sur l'activité des professionnels libéraux sont disponibles pour apprécier la part des pathologies psychiatriques et leur coût.

L'ensemble de ces études et chacun des grands postes de dépenses sont détaillés en annexe.

La synthèse des données assemblées permettent ainsi de compléter, corriger sur certains points et actualiser les évaluations fournies dans les Comptes de la Santé.
Comme les données sont issues d'années différentes, cette étude a tenté de reconstituer un compte pour l'année 2006 en actualisant les différents éléments issus des années précédentes.

[59] Fénina A, Geffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon L, Sermet C, Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France, Questions d'Economie de la Santé n° 111, IRDES, juillet 2006.
[60] Vallier N, Salanave B, Weill A, Coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie, Points de repère, CNAMTS, n° 3, octobre 2006.

Le schéma suivant retrace dans les grandes lignes les grands compartiments du financement des soins psychiatriques :



On obtient une évaluation des dépenses directes de soins en rapport avec la pathologie psychiatrique, tous soins confondus, autour de **14,6 milliards d'euros**, le secteur hospitalier représentant 74% de ce total. Les CHS représentent dans ces estimations la moitié des dépenses hospitalières.

Ceci signifie que plus de 9% de la consommation des soins et biens médicaux concernent le traitement et la prise en charge des maladies mentales[61].
Rappelons que sont comptabilisées ici les dépenses totales de santé présentées au remboursement (estimation sur l'année 2006), excluant donc le champ médico-social d'une part, les psychothérapies en ville d'autre part.
Par rapport aux pays comparables pour lesquels il existe des données similaires, **la France se situe dans les pays à fort taux de dépenses de santé mentale au sein des dépenses de santé**.

En outre, il faut ajouter les dépenses liées aux allocations spécifiques. Une évaluation des coûts liés aux minima sociaux en rapport avec les troubles psychiques donne un montant de 3,4 milliards d'euros.

[61] Les Comptes de la santé 2006 indiquent que la consommation de soins et biens médicaux, tous financeurs confondus, représente 156,6 Milliards d'euros.

Comparaisons internationales

L'OMS, dans son Atlas de la Santé mentale dans le monde, a opéré des comparaisons sur le taux de dépenses de santé affectées à la santé mentale. Il s'avère que la France est l'un des pays présentant le taux le plus élevé. Dans le document de l'OMS (daté de 2005), la France présente un taux de 8%. Les autres pays pour lesquels l'information est disponible et présentant un taux équivalent ou supérieur sont : la Hongrie (8%), l'Australie (9,6%), le Royaume Uni (10%), la Nouvelle-Zélande (11%), la Suède (11%), le Luxembourg (13,4%). Au Japon, on trouve un taux de 5%, aux Etats-Unis 6%, aux Pays-Bas 7%.
Il faut cependant souligner que peu de pays sont en mesure de fournir ce taux, n'ayant pas un suivi particulier des dépenses de santé mentale (ainsi en Allemagne, Autriche, Italie, Danemark, Suède, Suisse, Canada…).

3. L'efficience des prises en charge des maladies mentales

Les maladies psychiatriques, et notamment la dépression, ont fait l'objet d'une importante littérature sur l'évaluation des traitements et des programmes de prise en charge, de prévention, de dépistage, d'amélioration de la qualité. L'évaluation des traitements est cependant bien plus analysée que les autres aspects. De cette littérature, il ressort des résultats quelque peu contradictoires même si de grands axes se dégagent. Il s'avère que la nature des programmes et le type d'organisation du système de soins concerné sont déterminants pour induire des résultats favorables. Il existe malheureusement très peu d'études réalisées en contexte français, et les études réalisées dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis, ne sont pas toujours transposables.
Quoi qu'il en soit, nous avons passé en revue quelques articles importants, publiés ces dernières années sur la recherche en matière d'efficience économique des prises en charge des maladies mentales. Très peu d'études sur les médicaments antidépresseurs eux-mêmes (les plus nombreuses) sont citées ici, en dehors des travaux de l'OMS qui, adoptant une certaine hauteur de vue, étudient et comparent les différentes stratégies thérapeutiques adoptées dans le monde pour traiter les maladies mentales. L'accent est plutôt mis sur les autres aspects des prises en charge.

L'ensemble des études analysées sur l'efficience des prises en charge permet de dresser quelques conclusions :

- D'après les travaux de l'OMS, l'affection pour laquelle **le traitement est le plus intéressant sur le plan de l'efficience est la dépression**, du fait de l'importance de la morbidité, dès lors qu'on atteint au moins 50% de couverture de la population cible.

- Dans leur grande majorité, **les études reconnaissent une efficacité identique, voire supérieure, des alternatives à l'hospitalisation**, moins coûteuses, même si la permanence dans le temps des résultats, en cas de supériorité des alternatives, n'est pas toujours avérée.
  D'une manière globale, toutefois, en termes d'organisation générale des soins psychiatriques, il est **important de ne pas opposer les deux formes de prise en charge**, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers devant être organisés de façon équilibrée pour offrir aux patients les différentes formes de prise en charge adaptées à leurs cas : soins hospitaliers spécialisés, soins de crise, hébergements de longue durée, alternatives à l'hospitalisation, ateliers de réadaptation, équipes communautaires, soins primaires, etc. Et le point important réside dans la collaboration entre les différents segments : généralistes, psychiatres, structures hospitalières.

Du reste, en France, les hospitalisations et les alternatives font partie d'un système de prise en charge unifiée et complémentaire, il n'y a pas comme dans d'autres pays de situations tranchées. De fait, les évaluations étrangères ne sont pas transposables telles quelles en France.
Par ailleurs, les baisses drastiques des durées de séjour hospitalières observées ces trente dernières années n'ont pas produit de résultats néfastes sur la qualité des prises en charge.

- Dans le domaine de la dépression, plusieurs expérimentations de type « managed care », ou programmes d'amélioration de la qualité de la prise en charge, ont été menées dans les pays anglo-saxons pour améliorer les prises en charge et la prévention des récidives. Ces programmes comportaient plusieurs types d'actions, délivrées isolément ou de façon combinée : formation des praticiens, suivi téléphonique des patients, remise de documents écrits ou autres outils pédagogiques, outils d'évaluation des symptômes dépressifs, supervision par un psychiatre lorsque l'intervention est dirigée par un infirmier ou un psychologue (« care manager »), psychothérapie associée. Les interventions uniques paraissent sans effet notable. Par contre, **les interventions combinées, associant des actions auprès des professionnels et auprès des patients, ont des ratios coût/efficacité ou coût/utilité favorables**, notamment dans les stades sévères, et ce d'autant plus que sont pris en compte les coûts indirects. Le suivi téléphonique, notamment, du fait de son faible coût, s'avère intéressant. Il demeure que les conditions de mise en œuvre des prises en charge influent grandement sur ces ratios coût-utilité, certains ratios de coût par QALY atteignant des valeurs élevées.
  Dans l'ensemble de ces programmes, trois types d'actions paraissent majeures en complémentarité :
  - un dépistage des patients,
  - l'emploi de « care managers » professionnels de la santé mentale,
  - une supervision régulière des soins.

  Il est important aussi d'assurer une étroite collaboration entre généralistes et psychiatres.

  Les études citées tendent à indiquer qu'une gestion plus intégrée de la prise en charge de la dépression et des programmes d'amélioration de la qualité peuvent donc induire en retour des bénéfices pour la collectivité. Une difficulté est de poursuivre ces programmes sur le moyen terme, sans quoi les bénéfices s'estompent.

- Dans le contexte français, très peu d'études sont disponibles sur ces questions, et il est difficile de transposer les expérimentations américaines tant les modes d'organisation sont différents. Un besoin émerge de pouvoir développer des études médico-économiques d'envergure comparant plusieurs modalités de prise en charge pratiquées en France. L'IRDES est l'une des institutions qui développe des axes de recherche dans cette direction.

- Par ailleurs, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) a édité en 2008 une brochure sur les indicateurs en psychiatrie, produisant trois types d'indicateurs : d'activité, d'analyse, et d'efficience. Ce travail a privilégié les indicateurs quantitatifs, en se basant notamment sur le RIM-P (cf. chapitre sur la réforme du financement) et en distinguant les différents types de prise en charge. On trouve ainsi des indicateurs d'efficience comme la file active par ETP médical, le coût du personnel par journée d'hospitalisation, etc.

4. Les actions de prévention et de dépistage en psychiatrie

Plusieurs publications ont cherché à évaluer si les actions de prévention de pathologies psychiatriques présentaient un rapport coût/efficacité favorable.
Au regard du poids économique représenté par les maladies mentales, estimé par l'Organisation internationale du Travail entre 3% et 4% du PIB dans les pays développés, et de leur fréquence (un individu sur 4 rencontrera un problème psychiatrique dans sa vie), il paraît de bon sens en effet de chercher à prévenir ou dépister tôt ces troubles pour intervenir à temps et éviter des évolutions péjoratives sur le long terme. Il existe des études indiquant que des actions de prévention portant sur des facteurs de risque de troubles mentaux peuvent être efficaces à court terme. Dans la dépression ou la schizophrénie, il a aussi été montré qu'un dépistage et une intervention précoces étaient efficaces. Ces actions sont-elles pour autant efficientes sur le plan économique ?

Dans le domaine de la santé mentale, les quelques analyses médico-économiques portant sur des actions de prévention indiquent que deux domaines essentiellement présentent des ratios coût-efficacité ou coût-utilité favorables :

- des actions de prévention de la dépression et du suicide (à destination de populations à risque),
- et les interventions en matière de développement précoce de l'enfant.

Toutefois, les résultats s'avéraient peu généralisables, tant les circonstances propres du pays concerné et du programme interagissaient avec l'effet des interventions.

Il est possible que d'autres types d'actions puissent se révéler efficientes, notamment dans le milieu du travail, avec les programmes de réduction du stress au travail, mais il n'y a pas d'éléments médico-économiques disponibles dans le domaine spécifique de la santé mentale. Des programmes globaux de promotion de la santé sur le lieu de travail ont été mis en place aux Etats-Unis (Pelletier, 2005[62]), notamment auprès de populations à risque (dépistage de l'hypertension, aide à l'arrêt du tabac, réduction du stress, promotion de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée, etc.), et se révèlent intéressants en termes coût/efficacité, avec, en bénéfices économiques attendus, une réduction de l'absentéisme et une amélioration de la productivité, ainsi qu'une réduction des primes d'assurances dans certains cas par diminution des dépenses de soins médicaux des employés. Les auteurs observent que l'attention portée aux problèmes psychologiques et mentaux au sein de tels programmes de promotion de la santé, est très récente.

[62] Pelletier KR, A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite : Update VI 2000-2004, J Occupational and Environmental Medicine, 2005, 47:1051-1058

Parmi ces actions générales de prévention des maladies mentales, la dépression est particulièrement étudiée. Une question spécifique porte sur le dépistage de cette affection en population générale. Une étude britannique s'est penchée sur cette question (Gilbody, 2006) et conclut qu'une politique de dépistage généralisé de la dépression, de façon isolée, ne rencontre pas les critères de mise en œuvre d'un programme de dépistage ; le ratio coût/bénéfice n'est pas acceptable. Cela étant, faire du dépistage l'une des composantes d'un programme global de prise en charge (programme « intégré ») peut s'avérer intéressant, comme il a été indiqué précédemment.
Mais avant d'engager de telles actions de dépistage, l'urgence serait déjà de s'assurer que des soins de qualité sont délivrés en routine pour les patients suivis pour dépression, notamment en termes de durée de traitement, de posologie, de prévention des récidives.

5. Les perspectives de réforme du financement des établissements psychiatriques

Depuis la mise en place de la Tarification à l'activité (T2A) dans le secteur du court séjour en 2004 et 2005, a émergé l'idée d'adapter un système de même nature pour les établissements psychiatriques. Un tel système a été appelé « Valorisation des activités en psychiatrie » (VAP).
Les travaux sont en cours pour déterminer le schéma du futur système d'allocation de ressources qui devrait, comme pour les autres secteurs, être mixte, associant un financement en fonction des activités assurées et des dotations pour les missions d'intérêt général (MIG), ainsi que des financements supplémentaires pour les produits pharmaceutiques les plus coûteux.
Précisément, la circulaire DHOS du 15 mars 2007 relative à l'état d'avancement de la VAP évoque quatre compartiments de financement :

- un compartiment géo-populationnel prenant en compte les facteurs géographiques, épidémiologiques et socio-démographiques (précarité, densité médicale…), sur les plans régional, territorial et sectoriel ;
- un compartiment « missions d'intérêt général », qui comprendra, outre les missions déjà répertoriées pour le secteur de court séjour, certains fonctionnements et prises en charge spécifiques à la psychiatrie ;
- un compartiment « tarification à l'activité », finançant des activités réalisées en hospitalisation ou en ambulatoire, identifiées par le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) ;
- un compartiment « médicaments coûteux ».

Cette discipline présente des spécificités notamment en termes d'atomisation des structures, d'organisation territoriale, de poids des soins ambulatoires, de juxtaposition et de chevauchement des modes de prise en charge, si bien que les travaux sont complexes.
Un effort particulier a été entrepris en 2007 avec la mise en place d'un nouveau système de recueil d'activité, le Résumé d'information médicale en Psychiatrie (RIM-P). Les données 2008 ont été exploitées par l'ATIH.
Suite à la généralisation de ce recueil, la prochaine étape sera de lancer les travaux d'une Etude nationale de coûts spécifique à la psychiatrie.

5.1. Le RIM-P

La mise en place du RIM-P est issue de la réflexion ayant conduit à abandonner l'ancien PMSI psychiatrie, jugé par les professionnels inadapté aux spécificités de la psychiatrie, car sans doute trop proche dans l'esprit du « modèle » du PMSI de court séjour. En particulier, les expérimentations effectuées sur la base de ce PMSI de psychiatrie en 1998 et 2002 ont abouti à une absence de validation de la classification en Groupes Homogènes de Séjours proposée. Néanmoins, les débats à cette occasion et la recherche de simplification du recueil ont permis de construire le RIM-P qui a vocation à devenir un outil pour baser le compartiment « activité » de la future VAP, mais aussi à fournir une source de données objectives et partagées sur l'activité en psychiatrie.
Il a été rendu obligatoire et opposable à tous les établissements par l'arrêté du 29 juin 2006. Pour des raisons pratiques, sa date de mise en œuvre a été reportée au 1er janvier 2007.
Ce recueil s'adresse à tous les établissements publics ou privés titulaires d'une activité de soins en psychiatrie[63]. Sont exclues du champ du recueil les activités réalisées par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les centres de cures ambulatoires d'alcoologie, qui relèvent du champ médico-social.
Le recueil porte sur l'ensemble des prises en charge sanitaires à temps complet, à temps partiel et ambulatoires, y compris la psychiatrie de liaison, quel qu'en soit le lieu.
Pour les prises en charge à temps complet, les formes d'activité suivantes sont distinguées :

- l'hospitalisation à temps plein
- les séjours thérapeutiques
- l'hospitalisation à domicile
- le placement familial thérapeutique
- les prises en charge en appartements thérapeutiques
- les prises en charge en centres de post-cure psychiatriques
- les prises en charge en centre de crise

Pour les prises en charge à temps partiel, les formes d'activité sont :

- l'hospitalisation à temps partiel de jour

[63] Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie, Ministère de la Santé, 2006

- l'hospitalisation à temps partiel de nuit
- la prise en charge en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) et en atelier thérapeutique

Enfin, pour les prises en charge ambulatoires, on distingue :

- l'accueil et les soins au centre médico-psychologique (CMP)
- l'activité d'accueil et de soins dans un autre lieu que les CMP (dont la psychiatrie de liaison, l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers…)

Les autres activités (expertise, actions pour la communauté…) relèvent du champ des missions d'intérêt général (cf. plus loin).

Le relevé se fait au niveau de l'unité médicale.

En hospitalisation, les informations sont enregistrées sous forme d'un résumé de séjour qui correspond à une ou plusieurs séquences. Le séjour est propre à une nature de prise en charge, et s'arrête lorsque le patient sort de l'établissement, est muté dans un autre champ d'activité (MCO, SSR…) ou voit se modifier la nature de sa prise en charge. La séquence correspond à une période du séjour, dans un trimestre donné, bénéficiant d'une prise en charge homogène en termes de forme d'activité ; elle se termine lorsque le patient change de mode légal de séjour, lorsqu'il y a changement de trimestre, lorsqu'il y a sortie d'essai d'une durée supérieure à 48h, lorsqu'il y a changement de forme d'activité, et facultativement lorsqu'il y a changement d'unité médicale.

Le détail du contenu du RIM-P est donné en annexe.

En ambulatoire, il s'agit d'un relevé d'actes (ce relevé ne concerne pas les établissements privés sous Objectif Quantifié National). Outre les informations communes avec le relevé d'hospitalisation, les données spécifiques recueillies sont :

- Date de l'acte
- Nature de l'acte, selon la terminologie de la grille EDGAR[64] (une seule réponse possible par acte) :
    - Actes effectués en présence du patient :
        - Entretien
        - Groupe (ergothérapie, psychothérapie…)
        - Accompagnement (avec ou sans déplacement) (soins éducatifs, relationnels, de réadaptation et réinsertion…)
    - Actes effectués en l'absence du patient :
        - Démarche (mesures sociales, placement, adaptation sociale ou professionnelle…)
        - Réunion clinique pour un patient

[64] Grille EDGAR : **E**ntretien, **D**émarche, **G**roupe, **A**ccompagnement, **R**éunions

- Lieu de l'acte
- Catégorie professionnelle de l'intervenant : médecin, infirmier, psychologue, assistant social, personnel de rééducation, personnel éducatif, etc.
- Nombre d'intervenants
- Indicateur d'activité libérale

A souligner que ces informations permettent de remplir aisément les rapports de secteur. La nature des données et leurs définitions sont identiques.

Le socle de données présentées ici constitue les informations nécessaires au recueil d'activité. En outre, des informations complémentaires sont demandées ; ce sont des informations destinées à des enquêtes récurrentes réalisées par les services de l'Etat. Il s'agit d'informations relatives aux caractéristiques sociales des patients.

Les fichiers de résumés de séquences, lors de leur transmission, font l'objet d'une procédure d'anonymisation via un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH[65], selon les mêmes principes que ceux développés dans le PMSI de court séjour (transformation de la date de naissance en âge, transformation des dates d'entrée et de sortie en délais, avec indication du mois de sortie, etc.). Il en est de même pour les fichiers d'activité ambulatoire.
Les informations sont transmises à l'ARH chaque trimestre.

Sur l'année 2008, l'ensemble des données est maintenant disponible.
Par exemple, le tableau suivant fournit la liste des diagnostics de pathologie mentale représentant les 2/3 des journées :

[65] Agence Technique de l'Information Hospitalière

Code CIM-10	Libellé de la catégorie diagnostique	Nb séjours	Nb journées	Nb actes	Nb patients	% journées
F20.0	SCHIZOPHRENIE PARANOIDE	58 047	2 159 529	724 408	49 144	13,1%
F10.2	TBL. MENT. DUS A ALCOOL : SYND. DE DEPENDANCE	25 459	507 861	215 745	35 029	3,1%
F22.0	TBL. DELIRANT	12 691	464 197	201 342	17 770	2,8%
F32.2	EPISODE DEPRES. SEVERE SANS SYMPT. PSYCHOT.	22 767	453 047	250 319	41 017	2,7%
F84.0	AUTISME INFANTILE	9 025	414 544	61 739	6 154	2,5%
F20.1	SCHIZOPHRENIE HEBEPHRENIQUE	8 867	394 733	113 926	7 756	2,4%
F20.00	SCHIZO PARANOÏDE CONTINUE	7 864	354 597	74 147	5 647	2,1%
F20.9	SCHIZOPHRENIE, SAI	10 886	354 077	151 155	11 889	2,1%
F20.5	SCHIZOPHENIE RESIDUELLE	7 016	335 520	153 506	10 768	2,0%
F32.1	EPISODE DEPRES. MOY.	18 214	320 636	312 521	49 220	1,9%
F71.1	RETARD MENT. MOY. : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	5 451	306 821	41 324	4 446	1,9%
F84.8	TBL. ENVAHISSANTS DU DEVELOP., NCA	7 235	295 703	100 468	7 122	1,8%
F84.1	AUTISME ATYPIQUE	5 851	257 854	43 851	3 853	1,6%
F73.1	RETARD MENT. PROF. : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	1 750	249 429	2 779	1 177	1,5%
F20.3	SCHIZOPHRENIE INDIFFERENCIEE	6 524	238 982	87 421	6 323	1,4%
F60.9	TBL. DE LA PERSON., SAI	11 384	235 028	165 032	24 731	1,4%
F60.3	PERSON. EMOTIONNELLEMENT LABILE	9 564	228 201	146 502	15 555	1,4%
F41.2	TBL. ANXIEUX ET DEPRES. MIXTE	11 246	209 455	248 245	35 163	1,3%
F29	PSYCHOSE NON ORG., SAI	6 340	197 339	70 215	7 171	1,2%
F20.6	SCHIZOPHRENIE SIMPLE	5 948	193 940	95 462	6 639	1,2%
F99	TBL. MENT., SANS AUTRE INDICATION	7 309	193 527	246 055	35 750	1,2%
F84.9	TBL. ENVAHISSANT DU DEVELOP., SAI	5 062	190 575	71 950	5 718	1,2%
F20	SCHIZOPHRENIE	9 258	176 175	103 219	6 026	1,1%
F72.1	RETARD MENT. GRAVE : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	1 790	170 787	8 398	1 426	1,0%
F32.3	EPISODE DEPRES. SEVERE AVEC SYMPT. PSYCHOT.	6 259	170 741	70 048	8 522	1,0%
F10.0	TBL. MENT. DUS A ALCOOL : INTOX. AIG.	10 887	167 115	79 243	16 658	1,0%
F70.1	RETARD MENT. LEGER : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	4 097	159 514	48 019	4 229	1,0%
F60.4	PERSON. HISTRIONIQUE	7 922	158 514	108 436	14 821	1,0%
F60.7	PERSON. DEPENDANTE	7 074	156 626	92 187	11 537	0,9%
F60.31	PERSO ÉMOTIONNELLEMENT LABILE TYPE BORDERLINE	7 138	148 410	72 466	7 718	0,9%
F33.2	TBL. DEPRES. RECURRENT, SEVERE SANS SYMPT. PSYCHOT.	6 479	146 413	59 558	9 149	0,9%
F21	TBL. SCHIZOTYPIQUE	5 017	142 774	65 545	5 902	0,9%
F60.2	PERSON. DYSSOCIALE	5 858	140 613	83 693	10 754	0,9%
F10.1	TBL. MENT. DUS A ALCOOL : UTIL. NOCIVE	6 542	138 793	63 470	10 487	0,8%
F22.9	TBL. DELIRANT PERSISTANT, SAI	4 197	138 335	59 062	5 546	0,8%
F43.2	TBL. DE L'ADAPTATION	9 427	137 872	257 760	44 563	0,8%
F25.0	TBL. SCHIZO-AFFECTIF, TYPE MANIAQUE	3 992	136 740	44 891	3 821	0,8%
F25.2	TBL. SCHIZO-AFFECTIF, TYPE MIXTE	3 989	132 642	53 080	3 756	0,8%

Source : ATIH

Et la répartition des formes d'activité est la suivante en 2008 :

	Nombre d'établissements géographiques	Nombre de secteurs distincts	Nombre de séjours	Nombre de journées	Nombre de patients	Nb patients n'ayant que ce mode de prise en charge
Non renseigné	70	78	35 306	162 906	6 833	5 804
01 Hospitalisation à temps plein	391	1 032	394 973	12 350 648	247 297	83 157
02 Séjour thérapeutique	166	235	3 919	17 876	3 438	19
03 Hospitalisation à domicile	51	69	5 885	189 756	1 937	333
04 Placement familial thérapeutique	123	304	6 681	700 640	2 918	844
05 Prise en charge en appartement thérapeutique	92	118	3 003	179 038	1 402	116
06 Prise en charge en centre de post-cure psychiatrique	39	45	3 648	180 703	1 863	671
07 Prise en charge en centre de crise	26	36	12 175	34 944	9 416	1 819
20 Hospitalisation à temps partiel de jour	801	1 017	137 432	3 603 490	73 597	12 177
21 Hospitalisation à temps partiel de nuit	211	511	11 991	189 305	4 640	335
22 Prise en charge en centre d'accueil thérapeutique à tps partiel et en atelier thérapeutique	661	701	94 455	1 148 254	61 918	5 592
30 Accueil et soins au CMP	1 391	1 100	.	.	959 304	666 002
31 Activité d'accueil et de soins dans un lieu autre que les CMP	1 330	1 178	.	.	643 897	374 053
Séjours avec forme d'activité non constante	655	761	19 970	1 544 634	15 345	.
Total	**1 929**	**1 380**	**687 761**	**18 757 558**	**1 511 784**	

Source : ATIH

5.2. Les Missions d'intérêt général (MIG) en psychiatrie

La liste potentielle des MIG a fait l'objet d'une enquête auprès des établissements concernés via les retraitements comptables. Il s'agissait d'identifier et de commencer à évaluer les coûts des activités transversales, non liées strictement à un séjour de patient, et qui confortent l'importance même de la prise en charge des problèmes de santé mentale à l'heure actuelle.

Outre des activités et missions qui existent déjà dans les MIG du secteur MCO (activités de recherche et d'innovation, accueil des populations précaires, équipes mobiles de gériatrie, équipes de liaison en addictologie, soins aux détenus, …), de nombreuses missions sont à ajouter pour prendre en compte les spécificités de la psychiatrie :

- cellules d'urgence médico-psychologique
- interventions hors établissements sous contrainte de justice
- actions de prévention de la récidive du suicide
- actions de dépistage de pathologies psychiatriques
- aide aux aidants

- éléments spécifiques de plateau technique : sismothérapie, enregistrement du sommeil…
- scolarisation des enfants
- etc.

Une liste plus complète est fournie en annexe.

Pour chacune de ces missions, une dotation spécifique serait estimée pour les établissements concernés, pour constituer la dotation MIG.

5.3. Le Compartiment « Activité » de la VAP

Les discussions sont vives sur la manière d'utiliser ces données dans l'avenir pour produire des tarifs à l'activité. Plusieurs difficultés de fond surgissent en effet au moment de reproduire en psychiatrie un système qui a mis de nombreuses années à se mettre en place dans les disciplines de court séjour de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) :

- Un tarif à l'activité par type de séjour dans le secteur MCO se justifie au nom d'une certaine standardisation de l'activité, au moins comme objectif accessible ; les groupes homogènes de séjours (GHS) qui font l'objet de cette tarification sont construits de manière à être le plus homogène possible sur le plan de la consommation de ressources ; dans le domaine de la santé mentale, une telle option de fond ne va pas de soi ; il n'existe pas de prise en charge à proprement parler « standard » face à une situation pathologique donnée ; de nombreux paramètres non médicaux sont à prendre en compte, complexifiant grandement cette approche.
- La notion même de séjour en psychiatrie a certes une réalité en psychiatrie mais n'est pas la notion la plus pertinente pour qualifier une prise en charge. C'est pour cela que le RIM-P s'organise autour de la notion de séquence. Faut-il alors chercher à calculer des tarifs par séquence ? Ou alors l'unité importante ne serait-elle pas l'association de plusieurs séquences constituant un épisode de soins ? A un certain moment, il avait été proposé de cibler des trajectoires de patients. Une doctrine doit encore se dégager dans ce domaine.
- Il existe un lien entre le financement des activités de psychiatrie et l'organisation de ces activités. Si dans un avenir proche, cette organisation est amenée à être modifiée, le système de financement devra s'adapter à cette nouvelle organisation. Les questions portant sur les filières, l'organisation par territoire, les relations avec la médecine somatique, etc. sont à clarifier avant de procéder à une réforme complète du financement.

Cela étant, il faut admettre que le système actuel d'allocation de ressources, fondé sur une dotation globale reconductible d'année en année moyennant un taux d'évolution annuel, ne donne pas satisfaction. Il est aveugle, inéquitable, pénalisant pour les structures en forte croissance d'activité. Il s'agirait de trouver dans une période provisoire, pour préparer la mise en place d'une VAP complète, une méthode de modulation de cette dotation annuelle sur des critères objectifs, à la fois d'environnement (démographie, contexte socio-économique, données de morbidité), et d'activité (données issues du RIM-P). Une telle modulation de la dotation pourrait intervenir en 2011, après une phase de simulation/évaluation courant 2010, afin de définir de manière concertée entre tous les acteurs les indicateurs les plus pertinents.

La consommation de médicaments psychotropes en France

Ce chapitre s'appuie en grande partie sur le rapport de l'OPEPS sur l'usage des médicaments psychotropes publié en juin 2006. Les chercheurs de l'INSERM U 657 de l'université de Bordeaux 2 ont mené pour le compte de l'OPEPS une analyse exhaustive de la situation française. Ce paragraphe reprend l'architecture globale du rapport qui fait désormais référence dans le domaine en y intégrant des données nouvelles et en le confrontant aux réflexions plus récentes sur le sujet, notamment :

- le rapport de l'IGAS sur l'information des médecins généralistes (P.L. Bras, P. Ricordeau, B. Roussille et V. Saintoyant) présenté en septembre 2007
- le projet de rapport d'information sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments » (rapporteur Mme C. Lemorton), examiné en avril 2008 par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale et demandé à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS)
- le rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » présenté à Mme Bachelot-Narquin par M. Saout en septembre 2008
- les éléments de la table ronde menée sur ce sujet le 17 février 2009 au Sénat
- Plusieurs éléments chiffrés ont également été mis à jour en utilisant les analyses produites par l'Assurance Maladie (notamment le point de conjoncture n°4-5 de novembre 2008 sur les dépenses d'assurance maladie en 2007).

1. Le niveau élevé de la consommation française de psychotropes est un sujet d'inquiétude

1.1. Un contexte de surconsommation générale de médicaments

Le rapport de la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), montre que la France se caractérise par un niveau élevé de consommation de médicaments, juste au dessous de la consommation américaine mais supérieur à celui de ses voisins européens. Ce constat est très largement partagé, en témoignent les rapports successifs sur le sujet (Cour des Comptes, AFSSAPS[66], HAS, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, CNAMTS, DREES, indicateurs de l'OCDE,…).
La France se distingue surtout par le niveau beaucoup plus élevé des quantités vendues en officine par habitant, de plus de 50 % supérieur à la moyenne des autres pays. Le rapport est même de 1 à 2 avec l'Italie.

1.2. Le recours aux médicaments psychotropes s'est banalisé

1.2.1. La population française recourt plus facilement aux psychotropes que celles des autres pays européens, et la consommation croît avec l'âge.

La synthèse des résultats des enquêtes épidémiologiques sur la consommation de médicaments psychotropes fait apparaître **qu'un français sur quatre** a consommé au moins un médicament psychotrope au cours des douze derniers mois et qu'un Français sur trois en a déjà consommé au cours de sa vie.

Les comparaisons européennes permettent de mieux saisir les particularités de la consommation française et montrent que **la part de la population ayant pris un psychotrope au cours des douze derniers mois est deux fois supérieure à la moyenne des pays européens limitrophes à la France**.

Les études épidémiologiques font apparaître de façon assez constante un rapport entre les hommes et les femmes, de un à deux, que l'on observe à tous les âges de la vie, dès l'adolescence.

[66] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé

On note également un recours massif aux médicaments psychotropes parmi les tranches d'âge les plus élevées. **Après 60 ans, la moitié des femmes et un tiers des hommes ont pris au moins un psychotrope dans l'année.**

1.2.2. L'analyse des ventes de médicaments montre une évolution de la consommation dans le temps, liée à l'apparition de nouvelles molécules

Les comptes de santé par pathologie indiquent que les « troubles mentaux » représentent en France le quatrième poste de dépenses liées aux médicaments (5,5 % du total) et que les médicaments psychotropes se situent au deuxième rang derrière les antalgiques pour le nombre d'unités prescrites.

Sur la période 1990-2005, on constate une croissance soutenue des ventes de médicaments psychotropes. Le montant des remboursements assurés par la sécurité sociale pour les médicaments psychotropes est estimé à **1,2 milliard d'euros en 2007**, alors qu'en 1980, ce montant équivalait à 317 millions d'euros. Cette croissance est spectaculaire en valeur, en raison de l'augmentation du coût unitaire des médicaments qui se sont imposés sur le marché, mais elle est aussi observée en volume.

La comparaison, en volumes d'unités standards (comprimé, cuillerée…), place **la France au premier rang pour la consommation d'antibiotiques**, **d'antidiabétiques oraux, d'hypocholestérolémiants[67] , d'antidépresseurs et de tranquillisants**.
L'analyse par catégories de psychotropes montre que **la croissance globale est surtout liée à la montée en puissance de la catégorie des antidépresseurs**, liée à l'apparition sur le marché de nouvelles spécialités pharmacologiques.

L'essentiel de la croissance du marché de l'ensemble des psychotropes s'explique donc par la montée en puissance, à partir de 1990, de la catégorie des antidépresseurs de nouvelles générations.

Alors que le marché global des psychotropes a cru de 700 millions d'euros entre 1980 et 2001, le seul segment des antidépresseurs est passé de 84 millions d'euros à 543 millions d'euros sur la même période.

Parallèlement, les données disponibles suggèrent que la consommation d'anxiolytiques-hypnotiques, qui avait déjà atteint un niveau élevé au début des années 1990, est restée stable, ou a faiblement progressé. Ainsi, les antidépresseurs représentent aujourd'hui plus de 50 % des ventes de psychotropes, alors qu'ils en représentaient 25 % et les anxiolytiques et les hypnotiques 60 % en 1980.

[67] mais au second rang pour les seules statines

Ceci n'a pas été sans incidence sur les comptes sociaux, compte tenu du coût unitaire élevé des nouveaux médicaments mis sur le marché.

1.2.3. L'incidence de la demande sociale de traitement psychiatrique explique également l'augmentation de la consommation de psychotropes

Les études sociologiques montrent que, depuis l'apparition des médicaments psychotropes dans les années 1960, le champ de la santé mentale a largement débordé son domaine primitif – celui de la maladie mentale, objet thérapeutique de la psychiatrie – et que la vulgarisation des données de la psychologie moderne a modifié la perception des souffrances psychiques et les représentations associées à leurs manifestations.

Les enquêtes sur la perception de la santé mentale dans la population générale indiquent clairement que les frontières entre les souffrances psychiques et les psychopathologies sont confuses pour nombre de nos concitoyens.

L'existence de ces troubles psychiques ne suffit probablement pas à caractériser la morbidité psychiatrique au sein de la population française, mais elle a une incidence directe sur le niveau de consommation en médicaments psychotropes. Le champ d'intervention des médicaments psychotropes recouvre en effet le champ de la santé mentale et a connu le même élargissement.

Leur diffusion en médecine générale a, en outre, été facilitée par leur action exclusivement symptomatique, qui ne nécessite pas de diagnostic spécialisé.

Certains dénoncent ce qu'ils perçoivent comme une médicalisation de confort de la vie psychique, voire un traitement pharmaceutique de problèmes sociaux, mais les résultats de l'étude[68] ont totalement infirmé l'idée que le recours aux psychotropes pourrait correspondre en partie à une médicalisation de la crise sociale.

Certains sociologues soutiennent également que les troubles psychiques ont eux-mêmes évolué, indépendamment de leurs représentations sociales.

La prescription de psychotropes représente aussi pour l'usager une marque de reconnaissance de sa souffrance vis-à-vis d'un entourage familial ou professionnel éventuellement dubitatif.

La problématique majeure, du point de vue médical, est devenue celle de la qualité de la prise en charge de la souffrance psychique des individus, **les médicaments psychotropes n'ayant pas d'autre action thérapeutique dans ce domaine que la réduction momentanée des manifestations symptomatiques**.

[68] Rapport de l'OPEPS sur l'usage des médicaments psychotropes.2006

1.3. L'analyse des prescriptions montre qu'il n'est pas actuellement fait un bon usage des médicaments psychotropes en France

Les médecins français sont de gros prescripteurs : 90 % des consultations réalisées en France se concluent par une ordonnance (en moyenne plus longue que dans d'autres pays), contre 83 % en Espagne, 72 % en Allemagne et 43 % aux Pays-Bas (CNAMTS, février 2005).

L'analyse des comportements d'usage des médicaments psychotropes s'inscrit donc clairement dans un cadre médical où la prescription occupe un rôle central.

Le rapport d'étude de l'OPEPS ne fait d'ailleurs pas apparaître de phénomènes d'automédication spécifique à cette catégorie de médicaments.

1.3.1. Les prescriptions témoignent du rôle majeur de la médecine générale dans la prise en charge des troubles psychiques.

Plus de 80 % des prescriptions sont le fait de médecins généralistes.

Les enquêtes relatives aux pratiques de prescriptions montrent par ailleurs que les médecins généralistes sont amenés à établir cette prise en charge dans le cadre du traitement de maladies organiques : dans 80 % des ordonnances, la prescription de psychotropes est en effet associée à la prescription de médicaments appartenant à d'autres spécialités médicales relevant souvent du traitement de maladies chroniques.

Cette situation témoigne d'une ouverture manifeste des médecins généralistes aux questions de santé mentale, mais comporte un certain nombre de risques :

- risques liés au défaut de diagnostic spécialisé, face à des pathologies dont l'identification est parfois difficile à faire. Pour les sujets répondant aux critères de troubles dépressifs, seul un quart a bénéficié du traitement de référence (antidépresseur) ;
- risques liés aux modalités d'emploi de médicaments : le rapport d'étude souligne que l'initiation d'un traitement antipsychotique paraît s'être banalisée en médecine générale, alors que les conditions d'utilisation définies par les autorisations de mise sur marché sont relativement restreintes. Par ailleurs, 43 % des assurés sociaux ayant bénéficié d'un remboursement pour un médicament psychotrope en 2000 ont reçu une ordonnance prescrivant plusieurs types de psychotropes. Cette proportion est manifestement trop élevée au regard des recommandations actuelles qui visent à éviter la superposition des effets de différentes molécules ;
- risques d'installation d'un traitement chronique, faute de pouvoir traiter les causes des troubles.

On peut donc craindre que la chronicité de certains traitements ne résulte en fait d'une inadéquation de la prescription à l'état réel de santé mentale des personnes, tel que l'apprécierait un spécialiste.

Dans la pratique, les critiques portent surtout sur le non-respect par les médecins des indications thérapeutiques présentes dans les autorisations de mise sur le marché (AMM) ou des recommandations professionnelles : inadéquation du traitement aux troubles psychiques constatés, mais surtout dépassement fréquent des limites de durée de traitement préconisées, par le jeu du renouvellement des prescriptions.

1.3.2. Les phénomènes de surconsommation sont largement liés à la chronicité du recours à ces médicaments

Selon la durée de consommation (3 mois, 6 mois, 1 an et plus consécutifs) et la régularité de prise considérée (consommations journalière, hebdomadaire), 10 à 20 % des usagers de psychotropes font un usage régulier de ces médicaments.

Du point de vue statistique, les consommateurs réguliers de psychotropes bénéficiant d'au moins quatre remboursements sur une année pour une même classe thérapeutique représentent 11,2 % des ayants droits du régime général de sécurité sociale.

Le rapport mentionne les résultats d'une enquête indiquant que 30 % des consommateurs de psychotropes sont engagés dans une consommation d'au moins deux ans, que 30 à 40 % auront un usage prolongé mais inférieur à deux ans, tandis que la même proportion de patients arrêtera sa consommation dans l'année. Mais on constate également que la durée de consommation croît de manière linéaire avec l'âge des consommateurs, ce qui tend à montrer que plus le consommateur est âgé, plus la probabilité qu'il consomme des produits de façon durable est élevée.

1.3.3. Les risques liés au sevrage ne doivent pas être confondus avec les risques liés à la dépendance

En termes de santé publique, le problème majeur généré par l'usage de médicaments psychotropes n'est pas celui de la dépendance, laquelle ne concerne qu'une minorité d'usagers, mais celui de la prévention et du traitement du syndrome de sevrage.

Le risque concerne essentiellement les anxiolytiques et hypnotiques de la famille des benzodiazépines. La fréquence d'apparition d'un syndrome de sevrage chez les consommateurs chroniques de benzodiazépines se situe entre 15 et 26 %, mais les fréquences augmentent avec l'ancienneté du traitement (autour de 80 % pour des traitements supérieurs à 3 ans). Si les causes ayant motivé l'instauration du traitement n'ont

pas significativement régressé et qu'une stratégie de sevrage n'a pas été mise en place, les tentatives de sevrage ont alors toutes les chances d'être compromises.

La survenue de symptômes souvent très éprouvants lors de l'arrêt d'un traitement explique en grande partie la réticence des usagers et des prescripteurs à interrompre ce traitement.
Par ailleurs, la dépendance qui en résulte sera d'autant plus admise et tolérée, au nom du principe de réalisme thérapeutique, que les effets secondaires d'une prise au long cours sont généralement sous-estimés.

1.3.4. L'absence de traitement en cas de troubles psychiatriques avérés témoigne tout autant d'un mauvais usage des médicaments psychotropes

Le rapport scientifique relève que la moitié des sujets français présentant un trouble psychiatrique n'a reçu aucun traitement psychotrope au cours de l'année écoulée.

Une très grande proportion des dépressifs majeurs ne ferait l'objet d'aucune prise en charge dans la tranche des 15-34 ans ; parmi les 15-54 ans, les désordres de l'humeur ne susciteraient une consultation que dans 50 % des cas et ne donneraient lieu qu'une fois sur deux à un traitement.

Par ailleurs, quand une prescription a été faite, il arrive fréquemment qu'elle ne soit pas respectée : un taux important de sujets interrompt précocement le traitement antidépresseur, de leur propre initiative, les usagers privilégiant les traitements à court terme, interrompant la prise dès la survenue d'une amélioration, au risque de devoir les reprendre ultérieurement.

Pour résumer, il apparaît que beaucoup de patients en France consomment des anxiolytiques sur de longues durées, alors que les durées de traitement recommandées sont courtes, tandis que d'autres consomment peu de temps des antidépresseurs, alors que ce traitement doit être poursuivi au moins six mois après la rémission de l'épisode dépressif.

Les indications des traitements sont également peu respectées : la moitié des personnes consommant des antidépresseurs et plus des deux tiers de celles consommant des anxiolytiques et hypnotiques ne présentent pas de trouble psychiatrique relevant d'une indication reconnue.

Inversement, moins d'une personne sur trois souffrant de dépression en France bénéficie d'un traitement approprié.

Le niveau élevé de la consommation française n'implique donc pas une meilleure couverture des besoins sanitaires, et s'accompagne dans les faits d'un mauvais usage des médicaments.

2. Les conséquences de la consommation massive de psychotropes sont encore insuffisamment évaluées

2.1 Des risques encore insuffisamment documentés

Le rapport scientifique de l'OPEPS a sélectionné trois types de risques, en se fondant sur leur impact en termes de santé publique et de population exposée.

2.1.1. Les effets secondaires des psychotropes à base de benzodiazépines

L'impact délétère des benzodiazépines sur les performances cognitives, et en particulier sur la mémoire à court terme, a été mis en évidence par plusieurs études, même s'il n'est actuellement pas possible de conclure à l'existence d'un lien causal entre exposition aux benzodiazépines et détérioration cognitive.

Du fait de la proportion importante de sujets exposés à ces médicaments, une augmentation, même minime, du risque de détérioration cognitive pourrait générer un nombre significatif de cas de démence, avec de larges répercussions sur la santé des populations âgées.

2.1.2. Le risque de suicide chez les personnes traitées avec des antidépresseurs, notamment chez les jeunes

Les données issues de quelques essais thérapeutiques ont suggéré que ces médicaments pourraient augmenter la fréquence des idées suicidaires (mais pas des décès effectifs par suicide), en particulier chez les enfants et adolescents. À partir des éléments documentaires disponibles, le rapport scientifique a estimé que les synthèses des essais thérapeutiques sont difficilement généralisables à l'ensemble des personnes traitées par antidépresseurs.

Le rapport bénéfices/risques reste très favorable au traitement par antidépresseurs, même en se plaçant dans les hypothèses les plus défavorables sur l'effet de ces produits.

2.1.3 Les effets secondaires indirects de l'emploi de psychotropes

Les études épidémiologiques évaluant la responsabilité des médicaments psychotropes dans les accidents de la voie publique fournissent des résultats difficiles à interpréter. Elles indiquent que l'usage de psychotropes augmente le risque d'accident, mais aucune donnée n'est disponible sur le nombre de décès attribuables en France aux médicaments psychotropes.

Il en est de même pour la question du risque de chute chez les personnes âgées. Différentes études ont montré un lien entre la prise de psychotropes et une augmentation du risque de chute – notamment dans les 15 premiers jours qui suivent le début de la prise –, mais les mécanismes n'ont pas pu en être précisés.

2.2 Une appréciation insuffisante du rapport BÉNÉFICES / RISQUES dans la prescription des psychotropes

L'efficacité des médicaments psychotropes, et leur apport thérapeutique dans la prise en charge médicale des troubles psychiatriques sévères, tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires ou la dépression sévère, sont incontestés.

La nécessité d'une évaluation du rapport bénéfices/risques concerne essentiellement les troubles légers. Dans ce cas, il faut aussi considérer les risques d'incidence faible, non documentés par les études traditionnelles.

Du fait du vieillissement de la population, les personnes âgées concentrent aujourd'hui une grande partie des risques, puisque sur une population de 10 millions de personnes âgées, 20% consomment des anxiolytiques de façon chronique.

On observe également une prescription fréquente de médicaments à visée hypnotique, excédant largement la prévalence des troubles pour lesquels ils sont indiqués. Le rapport scientifique de l'OPEPS considère que le bénéfice thérapeutique de telles consommations est minime par rapport aux risques.

2.3 Un manque manifeste de données pharmaco-épidémiologiques

En matière sanitaire, il convient de distinguer la détection des risques – objet de la pharmacovigilance – de l'évaluation de la prévalence de ces risques, qui est du ressort de la pharmaco-épidémiologie. La pharmaco-épidémiologie est l'application des méthodes épidémiologiques à l'étude des médicaments et de leurs effets au sein d'une large population d'individus.

Le dispositif français de pharmacovigilance est organisé autour de l'AFSSAPS, qui centralise les informations recueillies par 31 centres régionaux de pharmacovigilance (CRPV) repartis sur le territoire français, afin de pouvoir détecter des cas isolés au sein de la population. Depuis 1999, l'Agence a mis en place un Comité de l'iatrogénie médicamenteuse consacré à l'évaluation des risques médicamenteux. Les termes d' « effets iatrogènes » sont employés pour désigner les effets indésirables des produits ou des pratiques médicales.

Le rapport scientifique de l'OPEPS estime que le manque de données pharmaco-épidémiologiques constitue aujourd'hui un obstacle à la mise en place d'une veille efficace pour certaines populations particulièrement exposées (les personnes âgées) ou à protéger (les enfants et les adolescents).

Le rapport scientifique souligne ainsi que la partie de l'étude portant sur l'adéquation entre les traitements médicamenteux et l'état psychique des patients n'a pu être réalisée que de façon globale, faute de données disponibles sur les prescriptions (83 % des remboursements étaient pour le moment inaccessibles aux investigations statistiques).

Il est regrettable de ne pas disposer des instruments adéquats pour évaluer avec précision les pratiques de prescription, ou la fréquence des prescriptions inappropriées, ou leur coût.

3. Améliorer l'usage des médicaments psychotropes

3.1. Favoriser un meilleur usage des médicaments

3.1.1. Promouvoir le respect des recommandations de bonnes pratiques concernant la prescription des médicaments

L'étude de l'OPEPS a montré combien les indications attachées aux autorisations de mise sur le marché des produits pharmaceutiques et les recommandations de bonne pratique sont insuffisamment respectées en France par les prescripteurs, notamment pour les durées de traitement.

Améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes en matière de prescription

Le nombre d'heures de formation initiale consacrées à la prescription de médicaments en France est cinq à six fois inférieur à ce qu'il est dans les pays de l'Europe du Nord.
Bien que la formation médicale continue soit obligatoire depuis la loi du 4 mars 2002, elle ne concerne que 9 % des professionnels libéraux et reste essentiellement financée par l'industrie pharmaceutique.

La proposition de l'étude scientifique de l'OPEPS est de confier la coordination et la validation de cet enseignement à un organisme public dont la compétence scientifique est reconnue, telle l'Université.

Faire de la HAS l'émetteur unique d'information sur le bon usage du médicament

Le rapport de l'OPEPS rappelait la multiplicité des sources de référence qui affaiblit la crédibilité des recommandations d'origine publique (HAS, AFSSAPS, conférences de consensus), face aux informations diffusées par les laboratoires.

C'est pourquoi le rapport de l'OPEPS recommandait qu'elles soient placées sous la responsabilité d'un organisme unique, qui pourrait être la Haute Autorité de Santé (HAS). Cette recommandation est reprise dans le rapport de l'IGAS (recommandation N°1).

La HAS se verrait confier la définition et la mise en œuvre d'une stratégie de promotion publique des bonnes pratiques de prescription, la centralisation de la production de recommandations de bonne pratique (recommandations N°2 et 3).

La HAS pourrait s'appuyer sur un observatoire de la prescription, ainsi que sur des outils pour repérer les problèmes rencontrés par les médecins (recommandation N°4).

De plus, la loi du 13 août 2004 a chargé la HAS « d'élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, de procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public… ». L'IGAS propose également de confier à la HAS la responsabilité de « veiller à la qualité de l'information diffusée en matière de soins et notamment de médicaments » (recommandation N°7).

La HAS pourrait constituer une équipe chargée de la veille sur les stratégies d'information/influence dans le domaine du médicament, notamment en constituant un réseau de médecins sentinelles chargés de l'observation de la visite médicale (recommandations N°8 et 9).

Enfin, dans le prolongement logique de cette nouvelle mission, la commission de la publicité abritée par l'AFSSAPS devrait être prise en charge au sein de la HAS (recommandation N°10). Les décisions en matière de publicité seraient ainsi replacées dans le cadre de l'observation de la stratégie globale des laboratoires.

Approfondir et professionnaliser la démarche de la CNAMTS

La CNAMTS a mis en place un réseau de délégués à l'Assurance Maladie (DAM) afin de diffuser auprès des praticiens libéraux une autre information que celle dispensée par l'industrie pharmaceutique. Cette démarche a commencé en 2005 par redéploiement d'effectifs au sein du régime général d'assurance maladie. Leur nombre est actuellement de 950 et devrait être porté à 1 400 à la fin de 2009. Ce nombre peut être comparé aux près de 24 000 visiteurs médicaux des 200 laboratoires pharmaceutiques. Pour 2007, les DAM avaient un objectif de 300 000 visites de praticiens.

Cette démarche encore innovante semble montrer une certaine efficacité dans le cadre d'actions ciblées sur le médicament. L'IGAS propose de poursuivre dans la voie engagée en 2007 d'un réseau médicalisé de DAM et, après avoir conforté les garanties de qualité (avec la HAS), développer des spécialisations au sein du réseau, structurer une organisation régionale, accentuer l'utilisation des techniques dont l'efficacité est démontrée (ciblage, intensité de la visite, adaptation du message,…)(recommandation N°14 du rapport IGAS).

Diminuer la pression promotionnelle

Une action plus vigoureuse des pouvoirs publics en matière de production et de diffusion d'information sur le médicament doit s'accompagner d'une régulation en volume de l'effort promotionnel des laboratoires. L'IGAS rappelle que les outils pour conduire une telle politique de réduction sont déjà en place : il s'agit de la taxe sur la promotion et des objectifs quantifiés par classe définis en application de la charte qualité (recommandation N°16). Il convient de les ajuster (hausse des taux, objectifs plus contraignants…) pour atteindre l'objectif.

La seule limite à la mise en œuvre de cette politique réside dans ses conséquences en matière d'évolution de l'emploi pour les visiteurs médicaux.

Développer l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription

Les négociations conventionnelles pourraient constituer le cadre adéquat pour inviter les médecins à s'équiper davantage de LAP[69] et à les utiliser dans leur pratique quotidienne.

Afin de promouvoir l'image des LAP auprès des médecins et ainsi favoriser leur diffusion, il serait intéressant que la certification des LAP puisse devenir obligatoire (recommandation N°18 de l'IGAS).

Mettre en place des programmes d'amélioration de la prescription des psychotropes

La HAS et le Ministère de la Santé ont lancé un vaste programme d'actions pluriannuelles (2007 – 2010) d'amélioration de la prescription des psychotropes chez la personne âgée. Un rapport de la HAS est prévu sur ce thème à l'automne 2009.

[69] Logiciel d'Aide à la Prescription

3.1.2. Améliorer la régulation du médicament

Simplifier la régulation du médicament, actuellement répartie entre plusieurs acteurs

La France a fait le choix, confirmé avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, d'une organisation complexe de la régulation du secteur du médicament qui pose certains problèmes de pilotage et de coordination.

Une note de janvier 2008 du Centre d'analyse stratégique (CAS) soulignait notamment qu'il peut être difficile aux 300 fonctionnaires de la DGS de coordonner et de piloter l'action des sept agences nationales fonctionnant dans le domaine de la santé quand les seuls effectifs cumulés des deux principales (l'AFSSAPS et l'AFSSA[70]) s'élèvent déjà à 2 000 agents.

En réponse, le conseil de modernisation des politiques publiques a décidé (en avril 2008) de préciser les missions des agences et d'en simplifier le pilotage.

Généraliser les études d'évaluation bénéfices/risques

L'appréciation de l'amélioration du service médical rendu détermine le niveau de prix du médicament mais aussi l'admission au remboursement pour les médicaments qui n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (ASMR) mais qui apportent une économie dans le coût du traitement médicamenteux. Or, actuellement, l'appréciation de l'ASMR est le plus souvent fondée sur la seule comparaison du médicament avec un placebo et dans moins de la moitié des cas sur une comparaison avec des produits comparables. Cependant, une majorité des médicaments qui sont évalués par la Commission de la transparence n'apportent pas d'amélioration du service médical rendu (58 % en 2005, 54 % en 2006).

La MECSS, dans le même esprit de privilégier l'admission au remboursement des médicaments qui apportent une réelle ASMR, demande que l'appréciation de l'ASMR soit fondée non seulement sur une comparaison avec un placebo mais également sur des essais cliniques contre comparateurs, lorsqu'ils existent, afin de mesurer la valeur ajoutée thérapeutique. En outre, dans un but de transparence et d'analyse des remboursements de médicaments selon leur ASMR, la Mission souhaite que soit établie une liste des médicaments classés par niveau d'ASMR.

Un rapport d'information sénatorial (n° 382/2005-2006, fait au nom de la Commission des affaires sociales du Sénat, sur les conditions de mise sur le marché et de suivi des médicaments) sur la politique du médicament en France considère le développement

[70] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

d'études « post-AMM » comme un des aspects les plus innovants de la surveillance des médicaments. Les études post-AMM sont des études pharmaco-épidémiologiques menées une fois l'autorisation de la commercialisation d'un médicament délivrée, en vue de mettre à jour, en situation réelle, les effets secondaires non détectés lors des essais cliniques.

Les études post-AMM cherchent également à évaluer l'efficacité des médicaments en conditions réelles, ce qui peut amener à réévaluer l'analyse du service médical rendu (ASMR) des produits commercialisés, sur laquelle s'est fondée la décision de remboursement ainsi que la détermination du prix de commercialisation. Pour les médicaments psychotropes, cette démarche présente un intérêt renforcé, en raison des risques liés à l'élargissement des indications.

La MECSS souhaite par ailleurs, même si les psychotropes sont moins concernés que d'autres familles pharmaceutiques, que les prescriptions hors AMM en médecine de ville soient contrôlées et qu'il soit procédé à une évaluation de l'impact médico-économique de ces prescriptions.

Préciser les compétences des autorités sanitaires et des agences existantes en matière d'évaluation après autorisation de mise sur le marché

L'ensemble des organismes qui interviennent dans le processus d'autorisation de commercialisation d'un médicament – l'AFSSAPS, la Commission de la transparence rattachée à la Haute autorité de santé, le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS), l'assurance maladie et la direction générale de la santé du ministère de la santé – sont susceptibles d'engager des études post-AMM.

Pour les médicaments psychotropes, il faut, en outre, tenir compte de l'action de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), dont le champ de compétence recouvre les usages non thérapeutiques de ces médicaments.

La compétence de tous ces organismes pour la conduite d'actions d'évaluation favorise la dispersion des actions et la faible concentration des moyens consacrés. Deux structures de coordination ont ainsi été créées : un groupement d'intérêt scientifique (GIS) « évaluation épidémiologique des produits de santé » et un comité de liaison informel regroupant la DGS, l'AFSSAPS, la HAS et le CEPS.

Le rapport de l'OPEPS recommandait que la compétence et la responsabilité de l'AFSSAPS pour la réalisation des études post-AMM, portant sur la prévalence d'effets secondaires et l'évaluation du rapport bénéfices/risques pour certaines parties de la population, soit clairement précisée.

Cette mission de pharmacovigilance de l'AFSSAPS revêt une importance accrue depuis que la loi du 26 février 2007 transposant la directive européenne 2004/27/CE sur le médicament a prévu la possibilité de renouvellement de l'AMM sans limitation de durée (l'AMM est, en principe, délivrée pour cinq ans).

En fonction du résultat des réévaluations, l'AFSSAPS peut décider le retrait ou la suspension de l'AMM ou prévoir des restrictions d'indications (même si comme le remarque la MECSS, ces décisions peuvent être tardives et/ou limitées).

Depuis le précédent rapport de l'OPEPS, trois outils ont été mis en place afin de développer l'évaluation post-AMM :

- depuis fin 2005, les laboratoires sont tenus d'intégrer des plans de gestion des risques dans le dossier d'AMM pour certains produits. Ces plans peuvent prévoir, à la demande de l'AFSSAPS, des études post-AMM et/ou un plan de minimisation des risques ;
- des études post-AMM peuvent aussi être demandées par le CEPS en application de l'accord-cadre conclu avec le LEEM en 2003, visant à les développer et à assurer leur financement. Mais, en l'absence d'un dispositif de sanction applicable, les dispositions de cet accord sont encore peu appliquées (l'article 42 de la LFSS pour 2008 qui visait justement à prévoir un dispositif de sanction, a été annulé par le Conseil constitutionnel pour un motif de forme) ;
- pour sa part, l'AFSSAPS développe un programme d'études pharmaco-épidémiologiques.

La MECSS reste critique. Les études de l'AFSSAPS ne sont pas toujours publiées. Par ailleurs, l'activité du GIS « évaluation épidémiologique des produits de santé » décrit ci-dessus reste limitée. Dans certains cas, la difficulté d'accéder à des données nominatives peut ralentir voire empêcher la réalisation des études.

La MECSS souhaite, d'une part, que l'action publique soit plus active en matière d'évaluation post-AMM et que soit relancée l'activité du GIS « évaluation épidémiologique des produits de santé », et d'autre part, que soit instauré un dispositif de sanction pour défaut ou retard de réalisation d'études post-AMM.

Evaluer systématiquement l'impact des mesures de maîtrise médicamenteuse

Le rapport scientifique de l'OPEPS regrette l'absence d'études d'évaluation de l'impact des dernières mesures destinées à maîtriser la consommation de médicaments psychotropes : mesures de déremboursement de médicaments à base de plantes, restrictions à la prescription des benzodiazépines et hypnotiques dans une convention signée en 2005 entre l'assurance maladie et les partenaires médicaux.
Ces évaluations sont d'autant plus importantes qu'elles sont nécessaires pour vérifier si les objectifs poursuivis ont été atteints, mais aussi pour évaluer les effets de report sur d'autres médicaments.

3.2. Améliorer la prise en charge des soins en santé mentale

L'optimisation des soins en santé mentale passe par l'application effective du « Plan pour la psychiatrie et la santé mentale 2005-2008 », établi par le Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille.

Certaines des mesures préconisées dans le cadre de ce plan sont en effet susceptibles de contribuer à un meilleur usage des médicaments psychotropes. Un premier bilan de la mise en œuvre des mesures inscrites dans le plan est en cours de préparation par le ministère de la santé et devrait être prochainement présenté.

Les mesures présentant le plus d'intérêt au regard de l'objet du présent rapport sont les suivantes :

3.2.1. Améliorer la formation des médecins généralistes pour un diagnostic plus fiable

Le nombre de postes proposés en service de psychiatrie dans le cadre des stages optionnels du cursus médical a été relevé et fait désormais l'objet d'un suivi par les services ministériels.

Pour la formation médicale continue, le plan gouvernemental sur la santé mentale avait proposé aux conseils nationaux et notamment au conseil national de formation continue des médecins hospitaliers, d'inscrire la formation en psychiatrie parmi les orientations nationales. L'inscription du bon usage des antidépresseurs dans la formation continue des médecins généralistes a également été demandée en octobre 2005.

Il est sans doute souhaitable d'aller plus loin dans la formation initiale des médecins généralistes. Il est proposé de renforcer l'enseignement théorique par la mise en place d'un

module d'enseignement, mais surtout de rendre obligatoire la réalisation d'un semestre au sein d'une équipe de psychiatrie au cours des études de médecine générale. Ce semestre est envisagé dans le cadre de la maquette actuelle. Il n'est pas exclu d'envisager l'allongement de la durée de l'internat de médecine générale si la mise en place du semestre de psychiatrie dans le schéma actuel s'avérait difficile.

3.2.2. Décloisonner la prise en charge des troubles psychiatriques

Le **premier axe** du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008[71] énonçait une série de 11 mesures visant à assurer **« une prise en charge décloisonnée »**. Parmi ces mesures, 2 visaient directement la création, le développement ou le renforcement des **réseaux en santé mentale**.

La mesure intitulée « Rompre l'isolement des médecins généralistes » note par exemple que « les médecins généralistes sont, en général, isolés par rapport aux professionnels spécialisés alors qu'ils sont des acteurs de premier recours et qu'ils prescrivent 85% des anxiolytiques consommés en France. »

Le paragraphe conclut que « pour rompre l'isolement des médecins généralistes et favoriser le bon usage des soins de ville dans le domaine de la santé mentale, il convient donc de **développer la coordination avec les professionnels spécialisés et le travail en réseau** […], **inciter au développement de réseaux en santé mentale avec participation de tous les partenaires impliqués** : secteur psychiatrique, médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'éducation nationale, de la justice, des institutions du champ sanitaire ».

La 2ème mesure intitulée **« Développer les réseaux en santé mentale »** note que « les besoins dans le domaine de la santé mentale s'expriment auprès du dispositif de soins spécialisé de psychiatrie, spécialité médicale à part entière, et **auprès d'autres professionnels**, qu'ils soient des champs sanitaire, social, médico-social voire éducatif ou judiciaire. Cette logique se fonde sur l'intégration du fait social dans la pratique psychiatrique et sur la triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique. Toutefois, aujourd'hui, les réponses aux besoins de santé mentale, bien que diversifiées, restent **cloisonnées entre les différents champs institutionnels : éducatif, social, sanitaire, médico-social et judiciaire alors que la prise en charge globale des personnes présentant un trouble mental et/ou en état de souffrance psychique suppose une bonne coordination de ces interventions** ».

La mesure propose en conséquence de « coordonner projet de vie et projet de soins et fonder l'évolution des réponses aux besoins de santé mentale, en dépassant une approche centrée sur les structures et sur la dimension curative pour favoriser une approche centrée sur les personnes quels que soient la nature, l'intensité, le lieu, le moment et le champ dans lequel s'expriment leurs besoins », ce qui pousse à « favoriser l'évolution du dispositif de

[71] Le Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 est organisé selon 5 axes présentés en introduction du § 3 - **Les politiques de Santé Mentale en France**

santé mentale en terme d'intégration d'articulations et de relais entre [les différentes] réponses ».

En conséquence, « l'objectif est de **développer les réseaux en santé mentale** afin de :
• **rompre l'isolement des médecins généralistes** et des acteurs de première ligne ;
• **fédérer l'ensemble des professionnels concernés** afin de créer les conditions d'un partage de compétences et d'expériences, dans un cadre partenarial centré autour des besoins du patient ;
• **améliorer ainsi l'offre de soins** permettant l'intervention plus précoce d'un avis spécialisé, les suivis conjoints ».

Un cahier des charges destiné à faciliter la création et le développement des réseaux en santé mentale devait être élaboré à la suite du Plan, mais, contrairement à d'autres domaines[72] où ce type de cahier des charges a effectivement été publié, la démarche n'a pas encore abouti en santé mentale.

3.3. Les mesures spécifiques aux médicaments psychotropes

3.3.1. Se donner les moyens de mettre en place un système de suivi pharmaco-épidémiologique régulier

Afin de mieux comprendre l'évolution de la consommation et les effets secondaires des médicaments, le rapport de l'OPEPS insiste sur la nécessité de constituer des études de cohortes fondées sur un suivi de plusieurs années de personnes représentatives de la population.

Pour être pérennes, de telles études doivent bénéficier de financements spécifiques récurrents intégrés dans des programmes de recherche médicale, tels que le Programme Hospitalier de Recherche Clinique et le programme de l'Agence Nationale pour la Recherche.

Les axes d'études à développer sont les suivants :

- l'analyse des pratiques de prescription et de l'impact des mesures prises pour maîtriser la consommation médicamenteuse ;
- la surveillance de la consommation des populations particulièrement exposées (personnes âgées) ou à protéger (enfants et adolescents) ;
- la connaissance des effets secondaires d'une consommation chronique, notamment chez les personnes âgées.

Une attention spécifique doit également être portée au problème particulier de la situation des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux.

[72] Cf. notamment les cahiers des charges relatifs aux réseaux de périnatalité (circulaire du 30 mars 2006), aux réseaux cancer (circulaire DHOS-CNAMTS-INCA du 25 septembre 2007), aux réseaux de soins palliatifs (circulaires du 25 mars 2008), aux réseaux pour personnes âgées (circulaire DHOS-UNCAM du 15 mai 2007), etc.

3.3.2. Mieux associer la délivrance de psychotropes et la prise en charge psychologique

La consommation de médicaments psychotropes peut être considérée comme un indicateur de souffrance psychique, même quand elle est inappropriée au regard des recommandations de bonnes pratiques. Des alternatives thérapeutiques sont disponibles pour réduire cette souffrance, mais elles ne sont pas suffisamment utilisées.

Ainsi, le recours à une psychothérapie permettrait à certains patients d'éviter la prescription d'antidépresseurs. C'est pourquoi, certains experts préconisent que les psychothérapies puissent être prescrites par les médecins généralistes, car ils en connaissent les indications et les limites.

Lors du renouvellement d'une prescription de psychotropes, la question devrait être systématiquement posée de la pertinence d'une consultation concomitante chez un psychothérapeute, afin d'éviter le risque d'installer un traitement chronique.

Toutefois, les psychiatres étant les spécialistes de la santé mentale et ceux qui pratiquent les psychothérapies dans les meilleures conditions de remboursement, on ne peut recommander une extension des prises en charge par psychothérapie sans aborder la question des moyens, et notamment celle de l'offre psychothérapeutique, étant donné la saturation du réseau des psychiatres en France.

3.3.3. Informer les prescripteurs sur les syndromes de sevrage et les former aux protocoles existants.

Il est essentiel que les prescripteurs et les usagers soient mieux informés de l'existence des phénomènes liés à l'arrêt d'un traitement, afin d'éviter des erreurs de diagnostic et la prolongation injustifiée des prescriptions.

3.3.4. Assurer l'éducation du public sur les règles d'emploi des médicaments psychotropes

Promouvoir les règles d'hygiène de vie

Il est souhaitable que les campagnes d'information rappellent des règles d'hygiène de vie qui ne sont plus assez connues parmi le grand public. Par exemple, certaines personnes en viennent à prendre des psychotropes pour trouver le sommeil sans avoir pensé à abandonner leur habitude de boire du café après dix-sept heures, alors que le métabolisme de la caféine varie avec l'âge.

Aucune campagne d'information nationale n'avait été menée jusqu'en 2006 sur le thème de la santé mentale ou celui des psychotropes.

L'INPES et la DGS ont mis en place, dans le cadre du plan santé mentale, une campagne centrée sur les différents troubles dépressifs (épisode dépressif majeur et trouble bipolaire) et leurs possibilités de traitement. Cette campagne s'est déroulée à partir de l'automne 2007 avec la mise à disposition d'un guide, ainsi qu'une campagne d'information sur les médias nationaux (presse écrite, télévision, radio).

Les rédacteurs du présent rapport proposent que cette démarche soit poursuivie notamment en luttant contre la banalisation de l'utilisation de médicaments psychotropes.

Ne pas stigmatiser les consommateurs de médicaments psychotropes

Les pouvoirs publics doivent favoriser une information nuancée sur les psychotropes pour éviter que les personnes dont l'état psychiatrique le justifie décident de ne pas faire appel à un traitement.

Utiliser les outils d'éducation thérapeutique en Santé Mentale

Même si le refus de soins et l'anosognosie sont plus fréquents en psychiatrie que dans les autres disciplines médicales, les souffrances psychiques peuvent bénéficier des pratiques d'éducation thérapeutique. L'acquisition des savoir-faire, le contrôle de la maladie, la sensibilisation, l'information, l'apprentissage de la maladie et du traitement doit permettre au patient et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.

Une réflexion a été menée à la demande de Mme la Ministre et le rapport fruit de cette réflexion remis à l'automne 2008. Bien que centrée sur le diabète, l'hypertension artérielle, l'infarctus du myocarde, l'infection par le VIH et le cancer, les recommandations produites et la politique (nationale et régionale) qui en découlera devraient avoir un impact sur la prise en charge de la santé mentale : rôle des ARS dans l'organisation, évaluation et financement des programmes d'éducation thérapeutique, développement de la formation initiale des professionnels de santé, etc.

4. Recommandations :

Augmenter le temps de formation théorique et pratique des étudiants en médecine générale, par la réalisation obligatoire d'un semestre dans un établissement de psychiatrie publique.

Evaluer l'efficacité du suivi post-AMM des médicaments

Renforcer le rôle de la HAS comme émetteur unique d'information sur le bon usage du médicament

La recherche publique en santé mentale en France

1. Des sources d'information non consolidées

Réaliser un état de lieux des activités de recherche en santé mentale en France est une tâche ardue dans la mesure où il n'existe pas de sources d'information consolidées sur le sujet et où la zone de recouvrement avec les neurosciences, et même plus généralement les sciences de la cognition, est importante. C'est notamment le cas dans le domaine des démences, du langage, des troubles du comportement, etc. Cette situation rend difficile l'identification des efforts entrepris et des résultats dans chaque discipline, si tant est qu'il faille les distinguer.

Les chapitres suivants abordent les enjeux de la recherche en santé mentale, dressent une ébauche d'état des lieux de ce qui est réalisé en France à l'heure actuelle, et d'identifient quelques pistes d'action.

1.1 Les enjeux de la recherche en santé mentale

Les thématiques de la recherche en santé mentale sont par nature très diverses ; elles concernent par exemple :

- l'épidémiologie psychiatrique
- l'organisation des soins et l'efficience des prises en charge
- les addictions
- la santé mentale et le stress au travail
- les troubles de l'alimentation
- la violence
- les différentes formes d'invalidité ou de marginalisation qui accompagnent les troubles mentaux graves
- les pathologies liées au vieillissement
- l'évaluation quantitative et qualitative des psychothérapies
- la psychiatrie comportementale et cognitive
- le vaste champ de la psychiatrie biologique (pharmacologie, imagerie cérébrale, génétique…)
- etc.

Ainsi, se mêlent des approches génétiques, neurophysiologiques, psychologiques, ou relatives à l'environnement psychosocial, faisant du champ de la santé mentale **un champ pluridisciplinaire par excellence**.

1.2 Un premier état des lieux

Des informations relatives à l'effort de recherche en santé mentale et au positionnement de la France dans le contexte international ont été recherchées auprès de grandes institutions de recherche en santé.

1.2.1 L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

Sur les 316 unités de recherches de l'INSERM, 21 unités ayant une forte thématique en santé mentale ont été identifiées (hors démences) :

- U 513, Neurobiologie et psychiatrie, directeur : Bruno Giros, Université Pierre et Marie Curie, Paris
- U 562, Neuroimagerie cognitive, directeur : Stanislas Dehaene, CEA, Gif sur Yvette
- U 611, Cesames (Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, société), directeur : Alain Ehrenberg, Université René Descartes, Paris
- U 666, Physiopathologie clinique et expérimentale de la schizophrénie, directeur : Jean-Marie Danion, Hôpital Civil, Strasbourg
- U 669, Troubles du comportement alimentaire de l'adolescent, directeur : Bruno Falissard, Maison de Solenn, Paris
- U 675, Analyse phénotypique, développementale et génétique des comportements addictifs, directeur : Philip Gorwood, Faculté Bichat, Paris
- U 669, Troubles du comportement alimentaire de l'adolescent, directeur : Bruno Falissard, Maison de Solenn, Paris
- U 675, Analyse phénotypique, développementale et génétique des comportements addictifs, directeur : Philip Gorwood, Faculté Bichat, Paris
- U 677, Neuropshychopharmacologie, directeur : Michel Hamon, Pitié-Salpétrière, Paris
- U 705, Neuropsychopharmacologie des addictions, directeur : Jean-Michel Schermann, Faculté sciences pharmaceutiques et biologiques, Paris
- U 742, Action-Neuroimagerie-Modélisation, directeur : Marc Maier, Université Pierre et Marie Curie, Paris
- U 797, Neuroimagerie en psychiatrie, responsable : Jean-Luc Martinot, Unité de recherche méthodologique, Inserm-CEA, Orsay
- U 821, Dynamique cérébrale et cognition, directeur : Olivier Bertrand, CH du Vinatier, Bron
- U 841, Psychiatrie génétique, Institut Mondor de recherche biomédicale, responsable : Marion Leboyer, Créteil
- U 862, Physiopathologie de la plasticité neuronale, directeur : Pier Vincenzo Piazza, Bordeaux
- U 888, Pathologies du système nerveux : recherche épidémiologique et clinique, directeur : Karen Ritchie, Montpellier
- U 894, Centre de recherche en psychiatrie et neurosciences, directeur : Jacques Epelbaum, Site Broca-Sainte Anne, Paris
- U 923, Neuropsychologie cognitive et neuroanatomie fonctionnelle de la mémoire humaine, directeur : Francis Eustache, Caen
- U 930, Imagerie et cerveau, directeur : Denis Guilloteau, Tours
- ERI 15, Neuropsychologie cognitive et prise en charge des troubles de la communication schizophréniques, directeur : Marie-Christine Hardy-Bayle, Versailles
- ERI 24, Alcoolisation précoce et vulnérabilité à la dépendance, directeur : Martine Daoust, Amiens
- UNV 42102, Vulnérabilité à la schizophrénie : des bases neurobiologiques à la thérapeutique, directeur : Thierry d'Amato, CH Le Vinatier, Bron
- UMR 8189, Laboratoire de psychologie et neurosciences cognitives, directeur : Henri Cohen, Université René Descartes, Boulogne Billancourt

La place de l'INSERM est donc forte dans ce domaine ; l'approche internationale montre d'ailleurs que l'INSERM a une position dominante en France[73].

[73] Cf paragraphe 1.3 du présent chapitre « Le positionnement international »

1.2.2 Le Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS)

Sur ses 1200 unités de recherche et de service, seulement 11 unités ont été répertoriées dans le domaine de la santé mentale, surtout axées sur la psychologie cognitive et l'imagerie :

- UMR5105, Laboratoire de psychologie et neurocognition dirigé par Sylviane VALDOIS à Grenoble
- UMR5227, Laboratoire mouvement adaptation cognition dirigé par Jean-René CAZALETS à Bordeaux
- UMR5229, Centre de neuroscience cognitive dirigé par Jean-René DUHAMEL à Bron
- UMR5231, Imagerie moléculaire et fonctionnelle de la physiologie à la thérapie dirigée par Chrétien MOONEN à Bordeaux
- UMR6024 Laboratoire de psychologie sociale et cognitive (LAPSCO) dirigé par Markus BRAUER à Clermont Ferrand
- UMR6146, Laboratoire de psychologie cognitive (LPC) dirigé par Jonathan GRAINGER à Marseille et Aix en Provence
- UMR6193, Institut de neurosciences cognitives de la méditerranée, approches fondamentale et clinique (INCM) dirigé par Driss BOUSSAOUD à Marseille
- UMR6232, Centre d'imagerie - neurosciences et d'applications aux pathologies (CI-NAPS) dirigé par Bernard MAZOYER à Caen
- UMR7593, Vulnérabilité, adaptation et psychopathologie dirigé par Roland JOUVENT à Paris et Villejuif
- UMR8160, Laboratoire de neurosciences fonctionnelles et pathologies (LNFP) dirigé par Muriel BOUCART à Lille
- UMR8189, Laboratoire de psychologie et neurosciences cognitives (LPNCog) dirigé par Henri COHEN à Boulogne Billancourt

1.2.3 Les Instituts Fédératifs de Recherche (IFR)

Des thématiques en santé mentale ont été identifiées dans plusieurs IFR :

- IFR 8, Institut des neurosciences de Bordeaux, directeur : Bernard Bioulac
- IFR 19, Institut fédératif des neurosciences de Lyon, directeur : François Jourdan
- IFR 49, Institut d'imagerie neurofonctionnelle, directeur : Denis le Bihan, CEA, Orsay
- IFR 77, Broca-Sainte-Anne, directeur : Jacques Epelbaum
- IFR 131, Sciences du cerveau et de la cognition, directeur : Catherine Thinus-Blanc, Marseille

Par ailleurs, l'Agence Nationale de la Recherche émet des appels à projets. En 2006, sur la thématique « Neurosciences, neurologie et psychiatrie », de nombreux projets ont été sélectionnés, mais aucun sur la santé mentale. Plusieurs traitaient cependant du langage, des troubles du développement, de la mémoire.

1.2.4 Le Groupement d'intérêt scientifique (GIS) « Psychiatrie » [74]

Le **G**roupement d'**I**ntérêt **S**cientifique (GIS) « Psychiatrie », créé en mars 2005 à l'initiative du ministère de la santé, vise à favoriser en France le **développement de la recherche clinique et épidémiologique en psychiatrie et en santé mentale**.
Il fédère les principaux acteurs dans ce champ tels que la DREES, L'INSERM, le CNRS, l'InVS , l'INPES, l'IRDES, la FNORS, l'OFDT et la fondation MGEN.
Il est soutenu financièrement par la DGS, la DREES et l'InVS.

Ce GIS poursuit les objectifs suivants :

- Favoriser le développement de la recherche, notamment clinique et épidémiologique en psychiatrie et en santé mentale, en lien avec les instances européennes (UE) ou internationales (OMS).
- Susciter la conception de programmes d'études en :
    - Epidémiologie descriptive en population générale, en populations spécifiques (adolescents, sujets âgés, …), en filières de soins (Médecine générale, Hospitalisation, …)
    - Epidémiologie analytique, en incitant les équipes françaises à s'impliquer dans l'identification de facteurs de risque (génétiques, neuro-développementaux, socio-environnementaux, …)
    - Epidémiologie évaluative pour les stratégies de soin ou de prévention
    - Pharmaco-épidémiologie
    - Etudes longitudinales
- Permettre une meilleure coordination et une valorisation des travaux réalisés par les équipes de recherche et les différentes institutions concernées.
- Favoriser l'émergence de réseaux de collaborations thématiques notamment à propos des statistiques sanitaires et plus généralement des problématiques de Santé Publique.
- Sensibiliser la collectivité et les pouvoirs publics aux phénomènes émergents en santé mentale.
- Favoriser, autour de ces objectifs, la diversité des approches et des méthodes, et la mobilisation de toutes les disciplines concernées de la biologie aux sciences humaines et sociales.

[74] Source : Gis-psychiatrie.org

Les missions, telles que le GIS s'est fixées, sont de :

- Repérer les études et travaux de recherche menés en France dans le champ de la santé mentale
- Organiser des concertations permettant de coordonner des études, impliquant différents intervenants, dont les compétences apparaissent complémentaires
- Renforcer le partenariat entre les membres du GIS et avec d'autres institutions, comme par exemple le Centre Collaborateur OMS pour la recherche et l'information en santé mentale (Lille), les Universités et les communautés médicales des différents centres hospitaliers et leurs Départements d'information médicale (DIM).Le GIS agit donc comme un réseau de collaborations scientifiques associant les demandeurs de données et ceux en mesure de les produire
- Conduire des travaux permettant de dégager des problématiques de recherche, à partir des besoins de la politique de santé publique, exprimés par les directions d'administration centrale du Ministère ou des services déconcentrés
- Repérer de nouveaux financements pour ces travaux de recherche et mettre à disposition des informations sur les appels d'offre, auxquels les équipes de recherche en santé mentale (Unité INSERM ou CNRS, ORS, par exemple) sont susceptibles de répondre.

1.2.5. Le réseau thématique de recherche et de soins (RTRS) FONDAMENTAL

Le Réseau a été institué par la loi de programmation de la recherche de janvier 2006 pour simplifier le fonctionnement de la recherche, assurer la transparence de l'utilisation des fonds et pour associer pouvoirs publics et privés dans un objectif de recherche national commun.

Le RTRS Fondamental, animé par le Pr Marion Leboyer, est une fondation de coopération scientifique, qui a vocation à agir sur l'amont et sur l'aval :

- favoriser le diagnostic,
- créer des liens entre les soins et la recherche,
- privilégier la création d'un réseau national de centres experts, associant soin, formation et recherche,
- augmenter la part de la recherche en psychiatrie,
- changer le regard sur les maladies psychiatriques.

Il s'agit d'un réseau national traitant principalement de 3 maladies mentales : schizophrénie, trouble bipolaire et autisme de haut niveau (syndrome d'Asperger).

Les partenaires impliqués sont : l'Inserm, le CEA, l'AP-HP, l'Université de Paris Descartes, Paris VI, Paris XII, le Conseil général du Val de Marne, la FRC, la Fondation Falret.

Ce projet oriente la recherche dans le domaine de la pathologie mentale vers une approche résolument scientifique fondée d'une part sur le substrat neurobiologique (neurosciences, neuroimagerie, neurogénétique), et d'autre part sur la médecine fondée sur la preuve (recherche clinique), réalisant des centres intégrés de recherche translationnelle.

Il associe des équipes de cliniciens et de chercheurs spécialisés dans chacune de ces affections, distribués en réseau sur l'ensemble du territoire, à des infrastructures indispensables - biobanques, génotypage, neuroimagerie, support à la recherche clinique multicentrique Nationale et Européenne.

1.2.6 La recherche dans les Centres Hospitaliers

Dans le cadre du PHRC (Programme Hospitalier de Recherche Clinique), la santé mentale constitue un axe important avec 26 projets financés entre 2005 et 2008 (incluant l'addictologie, hors démences), pour une somme totale de 6,7 millions d'euros (source : mission OPRC, JP Duffet, Ministère de la Santé).

En 2008, par exemple, les projets financés ont été les suivants :

- Une étude de comparaison de l'efficacité de la thérapie MDFT (Multi Dimensionnal Family Therapy) versus la TAUe (Treatment as Usual Explicité id Manualisé) dans le traitement de l'abus et de la dépendance au cannabis
- D'une langue à l'autre : Bilinguisme précoce chez les enfants de migrants
- Les marqueurs cliniques, phénotypiques et génétiques du comportement suicidaire dans l'anorexie mentale
- Une étude des facteurs prédictifs de la rechute thymique dans les troubles bipolaires de l'humeur : étude de suivi de cohorte au sein du réseau national de centres experts
- Les stimulations cérébrales profondes chez les patients souffrant d'une dépression résistante et chronique
- Une étude prospective de la mortalité et des facteurs associés au sein d'une cohorte de patients schizophrènes âgés d'au moins 60 ans
- La validation d'un programme de remédiation cognitive destiné aux patients souffrant de schizophrénie (RECOS)
- Une étude en Neuroimagerie Fonctionnelle des Corrélats Cérébraux de la Pédophilie

La psychiatrie représente donc un volet important du PHRC.

Parmi les orientations prioritaires du PHRC 2009, deux domaines sont directement liés à la santé mentale :

- la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées
- l'autisme et autres troubles envahissants du développement

D'une manière générale, le financement de la recherche dans les centres hospitaliers universitaires ou ayant passé convention avec un CHU, comme l'hôpital Sainte-Anne à Paris, dans le cadre du nouveau modèle de financement introduit par la tarification à l'activité (T2A), est assuré par la sous-enveloppe dite MERRI (Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation). Cela étant, les CHS n'étant pas soumis au dispositif de la T2A, cette enveloppe MERRI concerne très peu les activités de psychiatrie. Seul l'hôpital Sainte-Anne, à Paris, bénéficie au titre de ses activités de court séjour (neurologie, neurochirurgie), d'une partie de cette enveloppe MERRI, à hauteur de 3,5 millions environ. Il est impossible de déterminer pour les autres établissements quelle peut être la part des activités de recherche et d'innovation en santé mentale ainsi financée par les MERRI. Elle est probablement faible.

Pour conclure, la recherche publique en santé mentale est réalisée dans un nombre important de structures diversifiées.
Les activités de recherche font appel souvent à l'imagerie cérébrale, aux approches de psychologie cognitive, sans parler de l'apport de la neurobiologie et de la génétique appliquées aux troubles psychiatriques ; outre les démences, les affections fréquemment étudiées sont les addictions, la schizophrénie, l'autisme, les troubles du comportement alimentaire.

On n'identifie pas par contre de thématiques sur l'apport des psychothérapies, sur l'organisation des soins ou les pratiques professionnelles ; l'épidémiologie en psychiatrie est de même insuffisamment développée.

Très récemment, toutefois, un réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapiques a été mis en place par l'Inserm, sous la coordination de Bruno Falissard et Jean-Michel Thurin (U 669), suite à un appel d'offres lancé en septembre 2007.
Trois thèmes prioritaires ont été sélectionnés pour les années 2008-2009 :

- Le premier concerne l'évaluation des émergences dans le processus de développement d'enfants autistes ou souffrant de dysharmonies évolutives au cours de thérapies neurofonctionnelles de la communication, de psychothérapies psychodynamiques ou autres.
- Le second porte sur les psychothérapies et plus spécifiquement sur les effets, à court et moyen terme, des interventions psychothérapiques dans les processus de passage à l'acte chez les patients « borderline ».

- Le troisième évaluera les interventions non médicamenteuses dans les troubles du comportement et la dépression chez des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer.

1.3 Le positionnement international

L'interrogation de la base consultable en ligne de Thomson Scientific permet d'obtenir certains classements sur des thématiques précises. Le principe de ces classements est la bibliométrie, c'est-à-dire le nombre de publications et surtout leur facteur d'impact, mesuré à partir du nombre de citations.
Au global, la France se situe, tous champs confondus, en 5ème position, en nombre d'articles comme en nombre de citations (derrière les Etats-Unis, le Japon, l'Allemagne et le Royaume Uni), et en 21ème position en nombre de citations par article.
Une analyse réalisée sur l'année 2005 montrait que sur 483 876 articles, 4 570 concernaient le champ « psychiatrie-psychologie », soit 0,9%. En nombre de citations, ce taux descend à 0,6%, le taux de citations dans ce champ de recherche étant faible.

La place modeste de ce champ de recherche en France se traduit aussi par le classement international : pour l'ensemble du champ « psychiatrie-psychologie », le classement des 5 premiers pays sur la période 1996-2006 ne fait pas apparaître la France (les 5 premiers sont les Etats-Unis, le Royaume Uni, le Canada, l'Allemagne et les Pays-Bas). Sur la schizophrénie, la France est en 7ème position ; sur l'autisme, par contre, elle est en 3ème position.
Dans les troubles de l'attention et hyperactivité, la France est en 12ème position, et dans le syndrome de stress post-traumatique, en 15ème position…

Dans le rapport d'activité 2007 de l'INSERM, l'un des indicateurs utilisés pour traduire la performance de recherche est le nombre de publications placées dans le « Top 1% », à savoir les publications se situant dans le premier percentile des articles les plus cités dans un domaine donné. Ce nombre était de 2 dans les années 1995-96 et est monté à 3 dans les années 2004-05 pour la discipline « psychiatrie-psychologie ». Il s'agit d'une des disciplines pour laquelle on observe le plus faible nombre d'articles dans cette catégorie.
Ceci étant, l'INSERM a un très bon indice de citation moyen en psychiatrie, toutes publications confondues, avec 5,5% au-dessus de la moyenne mondiale (mais l'ensemble des publications françaises dans le domaine psychiatrie-psychologie a par contre un indice de citation inférieur à la moyenne mondiale).

Ce constat d'une place faible de la France en recherche en psychiatrie avait déjà été fait dans le Livre blanc de la Fédération française de psychiatrie en 2002 (JM Thurin et P Mazet). On peut d'ailleurs constater que les propositions figurant dans ce document ont été peu suivies.

1.4 Les constats pour l'avenir

Au regard du poids des maladies psychiatriques au sein de la consommation de soins et biens médicaux (9% des dépenses), on ne peut que constater le poids infiniment moins important de la recherche en santé mentale au sein de l'effort de recherche médicale.

Même si, comme il a été dit, il peut être considéré qu'une part de la recherche en neurosciences intéresse la psychiatrie, il reste que la recherche spécifique en psychiatrie est très peu dotée, en moyens, en chercheurs, en structures.

Or, maintenant, avec par exemple les techniques d'imagerie fonctionnelle, avec le décryptage du génome, une recherche efficace sur les maladies psychiatriques est rendue possible… et coûteuse.

Par ailleurs, **il est absolument nécessaire de développer la recherche en sciences humaines et sciences sociales appliquées à la santé mentale**. Les questions liées à la notion d'autonomie, au recours aux soins, à la territorialisation, à la pratique de la Loi, aux liens entre santé mentale et précarité, aux pratiques de soins, etc. sont autant de thèmes devant faire l'objet d'un effort de recherche.

Dans le cadre du « Plan national sur le cerveau et les maladies du système nerveux » annoncé par le Premier ministre le 26 mai 2006, la mission confiée au Professeur Jacques Glowinski était de promouvoir les différents axes de recherche permettant d'améliorer la connaissance des mécanismes impliqués dans le fonctionnement cérébral, et ce afin de mieux préciser les stratégies de lutte contre les pathologies cérébrales et les atteintes du système nerveux.

Au terme de son étude, l'auteur avance 23 propositions parmi lesquelles la création de l'Institut du Cerveau et de 7 neuropôles régionaux à l'image des cancéropôles ou encore le lancement d'un Plan national sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.
Il s'agit de promouvoir la formation, d'amplifier la recherche clinique dans les CHU, mais également de diffuser les nouvelles méthodes de diagnostic et d'actions préventives, de contribuer aux recherches épidémiologiques, sociologiques et économiques, d'associer ces efforts à une amélioration des structures d'hospitalisation et de la politique des soins.

2. Le bilan du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 :

Dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale, deux axes étaient développés :

2.1. Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie

En s'appuyant sur la possibilité, ouverte par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 réformant la loi Huriet-Sérusclat, d'inclure les patients souffrant de maladies psychiatriques dans les protocoles de recherche clinique :

- Soutien, par les ministères de tutelle, de l'INSERM, qui a mis en place une intercommission « psychiatrie, psychopathologie, santé mentale » chargée de faire des propositions sur les moyens de développer et de structurer la recherche dans le domaine. L'INSERM a également mis en place un comité d'interface avec la Société Française de Psychiatrie ;
- Inscription, par le ministère de la santé, dès 2005, d'un axe prioritaire « psychiatrie-santé mentale », dans l'appel d'offre national du PHRC afin de financer des recherches et au sein de la thématique « Neurosciences » de l'Agence Nationale de Recherche ;
- Mise en place d'un groupe de travail, avec les ministères de la Santé et de l'Education nationale, afin de favoriser l'orientation des internes vers des cursus de recherche.

2.2. Développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale

Dans les établissements de santé, mobilisation des médecins des départements d'information médicale (DIM), pour favoriser la recherche épidémiologique en psychiatrie (instruction aux ARH à l'attention des directeurs d'établissements et des présidents de CME) :

- Soutien, par le niveau national, des initiatives locales des professionnels et des établissements dans des projets relatifs à la recherche épidémiologique et clinique ;
- Création d'un GIS (Groupement d'intérêt scientifique en épidémiologie psychiatrique) afin de fédérer les personnes et les institutions travaillant dans le champ de l'épidémiologie psychiatrique tout en respectant leurs particularités (chercheurs isolés et structures ayant pour mission la recherche (INSERM et CNRS) ou la surveillance épidémiologique (InVS, DREES…).

Les bilans réalisés et publiés font état des actions mises en place :

1) Pour promouvoir la recherche clinique :
- La psychiatrie et la santé mentale ont été inscrites comme thèmes de recherche prioritaires dans de cadre d'un appel d'offre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique PHRC en 2005 et 2006
- L'agence Nationale de Recherche a lancé en 2006 un appel d'offre sur le thème des « neurosciences, neurologie et psychiatrie »

2) Pour développer l'épidémiologie : en mars 2005, un Groupement d'Intérêt Scientifique (GIS) à été créé. En 2006, le GIS a réalisé un séminaire relatif aux interviews standardisées pour les études de prévalence en psychiatrie et aux questions méthodologiques en épidémiologie des addictions.

En termes de moyens mobilisés, les bilans font acte de :
- en 2005 : 11 projets de recherche clinique en psychiatrie retenus dans le cadre du PHRC pour un montant de 2 819 000 €
- en 2006 : 5 projets de recherche clinique en psychiatrie retenus dans le cadre du PHRC pour un montant de 1 394 000 €.

Notons que les bilans 2007 et 2008 du plan santé mentale ne sont pas disponibles à la date de ce rapport.

3. Préconisations :

L'état des lieux montre que la recherche publique en psychiatrie en France est dotée de peu de moyens. Il en résulte qu'elle est peu structurée et surtout très fragmentée.

La recherche publique en psychiatrie est pourtant active voire même pionnière dans certains domaines comme le démontre la nomination de découvertes sur l'autisme et son origine génétique parmi les 10 principales découvertes de ces 50 dernières années, lors du jubilé de l'AP-HP, au même titre que des découvertes dans les domaine du cancer, des maladies cardio-vasculaires ou encore de la neurologie. La problématique est que les acteurs communiquent peu alors que la communication est une des clés de la reconnaissance.

Il parait donc légitime de **développer la recherche en santé mentale (recherche médicale et en sciences humaines) au prorata de son poids dans les dépenses de santé, notamment en intégrant des quotas obligatoires dans tous les programmes internationaux, nationaux et régionaux, et en identifiant 4 ou 5 pôles de référence en France dans ce domaine**.

12 PISTES DE PROPOSITIONS POUR LA SANTE MENTALE

Après avoir essayé de dresser un état de lieux de la santé mentale en France le plus exhaustif possible, voici 12 pistes afin de changer le regard de la société sur la maladie mentale, d'améliorer la formation des professionnels y intervenant et d'offrir un cadre institutionnel plus précis à la démarche de prise en charge de la santé mentale dans son ensemble.

Ces 12 pistes sont les suivantes :

1 – Favoriser la prévention et la détection précoce des troubles psychiques

2 – Nommer un Délégué interministériel à la santé mentale, comme pour la toxicomanie

3 –Nommer un délégué régional à la santé mentale systématiquement au sein de chaque ARS

4 – Organiser les Etats Généraux de la Santé Mentale, comme pour le cancer, et faire un état des lieux affiné de la pédopsychiatrie en France

5 – Engager une campagne nationale sur le meilleur usage des médicaments psychotropes, selon un modèle du type « anxiolytique, hypnotique, c'est pas automatique » et optimiser les diagnostics sous évalués

6 – Mettre en place un département gérant une base de données épidémiologique sur la santé mentale au sein d'un organisme comme l'INSERM

7 – Mettre en place un enseignement théorique et pratique obligatoire (santé mentale, médicaments psychotropes) dans le cursus des études médicales des médecins généralistes et le LMD pour les infirmiers incluant une spécialisation en santé mentale

8 – Engager l'évaluation de l'activité des établissements en psychiatrie dans la perspective de la généralisation de la VAP en 2011, en tenant compte des critiques qui ont pu être formulées à son encontre

9 - Développer la recherche en santé mentale (recherche médicale et sciences humaines) au prorata de son poids dans les dépenses de santé, notamment en intégrant des quotas obligatoires dans les programmes internationaux, nationaux et régionaux, et en instaurant des délégations à la recherche clinique au niveau régional ou interrégional

10 – Renforcer l'intégration clinique, organisationnelle et territoriale de l'offre de soins et de services en psychiatrie et santé mentale par la valorisation et l'évaluation des différentes modalités de coopération et de coordination en réseau des différents opérateurs et partenaires

11 - Favoriser le développement de recommandations de bonnes pratiques

12 - Mieux faire connaître les objectifs de santé publique en psychiatrie

Bibliographie

Académie nationale de Médecine, « La santé en prison »,rapport, 2008

Acef S., Gozlan G. Stratégies d'intégration d'un réseau de santé mentale, l'expérience Prépsy. Vie Sociale, Juin 2006

Acef S. Réseaux de santé et territoires, où en sommes-nous ?. Informations sociales. Juin 2007

Aggoun, A., "Quel psychiatre pour le migrant âgé du Maghreb ? », *L'Harmattan/L'homme et la société*, n°139, pp.35-43, janvier-mars 2001

Albarracin G, Rovira J, Carreras L, Rejas J, "Economic and epidemiologic aspects of generalized anxiety disorder: a review of the literature", *Actas Espana Psiquiatria*, 2008, 36 (sous presse)

Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J. M., Demyttenaere, K., Vilagut, G., Almansa, J., Pierre Lepine, J., Brugha, T. S. on behalf of the ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, "Population level of unmet needs for mental healthcare in Europe", *Br J Psy*, 190, pp. 299-306, 2007

Alwan NA, Johnstone P, Zolese G, "Length of hospitalisation for people with severe mental illness" (Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1, Art. N° CD000384
Andlin-Sobocki P, Jönsson B, Wittchen HU, Olesen J, "Cost of disorders of the brain in Europe", *European Journal of Neurology*, 2005, 12 (suppl 1) : 1-27

Andlin-Sobocki P, Wittchen HU, "Cost of anxiety disorders in Europe", *European Journal of Neurology*, 2005, 12 (suppl 1):39-44

Andlin-Sobocki P, Rössler W, "Cost of psychotic disorders in Europe", *European Journal of Neurology*, 2005, 12 (suppl 1): 74-77

Angermeyer, M. C., Kilian, R., Roick, C., Becker, T., "Cost-effectiveness analysis of psychiatric services systems in the European comparison", (presentation PPT), 2005

Aos S, Lieb R, Mayfield J, Miller M, Pennucci A, "Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth", *Washington State Institute for Public Policy*, 2004

Appleby L, Morriss R, Gask L, Roland M, Lewis B, Perry A, Battersby L, Colbert N, Green G, Amos T, Davies L, Faragher B, "An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STROM Project)", *Psychological Medicine*, 2000, 30:805-812

ARACT Aquitaine, "Risques psychosociaux :stress, mal-être, souffrance… », 2005

ASEP – OMS – DIRM EPSM Lille Métropole – Ministère de la santé – Ministère des Affaires étrangères, « la santé mentale en population générale : images et réalités », juin 2001.

Ax, R., Bigelow, B., Harowski, K., Meredith, J.,. Nussbaum, D., Taylor, R., "Prescriptive authority for psychologists and the public sector : serving underserved health care consumers", *Psychol Serv*, vol. 5(2), pp. 184-194, may 2008

Banchereau C, Mousques J, Raffy-Pihan N, « Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés », *CREDES*, Biblio n°1302, avril 2000

Barreyre, J.-Y., Makdessi, Y., « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations », recherche-action en matière d'évaluation conjointe du handicap psychique réalisé par la Délégation ANCREAI Ile-de-France pour le compte de la CNSA, décembre 2007

BEH, numéro thématique « La santé mentale en France, surveillance et enjeux », n° 35-36, septembre 2008

Berland.Y. « Commission démographie médicale », avril 2005

Bomqvist A, Léger P, Hoch J, "The cost of schizophrenia : lessons from an international comparison", *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006, 9: 177-183

Bories-Maskulova V, « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005 », *Points de repère n°13*, CNAMTS, décembre 2007

Bourgeois A, Duée M, « Le Compte social du handicap de 2000 à 2006 », DREES, Etudes et Résultats, n° 619, janvier 2008

Bras, P.L., Ricordeau, P., Roussille, B., Saintoyant, V., « Rapport sur l'information des médecins généralistes », IGAS, 2007

Brunnelle, A., « Les programmes de case management : une description sommaire », *Santé mentale au Québec,* vol. 13, n°2, pp. 157-161, novembre 1988

Byford S, Harrington R, Torgerson D, Kerfoot M, Dyer E, Harrington V, Woodham A, Gill J, McNiven F, "Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves", *Br J Psy*, 1999, 174:56-62

Cameron, M., Edmans, T., Greatley, A., Morris, D., "Community renewal and mental health : strengthening the links", King's Fund and the National Institute of Mental Health in England (NIMHE), 2003

Cannetti, C., « La psychiatrie en univers carcéral », ADSP n°44, septembre 2003

Carta, M. G., Bernal M., Hardoy M. C., Haro, J., Abad, M. and the "Report on the Mental Health in Europe" working group, "Migration and mental health in Europe", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* **1**:13 2005

Chanut JM, Michaudon H, « L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés », *DREES*, Etudes et Résultats, n°344, octobre 2004

Chisholm D, on behalf of WHO Choice, “Choosing cost-effective interventions in psychiatry : results from the CHOICE programme of the World Health Organization”, *World Psychiatry*, 2005, 4:37-44

Chisholm D, van Ommeren M, Ayuso-Mateos JL, Saxena S, “Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder”, *Br J Psy*, 2005, 187:559-567

Chisholm D, Sanderson K, Ayuso-Mateos JL, Saxena S, “Reducing the global burden of depression-Population level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions”, *Br J Psy* 2004, 184:393-403

CNOM, « L’atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2007 », étude n°40.

CNOM, « Démographie médicale française les spécialités en crise situation au 1er janvier 2005 » étude n°38-2, décembre 2005.

Commission of the European Communities, “White Paper – Together for health : a strategic approach for the EU 2008-2013”, 2007

Commission des Affaires Sociales, « Projet de loi des finances 2008, Mission Santé, rapporteur sénateur Alain Milon », 2007

Couty, E., Cecchi-Tenerini, R., « Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport présenté à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports, janvier 2009

Cox, J. L., « European psychiatry : moving toward integration », *World Psychiatry*, 6 : 54-56, 2007

Dardennes R, Lafuma A, Watkins S, “Prophylactic treatment of mood disorders : cost-effectiveness analysis comparing lithium and carbamazepine”, *L’encéphale*, 1999, 25:391-400

Dardennes R, Thuile J, Even C, Friedman S, Guelfi JD, « Coût du trouble bipolaire : revue de la littérature », *L’encéphale*, 2006, 32 :18-25

« Déclaration commune sur la dépression chez l’adulte – comment améliorer la prévention, le diagnostic et le traitement », Canada, Conférence sur la dépression chez les adultes, Alberta, 17 octobre, 2008

De Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., Mazzi, F., Alonso, J., Vilagut, G., Visona, G., Falsirollo, F., Rossi, A., Warner, R., « Prevalence of common mental disorders in Italy : results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) », *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.,* 41(11), pp.853-61, novembre 2006

De Zélicourt M, Dardennes R, Verdoux H, Gandhi G, Khoshmood B, Comette E, Papatheodorou ML, Edgell E, Even C, Fagnani F, "Frequency of hospitalisations and inpatient care costs of manic episodes in patients with bipolar I disorder in France", *Pharmacoeconomics*, 2003, 21 (15):1081-1090

DGS, « L'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé », rapport présenté au comité consultatif de santé mentale, 11 avril 2002.

DGS, « Projet de Loi d'Orientation de Santé Publique, Groupe Technique National de Définition des Objectifs », 10 mars 2003

DHOS, circulaire DHOS/F1/2007/104 du 15 mars 2007 relative à l'état d'avancement de la VAP

DHOS/DGAS/DGS/CNAS, circulaire DHOS/02/DGAS/3SD/DGS/MC4/CNSA/2008/163 du 19 mai 2008 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation des ressources 2008 relative au plan psychiatrie et santé mentale

DREES, Etudes et résultats, « Episodes dépressifs : des situations multiples », n°661, octobre 2008

DREES, « L'état de santé de la population en France : indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – affections neuropsychiatriques – Rapport 2007 », 2007

DREES, « L'état de santé de la population en France : indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique – traumatismes-suicides – Rapport 2007 », 2007

DREES, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006 », n°571, avril 2007.

DREES, « Les secteurs de psychiatrie générale en 2003 », document de travail, novembre 2007

DREES, « Panorama des établissements de santé en 2005 », 2007

DREES, « Rapport sur la prise en charge de la santé mentale », 2007

DREES, Etudes et résultats, « Les recours aux soins spécialisés en santé mentale », n° 533, novembre 2006

DREES, Etudes et résultats, « Suicides et tentatives de suicide en France », n°488, mai 2006

DREES, Etudes et résultats, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête *Santé mentale en population générale* », n° 347, octobre 2004

DREES – « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », n°352, novembre 2004.

DREES, Etudes et résultats n°443, « Les disparités départementales de prise en charge de la santé mentale », 2005

DSM-IV-TR Duburq, A., Coulomb, S., Bonte, J., Marchand, J., Fagnani, F., Falissard, B. (coordination scientifique), « Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral », étude, 2004

El-Guebaly, N., « Canadian psychiatry : a status report », *Int J Psy*, issue 6, pp. 12-14, octobre 2004

ENSP, Module interprofessionnel de santé publique, « Aspect de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et santé mentale », groupe n°22, 2006

ENSP, Module interprofessionnel de santé publique, « L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements ? », groupe n°30, 2006

Etter, M., Meiler, A., « Rôle du médecin de premier recours dans la prise en charge du patient psychotique », *Revue médicale suisse,* n°33, 2008

EU, Health and Consumer Protection Directorate General, « Action for mental health : activities co-funded from European Community public health programmes 1997-2004 », 2004

EU, Health and Consumer Protection Directorate General, "The state of the mental health in the European Union", 2004

European Federation of Psychologists' Association, "Optimal standards for professional training in psychology" EuroPsy, European certificate in Psychology

EUROPHAMILI - Médipsy, « Mental health care : four countries, four different ways, one common trend (France, Italy, Portugal and Spain), juillet 2002

Fakhoury, W., Priebe, S., « Desinstitutionalization and reinstitutionalization : major changes in the provision of health care », *Psychiatry* 6:8, pp. 313-316, 2007

Fénina A, Geffroy Y, Minc C, Renaud T, Sarlon L, Sermet C, « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Questions d'Economie de la Santé* n° 111, IRDES, juillet 2006

Fleury, M-J., Ouadahi, Y., « Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantations du changement », *Santé mentale au Québec,* vol. 27, n°2, pp. 16-36, 2002

François I, Gadreau M, Gisselmann A, Favelier H, « Contribution à l'évaluation économique en psychiatrie – Une comparaison de deux structures de soins pour schizophrènes « chroniques » au CHRU de Dijon », *Journal d'Economie Médicale*, 1993, 4 :185-199

Garcin, E., « Médicaliser les psychologues », *Réseau National des Psychologues*, Juin 2008

Gautier, J. « Impact de l'Internet en santé mentale : résultats de l'enquête sur les accros du web », présentation PPT, 2005

Gilbody S, Sheldon T, Wessely S, "Should we screen for depression ?" *BMJ*, 2006, 332:1027-1030

Gilbody S, House AO, Sheldon TA, "Screening and case finding for depression", *Cochrane Database Syst Rev*, 2005 (Issue 4): CD002792

Gilbody S, Bower P, Whitty P, "Costs and consequences of enhanced primary care for depression", *Br J Psy*, 2006, 189:297-308

Glowinski, J., "Plan national sur le cerveau et les maladies du système nerveux", rapport, 2006

Gonon, F., Giroux-Gonon, A., Boraud, T., "Neurosciences et souffrance psychique : pour une réflexion éthique", 18 janvier 2008
Gournay, K., "Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia", *Adv in Psych Treat*, vol. 6, pp. 243-251, 2000

Gozlan, G., "Prise en charge des maladies psychiques – le réseau PréPsy, un réseau de santé mentale au service des usagers et des professionnels", présentation décembre 2007

Gozlan G., Acef S. Soins partagés en santé mentale, quelles stratégies d'intégration clinique ? Revue Santé mentale Québec, à paraître, printemps 2009

Guelfi, J.-D., Rouillon, F. (sous la direction), "Manuel de psychiatrie", Masson, 2007

Heo, M., Murphy, C., Fontaine, R.K., Bruce, M.L., Alexopoulos, G, « Population projection of US adults with lifetime experience of depressive disorder by age and sex from year 2005 to 2050", *Int J of Ger Psychiatry,* Cochrane reviews, 2008

Hermann, R., Mattke, S. et al, "Selecting indicators for the quality of mental health care at the health system level in OECD countries", 2004

Hoge, M. et al, "Workforce competencies in behavioral health : an overview", *Adm and Policy in Mental Health*, vol.32, n° 5/6, may/july 2005

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/sallelec/textselect/burnout.html, "Burn out des médecins", 2003

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr, "Epidémiologie en psychiatrie : répertoire des travaux francophones de 1989 à 1994 »

Hu T, "An International review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003", *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006, 9:3-13

Huber, M., "International comparisons of prices and volumes in health care among OECD countries", *European center for Social Welfare policy and research*, 18 december 2006
IGAS, Rapport n° RM 2007-033P, "Gestion et utilisation des ressources humaines dans 6 établissements spécialisés en psychiatrie", juillet 2007

INSEE, « médecins suivant le statut et la spécialité », mis à jour le 02/2008.

INSERM, « Jeux d'hasard et d'argent – contexte et addictions », 2008

INPES, « baromètre santé 2005, premiers résultats », 2006

INPES, campagne nationale « Dépression : en savoir plus pour en sortir », 2008

INVS, « Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'INSEE »

IRDES, « démographie et activité des professions de santé ».

Isacsson, G., Lesage, A., Grunberg, F., Séguin, M., « Données récentes d'études scandinaves. Traiter la dépression : une stratégie efficace de prévention du suicide », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°2, pp. 235-259, 2002

INVS, « Santé mentale et activité professionnelle dans l'enquête décennale santé 2003 de l'INSEE », octobre 2007

Jané-Llopis,E. & Anderson, P. (eds.) " Mental health promotion and mental disorders prevention across European member states : a collection of country stories", 2006

Jäger M, Sobocki P, Rössler W, "Cost disorders of the brain in Switzerland, with a focus on mental disorders", *Swiss Medical Weekly*, 2008, 138:4-11

Jones J, Amaddeo F, Barbui C, Tansella M, "Predicting costs of mental health care : a critical literature review", *Psychological Medicine*, 2007, 37:467-477

Johannessen, J., Stubhang, B., Skandsen, J., "Mental health services in Norway", *Int J Psy,* issue 9, pp. 13-16, juillet 2005

Joyce, L., Perkins, R., « A managerial perspective on consultant psychiatrists », *Adv in Psych Treat*, vol. 2, pp. 11-16, 1996

Kates,N., Craven, M., Bishop, J., Clinton, T., Kraftcheck, D., LeClair, K., Leverette, J., Nash, L., Turner, T., "Les soins de santé mentale partagée au Canada", Association des psychiatres du Canada, 1996

Kates, N., « Nouvelles approches. Collaboration entre dispensateurs de soins primaires et santé mentale », *Santé mentale au Québec,* vol. 27, N°2, pp. 93-108, 2002

Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, Wang P, Wells KB, Zaslavsky AM, "Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003", *New England Journal of Medicine*, 2005, 352;2515-2523

Kleinman L, Lowin A, Flood E, Gandhi G, Edgell E, Revicki D,"Costs of bipolar disorder", *Pharmacoeconomics*, 2003, 21 (9): 601- 622

Kovess-Masfety,V., Alonso, J., Brugha, T., Angermeyer, M., Haro, J. M., Sevilla-Dedieu, C. and the ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, "Differences in lifetime use of services for mental health problems in 6 european countries", *Psych Serv*, vol. 58, n°2, pp. 213-220, February 2007

Kovess-Masféty, V., Saragoussi, D., Sevilla-Dedieu, C., Gilbert, F., Suchocka, A., Arveiller, N., Gasquet, I., Younes, N., Hardy-Bayle, M.-C., « What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem ? Results from a French survey", *BMC Public Health*, 7 : 188, 2007

Kovess-Masfety, V., Wiersma, D., Xavier, M., de Almeida, J., Carta, M. G., Dubuis, J., Lacalmantie, E., Pellet, J., Roelandt, J.-L., Torres-Gonzalez, F., Moreno Kustner, B, Walsh, D., "Needs for care among patients with schizophrenia in 6 european countries : a one-year follow-up study", *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 2 : 22, 2006

Kovess, V., "Evaluer les besoins : l'apport de l'épidémiologie", *Pluriels*, n°25, février 2001

Lahtinen, E., « Mental health in Finland », *Int J Psy*, vol.3, n°1, pp.12-14, janvier 2006

Launois, R., Toumi, M., Créneau, S., Lançon, C., « Le coût de la schizophrénie : un labyrinthe inextricable ou une aide à la décision ? », 2004

LEEM, "Besoins médicaux non couverts en 2006", 2007

Le Pape A, Lecomte T, « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 », *Questions d'économie de la santé* n°21, CREDES, septembre 1999

Leguay, D. "Le secteur de psychiatrie générale : fonctionnement et questionnements dans la société actuelle », présentation à l'ENM Paris, septembre 2007

« Le livre blanc de la Fédération française de Psychiatrie », éditions John Libbey, 2003

Lopez, A. « Bilan de la première année de mise en œuvre du plan de santé mentale », Comité technique national de suivi du plan « psychiatrie et santé mentale », juin 2006-juin 2007

Lopez, A. « Bilan de la deuxième année de mise en œuvre du plan de santé mentale », Comité technique national de suivi du plan « psychiatrie et santé mentale », juin 2006-juin 2007

Lopez-Ibor, J., Reneses, B., "Psychiatry in Spain", *Int J Psy*, issue 9, pp. 8-11, juillet 2005

Lynch FL, Honbrook M, Clarke GN, Perrin N, Polen MR, O'Connor E, Dickerson J, "Cost-effectiveness of an intervention to prevent depression in at-risk-teens", *Arch General Psychiatry*, 2005, 62:1241-1248

Mangalore R, Knapp M, "Cost of Schizophrenia in England", *Journal of Mental Policy and Economics*, 2007, 109:23-41

Marielle B, Mermilliod C, Meuret D, Chapalain MT, « Le financement de l'activité extra-hospitalière en psychiatrie de secteur », Ministère de la Santé, Section des études RCB et de recherche opérationnelle, nov 1975, 143 pages

McCrone, P., Dhanasiri, S., Patel, A., Knapp, M., Lawton-Smith, S., "Paying the price : the cost of mental health care in England in 2026", King's Fund, 2008

McDaid, D., Knapp, M., Medeiros, H. and the MHEEN group, "Mental health and economics in Europe : findings from the MHEEN group", Eurohealth, vol. 13, n°3, pp. 1-7, 2007

McEvoy JP, The costs of schizophrenia, Journal of Clinical Psychiatry, 2007, 68 (suppl 14): 4-7

MEAH, « Organisation des Centres Médico-Psychologiques », rapport de fin de mission, février 2008

Ministère de la Santé, Guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisée en psychiatrie, 2006

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Direction Générale des services à la population, « Lignes directrices pour l'implantation des réseaux locaux de services intégrées en santé mentale », avril 2002

NAO, summary report « Dementia : international comparisons », may 2007

Rotgé JY, Tignol J, Aouizerate B, Improving the management of depression in primary care : review and prospects, Encéphale, 2007, 33:552-560

National Mental health Information center, "The provision of mental health services in managed-care organizations", 2007

NHS, « National service frameworks for mental health : modern standards and service models », 1999

NHS, "Mental health ten years on : progress on mental health reform", 2007

NIMH England, « National mental health workforce strategy », august 2004

Norton, J., David, M., Boulenger, J.-P., « General practitioners are bearing an increasing burden of the care of common mental disorders in France », *Eur J Psychiat*., vol. 21, n°1, pp. 63-70, 2007

OECD, "Dementia care in 9 OECD countries : a comparative analysis", 2004

Olesen J, Leonardi M, "The burden of brain diseases in Europe", *European Journal of Neurology*, 2003, 10: 471-477

OMS, « mHGAP : combler les lacunes en santé mentale », 2008

OMS, « Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions », rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, 2006

OMS, « La situation de la santé mentale », guide des politiques et des services de santé mentale, 2003

Plan Autisme, 2005-2006

Plan Autisme 2008-2010

Panel DOREMA. Etude Permanente de la Prescription Médicale Eté 2003. Echantillon de 5 600 médecins informatisés

Paris V, Renaud T, Sermet C, Midy F, « Des comptes de la santé par pathologie : un prototype pour l'année 1998 », *CREDES*, 2003, N° 1480

Parenteau, J-L., "Les équipes MRC en santé mentale dans la région Chaudière-Appallaches. Bilan d'une expérience de mise en réseau », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°2, pp. 37-53, 2002

Pellet J, Lang F, Decroocq A, Bouvy M, Guilhot J, Claveranne JP, Pellet K, « Etude pilote coût-utilité de deux modes de prise en charge psychiatrique », CHRU de Saint-Etienne, 43ème colloque international, Lyon, 7-8 juillet 1994

Pelletier KR, "A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite : Update VI 2000-2004", *J Occupational and Environmental Medicine*, 2005, 47:1051-1058

Perreault, M., Provencher, H., St-Onge, M., Rousseau, M., "Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches », *Santé mentale au Québec*, vol. 27, n°2, pp. 198-214, 2002

Petrou S, Cooper P, Murray L, Davidson LL, "Cost-effectiveness of a preventive counseling and support package for postnatal depression", *Int J Health Technology Assessment in Health Care*, 2006

Pirraglia PA, Rosen AB, Hermann RC, Olchanski NV, Neumann P, "Cost-utility analysis studies of Pepression management : A systematic review", *Am J Psychiatry*, 2004, 22 :443-453

Priebe, S., « The provision of psychotherapy : an international comparison", march 2006, 161:2155-2162

Programme Sciences Bio-Médicales, Santé et Société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRe – DREES, « Représentations de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes » (Bretagne Occidentale) », 2002

Piel, Roelandt, Dr, Rapport de mission « De la psychiatrie vers la santé mentale », juillet 2001

PLURIELS, « La démographie médicale en psychiatrie en phase avec le soin ambulatoire », n°59, juin 2006.

PLURIELS, "Pour en finir avec le malaise en santé mentale face à l'information medico-économique", n°63, décembre 2006

PLURIELS, « Des opérations d'investissements en psychiatrie : pour quels soins ? où et comment ? », n°61, octobre 2006

PLURIELS (la lettre de la MNASM), « Hôpital/ambulatoire : le nouvel équilibre », n°28, novembre 2001

Points de repère, « Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005 », n°13, décembre 2007.

Poirier, M., Ritzhaupt, B., Larosse, S., Chartrand, D., « Case management : le modèle de l'Ouest de l'île de Montréal », *Santé mentale au Québec,* vol. 23, n°2, pp. 93-118, 1998

Projet de rapport d'information sur « la prescription, la consommation et la fiscalité des médicaments » rapporteur Mme C. Lemorton, examiné en avril 2008 par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale et demandé à la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), 2008

Pour la recherche (bulletin de la Féderation française de Psychiatrie), « Economie de la santé en 2005 : modèles et applications », n°46, septembre 2005

Rapport de la cour des comptes sur l'organisation de la lutte contre les maladies mentales, 1988

Ricard, N., Villeneuve, A., « Alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie : efficacité et efficience », Québec, 1998

Rost K, Smith JL, Dickinson M, "The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity : a randomized trial", *Med Care*, 2004, 42:1202-1210

Rost K, Pyne JM, Dickinson LM, LoSasso AT, "Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis", *Ann Family Medicine*, 2005, 3:7-14

Rouillon F, Toumi M, Dansette GY, Benyaya J, Auquier P, "Some aspects of the cost of schizophrenia in France", *Pharmacoeconomics,* 1997, 11:578-594

Rutz W, Carlsson P, Von Konorrig L, Walinder J, "Cost-benefit analysis of an educational program for general practitioners by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85:457-464

SAE 2006

« Santé et psychologie : analyse de l'état actuel et recommandations », mars 2005

Saout, N., « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient », 2008

Sari N, Castro S, Newman FL, Mills G, "Should we invest in suicide prevention programs ?" *The Journal of Socio-Economics*, 2008, 37:262-275

Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Miranda J, Meredith LS, Carney, MF, Welles K, "Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression : results of a randomized controlled trial", *JAMA*, 2001, 286:1325-1330

Schwappach D, "Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrangungen und ihrer Versorgung – ein Blinder Fleck?" *Neuropsychiatrie*, 2007, 21:18-28

Sicart.D, « Les médecins estimations au 1er janvier 2005 »- document de travail, n°88,
Plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »

Simmonds, S., Coid, J., Joseph, P., Mariott, S., Tyrer, P., "Community mental health team management in severe mental illness : a systematic review", *Br J Psy*, 178, 497-502, 2001

Silfverhielm, H., Stefansson, C., "Country profiles : Sweden", Int J Psy, vol.3, n°1, pp.9-11, janvier 2006

Smit F, Willemse G, Koopmanschap M; Onrust S, Cuijpers P, Beekman A, "Cost-effectiveness of preventing depression in primary care patients", *Br J Psy*, 2006, 188:300-336

Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C, "Cost of depression in Europe", *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2006; 9:87-98

Sobocki P, Lekander I, Borgström F, Ström O, Runeson B, "The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005", *European Psychiatry*, 2007, 22: 146-152

Soeteman D, Hakkaart-von Roijen L, Verheul R, Busschbach J, "The economical burden of personality disorders in mental health care", *Journal of Clinical Psychiatry*, 2008 ; 69 (2) : 259-265

Sommelet, D. "Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent", 2006

Tempier, R., « Le « case management clinique », *Vie sociale et traitements*, n°68, pp. 2-5, octobre 2000

Test, M. A., “Modèles de traitement dans la communauté pour adultes ayant des maladies mentales graves et persistantes”, *Santé mentale au Québec*, vol.23, n°2, pp. 119-147, 1998

THALES, CEMKA-EVAL, « Dépression : épidémiologie et prise en charge en médecine générale », *Le Quotidien du Médecin*, 12 décembre 2002

Thornicroft, G., Tansella, M., « Components of a modern mental health service : a pragmatic balance of community and hospital care – overview of systematic evidence”, *Br J Psy*, 185 : 283-290, 2004

Trude, S., Stoddard, J., « Primary care physicians and mental health services”, *J Gen Intern med*, n°18, pp. 442-449, 2003

TOUT PREVOIR, “La santé en prison : légitime défiance”, Février 2009

Vallier N, Salanave B, Weill A, « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », *Points de repère* n°1, CNAMTS, Août 2006

Valenstein M, Vijan S, Zeber JE, Boehm K, Buttar A, “The cost-utility of screening for depression in primary care”, *Ann Int Medicine*, 2001, 134:345-360

Vallier N, Salanave B, Weill A, « Coût des trente affections de longue durée pour l’assurance maladie », *Points de repère*, CNAMTS, n° 3, octobre 2006

Vallier N, Salanave B, Weill A, « Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée », *Points de repère* n°1, CNAMTS, Août 2006

Versini, D., « Intervention à la conférence de haut niveau sur la santé mentale », Bruxelles, 13 juin 2008

URCAM, « Démographie des médecins libéraux en 2008 », étude septembre 2000

US Department of Health and Human Services, « Healthy People 2010 »

Wang PS, Simon GE, Avorn J, “Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes : a randomized controlled trial”, *JAMA*, 2007, 298:1401-1411

WHO, « Integrating the mental health into the primary health care », 2008

WHO, « World Health Report 2008 », 2008

WHO, “Nursing matters : developing nursing resources for mental health”, 2007

WHO, “Nurses in mental health”, Atlas 2007

WHO, « Mental Health Atlas 2005 », 2006

WHO, Mental Health Atlas, Geneva, 2005

WHO World Mental Health Survey Consortium, “Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World health Organization World Mental Health Surveys”, *JAMA*, 2004, 291: 2581-2590

WHO/Nations for mental health, “Gender differences in the epidemiology of affective disorders et schizophrenia”, 1997

Wittchen HU, Jacobi F, “Size and burden of mental disorders in Europe – critical review and appraisal of 27 studies”, *European Neuropsychopharmacology*, 2005, 15 : 357-376

Wyatt RJ, Henter I, “An economic evaluation of manic-depressive illness – 1991”, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 1995, 30:213-219

www.aapml.fr, “Burn out à l’étranger”, 2007

www.cofemer.fr, “Handicap mental”, 28 décembre 2007

www.hometox.fr, « Cyberaddiction : la nouvelle toxicomanie sans drogues », 2008

www.psychcentral.com, Nauert, R., « New options for depression, anxiety and schizophrenia”, 22 may 2008

Zaloshnja E, Miller TR, Keiffer M, Perkins R, “Reducing injuries among Native Americans : five cost-outcome analyses”, *Accident Analysis & Prevention*, 2003, 33:631-639

Zeichsmaster I, Kilian R, McDaid D, and the MHEEN Group, “Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness ? A systematic review of the evidence from economic evaluations”, *BMC Public Health*, 2008, 8:20

MARS 2009

SENAT / OPEPS

ETAT DES LIEUX DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

LIVRET 2 : ANNEXES

FAIRE ÉQUIPE POUR LA SANTÉ

CNEH
3 RUE DANTON
92240 MALAKOFF
DÉPARTEMENT 01 41 17 15 36
DÉPARTEMENT 01 41 17 15 16
www.cneh.fr

SOMMAIRE

SOMMAIRE ..... - 2 -
ANNEXE 1 : LE CONTEXTE ..... - 3 -
ANNEXE 1.1 : LE CONTEXTE HISTORIQUE ..... - 4 -
ANNEXE 1.2 : BILAN DE RÉALISATION DU PLAN DE SANTÉ MENTALE EN 2006 ET 2007 ..... - 9 -
ANNEXE 2 LES BESOINS EN SANTÉ MENTALE ..... - 14 -
ANNEXE 2.1 : LA CLASSIFICATION DES MALADIES EN SANTÉ MENTALE ..... - 15 -
ANNEXE 2.2 : LA SANTÉ MENTALE EN CHIFFRES ..... - 16 -
ANNEXE 2.3 : LA SCHIZOPHRÉNIE - REVUE DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE ..... - 18 -
ANNEXE 2.4 : L'IMPACT D'INTERNET SUR LA SANTÉ MENTALE ..... - 20 -
ANNEXES 3 LES RÉPONSES À L'OFFRE DE SOINS ..... - 22 -
ANNEXE 3.1 UNE OFFRE HOSPITALIÈRE COMPLÈTE ET DIVERSIFIÉE ..... - 23 -
ANNEXE 3.2 LES CARACTÉRISTIQUES DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE ..... - 26 -
ANNEXE 4 LES ACTEURS EN SANTÉ MENTALE ..... - 39 -
ANNEXE 4.1 LES PSYCHIATRES ..... - 40 -
ANNEXE 4.2 LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ..... - 48 -
ANNEXE 4.3 LES PSYCHOLOGUES ..... - 51 -
ANNEXE 4.4 LES INFIRMIERS ..... - 53 -
ANNEXE 4.5 LES PSYCHOMOTRICIENS ..... - 55 -
ANNEXE 4.6 LES ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS ..... - 57 -
ANNEXE 4.7 LES ASSISTANTS SOCIAUX ..... - 59 -
ANNEXE 4.8 LES ASSOCIATIONS, USAGERS ET LES FAMILLES ..... - 64 -
ANNEXES 5 LE POIDS DES MALADIES MENTALES,LES COÛTS DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUEET LES MODALITÉS DE FINANCEMENT ..... - 65 -
ANNEXES 5.1 LE POIDS ET LE COÛT DES MALADIES PSYCHIATRIQUES ..... - 67 -
ANNEXE 5.2 LES RESSOURCES ENGAGÉES EN FRANCE ..... - 102 -
ANNEXE 5.3 L'EFFICIENCE DES PRISES EN CHARGE DES MALADIES MENTALES ..... - 112 -
ANNEXE 5.4 LES ACTIONS DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE ..... - 122 -
ANNEXE 5.5 LES PERSPECTIVES DE RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES - 127 -
ANNEXE 6 DÉFINITIONS ..... - 131 -

Annexe 1 :
Le contexte

Annexe 1.1 : Le contexte historique

Dates clés :

Circulaire du 15 mars 1960 sur l'organisation de la sectorisation en psychiatrie.

Rapport Gallois – Taïb en 1981.

Rapport Demay

Rapport Zambrowski en 1986.

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

Rapport Francis Peigné en 1991.

Rapport Gérard Massé en 1992.

1992 : disparition du diplôme d'infirmier psychiatrique

Circulaire du 30 juillet 1992 relative à l'organisation du soutien psychiatrique au sein des services d'urgence des hôpitaux généraux.

En 1994, rapport de l'IGAS sur l'accueil familial et thérapeutique.

En 1995, compte-rendu de la Journée d'information sur la Planification en Psychiatrie.

En 1995, mission Clery-Melin

Circulaire du 28 mai 1997 relative à la demande de création d'un réseau national de cellules d'Urgence médico-psychologiques.

Rapport Piel et Roelandt en juillet 2001 : « de la psychiatrie vers la santé mentale ». Il constate la situation de la santé mentale en France et émet des propositions pour chacun d'eux.

Rapport de l'OMS sur la santé mentale dans le monde de 2001.

Rapport CLERY MELIN, V. KOVESS, J.C. PASCAL en septembre 2003 : plans d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale.

En 2003, livre Blanc sur la politique de santé mentale

En 2005, mise en place du plan psychiatrie 2005-2008

En 2007, rapport de la DREES sur la prise en charge de la santé mentale

Historique

L'Antiquité

L'ordalie : Pour les insensés, elle départageait dans la folie le maléfique du divin

Théorie humorale d'Hippocrate : équilibre des humeurs et des qualités. La maladie repose sur leur déséquilibre

Du Moyen-Âge à la renaissance

Saint Thomas d'Aquin : division entre la démence naturelle et le péché
Spécialisation des ordres religieux dans des communautés : assister et édifier les insensés

Age d'or de l'inquisition : ordalie du jugement de dieu = arme contre les déviants…

L'âge classique

Thèse de Michel FOUCAULT : internement et enfermement pour les individus vivant en marge de la société.

Les lettres de cachet : émanent du roi, prononcent l'internement demandé par la famille

Classification des individus :

- Les demeurés, déments : enfermés dans l'hôpital général
- Les furieux et les forcenés : vont croupir dans des fosses

Création de **petites maisons** pour accueillir les insensés

Création de la **Société Royale de Médecine**

William CULLEN : crée en 1769 le terme "névroses"

Dépôt de mendicité : création des dépôts de mendicité, enfermement massif + 230 000 personnes de 1768 à 1789

La révolution française

Le malade devient citoyen.

Le 26 août 1789 : Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

Loi des 16 et 26 mars 1790 sur la séquestration des aliénés = création des asiles

Loi des 19 et 22 juillet 1791 sur la défense de laisser errer les insensés

Le XIX^e siècle

PINEL et ESQUIROL : Précurseurs de la réforme de l'hôpital psychiatrique. Médecins qui consacrent tout leurs temps à fonder, diriger ou réformer des asiles d'aliénés

Article 64 du code pénal de 1810 : « il n'y a ni crime, ni délit lorsque l'acte est commis en état de démence »

Volonté d'amélioration des conditions d'hospitalisation des personnes atteintes de troubles mentaux

1860, édification de quelques établissements spéciaux

Loi du 30 juin 1838 : organisation sur les aliénés, partage entre l'asile et la prison

LASEGUE : psychiatre, concept sur la paralysie générale progressive

JUNG : Psychiatre, penseur influent travaillant sur la psychanalyse et la psychologie analytique

GRIESINGER : célèbre pour ses réformes de la prise en charge des malades mentaux et du système asilaire

Le XX^e siècle

1900-1920

HEY : synthèse entre les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques par sa théorie de l'organodynamisme
Passage de l'individuel au social, du curatif au préventif, de l'asile au sanitaire

MAGNAN : concept flou de la dégénérescence

KRAEPELIN : classification des maladies mentales fondée sur des critères cliniques objectifs

1920 : aliénisme prend le nom de psychiatrie, devient une science

Rapprochement d'un côté entre la neurologie et la médecine, de l'autre avec la psychologie

1920-1940

BLEULER : concept de schizophrénie : instauration psychanalytique

FREUD : contribuera à l'instauration psychanalytique (travaux sur l'hystérie),

Développement de thérapeutiques psychiatriques : Impaludation**.** Von JAUREGG, L'insulinothérapie ou cure de SAKEL, Les électrochocs **-** CERLETTI et BINI.

La psycho-chirurgie - Edgar MONIZ

1930 : création du diplôme d'infirmière des asiles d'aliénés de l'Etat français

1940-1960 Vers la désinstitutionnalisation

Intégration des grandes tendances sociologiques et culturelles

Ouverture de la psychiatrie asilaire sur la cité : de l'isolement à la liberté

1945 : **BONNAFE** dénonce l'internement

1949 : DUCHENE définit la nécessité de la continuité des soins

1952 : G. DAUMEZON et **P. KOECHLIN** introduisent le terme de psychothérapie institutionnelle

1953 : J. OURY ouvre la clinique La Borde, véritable institution laboratoire,

Evolution des **thérapeutiques** biologiques, apparition de nouveaux produits

Naissance de la **psychopharmacologie**

Essor de la **neurophysiologie** et de la **neurochimie**

30 décembre 1958 : création des CHU et des médecins à temps plein

Psychiatrie dans la communauté, « la sectorisation 1960-1976 »

15 mars 1960 : circulaire sur l'organisation de la sectorisation en psychiatrie

1964 - **LE GUILLANT** - **BONNAFE** - **MIGNOT :** Rapport sur la chronicité

1965 - 66 – 67 : journées du LIVRE BLANC : nécessité d'obtenir un statut pour les psychiatres et d'augmenter les effectifs et de former des infirmières et paramédicaux

1968 - Les événements de Mai : la neuropsychiatrie se sépare en 2 disciplines distinctes : la neurologie et la Psychiatrie

1969 : le titre « d'Infirmier de secteur psychiatrique » est entériné

SENAT - OPEPS
Etat des lieux de la psychiatrie en France

Historique politique de santé

Historique Organisation de la psychiatrie

Fin DU XX^e siècle

- Loi hospitalière du **31 décembre 1970** relatif au service public hospitalier et à la carte sanitaire
- Loi n°75-534 du **30 juin 1975** d'orientation en faveur des personnes handicapées
- Loi hospitalière du **31 juillet 1991** relatif aux droits des malades et organisation administrative

- Ordonnance du **24 avril 1996** relative à la planification : création des ARH, COM et financement
- Arrêté du **17 juin 1998** relatif à la mise en place des SROS en psychiatrie
- Arrêté du **23 juillet 1999** relatif au SROS 2 en psychiatrie

1970 : entrée en application de l'ambitieuse et dynamique politique de secteur

1976 : 726 secteurs adultes, 107 petits services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux, 255 hôpitaux de jour dans l'hospitalisation partielle

La **relation psychothérapique** est reconnue comme primordiale

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

1992 : disparition du diplôme d'infirmier psychiatrique, mise en place du tronc commun de formation des infirmiers

Circulaire du 30 juillet 1992 : organise le soutien psychiatrique au sein des services d'urgence des hôpitaux généraux

1993 : définition des soins dispensés en milieu pénitentiaire par les établissements publics de santé.

1995 : code de déontologie médicale et la charte du patient hospitalisé.

28 mai 1997 : une circulaire demande la création d'un réseau national de cellules d'Urgence médico-psychologiques.

Le XXI^e siècle

- Loi du **2 janvier 2002** : réorganisation des établissements et des services sociaux et médico-sociaux
- **Loi du 4 mars 2002** relative à la reconnaissance des droits des patients
- Ordonnance du **4 septembre 2003** : unification des SROS

- La loi du **6 août 2004** relative à la bioéthique
- La loi du **9 août 2004** de santé publique
- La loi du **13 août 2004** de la réforme de l'Assurance Maladie
- L'ordonnance du **2 mai 2005** simplifiant le régime juridique des établissements de santé

- Plan **hôpital 2007**

- Plan **hôpital 2012**

Juillet 2001 : rapport PIEHL et ROELAND « de la psychiatrie vers la santé mentale ». Il constate la situation de la santé mentale en France et émet des propositions.

2001 : rapport de l'OMS sur la santé dans le monde

Septembre 2003 : rapport CLERY MELIN, V. KOVESS, J.C. PASCAL, plans d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale.

2003 : 817 secteurs adultes et 231 secteurs infanto-juvénile, logique de coïncider secteurs psychiatriques et sanitaires

Livre Blanc : politique de santé mentale

2005 : Mise en place du plan psychiatrie 2005-2008

Fin juin 2006 : bilan de la 1ère année de mise en œuvre du plan

Juin 2007 : bilan de la 2e année de mise en œuvre du plan

2007 : rapport de la DREES : prise en charge de la santé mentale

Annexe 1.2 : Bilan de réalisation du plan de Santé Mentale en 2006 et 2007

Récapitulatif des dispositions de mise en œuvre : Mai 2005-Mai 2007

Objectifs	Actions engagées ou réalisées		Budgets pour les mesures du plan		Impacts des mesures du plan	
	2006	2007	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007
Objectif 1 : mieux informer et prévenir	3	3	5,7 M€ en crédits d'Etat en 2005			▪ L'impact sur l'augmentation des crédits attribués par les régions est modeste, voire inexistante
Objectif 2 : mieux accueillir, et mieux soigner	6	3	31,28 M€ alloués en 2005 22 M€ notifiés en 2006	46,55 M€ alloués en 2006 31,09 M€ notifiés en 2007	▪ En 2005, 145 stages optionnels en psychiatrie ▪ Le degré de saturation des capacités d'hospitalisation a dépassé 90% dans 11 régions en 2004 ▪ Evolution du poids des longues hospitalisations ▪ Diversification des modes de prises en charge ▪ Développement des réseaux en santé mentale. En 2005, 16 réseaux en santé mentale sont recensés dans 8 régions.	▪ Les indicateurs concernant l'évolution des moyens en personnels pour les prises en charge en ambulatoire, ou dans des alternatives à l'hospitalisation à temps complet ne sont pas possibles à réunir. Il est donc indispensable de reprendre une enquête ▪ La pression sur l'hospitalisation est toujours forte, 14 régions ont un taux d'occupation moyen supérieur à 90 % ▪ Concernant l'évolution du poids des longues hospitalisations aucune donnée disponible, ▪ 6 régions ont un nombre de place supérieur à 25 pour la psychiatrie générale, et pour la psychiatrie infanto juvénile, 11 régions ont un nombre de places supérieur à 40 ▪ Pas de nouveaux réseaux

Objectifs	Actions engagées ou réalisées		Budgets pour les mesures du plan		Impacts des mesures du plan	
	2006	2007	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007
Objectif 3 : mieux accompagner	12	6	24,65 M€ alloués en 2005 31,62 M€ notifiés en 2006	34,91 M€ alloués en 2006 43,6 M€ notifiés en 2007	▪ Pour le développement des services d'accompagnement, l'objectif atteint est à 30% ; 120 places de SAMSAH ont été créées en 2005 dans 8 régions pour un montant de 7,44M€ ▪ La création de 300 GEM est atteinte à 50 %. En 2005, 119 GEM ont été financés (4,3 M€) ▪ Création de 453 places de MAS et de FAM en 2005 dans 8 régions pour un montant de 18,6 M€, pour 2006 ▪ Création de 134 places de MAS FAM en 2006 ; 14,178 M€ de crédits ont été engagés ▪ Création de 3000 places d'ESEAT en 2005	▪ Pour le développement des services d'accompagnement, l'objectif atteint en 2e année est à 68 %. 254 places de SAMSAH ont été autorisées dans 11 régions. Les crédits engagés sont de 2,8 M€ ▪ La création de 300 GEM est atteinte à 83 %. 44 nouveaux projets pourraient être financés ▪ Création de 280 places de MAS et de FAM en 2005 dans 13 régions pour un montant de 14,15 M€ en 2006 ▪ En 2006, le nombre de places d'ESAT créées pour des handicaps psychiques a été un peu supérieur par rapport aux années précédentes
Objectif 4 : renforcer les droits des malades et de leurs proches	11	4			▪ Données peu fiables	▪ Idem 2006

Objectifs	Actions engagées ou réalisées		Budgets pour les mesures du plan		Impacts des mesures du plan	
	2006	2007	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007
Objectif 5 : améliorer l'exercice des professionnels de santé mentale	8	2	25,1 M€ notifiés en 2006 (tutorat) 750 M€ en investissement, en pluriannuel, notifiés en 2006	25,1 M€ FME SPP et 10 M€ PRISM alloués en 2006 25,1 M€ FME SPP et 10 M€ PRISM alloués en 2007		
Objectif 6 : Favoriser les bonnes pratiques	3				▪ Une enquête spécifique doit avoir lieu	▪ Idem 2006
Objectif 7 : améliorer l'information en psychiatrie	3	2	8,5 M€ en 2005 (VAP) 12 M€ en 2006 (VAP)	10 M€ alloués en 2006 11,82 M€ notifiés en 2007		
Objectif 8 : améliorer la recherche	3	séminaire	11 projets de recherche en 2005, soit 2,819 M€		▪ 11 projets de recherche clinique	▪ 5 projets de recherche clinique en psychiatrie ont été retenus pour un montant de 1 394 000 euros

Objectifs	Actions engagées ou réalisées		Budgets pour les mesures du plan		Impacts des mesures du plan	
	2006	2007	2005-2006	2006-2007	2005-2006	2006-2007
Programme n°1 : Dépression et suicide	8				▪ L'évaluation doit être définie et mise en œuvre avec des résultats prévus en 2009 ▪ Il s'agit de réduire de 20 % le nombre de suicides, en passant de 12 000 à 10 000 par an	▪ Idem 2006
Programme n°2 : Santé/justice	13	4	0,82 M€ alloués en 2005 1 M€ notifiés en 2006	2,31 M€ alloués en 2006	▪ Une meilleure réponse aux besoins de santé mentale des détenus ▪ Deux indicateurs retenus : le nombre de détenus qui consultent en psychiatrie et le nombre de consultations en psychiatrie en établissement pénitentiaire	▪ Idem 2006
Programme n°3 : Périnatalité, enfants et adolescents	9					
Programme n°4 : Populations vulnérables	13	6	4,818 M€ alloués en 2005 3,25 M€ notifiés en 2006	3,998 M€ alloués en 2006 3,25 M€ notifiés en 2007	▪ Pour les personnes en situation précaire ou d'exclusion, l'évaluation doit être définie et mise en œuvre avec des résultats prévus en 2009 ▪ Pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées, le nombre de SROS est l'indicateur d'impact retenu	▪ Idem 2006

Annexe 2

Les besoins en santé mentale

Annexe 2.1 : La classification des maladies en santé mentale

Dès l'**antiquité**, les maladies mentales sont classifiées en 4 catégories : la manie, la mélancolie, la démence et l'idiotisme. Au cours du temps, la classification s'enrichit avec l'apparition de la paranoïa, la théorie de la dégénérescence, la démence précoce…

En **1893**, **Jacques Bertillon** développa une **Classification des causes de décès**.

Dès sa création en **1945**, l'OMS reprend les travaux Jacques Bertillon.
En 1948, elle deviendra une sixième révision de la classification est parue, elle se nomme la « **Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès** » (**CIM**).

A ce jour, la classification statistique internationale des maladies traumatisme et cause de décès en est à sa 10ème évolution. Elle est couramment appelée CIM 10.

L'élaboration de la dixième révision a commencé en 1983 et a été achevée en 1992. L'objectif de cette classification est de « permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions à des époques différentes » (volume 2 p. 2). Elle a été adoptée par l'OMS en 1992 sur la base de la classification américaine (DSM).

La CIM permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé. Le 5ème chapitre de la CIM 10 traite des troubles mentaux et du comportent.

Ce chapitre V comprend ainsi les groupes suivants :

- F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10-F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives
- F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- F30-F39 Troubles de l'humeur [affectifs]
- F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70-F79 Retard mental
- F80-F89 Troubles du développement psychologique
- F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant

Les intervenants en santé mentale utilisent plus particulièrement la classification de H.N. Barte et L. Roure qui distinguent 2 grands types de troubles mentaux :

- Les troubles mentaux aigus :
  - La confusion mentale
  - Les psychoses délirantes aigues
  - Les crises d'angoisse
  - Les dépressions
- Les troubles mentaux chroniques :
  - Les névroses
  - Les psychoses
  - Les psychopathies
  - Le retard mental
  - Les démences

Annexe 2.2 : La santé mentale en chiffres

Un document a été publié à l'occasion de la « Conférence ministérielle européenne sur la santé mentale : Relever les défis, trouver les solutions », déroulée à Helsinki, entre 12-15 Janvier 2005. (Service de santé mentale en Europe et déficit thérapeutique)

D'après les dernières données de l'OMS sur la charge mondiale de morbidité, les troubles neuropsychiatriques sont la deuxième cause d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) perdues dans la région européenne de l'OMS.

A lui seul, le trouble dépressif unipolaire représente 13,7% de ces AVCI et en est donc la première cause dans la région européenne.

Quatre des 15 facteurs contribuant aux AVCI en Europe sont des maladies neuropsychiatriques :
- Dépression (3ème rang)
- troubles liés à l'alcoolisme (6ème rang)
- les lésions auto-infligés (11ème rang)
- la démence (14ème rang)

En ce qui concerne la politique de santé mentale, dans un tiers des pays européens, celle-ci n'existe pas ; plus de deux-cinquièmes n'ont pas de programmes de santé mentale ; 10% n'ont pas de législation en matière de santé mentale.

Les 24 pays de la région européenne pour lesquels des données sont disponibles consacrent en moyenne 5,7% de leur budget de santé national ou fédéral à la santé mentale, alors que les troubles psychiatriques représentent 20% de la charge de morbidité.

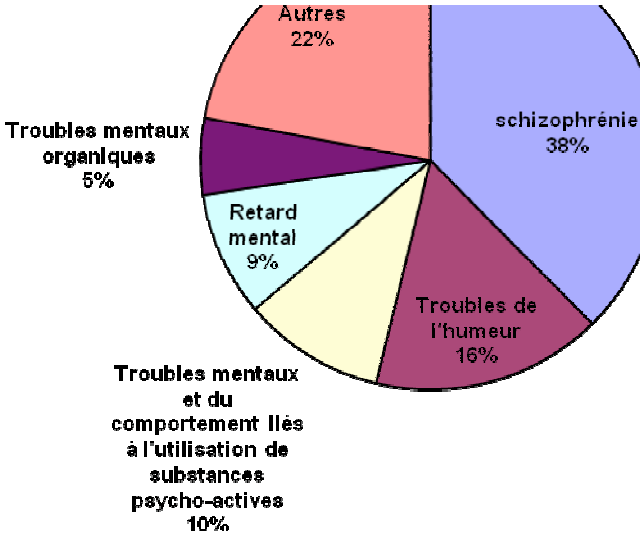
Il existe un important déficit de services et traitements destinés aux malades mentaux :
- dans plus de 25% des pays, il n'existe pas de soins de proximité pour les troubles mentaux ;
- plus de deux tiers des lits disponibles en Europe pour des soins de santé mentale sont encore concentrés dans des établissements psychiatriques ;

Une revue de la littérature récente met en évidence que, selon des études menés dans certains pays de l'Europe, le déficit thérapeutique s'élève à 17,8% pour la schizophrénie et les troubles psychotiques non affectifs (maladies mentales graves) ; pour les autres maladies, le déficit se chiffre comme suit :
- dépression grave : 45,4% ;
- dysthymie : 43,9% ;
- trouble bipolaire : 39,9% ;
- trouble panique : 47,2% ;
- anxiété généralisée : 62,3 % ;
- trouble obsessionnel compulsif : 24,6%.

Les données provenant de 6 pays de l'Europe occidentale montrent que :
- parmi les personnes ayant cherché de l'aide dans le secteur de santé, 1/5 n'a bénéficié d'aucun traitement ;
- l'utilisation des psychotropes est peu répandue parmi les personnes souffrant des troubles mentaux (32,6%) ;
- parmi les personnes atteintes de dépression grave, 21,2% seulement ont été traitées avec des antidépresseurs ;
- la psychothérapie est utilisée encore moins souvent que la pharmacothérapie

En France, selon les données de l'ATIH et de la DREES, la schizophrénie est la pathologie la plus répandue dans la prise en charge complète, elle représente 37,6 % des prises en charge contre 16,2 % pour les troubles de l'humeur, 10 % pour les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives, 8,8 % pour le retard mental et 5,4 % pour les troubles du mentaux organiques.

Le schéma suivant montre la répartition des pathologies prises à temps complet :



Source : CNEH, ATIH, DREES,

Selon l'enquête décennale de santé 2002-2003, 1 200 000 personnes déclarent avoir consulté un psychiatre, un psychologue ou un psychanalyste : soit 2 % de la population. 87 % des personnes n'ont rencontré qu'un seul des professionnels ; 23 % ayant déclaré un trouble psychique ont eu recours à un professionnel spécialisé. Les personnes qui déclarent avoir la plus forte détresse psychique, et qui présentent des limitations les plus importantes vis-à-vis du travail sont ceux qui déclarent consulter un psychiatre. La catégorie socioprofessionnelle n'est pas un facteur de non recours aux soins vers les psychiatres grâce au remboursement des consultations médicales par la sécurité sociale. Ce sont les jeunes de moins de 20 ans qui consultent le plus les psychologues, la moitié présente un trouble médical non psychique. Les adultes qui consultent les psychologues souffrent le plus souvent d'une vie personnelle et professionnelle perturbée.

Annexe 2.3 : La schizophrénie - Revue de la littérature internationale

IV.1. « Evaluation des besoins et de l'utilisation des services en santé mentale dans la schizophrénie » - Cormier, H., Pinard, G., Leff, H.S., Lessard, R. Santé mentale au Québec, vol. 10, N°2, 1985, p. 185-188

Les services impliqués dans la prise en charge des pathologies de santé mentale peuvent être divisés en quatre catégories :

- somatiques
- psychosociaux et de réadaptation
- psychothérapeutiques
- institutionnels

Il a été démontré que l'utilisation des services de santé mentale réduit les hospitalisations psychiatriques ; il a été aussi démontré que le taux d'utilisation des services par rapport aux besoins est d'environ 33%, ce qui implique l'existence des barrières à l'utilisation.

Cette étude se propose d'identifier les besoins et décrire l'utilisation de vingt services ou modalités de soins de santé mentale dans une population de 127 personnes ayant quitté en Estrie (Québec) une unité de soins psychiatrique avec un diagnostic de psychose non organique au cours d'une période de cinq mois durant 1982.

De cette population, les patients ayant un diagnostic de schizophrénie selon les critères de DSM-III posé par le psychiatre traitant ont été sélectionnés. Les informations recueillies sur les besoins et l'utilisation des services se rapportaient à la période du 7ème au 12ème mois après la sortie d'hospitalisation. Les informations ont été recueillies par quatre interviewers (deux psychiatres, un psychologue et une infirmière de recherche en psychiatrie grâce au Instrument de mesure des besoins et de l'utilisation des services de santé mentale ; les besoins des services ont été déterminés au cours de l'entrevue avec le psychiatre traitant.

Les résultats montrent que, au cours de la période étudiée, une forte majorité des sujets a eu besoin de services somatiques, psychosociaux et de réadaptation, et psychothérapeutiques ; au moins un tiers a requis aussi des services institutionnels ; les résultats montrent que les manques d'adéquation le plus importantes se trouvaient au niveau des services psychosociaux et de réadaptation (76% des sujets on eu besoin de ce service sur la période de six mois, mais seulement 23% ont pu en bénéficier), avec deux motifs principaux invoqués :

(1) le manque d'intérêt ou de motivation du client et/ou du thérapeute pour des services requis et disponibles

(2) la non-disponibilité des services que le thérapeute et son client désiraient utiliser

Wasylenki et al (1981) en étudiant le premier phénomène, ont constaté que souvent les psychiatres du milieu institutionnels ne connaissaient que de manière incomplète les services de santé mentale dans la communauté et, même quand ils les connaissaient, ils manquaient du temps pour informer leurs patients. Ces auteurs recommandaient la mise en place des "case managers" (gestionnaires de cas) au niveau des services communautaires.
Concernant la non-disponibilité de services, les auteurs constatent la nécessité de l'amélioration de l'accessibilité aux services psychosociaux et de réadaptation (37% des patients, pour lesquels ces services étaient requis, n'ont pu en bénéficier parce que le service n'était pas disponible) ; plus d'un tiers de sujets ont eu besoin d'être ré hospitalisés sur une période de six mois, ce qui confirme la nécessité d'amélioration de la disponibilité des services suscités, qui peuvent prévenir les rechutes psychotiques, mais aussi une meilleure disponibilité des services institutionnels et une meilleures articulations entre ces deux types.

Les auteurs concluent d'ailleurs qu'une organisation en réseau des services de santé mentale, axée sur la complémentarité et la cohérence, doit être envisagée si on veut améliorer la qualité de vie et favoriser la réinsertion sociale des personnes atteintes de troubles graves.

Liste des 4 types de services requis :

- Somatiques
  - psychopharmacologie
  - sismothérapie
  - psychochirurgie
- Psychothérapeutiques
  - psychothérapie individuelle
  - psychothérapie familiale
  - psychothérapie de groupe
- Psychosociaux et réadaptation
  - activités de loisir
  - prise en charge générale
  - ergothérapie
  - réadaptation au travail
  - information sur la maladie
  - conseil financiers
  - visite à domicile
  - aide pour le logement
  - transport
  - acquisition d'habilités nécessaires à la vie quotidienne
  - urgence sociale
- Institutionnels
  - observation à l'hôpital
  - hospitalisation psychiatrique
  - visite à la salle d'urgence

Annexe 2.4 : l'impact d'internet sur la santé mentale

Dans une étude de cohorte réalisée sur 4 ans (2001-2005) par le Dr. J. Gauthier sur l'impact de l'internet sur la santé mentale, 90,3% des internautes français ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire en ligne visant à évaluer les caractéristiques et l'importance de leur dépendance à l'internet ; les résultats de l'étude sont, d'une manière synthétique :

- Les internautes sont essentiellement masculins à partir de 26 ans ;
- Le sentiment de dépendance à l'Internet est le plus fort chez les moins de 20 ans et les 31-35 ans ;
- Le sentiment de dépendance est le plus fort en lien avec les sites de chat, les jeux en réseaux, les sites de sexe (dans cet ordre) ;
- Les très accros se connectent plus de 40h/semaine ;
- Il existe une élévation importante des scores somatiques, d'insomnie et d'anxiété chez les chateurs ;
- Le dysfonctionnement social est très marqué pour les chateurs et les accros aux sites de sexe ;
- Les chateurs ont des scores de dépression sévère significativement plus élevés.

Critères de la dépendance à l'Internet (IAD) (adaptation de la DSM IV par le psychiatre nord-américain Ivan Goldberg

I. ***Tolérance***, comme définie par une des propositions suivantes :
A. une augmentation progressive, marquée du temps passé en connexion, afin d'obtenir satisfaction.
B. une diminution marquée de l'effet, si le temps passé pour la connexion Internet est toujours le même.

II. ***Syndrome de manque***, manifesté par l'une des propositions suivantes :
A. le syndrome classique de manque
1. arrêt ou réduction de l'Internet qui est difficile à supporter et semble prolongé
2. deux ou plus des propositions suivantes, d'apparition après plusieurs jours jusqu'à un mois par rapport au critère **1.**
a.agitation psychomotrice
b.fantasmes et rêves au sujet de l'Internet
c.des mouvements anormaux et involontaires des doigts de la main
3. les symptômes du critère **B** génèrent un dysfonctionnement d'ordre social, dans le travail ou d'autres domaines importants
B. l'utilisation d'Internet ou d'un service similaire on-line, est en mesure d'effacer ou d'éviter les symptômes du syndrome de manque.

III. L'accès à l'Internet est réalisé presque toujours, plus longtemps et plus souvent, que dans l'intention initiale.

IV. Il existe un désir permanent ou des efforts sans succès d'arrêter la connexion ou de contrôler l'usage de l'Internet.

V. Une grande partie de son temps libre est passée dans des activités concernant l'usage de l'Internet (achats de livres spécialisés, essai sans arrêt des nouveaux moteurs de recherche, la recherche de nouveaux providers…)

VI. Les activités sociales, les hobbies, les activités récréatives, sont réduites ou abandonnées à cause de l'utilisation de l'Internet.

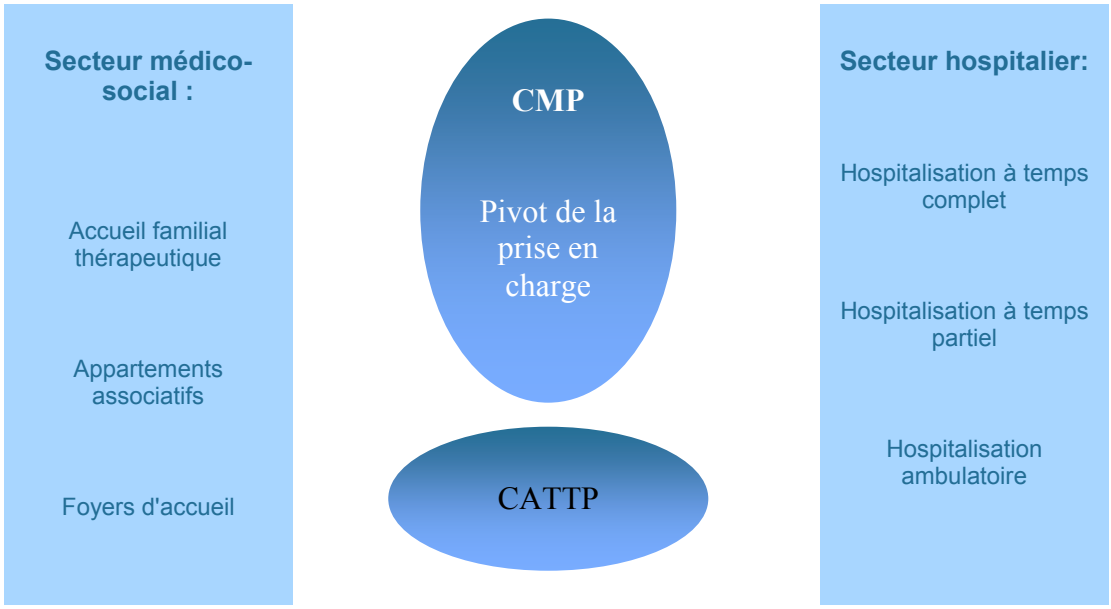
VII. ***L'usage de l'Internet persiste, en dépit de la prise de conscience sur les problèmes sociaux, occupationnels, relationnels et psychologiques, occasionnés***

ou entretenus par l'emploi de l'Internet (privation de sommeil, difficultés de couple, retard dans les rendez-vous, surtout matinaux, négligemment des activités habituelles, ou sentiment d'abandon de la part des proches).

Annexes 3

Les réponses à l'offre de soins

Annexe 3.1
Une offre hospitalière complète et diversifiée



La prise en charge de la psychiatrie dans le secteur libéral s'appuie principalement sur des psychiatres et psychologues exerçant en cabinet libéral.

Au 1er janvier 2007[1], la France compte 13 676 psychiatres dont 47,3% exercent en ville.

Au 1er janvier 2006, 338 médecins spécialistes en pédopsychiatrie exerçant en milieu libéral étaient inscrits au conseil de l'ordre des médecins.

Le rôle et les missions des psychiatres et psychologues sont développés dans la partie "les acteurs de la prise en charge de la santé mentale"

[1] Données INSEE - Médecins suivant le statut et la spécialité au 1er janvier 2007

En 2003, la DREES recense **817 secteurs de psychiatrie générale** effectivement mis en place en France soit un secteur pour 59 000 habitants âgés de plus de 16 ans.

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales établit la sectorisation et prévoit en conformité avec les normes de l'OMS, que chaque secteur couvre un territoire de 67 000 habitants tous âges confondus.

Depuis les années 90, le nombre de patients pris en charge par les secteurs de psychiatrie générale à fortement augmenté. En 2003, les secteurs de psychiatrie générale ont suivi plus de 1,2 million de patients soit 1500 par secteur. Le taux de recours moyen s'élève alors à 2,7% des habitants de plus de 20 ans.

En 2003, le rattachement des secteurs se ventilait de la manière suivante :

- 55% des secteurs étaient rattachés à un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie
- 37% des secteurs étaient rattachés à un établissement public de santé non spécialisé de type centre hospitalier (CH) ou centre hospitalier régional (CHR)
- 8% des secteurs étaient rattachés à un établissement privé de santé spécialisé participant au service public et financé par dotation globale

Chaque secteur dispose d'une équipe pluridisciplinaire rattachée à un établissement qui prend en charge des patients selon des modes de prise en charge et des structures variées.

- Les **prises en charge ambulatoires** réalisées au sein des centres médico-psychologiques (CMP) ou simplement lors d'interventions en unités somatiques (urgences, services d'hospitalisation),
- Les **prises en charge à temps partiel** effectuées dans les services d'hospitalisation de nuit, en hospitalisation de jour, au sein des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et dans les ateliers thérapeutiques,
- Les **prises en charge à temps complets** sont réalisées au sein des services d'hospitalisations à plein temps, des centres de post-cure, des appartements thérapeutiques et par l'accueil familial thérapeutique.

↳ Les centres hospitaliers spécialisés (CHS)

Un centre hospitalier spécialisé est en France une institution hospitalière où l'on prend en charge les maladies ou déficiences non somatiques. Ils correspondent pour la plupart à ce qu'on nommait précédemment un hôpital psychiatrique mais regroupent aussi d'autres types d'établissements assurant un suivi médical.

Ce changement de dénomination tient compte du fait que dans ces établissements et unités de soin, on ne traite pas seulement les personnes souffrant de troubles psychiatriques, notamment les déficients mentaux et certaines personnes âgées dont l'état nécessite un suivi médical et infirmier lourd que ne peuvent assurer les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

↳ Les centres médico-psychologiques (CMP)

Le terme centre médico-psychologique apparaît officiellement dans un arrêté de mars 1986, en remplacement des dispensaires d'hygiène mentale (DHM). La circulaire du 14 mars 1990 précise ses missions : ceux sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert organisant des actions de prévention, de diagnostic et de soins ambulatoires.

Les CMP constituent aujourd'hui le pivot de la prise en charge psychiatrique de secteur. Ils sont chargés d'organiser les actions de prévention et de diagnostic, les soins ambulatoires et les interventions à domicile ou en institutions substitutives au domicile telles que les structures médico-sociales, établissements pénitentiaires, milieu scolaire…) effectuées par les équipes soignantes. Les CMP doit être des lieux de convergence et le point de départ des projets de prise en charge extrahospitalière des patients.

Le CMP permet d'organiser des actions extra-hospitalières et d'élaborer les projets individuels visant à éviter les hospitalisations ou à en réduire la durée. Il possède un rôle important dans l'insertion sociale et professionnelle des patients.

En termes d'activité, les CMP font face à une hausse importante ces dernières années. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette hausse :

- le changement des mentalités vis-à-vis des maladies mentales, l'impact du travail de terrain réalisé par les secteurs dans la communauté,
- l'évolution démographique,
- les effets de la diminution des durées d'hospitalisation liée au développement des soins ambulatoires.

A l'image de la prise en charge de la santé mentale en France, la situation des CMP est disparate d'un secteur à l'autre tant en termes de moyens humains et de compétences, que de file active, de relations inter - institutionnelles, de gestion de l'accès aux soins, ainsi que d'organisation des relations entre l'intra et l'extrahospitalier

En 2003, la DREES comptabilisait 2070 CMP recensés dans les secteurs de psychiatrie générale. Le nombre de CMP tend à se réduire du fait du développement de l'inter sectorisation. Les CMP ont également tendance à élargir leurs amplitudes horaires et journées d'ouverture (passant de 5j/7 à 7j/7).

↳ Les centres de post-cure

Les centres de post-cure assurent la continuité des soins après une phase aiguë de la maladie. Ils permettent d'assurer une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile par suivi médical, psychologique, éducatif et social et un retour progressif à la vie en groupe visant à la réinsertion sociale et au retour à l'autonomie

Selon le décret du 14 mars 1986, il s'agit d'une unité destinée à assurer après la phase aigue de la maladie, le prolongement des soins ainsi que les traitements nécessaires à la réadaptation en vue du retour à une existence autonome. Le critère fondamental de classement est fondé sur l'objectif de réinsertion sociale et de retour à l'autonomie

↳ Les structures d'accueil à temps partiel

Les **centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel** (CATTP) : ces structures organisent des ateliers thérapeutiques, diverses actions de soutien. Les patients ne sont pas systématiquement pris en charge tous les jours de la semaine, mais peuvent venir une ou plusieurs journées suivant les nécessités.

Les **hôpitaux de jour** (HDJ) : ces structures fonctionnent comme les CATTP mais dépendent d'une structure hospitalière. Pourvus d'une équipe soignante pluridisciplinaire, ils offrent des soins psychiatriques et psychologiques individualisés et de groupe. C'est une structure d'hospitalisation à temps partiel. Elle accueille une population souffrant de troubles psychiatriques graves : troubles psychotiques, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur qui peuvent entraîner une désinsertion sociale. Le projet de soin déterminé pour et avec chaque personne, s'articule autour de l'accueil, du temps communautaire, d'activités de groupes, d'entretiens individuels, médicaux et / ou psychologiques et / ou infirmiers. Il développe également un travail d'accompagnements individuels au domicile, dans les associations, aux structures sociales du quartier. Il propose également un suivi social.

Les patients peuvent être pris en charge à la journée ou à temps partiel mais ces services peuvent assurer divers soins (et ont un prix de journée).

La **psychiatrie de liaison** assure le lien et le suivi d'une même personne entre les différentes structures et effectue des interventions auprès des centres hospitaliers et des services médicaux où peuvent séjourner des malades psychiatriques.

Annexe 3.2
Les caractéristiques de l'offre de soins en psychiatrie

Une répartition de l'offre de soins inégale

L'étude 443 de la DREES sur les disparités départementales de la prise en charge de la santé mentale en France établit une typologie originale des départements français selon le type d'offre présente sur le territoire.

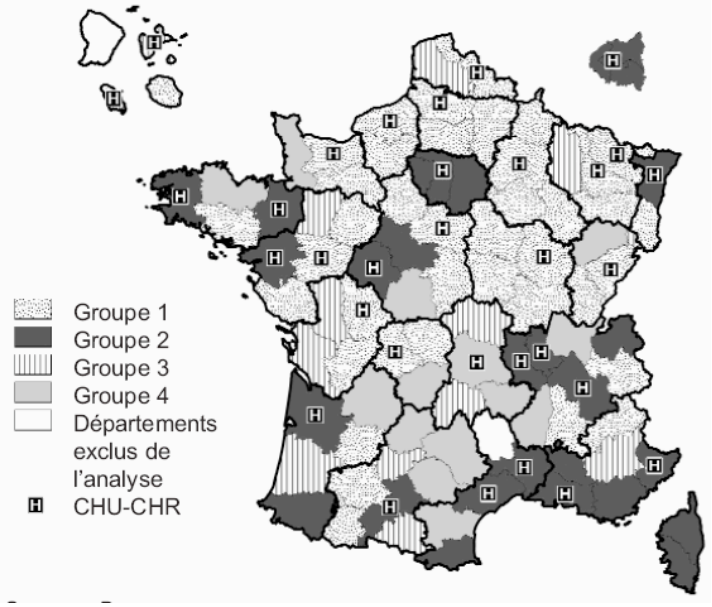
Ainsi la DREES met en exergue quatre configurations des modes de prise en charge de la maladie mentale à l'échelle départementale selon l'importance et la nature des différentes organisations et structures de l'offre proposée.

Le tableau suivant présente la nature des groupes en termes d'offres :

	Taux national	Groupe 1 41 départements	Groupe 2 30 départements	Groupe 3 13 départements	Groupe 4 14 départements
Population desservie par un psychiatre libéral	9 483	18 144	6 173	26 544	19 234
Population desservie par un psychiatre salarié	8 572	10 179	7 244	12 447	9 692
Population desservie par un psychiatre (tout exercice)	4 502	6 521	3 333	8 473	6 445
Nombre de lits et places d'hospitalisation en psychiatrie pour 100 000 habitants					
- secteur public	97	118	86	122	38
- secteur privé sous dotation globale	19	2	13	6	140
- secteur privé sous objectif quantifié national	17	8	27	5	12
- ensemble	132	128	126	133	190
Part de l'équipement hospitalier rattachée à un établissement spécialisé	74,8%	84,6%	72,9%	26,1%	86,8%
Nombre de places d'accueil pour les personnes handicapées pour 100 000 habitants	496	556	415	565	631

Champ : France entière
Source : DREES 2005 - Etude et résultat 443

La carte suivante montre la répartition géographique de la typologie de le DREES :



Source : DREES 2005 - Etude et résultat 443

Groupe 1 : une offre publique et médico-sociale dominante

Les départements appartenant au groupe 1 sont ceux où **l'offre hospitalière publique** et **médico-sociale** est relativement importante. Avec **41 départements** concernés, cette catégorie est la plus répandue.

Les capacités d'hospitalisation complète et partielle en psychiatrie de ces départements sont dans la moyenne française et majoritairement rattachées au secteur public et l'offre privée sous et hors dotation globale est peu représentée.

L'offre ambulatoire et de ville exprimées en terme de praticiens salariés et libéraux est inférieure à la moyenne nationale malgré la présence d'établissements spécialisés et universitaires dans la prise en charge de la santé mentale généralement attractif pour les spécialistes.

Le déficit de psychiatres est d'autant plus marqué au niveau libéral où l'on trouve 1 psychiatre pour 18 144 habitants au lieu de 1 pour 9 483 habitants en moyenne sur le territoire français.

L'offre médico-sociale est bien implantée avec une moyenne de 556 places d'accueil pour 100 000 habitants contre 496 places au niveau national.

Groupe 2 : une offre ambulatoire et une offre privée dominantes

Les départements appartenant au groupe 2 sont ceux où **l'offre ambulatoire** et **l'offre privée** sous objectifs quantifiés nationaux sont importantes. **30 départements** entrent dans cette catégorie.

Ces départements se caractérisent par une forte implantation de psychiatres salariés et libéraux : 1 pour 3 333 habitants contre 1 pour 4502 au niveau national. L'implantation de ces spécialistes concordes avec la présence d'un centre hospitalier universitaire.

De même, l'offre privée est développée et dominante avec 27 lits et places pour 100 000 habitants contre 17 en moyenne en France. Cette offre privée renforce l'offre d'équipement hospitalier dont le niveau est proche de la moyenne nationale et le faible niveau d'équipement médico-social.

Géographiquement ces départements se situent majoritairement en Ile de France, sur le bassin méditerranéen et en Corse ou encore a proximité de centre hospitalier universitaire ou régional.

Groupe 3 : l'offre médico-sociale pallie au manque de psychiatres libéraux et au déficit de structure hospitalière publique

Les départements appartenant au groupe 3 sont ceux où les **psychiatres** sont très **faiblement installés**, **l'offre publique** et **médico-sociale** est donc **dominante**.
Ces départements se distinguent de ceux du groupe 1 par un déficit de présence médicale psychiatrique plus important.

En effet, ces départements sont dotés d'un psychiatre pour 8 473 habitants contre 6521 pour le groupe 1 et 4502 au niveau national.

L'équipement hospitalier est supérieur à la moyenne nationale : 122 lits et places pour 100 000 habitants pour une moyenne de 97 lits et place. L'offre médico-social y est également bien implantée et est proche de la moyenne nationale avec 565 places pour 100 000 habitants.

Groupe 4 : l'offre privée pallié au déficit d'offre libéral et hospitalier

Les départements appartenant au groupe 4 ont une capacité d'hospitalisation privée la plus importante avec 140 lits en moyenne pour 100 000 habitants contre 190 public - privé. Ces équipements sont majoritairement privés sous dotation globale, ils sont appuyés par l'offre médico-sociale.

L'offre ambulatoire est relativement peu développée avec une moyenne d'un psychiatre pour 6 445 habitants contre un pour 4 502 au niveau national.

Evolution de l'offre de soins hospitalière

Le tableau suivant établit la répartition de l'offre hospitalière de prise en charge de la santé mentale dans le secteur hospitalier en 2005 :

	Ebts publics		Ebts privés à but non lucratif		Ebts privés à but lucratif		Ensemble des Ebts	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Psychiatrie générale	38 482	14 400	7 191	3 037	10 826	294	56 500	17 731
Sectorisée	37 494	14 128	4 653	1 612	0	0	42 147	15 740
Non sectorisée	988	272	2 538	1 425	10 826	294	14 353	1 991
Psychiatrie infanto juvénile	1 691	7 286	361	1 589	48	11	2 100	8 886
Sectorisée	1 481	6 900	154	612	0	0	1 635	7 512
Non sectorisée	210	386	207	977	48	11	465	1 374

Sources : CNEH - DREES 2005 - données statistiques

Répartition de l'équipement de l'offre hospitalière selon les modalités de prise en charge en 2006 :

	Hospitalisation complète (lits)	Hospitalisation de jour, nuit (places)	Placement familial thérapeutique (places)
Secteur public:	***39 869***	***21 291***	***3 930***
Psy infanto-juvénile	**1 682**	**7 092**	**917**
Psy générale (adulte)	**38 187**	**14 199**	**3 013**
Secteur privé :	***19 759***	***4 948***	
Psy infanto-juvénile	**409**	**1 600**	
Psy générale (adulte)	**19 350**	**3 348**	
TOTAL	**59 628**	**26 239**	**3 930**

Source : DRASS - SAE - données brutes 2006

Evolution de la file active selon les modalités de prise en charge entre 1989 et 2003

	1 989	1 993	1 997	2 000	2 003	% évolution entre 1989 et 2003
File active totale	**708 018**	**832 681**	**1 036 049**	**1 148 354**	**1 228 495**	**74%**
vus pour la premiere fois	293 399	360 714	468 014	494 672	495 443	69%
vus une seule fois	171 046	192 382	260 847	282 847	299 332	75%
Ambulatoire	**561 241**	**686 173**	**895 307**	**981 763**	**1 051 036**	**87%**
exclusivement ambulatoire	426 236	494 742	668 504	750 771	830 365	95%
Temps partiel	**61 255**	**88 915**	**115 610**	**125 460**	**116 299**	**90%**
exclusivement temps partiel	10 149	11 623	16 226	18 590	16 537	63%
Temps complet	**255 291**	**267 831**	**292 743**	**305 863**	**310 699**	**22%**
exclusivement temps complet	127 776	119 765	127 721	137 776	139 567	9%
exclusivement hospitalisation a temps plein	123 029	109 265	119 838	126 396	131 944	7%

Annexe 3.3
Les caractéristiques de l'offre de soins à l'étranger

L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES AU CANADA

Les structures et les acteurs
Le Canada a une politique fédérale de santé mentale, formulée depuis 1988, sans qu'elle se traduise néanmoins par un plan national de santé mentale selon les indications de *WHO Mental Health Atlas 2005.*
La santé mentale fait partie du système de soins primaires. Les pathologies psychiatriques même lourdes peuvent être prises en charge au niveau des soins de proximité (environ 50% des prises en charge), en collaboration fréquemment avec un psychiatre ou psychologue.

Nombre de lits de psychiatrie/10 000 habitants : 19.34
Nombre de lits de psychiatrie dans les établissements spécialisés/10 000 habitants : 9.1
Nombre de lits de psychiatrie dans les centres hospitaliers généraux/10 000 habitants : 5.06
Nombre de lits de psychiatrie dans autres structures/10 000 habitants : 5.18
Nombre de psychiatres/100 000 habitants : 12
Nombre d'infirmières psychiatriques/ 100 000 habitants : 44
Nombre de psychologues/100 000 habitants : 35

La prise en charge des cas sévères se fait au niveau des services de psychiatrie dans les centres hospitaliers généraux. Il existe une tendance ces dernières années d'orienter de plus en plus de patients vers les soins « communautaires », extrahospitaliers. Le *case management* représente la clé de voûte de ce type de prise en charge.
Les psychiatres sont concentrés dans les villes et les zones rurales éloignées constituent de vrais « déserts » médicaux.

Le poids et les coûts de la santé mentale
Environ 20 % de la population souffre d'une maladie mentale au cours de sa vie ; 80% de la population est affectée par la maladie mentale d'un membre de sa famille, d'un ami ou d'un collègue (source : *Rapport sur les maladies mentales au Canada, Santé Canada, mai 2006.*)
Les données épidémiologiques révèlent que, chaque année, près de 3 % des Canadiens connaissent une grave maladie mentale et 17 % sont atteints d'une maladie légère à modérée (source : *De l'ombre à la lumière, Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Gouvernement du Canada, mai 2006.*).

Tableau 2-1 Prévalence, sur 12 mois, de troubles mentaux et de la dépendance à une substance, mesurée par l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), au Canada

Trouble mental ou dépendance à une substance	Total**		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
N'importe quel trouble de l'humeur, trouble anxieux ou dépendance à une substance mesurés*	**2 660 000**	**11,0**	**1 220 000**	**10,2**	**1 440 000**	**11,7**
Tout trouble de l'humeur	1 310 000	5,3	510 000	4,2	800 000	6,3
• Dépression majeure	1 200 000	4,8	450 000	3,7	740 000	5,9
• Trouble bipolaire	240 000	1,0	120 000	1,0	120 000	1,0
Tout trouble anxieux	1 160 000	4,8	430 000	3,6	730 000	5,9
• Trouble panique	380 000	1,5	130 000	1,0	250 000	2,0
• Agoraphobie	180 000	0,7	40 000	0,4	140 000	1,1
• Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)	750 000	3,0	310 000	2,6	430 000	3,4
Toute dépendance à une substance	760 000	3,1	550 000	4,5	210 000	1,7
• Dépendance à l'alcool	640 000	2,6	470 000	3,9	170 000	1,3
• Dépendance à une drogue illicite	190 000	0,8	130 000	1,1	60 000	0,5
Problèmes d'attitude envers l'alimentation	**430 000**	**1,7**	**60 000**	**0,5**	**360 000**	**2,9**
Jeu pathologique ou risque modéré de jeu pathologique	**490 000**	**2,0**	**320 000**	**2,6**	**170 000**	**0,5**
• Jeu pathologique	120 000	0,5	70 000	0,6	50 000	0,4
• Risque modéré de jeu pathologique	370 000	1,5	250 000	2,0	130 000	0,1

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2.

Le rapport publié en 2002 par Santé Canada intitulé *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, à la lumière de données recueillies en 1998, évaluait à 4,7 milliards $ les coûts annuels directs associés aux soins hospitaliers (2,7 milliards $), aux médicaments (1,1 milliard $) et aux soins médicaux (0,9 milliard $), et à 3,2 milliards $ les coûts indirects associés aux incapacités de courte durée (0,5 milliard $) et de longue durée (2,2 milliards $) et à la mortalité prématurée (0,5 milliard $) imputables aux troubles mentaux.

Il ne s'agit là que d'une faible partie du fardeau économique de la maladie : elle ne comprend pas les coûts assumés par le milieu de travail, les coûts de l'assurance responsabilité civile ou les coûts des services dispensés par tous les professionnels de la santé mentale qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie.

Dans le milieu de travail, la maladie mentale se traduit par une perte de productivité et par des demandes de prestations d'invalidité. En 2003, les maladies mentales étaient à l'origine de 30 % des demandes de prestations d'invalidité et représentaient 70 % des coûts totaux, soit une somme variant de 15 à 33 milliards $ par an.

L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES AUX ETATS-UNIS

Les structures et les acteurs
Les Etats-Unis n'ont de politique de santé mentale nationale individualisée, du moins jusqu'en 2005 (*WHO Mental Health Atlas, 2005*).
Selon le financement, les structures et la durée de la prise en charge, le système de soins américain pour la santé mentale comprend 4 secteurs d'activité :

- Les soins spécialisés (psychiatriques),
- La médecine générale/les soins primaires
- La prise en charge sociale
- Le volontariat

Les soins spécialisés sont dispensées par des spécialistes de santé mentale (psychiatres, assistants sociaux de psychiatrie, psychologues, infirmiers psychiatriques). Les structures dans lesquelles ces services sont offerts ont été spécialement conçues pour la prise en charge de la santé mentale.

Les soins primaires sont délivrés par des praticiens non spécialisés dans la santé mentale (médecins généralistes, infirmières libérales, médecins de médecine interne, pédiatres, etc.).

La prise en charge sociale relève de l'assistance sociale, de la justice, des services d'éducation, des organismes religieux et des organisations caritatives.

Le secteur du volontariat inclut les associations des patients et/ou de leurs familles.

Du point de vue du financement, il existe un secteur public et un privé. Le terme « public » se réfère autant aux services offerts directement par l'état (dans les centres hospitaliers régionaux et locaux), qu'aux services financés par les systèmes Medicare ou Medicaid. Les organismes privés également peuvent délivrer des soins « publics ».

Le secteur privé est financé soit par des assurances contractées par les employeurs pour leurs employés, soit par des opérateurs privés.

L'offre de soins est prodiguée dans des établissements (centres hospitaliers spécialisés, EHPAD), au travers les soins communautaires et l'HAD.

Les pathologies psychiatriques lourdes ne sont pas prises en charge au niveau des soins primaires.

Nombre de lits de psychiatrie/10 000 habitants : 7.7
Nombre de lits de psychiatrie dans les établissements spécialisés/10 000 habitants : 3.1
Nombre de lits de psychiatrie dans les centres hospitaliers généraux/10 000 habitants : 1.3
Nombre de lits de psychiatrie dans autres structures/10 000 habitants : 3.3
Nombre de psychiatres/100 000 habitants : 13.7
Nombre de neurochirurgiens/100 000 habitants : 1.6
Nombre d'infirmières psychiatriques/ 100 000 habitants : 6.5
Nombre de neurologues/100 000 habitants : 4.5
Nombre de psychologues/100 000 habitants : 31.1
Nombre de travailleurs sociaux/ 100 000 habitants : 35.3

Source : WHO Mental Health Atlas 2005

Le poids et les coûts des maladies mentales

Les estimations actuelles font état d'une prévalence générale des maladies mentales à l'année de 20% dans la population générale, avec une prévalence par pathologie comme suit :

- Troubles anxieux : 16,4%
- Dépression : 5,3%
- Troubles bipolaires : 1,7%
- Schizophrénie : 1,3%
- Démences : 1,2%

Les différentes pathologies peuvent être cumulés chez certaines personnes.

Les données présentées sont extraites du rapport du Ministère de la Santé sur la santé mentale (2002).

En 2003, la note de synthèse « La santé mentale dans les pays de l'OCDE » fait état d'un coût total pour la prise en charge des maladies mentales et le traitement de la consommation abusive de substances toxiques de 121 milliards USD en 2003, soit 7,5 % de l'ensemble des dépenses de santé. La plupart de ces dépenses concernent des prestations en milieu hospitalier, dont les hospitalisations et les consultations externes (27 %). Viennent ensuite les rémunérations des médecins et autres professionnels de la santé (22 %), les médicaments sur ordonnance achetés en officine pharmaceutique (19 %) et les multiples prestations d'organismes comme les cliniques psychiatriques (12 %).

L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES EN GRANDE BRETAGNE

Les structures et les acteurs
Les données présentées sont extraites du *WHO Mental Health Atlas 2005.*
La santé mentale est une **composante du système de soins primaires**.

Le Gouvernement a établi des normes nationales très précises dans le cadre du *National Service Framework for Mental Health* (1999). Il existe 7 normes nationales qui couvrent le champ de la promotion de la santé mentale, les soins et l'accès aux soins primaires, les services pour les personnes souffrant des troubles mentaux, l'aide aux aidants et les actions à mener visant à réduire le nombre de suicides établi (Programme « Our Healthier Nation »).
Il existe des établissements communautaires de prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Le champ sanitaire de la prise en charge est couvert par le NHS et le champ social par les autorités locales en Angleterre, au Pays de Galles et en Ecosse. En Irlande du Nord, les services sanitaires et sociaux sont unifiés. Il existe à ce jour plus de 800 équipes communautaires avec une répartition géographique très inégale.

L'OFFRE DE SOINS EN CHIFFRES

- Nombre de lits de psychiatrie/10 000 habitants : 5.8
- Nombre de psychiatres/10 000 habitants : 11
- Nombre de neurochirurgiens/100 000 habitants : 1
- Nombre d'infirmières psychiatriques/100 000 habitants : 104
- Nombre de neurologues/100 000 habitants : 1
- Nombre de psychologues/100 000 habitants : 9

La majorité des lits de psychiatrie se trouvent dans des centres hospitaliers généraux, du fait de la fermeture de près de 110 établissements spécialisés. Le nombre de lits dédié à décru de 75% dans les 50 dernières années.
La principale difficulté pour les services de santé mentale se trouve dans le recrutement et la fidélisation du personnel médical et paramédical.
Le NHS avait mis en place en 2004 le *NHS Mental Health Care Group Workforce Team*, en charge de la politique des ressources humaines en santé mentale, intégrant la politique de soins et la politique sociale.
Les médecins généralistes ont un rôle important dans le système, celui de *gatekeeper* (régulateur de l'accès aux spécialistes), permettant l'accès totalement gratuit aux psychiatres, psychologues ou infirmières libérales.
Les infirmières communautaires ont aussi un rôle très important dans la prise en charge de la santé mentale, soit au niveau des soins, soit au niveau de l'accompagnement social.

Le poids et les coûts de la santé mentale
Les données présentées sont extraites du rapport *Paying the price : the cost of mental health to England in 2026.*

Pathologie	Personnes affectées (millions)		Coûts totaux(milliards £)	
	2007	2026	2007	2026
Dépression	1.24	1.45	7.50	12.15
Troubles anxieux	2.28	2.56	8.94	14.19
Troubles schizophréniques	0.21	0.244	4.01	6.5
Troubles bipolaires	1.14	1.23	5.21	8.21
Troubles de la conduite alimentaire	0.117	0.122	0.051	0.076
Troubles du comportement	2.47	2.64	7.9	12.29
Troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent	0.61	0.69	0.14	0.24

Démences	0.58	0.94	14.85	34.79
TOTAL	**8.65**	**9.88**	**48.6**	**88.45**

Les pathologies majoritaires en termes de prévalence sont la dépression, les troubles anxieux, les troubles bipolaires et les troubles du comportement.
En termes de coûts totaux (coûts incluant le prix des services et le manque à gagner par les personnes malades), le même classement se vérifie, à l'exception des démences, qui, avec une prévalence relativement réduite en 2007 et 2026 engendrent des coûts très importants.

L'OFFRE DE SOINS DANS LES PAYS NORDIQUES (SUEDE, NORVEGE, DANEMARK)

Les structures et les acteurs

Dans ces trois pays la prise en charge psychiatrique est décentralisée et la santé mentale est intégrée dans les soins primaires de santé.

Les données utilisées sont extraites des n°3-1 (2004) et 9 (2005) de la revue *International Psychiatry*, ainsi que du *WHO Mental Health Atlas 2005*.

En **Suède,** la prise en charge de la santé mentale est devenue une priorité politique pendant les 20 dernières années, avec la mise en oeuvre d'un plan national pour le développement de la prise en charge et la création de la fonction de **coordinateur national pour la santé mentale.**

En 1995, la réforme de la prise en charge communautaire de la santé mentale a été promulguée. Le but de cette réforme était de réintégrer au niveau de la communauté les patients hospitalisés dans les centres hospitaliers spécialisés et d'impulser la collaboration entre les services sociaux et le secteur psychiatrique. La réforme précisait aussi le rôle des services sociaux, dont la principale responsabilité était d'accompagner les malades mentaux chroniques au niveau du logement, des activités journalières et de la réinsertion.

La prise en charge psychiatrique est divisée entre 4 types d'organisations : la psychiatrie générale (pour les personnes de 18 ans ou plus), la psychiatrie infanto-juvénile, la psychiatrie légale et la psychiatrie des addictions.

Depuis les années 90, la Suède n'a plus de lits de psychiatrie dans des établissements spécialisés. Aujourd'hui il existe environ 4 000 de lits de psychiatrie (0,5 lits/1 000 habitants), implantés dans des services de psychiatrie au sein des centres hospitaliers généraux.

En **Norvège,** le Parlement a approuvé en 1997 un plan d'amélioration et de décentralisation de l'organisation de la prise en charge de la santé mentale (*Escalation Plan for Mental Health).*

Il existe environ 1050 psychiatres et 500 internes pour la psychiatrie adulte ; 1 525 psychologues cliniciens travaillent en outre dans le champ de la psychiatrie adulte.

Pour les unités extrahospitalières, le norme est de 1 professionnel de santé mentale/1 500 habitants de plus de 18 ans et la norme de productivité suggérée est de 500 consultations par professionnel par année.

Au **Danemark,** il existe une politique de santé mentale depuis 1991 ; des contrats sont établis entre l'Etat et les municipalités pour des périodes de 3 ans renouvelables concernant la prise en charge de la santé mentale ; chaque année, un état de lieux de la prise en charge de la santé mentale est publié par le gouvernement.

	Suède	Norvège	Danemark
Nb. lits de psychiatrie/10 000 hab.	6	12	7.1
Nb. lits de psychiatrie dans les CHG/10 000 hab.	6	12	
Nb. lits de psychiatrie dans d'autres structures/10 000 hab.			7.5
Nb. psychiatres/ 100 000 hab.	20	20	16
Nb. neurochirurgiens/100 000 hab.	1	1	2
Nb . neurologues/100 000 hab.	4	4	3
Nb. infirmières psychiatriques /100 000 hab.	32	42	59
Nb. psychologues/100 000 hab.	76	68	85
Nb. assistants sociaux/100 000 hab.	Non communiqué	Non communiqué	7

Source : WHO mental Health Atlas, 2005

Le poids et les coûts des maladies psychiatriques

La prise en charge des troubles mentaux en **Suède** présente trois problématiques difficiles :

- Les patients atteints d' une pathologie chronique,
- Les adultes jeunes (18-25 ans),
- Les patients avec un double diagnostic : addiction et troubles du comportement.

Les patients atteints d'une pathologie chronique, dont la majorité (80%) présente des troubles schizophréniques, pris en charge au niveau communautaire, spécialement par les services sociaux. Néanmoins la coopération souvent très difficile entre les services sociaux et les services de psychiatrie. Depuis 2003, le Gouvernement a promulgué une loi instaurant une coopération obligatoire entre les deux secteurs.
La principale pathologie des adultes jeunes est l'addiction (alcool, drogues, médicaments psychotropes).
Le taux de recours aux soins psychiatriques est de 2-3% de la population générale/an.
Le taux de suicide a décru constamment après 1979 ; en 2000, ce taux de 19/100 000 habitants de plus de 15 ans, le plus faible depuis la mise en place de l'actuel système, introduit en 1969.
Les dépenses de santé nettes pour les soins psychiatriques sont de 1,4 milliards € par an, ce qui représente **11%** du budget total de santé.

En **Norvège,** les dépenses totale de santé mentale était d'environ 1.16 millions €. Un accroissement de ce chiffre de 0,7 milliards € est estimé pour la période 1999-2008. En 2004, le budget de la santé mentale représentait 0,1% du budget total de santé du pays.

Au **Danemark**, la dépression, provoque à elle seule environ 8% des DALY's (nombre d'ans de vie ajustés à l'incapacité) ; 200 000 adultes sont dépressifs et 50 000 souffrent d'une dépression sévère.
Le taux de suicide ajusté à l'âge est de 12/100 000 habitants en 2005.
Il n'y a pas de données disponibles sur les dépenses de santé mentale du pays à ce jour.

Annexe 4

Les acteurs en santé mentale

Annexe 4.1
Les psychiatres

Les missions et fonctions

Les 3 missions principales du psychiatre décrites dans le rapport de la DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale sont :

La prévention et l'insertion
Les psychiatres ont un rôle essentiel dans **le suivi de personnes en difficulté psychique**, ainsi que dans **l'expertise des actions de prévention mises en œuvre**. Au regard des actions de prévention et de réinsertion, ils ont également vocation à tenir des fonctions **d'expertise et de référence en santé mentale**.

Les soins spécialisés des troubles mentaux
Les médecins psychiatres possèdent la triple lecture des troubles, biologique, psychologique et sociale qui leur permet de **repérer des troubles et de les analyser psycho-pathologiquement**. Leurs compétences dans leur rôle de soins et dans l'élaboration et la formulation du diagnostic les conduisent **à élaborer une stratégie thérapeutique globale**.

Les psychiatres relayent les professionnels de soins primaires concernant toutes les pathologies psychiques, plus particulièrement **le suivi des patients schizophrènes**, et **le suivi des patients souffrant de dépression**.
Ils doivent :
- accompagner le diagnostic,
- évaluer l'évolution clinique
- mettre en place des stratégies thérapeutiques.

Les psychiatres peuvent prescrire des médicaments et recommandent parfois l'hospitalisation ou la thérapie par électrochoc.

L'organisation du fonctionnement du secteur et de ses interventions dans la communauté autour de la souffrance psychique et des troubles mentaux avérés, tant dans le domaine préventif que curatif
Les praticiens responsables d'unités fonctionnelles et/ou chefs de service doivent assurer et développer les fonctions suivantes :
- **Animation du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire**,
- Dynamisation **des actions de santé mentale dans la communauté**
- **Actions de communication et d'information sur les troubles mentaux** et les limites de compétences du secteur
- **Soutien des équipes** des champs médico-sociaux et sociaux dans les prises en charge des patients stabilisés

Un psychiatre peut exécuter toutes ou certaines des fonctions suivantes :
- mener de longues entrevues, souvent à intervalles réguliers, avec les patients ;
- rendre un diagnostic sur la maladie mentale ou les troubles émotionnels ou de comportement ;
- aider les patients et leurs familles à transiger avec la maladie ;
- traiter la maladie au moyen de médicaments ou de psychothérapie ;
- faire de la recherche médicale

La démographie

La démographie des psychiatres
Au 1er janvier 2007, le conseil de l'ordre national des médecins comptabilise 11 377 spécialistes en psychiatrie (France entière) dont 11 131 praticiens[2] en France métropolitaine, 212 dans les DOM/TOM et le reste sur liste spéciale.
En incluant les pédopsychiatres, le nombre de psychiatres est alors ramené à 12 612.

En 2003, le CNOM estimait à 10 726 le nombre de psychiatres soit une augmentation de 6 % en 4 ans. En 1987, ils étaient seulement 7 540.

Les effectifs de la psychiatrie (psychiatre général et neuropsychiatre) représentent 5,6 % du total des médecins et 11,3 % des spécialistes français.

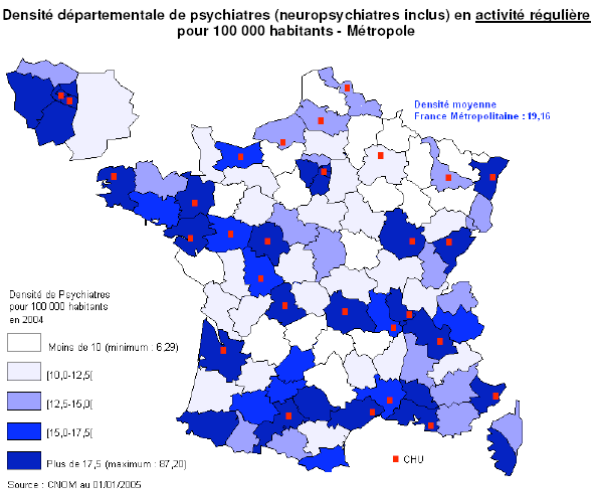
Au 1er janvier 2007, l'INSEE recense 13 676 psychiatres incluant les pédopsychiatres.

La méthode utilisée par les deux organismes (INSEE et CNOM) diffère, ce qui explique les différences d'estimation. L'INSEE considère comme spécialistes des médecins reçus au concours de praticien hospitalier bien qu'ils n'aient pas la qualification de médecins alors que le CNOM compte seulement les psychiatres inscrits à l'ordre; les médecins sans qualification sont regroupés parmi les généralistes.

La démographie des futurs psychiatres
Le nombre d'étudiants admis en première année de D.E.S en psychiatrie était de 380 en 1987 pour diminuer progressivement à 280 en 1990 jusque 200 en 1997 et 176 en 2002. Le nombre de postes et rangs en psychiatrie pour les épreuves classantes nationales augmente à 200 en 2004, puis 300 en 2005 et reste stable jusqu'en 2007. Le livre blanc préconise d'augmenter le nombre d'internes à 350 pour 2010.

La psychiatrie se retrouve en 7e position sur 11 catégories dans l'ordre des préférences des choix de l'ensemble des étudiants en médecine en 2006. Concernant les femmes, la psychiatrie est en 7e position; elle est en 8e chez les hommes.
En 2005 et 2006, tous les postes ouverts sont pourvus sauf en 2004 où un poste n'était pas pourvu. Le fait que la psychiatrie soit en 7e position par ordre de préférence ne pose pas de problème à ce jour sachant que tous les postes (300) sont pourvus.

La densité médicale
En 1984, la densité médicale métropolitaine en psychiatres était de 12,11 pour 100 habitants. Au 1er janvier 2005, il y avait 19,09 médecins pour 100 000 habitants ce qui représente une nette augmentation en 21 ans. Mais depuis ces dernières années la densité médicale stagne : au 1er janvier 2007, elle était de 15,3 médecins pour 100 000 habitants (en activité régulière selon le CNOM).



[2] *CNOM, « l'atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2007 », Etude n°40,* pg. 85.

Malgré la densité médicale de 15,3 médecins pour 100 000 habitants, on note une hétérogénéité flagrante de la répartition des psychiatres sur le territoire français. Il existe une désertification médicale dans certaines régions. Entre 2 régions, la densité peut varier du simple au double : par exemple en Ile de France, la densité moyenne des psychiatres est de 31,1 psychiatres pour 100 000 habitants, alors qu'en Champagne Ardenne elle est de 9,3. Le contraste est particulièrement visible entre le nord Est et le Sud. Le Sud est beaucoup mieux doté en psychiatres que le Nord.

La variation des écarts entre départements est également une autre réalité. La densité à Paris est environ de 82,7 contrairement à la Meuse qui est à 7,4, les Ardennes à 6,3, le Rhône à 27,7.

Les différences départementales ou régionales sont d'autant plus flagrantes dans le secteur libéral.

Les différences départementales ou régionales peuvent s'expliquer par le rôle du psychiatre dans le premier recours aux soins et par une difficulté de retenir les jeunes diplômés dans la région de formation.

La densité moyenne des pédopsychiatres est 2,12 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2005.

La féminisation de la profession
La profession se féminise. 44 %[3] des psychiatres sont des femmes alors qu'elles ne représentent que 38,8 %[4] du total des médecins. Les femmes sont d'ailleurs plus nombreuses dans la catégorie des moins de 35 ans : 548 psychiatres femmes contre 281 hommes.
La féminisation de la profession marque une diminution du temps médical en ETP, car statistiquement elles travaillent plus souvent à temps partiel.

La profession se féminise également pour les pédopsychiatres, 51 % d'entre eux sont des femmes c'est-à-dire 7 % de plus que les psychiatres en secteur général.

Les modes d'exercice

Les différents modes d'exercice sont :

- l'exercice libéral,
- l'exercice mixte (libéral et salarié),
- l'exercice salarié (médecine salariée, médecine hospitalière, médecine salariée et hospitalière),
- divers
- sans exercice déclaré

Seul 43 % des psychiatres exercent en secteur hospitalier, et 36,4 % des pédopsychiatres.

Modes d'exercice en psychiatrie générale (France métropolitaine)

	Libéral		Libéral-Salarié		Libéral-Hosp		Lib-Sal-Hosp		Salarié		Hospitalier		Salarié-Hosp		Divers		Sans		Total
	Effectif	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	
Hommes	2055	33,2	422	6,8	674	10,9	171	2,8	270	4,4	2371	38,4	203	3,3	9	0,1	6	0,1	6181
Femmes	1295	26,2	218	4,4	386	7,8	78	1,6	342	6,9	2405	48,6	215	4,3	9	0,2	2	0,0	4950
Total	**3350**	**30,1**	**640**	**5,7**	**1060**	**9,5**	**249**	**2,2**	**612**	**5,5**	**4776**	**42,9**	**418**	**3,8**	**18**	**0,2**	**8**	**0,1**	**11 131**

Source : CNOM 2007 – Atlas de la démographie médicale en France

L'activité hospitalière
Pour 1500 patients, une équipe médicale se compose en moyenne de 6,5 équivalents temps plein dont 3,9 ETP de psychiatres hospitaliers et 0,8 ETP d'internes. *Ca ne fait pas 6,5 !* Les effectifs varient selon le statut de l'établissement, un CHS dispose en moyenne de 3,5 ETP temps plein contre 2,8 en établissement privés, 4 en CHR et 3,4 en CH. D'après le rapport de la DREES, en

[3] *CNOM, « l'atlas de la démographie médicale en France situation au 1er janvier 2007 », Etude n°40, pg. 85.*
[4] *CNOM, « démographie médicale française les spécialités en crise situation au 1er janvier 2005 », Etude n°38-2, pg. 79.*

2003, 289 postes de psychiatres à temps plein et 112 à temps partiel étaient déclarés vacants depuis plus d'un an dans 30 % des secteurs de psychiatrie générale. Le nombre de postes vacants de PH en psychiatrie est de plus en plus élevé. Depuis 1989, le nombre d'ETP en personne médical est relativement stable mis à part le nombre d'internes et d'attachés qui s'est nettement réduit, passant pour les internes de 2,1 ETP à 0,8 ETP en 2003. Le livre blanc comptabilise quant à lui en 2002 près de 800 postes vacants au lieu de 384 en 1996.
Dans 12 départements, on compte moins d'un tiers de psychiatres hospitaliers temps plein. En effet, les hôpitaux ont de plus en plus de difficulté à recruter des psychiatres qui s'installent en libéral notamment. Le livre blanc retient que les jeunes diplômés sont de moins en moins attirés par les carrières publiques puisque les deux tiers choisissent un exercice libéral.

L'activité libérale en cabinet
L'activité libérale des psychiatres a connu un essor considérable depuis 30 ans. Entre 2001 et 2002, il y a une évolution de 0,7 %. En 1998, ils étaient 5897 psychiatres pour 6035 psychiatres libéraux en 2002. Plus de 55% des psychiatres ont une activité de praticiens libéraux. Le psychiatre libéral assure une fonction de diagnostic et possède également une fonction préventive et thérapeutique individualisée.
La densité moyenne Française des psychiatres libéraux est de 10,2 psychiatres pour 100 000 habitants. Les écarts de densité entre départements sont importants, Paris connaît une densité de 59 pour 100 000 habitants alors que le Pas de Calais a 1,8 psychiatres pour 100 000 habitants. Les psychiatres auditionnés par l'ONDPS stipulent que les psychiatres exerçaient dans les bassins de travail beaucoup plus que dans les bassins de vie, ce qui expliquerait la surdensité parisienne.

Son essor est dû à plusieurs facteurs :
- l'existence de la convention entre médecins et caisses de sécurité sociale permettant un libre accès aux soins,
- une reconnaissance plus systématique et plus précoce des troubles psychiques
- des avancés scientifiques importantes,
- une dédramatisation du fait psychiatrique
- une dégradation du tissu social entraînant un accroissement des demandes.

Les psychiatres sont pour 76,5 % en secteur 1. Les psychiatres du secteur 2 sont le plus souvent installés en Ile de France ou en PACA.

Plus de 15 millions d'actes sont effectués par an dont 96 % sont des actes de consultation. D'après l'enquête effectuée par un syndicat dans la région Alsace Lorraine, et en extrapolant en France, il apparaîtrait que la file active des patients suivis en cabinet serait d'environ 2 millions de personnes.

L'activité libérale en hospitalisation privée
Selon le livre blanc, l'activité libérale en hospitalisation privée accueille 15 % de la population hospitalisée dans 152 cliniques. En moyenne 15 à 20 patients seraient suivis par psychiatre.

La psychiatrie salariée du secteur associatif
Plus de 4000 psychiatres travailleraient à temps partiel et parfois à temps plein dans les 4500 établissements et services pour personnes handicapées et inadaptées en secteur associatif.

Les revenus d'activités
Le revenu d'activité libérale moyen d'un psychiatre selon l'INSEE est de 59 400 euros par an en 2005 contre 65 144 € pour un omnipraticien et 98 764 € pour les spécialistes avec les charges. Le répertoire des métiers de la DHOS estime le salaire d'un médecin ayant le titre de praticien hospitalier admis sur concours à 46 000 euros au 1er échelon à 83 000 euros au dernier échelon.

Difficultés de recrutement
Plusieurs facteurs pourraient être envisagés concernant la difficulté de recrutement dans le secteur public hospitalier :
- La faible attractivité de l'hôpital. En effet, l'audition des psychiatres réalisée par l'ONDPS faire ressortir les modalités d'exercice dans le secteur public, à la lourdeur des tâches administratives, Des nouveaux besoins apparaissent en psychiatrie : toxicomanie, soins psychiatriques pour des populations très précarisées. Il se dégage également la pénibilité et la dangerosité du travail en milieu hospitalier qui ne sont pas assez considérées.

- L'augmentation du secteur associatif privé,
- La multiplication des lieux de soins extrahospitaliers qui augmente le temps médical,
- La baisse du nombre d'étudiants en formation. La réforme de l'internat et la disparition des CES ont modifié les répartitions des temps médicaux.
- Les psychiatres ont le sentiment d'être instrumentalisés par l'ordre public,

Comme on l'a constaté ci-dessus, à l'ECN, tous les postes d'internes sont pourvus et le nombre d'attachés et d'internes diminuent. Cette contradiction nous pousse à réflexion.

En effet, le nombre d'internes a augmenté mais il ne faut pas oublier qu'il faut 8 ans pour former un médecin généraliste et 10 ans pour un psychiatre. L'ENC a été relativement bas jusqu'en 2002 (176) il a seulement augmenté en 2004 à 200 et 300 en 2005, ce qui ne comble le nombre de médecins qui ont été formés dans les années 1970.

Il ne faut pas oublier la réforme de l'internat qui a également modifié le temps médical des internes. Le fait que le nombre d'internes et d'attachés peut s'expliquer par la non différenciation de ces 2 corps de métier.

La formation

Les réformes :
Les études médicales ont connu **3 grandes réformes** :

- La première est celle de **1971** qui a régulé l'accès en deuxième année des études médicales par la mise en place d'un numerus clausus. Il a pour but de réguler le nombre de professionnels et limiter le nombre d'étudiants. Il détermine un quota d'étudiants admissibles en deuxième année par un concours à la fin de la première année.
- Arrive ensuite la **réforme de l'internat de 1982** ; elle concerne notamment le troisième cycle d'enseignement ; les étudiants souhaitant devenir médecins spécialistes devaient réussir le concours de l'internat. Ensuite, ils choisissaient leur spécialité au cours du troisième cycle.
- Enfin la **réforme de 2004** a modifié les conditions d'accès au troisième cycle. Les étudiants ayant validé leur deuxième cycle doivent passer un examen national classant ; le choix de la spécialité se fait à l'issue de cette épreuve (la médecine générale étant considérée dorénavant comme une spécialité).

La formation initiale :
Les études comprennent **3 cycles** :

- Le premier cycle des études médicales (**PCEM**) est d'une durée de 2 ans. Quelques notions sur la psychologie, la sociologie et l'anthropologie apparaissent au programme de première année. En deuxième année, il existe des enseignements de la psychologie médicale et de séméiologie psychiatrique de durée variable selon les UFR.
- Le **deuxième cycle** dure 4 ans. Depuis 2001-2002, il est créé 11 modules transdisciplinaires dont 7 requièrent un enseignement de psychiatrie de l'adulte ou d'enfants et d'adolescents. 50 à 70 est le nombre moyen d'heures d'intervention de psychiatres aux étudiants. La psychologie médicale apparaît comme un module optionnel et le stage en psychiatrie n'est pas obligatoire.
- Le **troisième cycle,** réformé en 2004, a une durée variable selon les spécialités ; cette durée est de quatre ans pour les psychiatres. Ce qui fait un total de 10 ans d'étude pour devenir psychiatre. Concernant les médecins généralistes, il n'y a pas de stage obligatoire en psychiatrie mais des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires.
  5 formations sont alors proposées :
  - **Le DES de psychiatrie** : la réforme d'octobre 2001 modifie l'enseignement. L'enseignement théorique comprend 250 heures et les soutenances de la thèse de doctorat en médecine et du mémoire de spécialité. L'enseignement pratique comprend 4 semestres de psychiatrie adulte, 2 semestres de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et 2 semestres dans une autre spécialité. Les stages sont évalués selon des critères d'agrément élaborés en 1999 par les représentants des internes de psychiatrie. Les 2 semestres hors filière constituent une véritable problématique car ils réduisent d'une année la spécialisation en psychiatrie.
  - **Le DESC de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** : il est d'une durée de 2 ans dont une année peut être validée pendant le DES. La formation est donc portée à 5 ans. 125 heures théoriques sont enseignées avec un enseignement de base, des enseignements optionnels et complémentaires. S'ajoute la formation pratique de 3 semestres dans des services hospitaliers.
  - **Le DESC d'addictologie** : il dure 2 ans, est validé par un mémoire et peut se faire pendant ou après l'internat.
  - **La formation des psychiatres à la psychothérapie**
  - **La formation à la recherche**

La formation médicale continue :
La formation médicale continue est un devoir et une obligatoire morale pour tout médecin.
Elle devient un outil au service des adaptations individuelles et collectives.

Depuis 1994, une charte en énonce les principes ; depuis 1996, elle est soumise au code de la santé publique et par les ordonnances du 24 avril 1996 portant réforme de la sécurité sociale,« Elle doit garantir la qualité, la pluralité et l'indépendance des professionnels et être garantie par un référent scientifique »

La FMC est obligatoire, les textes qui la régissent sont la loi du 09/08/04 (Art 98) et l'arrêté du 13 juillet 2006.

La loi 2004 – 806 du 9 août 2004 Santé publique *(Art. 98 : FMC Obligatoire) régit que :*
« Art. L. 4133-1. – La formation médicale continue a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. La formation médicale continue constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-l. Les professionnels de santé visés au deuxième alinéa du présent article sont tenus de transmettre au conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 4133-4 les éléments justifiant de leur participation à des actions de formations agréées, à des dispositifs d'évaluation, notamment ceux mentionnés à l'article L. 4133-1-1, ou attestant qu'ils satisfont, à raison de la nature de leur activité, au respect de cette obligation. Le respect de cette obligation fait l'objet d'une validation.(…) ».

La formation doit couvrir tous les sujets d'actualité importants et reprendre les fondements des différentes pratiques.

Les règles de validation sont :

- de 150 crédits soit 60 % dans au moins 2 des catégories sur les formations présentielles, les formations individuelles et formations à distance et les situations professionnelles formatrices.
- De 100 crédits soit 40 % sur l'obligation d'évaluation dans les conditions fixées par la HAS.

Les différents moyens de mise en œuvre peuvent être :

- La lecture et le groupe de lecture,
- Des ateliers de formation et d'implication personnelle,
- Les groupes de pairs,
- La supervision,
- Le groupe de parole autour d'un cas,
- L'atelier d'écriture,
- Les congrès,
- Les colloques internationaux.

Le financement de la FMC est prévu par le Fonds d'assurance formation (FAF) qui regroupe les financements obligatoires et conventionnels. Le financement de la FMC hospitalière repose actuellement sur une cotisation de 0,5 % (CHU) ou 0,75 % (CH) de la masse salariale des établissements.

Les modalités d'organisation sont encore mal connues. L'évaluation des formations serait réalisée par les médecins eux-mêmes.

Les évaluations des pratiques professionnelles :
La définition des EPP selon le décret du 14 avril 2005 consiste en l'analyse d'une pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode validée par la HAS comportant la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques

Les EPP sont obligatoires, sont régis par les textes suivants : la loi du 13/08/04 (Art 14) et le décret 14 avril 2005.

La loi 2004 – 810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (Art. 14 : EPP individuelle obligatoire) régente :
« Art. L. 4133-1-1. – L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins (…)
« Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret.
« Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Préalablement au dépôt de la requête, le médecin est informé des faits qui lui sont reprochés. A compter de cette notification, le médecin dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et pour s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans un délai de six mois. Les poursuites sont suspendues et, le cas échéant, abandonnées s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement.
« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. » (Décret du 14 avril 2005) »
Le non respect à ses obligations peut engendrer des sanctions du type avertissement, blâme…
Elles ont pour objectif d'optimiser la qualité des soins.
Les thèmes traités en psychiatrie portent, pour 51 % sur le suicide contre 10 % pour la schizophrénie, 10 % pour la dépression, 8 % pour l'isolement, 8 % pour la sortie du patient et 13 % pour les autres thèmes source rapport d'activité 2007 de l'HAS.

Les perspectives

Les projections démographiques présentées par la DREES évoquent une diminution du nombre des psychiatres en activité de l'ordre de 30 à 40 % entre 2002 et 2025[5].
En effet, l'âge moyen des psychiatres en activité est de 48,9 ans (47 ans pour les femmes et 50,4 ans pour les hommes). Pour les pédopsychiatres, l'âge moyen est de 52,8 ans, 75 % d'entre eux ont entre 50 et 59 ans.

[5] *DREES, « la démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », n°352, novembre 2004.*

La situation est d'autant plus préoccupante qu'il existe une hétérogénéité entre les départements. 35 départements ont les deux tiers des praticiens âgés de plus de 50 ans, 11 départements atteignent plus de 50 % des psychiatres de plus de 55 ans, et 6 départements ne comptent aucun spécialiste de moins de 40 ans, par exemple la Lozère qui a 100 % de praticiens de plus de 50 ans. En ce qui concerne la pédopsychiatrie, 5 départements ne comptent aucun pédopsychiatre et 5 en comptent un seul, et 8 deux.

Les perspectives d'avenir selon le dernier rapport de la DGS laissent entrevoir une diminution de 12 % des psychiatres d'ici 2010, et de plus de 40 % en 2020 où le nombre de psychiatres serait de 7500. En parallèle, les statistiques de l'INSEE en 2004 prévoient un nombre de psychiatres total de 12 291 en 2010, puis 11 008 en 2015 et 8 816 en 2025, alors que le nombre des personnes qui consultent est en constante augmentation (par exemple 6 fois plus de dépressions déclarées en 30 ans[6]).
La démarche méthodologique de l'INSEE au 1er janvier 2004 est de prendre en compte le nombre de médecins en activité en France, le numerus clausus, l'âge moyen et le sexe des professionnels, et de supposer une stabilité des comportements observés.

Les psychiatres ont un rôle essentiel dans la prise en charge de la maladie mentale. Ils sont les premiers intervenants spécialisés. A ce jour le nombre de psychiatres est encore orienté à la hausse, avec entre 2003 et 2007, une augmentation de 6 %, mais avec une répartition fortement inégale sur le territoire français, une féminisation et un vieillissement de la profession. De plus, les internes ont un choix préférentiel pour le milieu libéral plutôt que le milieu hospitalier. Les prévisions démographique de l'INSEE et de la DREES annoncent une forte diminution des effectifs des psychiatres d'ici 2020. Les perspectives de diminution peuvent s'expliquer par la forte baisse du numerus clausus dans les années 90, malgré une augmentation dans les années 2000 et une stabilisation depuis 3 ans, mais aussi par le vieillissement de la population des psychiatres (30 à 40 % vont partir en retraite d'ici 2025). Par ailleurs, les choix de modes d'exercice des jeunes diplômés sont en faveur du secteur libéral. L'avenir de la psychiatrie hospitalière porte donc à réflexion.

[6] *PIEL.E, ROELANDT.J-L, « de la psychiatrie vers la santé mentale », rapport de mission, juillet 2001.*

Annexe 4.2
Les médecins généralistes

Les missions et fonctions

Les 4 missions principales du médecin généraliste décrites dans le rapport de la DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale sont :

La prévention
Les médecins généralistes ont un rôle spécifique dans le système de soins, dans la continuité des soins auprès de la famille, de guider les patients et d'éduquer pour la santé.

La prise en charge de la souffrance psychique invalidante
Les médecins généralistes sont des acteurs de soins primaires. Ils ont un rôle de promouvoir en matière de relation d'aide psychologique thérapeutique.

L'accès au dispositif spécialisé
Les praticiens ont un rôle d'accompagnement des patients vers une prise en charge spécialisé.

Les soins des troubles mentaux
Les médecins interviennent souvent en début des troubles liés à une pathologie lourde. Former les médecins généralistes à la santé mentale est donc une nécessité.
Ils doivent pouvoir faire appel au psychiatre pour l'aider dans le repérage et au diagnostic, l'aider à la mise en place de stratégies thérapeutiques, de pouvoir faire appel à un psychologue si besoin.

La démographie

La démographie des médecins généralistes
Au 1er janvier 2007, le conseil de l'ordre national des médecins comptabilise 96 889 médecins généralistes (France entière). En 2005, le CNOM estimait à 106 974 le nombre de généralistes soit une diminution.

En 2005, les généralistes représentaient 51,1 % du total des médecins français.

L'INSEE comptabilise 94746 médecins généralistes en 2000, 98505 en 2003 et 101549 en 2007.
Il est comptabilisé en 2007 68 532 médecins libéraux généralistes contre 33017 médecins salariés généralistes.

La méthode utilisée par les deux organismes (INSEE et CNOM) diffère, ce qui explique les différences d'estimation.

Le CNOM a déterminé les compétences des médecins généralistes, seulement 14891 ont une compétence. Sur les 14891, 78 médecins généralistes ont une compétence en psychiatrie et 13 en psychiatrie option enfant et adolescent contre 5980 en médecine appliquée aux sports. La psychiatrie se situe en 18^{e} position sur 38.

La densité médicale
Au 1er janvier 2005, il y avait 174,3 médecins pour 100 000 habitants ce qui représente une diminution. Mais depuis ces dernières années la densité médicale stagne : au 1er janvier 2007, elle était de 151 médecins pour 100 000 habitants (en activité régulière selon le CNOM).

Huit régions enregistrent des taux inférieurs à la moyenne. Sept régions sont supérieures à la moyenne dont l'ile de France et les régions du Sud.
Il existe une forte inégalité de la répartition des médecins généralistes notamment entre le nord et le sud sauf l'Ile de France.

La féminisation de la profession
Les femmes représentent 38 % des effectifs au 1er janvier 2007 et sont majoritaires dans les moins de 40 ans.

Les modes d'exercice

Les différents modes d'exercice sont :

- l'exercice libéral,
- l'exercice mixte (libéral et salarié),
- l'exercice salarié (médecine salariée, médecine hospitalière, médecine salariée et hospitalière),
- divers
- sans exercice déclaré
-

60,5 % exercent en secteur libéral contre 6 % en secteur mixte et 27,9 % en salarié.

Modes d'exercice en médecine générale (France métropolitaine)

	Libéral		Libéral-Salarié		Libéral-Hosp		Lib-Sal-Hosp		Salarié		Hospitalier		Salarié-Hosp		Divers		Sans		Total
	Effectif	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	*Effectif*	*%*	
Hommes	40398	69,8	2036	3,5	2016	3,5	275	0,5	4217	7,3	7766	13,4	461	0,8	563	1	106	0,2	57838
Femmes	16375	45,5	772	2,1	916	2,5	133	0,4	9333	25,9	7288	20,3	513	1,4	603	1,7	49	0,1	35982
Total	56773	60,5	2808	3	2932	3,1	408	0,4	13550	14,4	15054	16	974	1	1166	1,2	155	0,2	93820

Source : CNOM 2007 – Atlas de la démographie médicale en France

Les revenus d'activités
Le revenu d'activité libérale moyen d'un psychiatre selon l'INSEE est de 63 900 euros par an en 2005 contre 61 800 € en 2004 et 98 764 € pour les spécialistes avec les charges.

La formation

Les réformes :
Les médecins généralistes ont connu les mêmes réformes des études médicales que les psychiatres.

La formation initiale :
Les médecins généralistes connaissent également la même formation initiale que les psychiatres. La différence se situe au troisième cycle des études. Les généralistes ont 9 ans d'étude dont 3 ans en 3e cycle.

Les médecins généralistes n'ont pas de stage obligatoire en psychiatrie mais des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires.

La formation médicale continue :
La formation médicale continue est un devoir et une obligatoire morale pour tout médecin.
Elle devient un outil au service des adaptations individuelles et collectives.
La formation médicale continue n'est pas encore très présente.

Les perspectives

L'âge moyen des médecins généralistes en activité est de 47,5 ans (44,9 ans pour les femmes et 49,1 ans pour les hommes).
L'incidence de ce vieillissement concerne leur mission de permanence de soins et sur l'organisation de la succession dans les postes.

La situation est d'autant plus préoccupante qu'il existe une hétérogénéité entre les départements. Parmi les 25 départements les moins bien dotés, 7 ont une moyenne d'âge élevée. Pour certains départements comme l'Orne ou la Meuse la part des plus de 50 ans est supérieure à 47 % contre 42 % pour la moyenne nationale. D'ici 10 ans, se posera les difficultés d'accès aux soins généralistes.

Le rapport de la CNOM du 14 décembre 2001 prévoir une diminution vers 160 000 médecins actifs en 2020. D'ici 10 ans, les classes en âge de prendre la retraite seront les plus élevés. Il existe également dans la profession ce qui laisse à prévoir un taux élevé à temps réduit, un nombre important de fonctions salariées qui ne sons pas toutes des fonctions de soins et un nombre non négligeable d'arrêts précoces et définitifs d'activité. Au concours d'entrée en médecine de juin 2000, le taux de féminisation des admis était de 56,06 %.

Annexe 4.3
Les psychologues

Le rôle (fiche métiers DHOS)

Le rôle du psychologue clinicien est de concevoir, élaborer et mettre en œuvre des actions préventives et curatives à travers une démarche prenant en compte la vie psychique des individus et des groupes, et ce afin de promouvoir l'autonomie de la personne.

Les activités principales sont :
- La prise en charge individuelle ou collective des patients et de leur entourage
- La construction, et la mise en œuvre des dispositifs d'intervention à visée préventive ou curative
- Le recueil et analyse des besoins et/ou des demandes d'intervention
- La conduite d'entretiens individuels ou collectifs (groupes de parole, soutien psychologique…)
- Les psychothérapies
- L'intervention auprès d'équipes pluridisciplinaires (formation, soutien, groupes de paroles…)
- Les bilans psychologiques (recueil d'information, entretien, travail de synthèse, restitution…)
- La recherche en psychologie, enseignement, formation (publication, travaux personnels, travaux collectifs…)
- L'étude et analyse des besoins en interventions psychologiques
- L'encadrement et tutorat des stagiaires psychologues

La démographie

Les psychologues sont estimés à 36 000 personnes salariées ou libérales contre 4 000 ETP dans des services de psychiatrie des établissements de santé pour le rapport PIEL/ROELANDT.
Selon la SAE, précisément, 4 510,37 ETP de psychologues travailleraient en services de psychiatrie en 2006.

Les modes d'exercice

Psychologue hospitalier
80 % travaillent dans le public.
Pour 1500 patients, une équipe de psychologues cliniciens se compose en moyenne de 2,9 équivalents temps plein soit 4 % du total du personnel non médical. Les effectifs varient selon le statut de l'établissement, un CHS dispose en moyenne de 2,9 ETP temps plein contre 3,1 en établissement privés, 2,7 en CHR et 2,8 en CH. Selon le rapport de la DREES, en 2003, les psychologues ont vu leurs effectifs augmenter fortement.

Psychologue de ville
Les psychologues sont estimés entre 5000 à 8000.
Les sources statistiques actuelles ne permettent pas de recenser le nombre exact de psychologues libéraux.

La formation

Les psychologues cliniciens ont suivi une formation universitaire par l'intermédiaire du LMD (licence master doctorat). Le diplôme obtenu est un master 2 (bac+5) de psychologie qui comporte des enseignements théoriques dont le programme est différent selon les universités.

Les stages ne sont pas forcément tous réalisés dans un service de psychiatrie, ils sont variables d'un étudiant à un autre.

Annexe 4.4
Les infirmiers

Le rôle (fiche métiers DHOS)

Le rôle des infirmiers est de réaliser des soins infirmiers, afin de maintenir ou restaurer la santé de la personne et l'accompagner ; ils concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche. 4 notions sont importantes : il a compétence pour poser un diagnostic infirmier, il a l'initiative des soins relevant de son rôle propre, il gère les soins, il gère le dossier des soins infirmiers.

Leurs activités principales sont :

- Le recueil des données cliniques, des besoins et des attentes de la personne et de son entourage
- L'établissement du projet de soins et de la planification des activités infirmières pour le patient
- La réalisation, le contrôle des soins infirmiers et l'accompagnement de la personne et de son entourage
- La surveillance de l'évolution de l'état de santé des patients
- L'assistance technique lors de soins réalisés par le médecin
- L'information et l'éducation de la personne et de son entourage
- La rédaction et la mise à jour du dossier du patient
- L'accueil et l'encadrement pédagogique des étudiants, des stagiaires et des personnels placés sous sa responsabilité
- La coordination et l'organisation des activités et des soins concernant un patient ou un groupe de patients pendant l'hospitalisation et lors de la sortie
- La réalisation d'études et de travaux de recherche et la veille professionnelle
- La gestion et le contrôle des produits, des matériels et des dispositifs médicaux
- La mise en œuvre des procédures d'élimination des déchets

Le rôle des infirmiers dans le milieu psychiatrique a évolué avec le temps. Au XXème siècle, les infirmiers travaillant en psychiatrie avaient un diplôme d'état infirmier psychiatrique.
Les activités principales des infirmiers psychiatriques sont :

- **L'accueil** des patients ou de la famille
- La **permanence et la surveillance** permettant la continuité des soins, à savoir la continuité psychologique et la permanence réelle : prise en charge de l'aspect physique du patient de façon continue, surveillance globale du patient, l'écoute et l'observation
- Les **accompagnements**
- Les **repas**
- La **vie** dans le **service**

La démographie

Selon les bases de données Eco santé France, d'après les données ADELI et DREES, en 2007, il y aurait 483 380 infirmiers contre 367 126 en 1999. au 1er janvier 2008, on comptabilise 476 897 infirmiers. L'INSEE comptabilise également 483 380 infirmiers. 87,2 % des infirmiers sont des femmes en 2007.
Selon la SAE, 62 902,42 ETP d'infirmiers et cadres travailleraient en psychiatrie en 2006.
Selon le rapport PIEL/ROELAND, 58 000 infirmiers équivalents temps plein sont répartis dans les établissements de santé publics et privés en psychiatrie pour un peu plus de 71 000 lits.

La densité des IDE psychiatriques diffère selon les départements, la plus élevé est en moyenne à 150 pour 100 000 habitants contre 80 pour 100 000 habitants pour les départements les plus défavorisés.

Le document de la DREES sur les professions de santé au 1er janvier 2008, a répertorié 476 897 infirmiers dont 87,5 % de femmes. La profession est extrêmement féminisée.
15,1 % d'infirmiers sont âgés entre 50 et 54 ans, 3,8 % de moins de 25 ans et 3,5 % de 60 à 64 ans.

Les modes d'exercice

Libéral
Les infirmiers de secteur psychiatrique n'exercent pas en milieu libéral du fait des clauses de leur diplôme.

Hospitalier
Les données sont tirées du rapport de la DREES.

94 % des infirmiers exercent dans le milieu hospitalier.

Pour 1500 patients, une équipe d'infirmiers se compose en moyenne de 46 équivalents temps plein soit 65 % du total du non médical. Les effectifs varient selon le statut de l'établissement, un CHS dispose en moyenne de 50,2 ETP temps plein contre 51,3 en établissement privé, 39 en CHR et 38,6 en CH. D'après le rapport de la DREES, en 2003, plus d'un quart des secteurs ont déclaré des postes d'infirmiers et cadres vacants depuis plus d'un an, soit 1088 postes à temps plein et 38 postes à temps partiel. Les secteurs rattachés aux CH et CHS sont ceux qui rencontrent le plus de difficultés pour recruter ; depuis 15 ans, les effectifs ont fortement diminué.

Le salaire :
Le traitement net mensuel d'un infirmier de classe normale dans la fonction publique hospitalière est de 1 509 € en début de carrière et 2 209 € en fin de carrière, primes et indemnités permanentes comprises.

La formation

Depuis 1992, le diplôme d'infirmier d'état psychiatrique n'existe plus. L'arrêté du 23 mars 1992 met fin aux études séparées et met en place un tronc commun de formation des infirmiers.

Pour accéder à cette profession, il faut obligatoirement obtenir le diplôme d'état.
Les études d'infirmier se déroulent pendant trois ans dans un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Pour accéder à cet institut, il s'agit d'obtenir le baccalauréat et de passer le concours d'entrée.

Le programme théorique comprend différents modules qui ont trait à la psychiatrie et des stages cliniques sont obligatoires en psychiatrie.

L'obtention du diplôme demande un travail de fin d'études, écrit et personnel sur un thème d'intérêt professionnel choisi par l'étudiant en accord avec l'équipe pédagogique et se concluant par une soutenance. Puis, une mise en situation professionnelle a lieu au cours de l'un des deux derniers stages de troisième année dans le service hospitalier ou extra-hospitalier où l'étudiant est en stage depuis au moins une semaine, à l'exclusion du stage de projet professionnel.

Les perspectives

Le nombre de postes d'infirmiers ou cadres vacants ne cesse d'augmenter.

Annexe 4.5
Les psychomotriciens

Le rôle

Les 3 rôles principaux des psychomotriciens décrits dans le rapport de la DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale sont :

- **La prévention et l'accès aux soins** : le travail de psychomotricien sera basé sur la prise de conscience de la nécessité du soin
- **La prise en charge de la souffrance psychique** : les psychomotriciens mettent en place une médiation corporelle, c'est-à-dire la prise en charge de la souffrance psychique ou des angoisses corporelles liées à la maladie,
- **Soins spécialisés des troubles mentaux** : les psychomotriciens proposent une évaluation. Ils s'emploient à construire ou reconstruire avec le patient des expériences corporelles.

Ses activités principales sont (fiche métier DHOS) :

- Réalisation et rédaction de bilans psychomoteurs
- Réalisation de techniques de psychomotricité : médiation corporelle, stimulation et relaxation… en individuel et en groupe
- Formalisation et actualisation du projet thérapeutique de la personne
- Accueil et guidance de la famille et des proches de la personne
- Information et éducation de la personne et de son entourage
- Rédaction et mise à jour du dossier du patient
- Coordination avec les structures de soins concernant la personne
- Accueil et encadrement pédagogique des étudiants et des stagiaires
- Réalisation d'études et de travaux de recherche
- Veille professionnelle

La démographie

Selon les bases de données Eco santé France, d'après les données ADELI et DREES, en 2007, il y aurait 6 540 psychomotriciens contre 4 385 en 1999.

86,2 % des psychomotriciens sont des femmes.

Les modes d'exercice

Libéral
Ils sont plus de 600 psychomotriciens à exercer en libéral en France.

Hospitalier
Pour 1500 patients, une équipe de psychomotriciens se compose en moyenne de 0,2 équivalents temps plein.
Les effectifs varient selon le statut de l'établissement, un CHS dispose en moyenne de 0,3 ETP temps plein contre 0,1 en établissement privé, 0,2 en CHR et 0,2 en CH.

Le salaire
Le traitement net mensuel d'un psychomotricien classe normale en début de carrière est de 1411 €, contre 2178€ en fin de carrière classe normale. Le salaire de la fin de carrière d'un psychomotricien classe supérieure peut aller jusqu'à 2414€, à 3031€ pour les psychomotriciens cadres supérieurs de santé en fin de carrière

La formation

Pour exercer en tant que psychomotricien, le diplôme d'Etat de psychomotricien ou un titre de qualification admis en équivalence est exigé. Le diplôme se prépare en trois ans dans un Institut de formation agréé par le Préfet de région.
La formation comprend des enseignements théoriques (1392 heures), théorico-cliniques (études de cas : 100 heures) et pratiques (680 heures de stage). L'objectif de la première année est orienté vers le fonctionnement de la personne en bonne santé à tous les âges de la vie ; la seconde a pour objet l'initiation aux méthodes cliniques de soin ; enfin la dernière année est orientée vers le processus de professionnalisation.

Les perspectives

Dans les années à venir, le nombre de psychomotriciens libéraux va augmenter.

Annexe 4.6
Les éducateurs spécialisés

Le rôle (fiche métiers DHOS)

Le rôle des éducateurs spécialisés est d'éduquer et accompagner, sous l'angle médico-socio-éducatif, des publics présentant des déficiences physiques, psychiques, des troubles du comportement ou ayant des difficultés d'insertion.

Les **activités principales** sont :

- La planification des activités quotidiennes de la collectivité
- Le recueil des informations (sanitaires, sociales, économiques, culturelles…) nécessaires à l'évaluation de la situation de la personne suivie
- Le compte rendu et l'analyse des observations de comportement en équipe pluridisciplinaire
- La conception et la rédaction du projet individuel d'accueil et de prise en charge de la personne accueillie
- La réalisation d'un bilan d'étape du projet individuel
- La mise en œuvre et le contrôle des activités quotidiennes
- Le choix des actions éducatives adaptées, soit à la personne, soit à des groupes
- La recherche de solutions d'insertion auprès des différents partenaires institutionnels
- L'organisation d'activités ludiques et éducatives en vue de stimuler des capacités affectives, intellectuelles, artistiques, physiques et sociales des personnes prises en charge
- L'accompagnement éducatif et le conseil dans les actes de la vie quotidienne
- La médiation des relations avec la famille, le représentant légal de la personne et les différents partenaires extérieurs
- L'encadrement et le tutorat des stagiaires

Le rapport de la DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale décrit 4 missions principales des éducateurs spécialisés :

- **La prévention**,
- **La prise en charge de la souffrance psychique invalidante** : les éducateurs spécialisés vont s'occuper des situations de souffrance psychique complexes et/ou touchant des publics cibles. Leur nécessité est importante dans l'accès et la continuité des soins spécialisés.
- **L'accès aux soins spécialisés** : l'éducateur sera essentiel pour amorcer et accompagner la démarche de soin.
- **Les soins des troubles mentaux** : ils concourent à l'éducation d'enfants ou au soutien d'adultes présentant des déficiences psychiques. Ils ont un rôle d'aide pour restaurer ou préserver leur autonomie. Ils favorisent les complémentarités nécessaires entre le champ sanitaire et le champ médico-social. Ils conjuguent à la fois l'approche socio-éducative et celle de la réinsertion des adultes en difficulté. Ils peuvent assumer une fonction de référent du suivi global médico-psychologique.

La démographie

Pour 1500 patients, une équipe d'éducateurs se compose en moyenne de 0,3 équivalents temps plein. Les effectifs varient selon le statut de l'établissement, un CHS dispose en moyenne de 0,3 ETP temps plein contre 0,2 en établissement privé, 0,2 en CHR et 0,2 en CH.

Leurs effectifs ont connu une forte augmentation depuis 1986.

La formation

Le métier d'éducateur spécialisé exige un Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEES).

Leur formation comprend un enseignement théorique de 160 heures dans les deux premières années et un module de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte en troisième année.

Les stages ne sont pas obligatoires au sein des institutions psychiatriques. Les étudiants souhaitant exercer en psychiatrie peuvent effectuer des stages d'une durée de neuf mois.

Le traitement brut mensuel d'un éducateur spécialisé en début de carrière dans le secteur public est de 1362 €, contre 1529 € dans le secteur privé. Le salaire de la fin de carrière peut aller jusqu'à 2366 € dans le secteur public, à 2685 € dans le secteur privé.

Annexe 4.7
Les assistants sociaux

Le rôle (fiche métiers DHOS)

Les assistants de service social sont d'Intervenir auprès des personnes pour améliorer leurs conditions de vie et prévenir leurs difficultés sociales et médicosociales, économiques, culturelles.

Les activités principales sont :

- Entretien avec les personnes en vue d'un diagnostic psychosocial
- Instruction de dossiers administratifs en vue de l'obtention ou du rétablissement des droits
- Information et suivi des droits, devoirs et procédures des personnes en difficulté
- Rédaction de rapports sociaux et de signalements
- Mise en place d'actions préventives ou curatives en vue du retour ou du maintien à domicile ou du placement
- Aide à l'insertion ou réinsertion sociale et/ou professionnelle
- Proposition de réajustement des situations de placement
- Transmission des informations aux staffs médico-sociaux
- Organisation des transferts vers les SSR ou établissements spécialisés
- Élaboration de projets individuels et collectifs et contribution à l'élaboration de projet thérapeutique
- Veille juridique et sociale
- Accueil et tutorat des étudiants

Le rapport de la DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale décrit 4 missions principales des assistants de service social :

- **La prévention**, les assistants de service social sont l'interface entre le milieu sanitaire et social ce qui leur permettent de favoriser les échanges et les interactions entre les 2 secteurs afin de maintenir une qualité de vie des patients. Ils participent à des actions de prévention auprès des institutions éducatives, sociales et médico-sociales. Dans certains cas, ils peuvent être coordinateur d'actions préventives.
- **L'accès aux soins**: les assistants de service social ont un rôle dans l'accompagnement des personnes dont ils ont la charge, vers une démarche de soins.
- **Les soins** : dans les secteurs de psychiatrie, les assistants de service social participent à la mise en place d'un projet thérapeutique individualisé prenant en compte l'environnement familial et socio-économique. Ils ont également un rôle d'interface entre le patient et/ou la famille et l'équipe, et se mettent en relation avec les partenaires extérieurs concernés ou à mobiliser.
- **La réhabilitation ; réinsertion** : ils concourent à l'éducation d'enfants ou au soutien d'adultes présentant des déficiences psychiques. Ils ont un rôle d'aide pour restaurer ou préserver leur autonomie. Ils favorisent les complémentarités nécessaires entre le champ sanitaire et le champ médico-social. Ils conjuguent à la fois l'approche socio-éducative et celle de la réinsertion des adultes en difficulté. Ils peuvent assumer une fonction de référent du suivi global médico-psychologique.

La démographie

Pour 1500 patients, une équipe d'assistant de service social se compose en moyenne de 1,8 équivalents temps plein. Les effectifs varient selon le statut de l'établissement, un CHS dispose en moyenne de 1,9 ETP temps plein contre 2,9 en établissement privé, 1,8 en CHR et 1,6 en CH.
Leurs effectifs ont connu une forte augmentation depuis 1986.

La formation

Le métier d'assistant de service social exige un Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (DEASS). La formation se déroule en 3 années.
Elle comprend, en alternance 12 mois de stage pratique et 1740 h de formation théorique. La formation théorique est constituée de :

- 1 unité de formation principale de 460 h : théorie et pratique de l'intervention en service social ;
- 7 unités de formation contributives :
  - 880 h philosophie de l'action, éthique (120 h) ;
  - droit : (120 h) ;
  - législation et politiques sociales (160 h) ;
  - sociologie, anthropologie, ethnologie (120 h) ;
  - psychologie, sciences de l'éducation, sciences de l'information, communication (120 h),
  - économie, démographie (120 h) ;
  - santé (120 h).

Le traitement brut mensuel d'un assistant de service social en début de carrière dans la fonction publique hospitalière est de 1362 €, contre 1529 € dans la convention collective de l'enfance inadaptée. Le salaire de la fin de carrière peut aller jusqu'à 2366 € dans la fonction publique hospitalière, à 2685 € dans la convention collective de l'enfance inadaptée.

Revue de la littérature internationale

« Licensed Social Workers in the US, 2004 » - Center for Health Workforce Studies, 2006

L'assistanat social est la profession la mieux représentée et la plus importante dans le travail social aux Etats-Unis ; les assistants sociaux peuvent faire du conseil, assurer l'éducation, offrir de la psychothérapie et autres gammes de services pour aider leurs clients dans des structures aussi différentes que les organismes publics, organisations privées et des cabinets libéraux. Une partie d'entre eux font partie d'équipes pluridisciplinaires qui évaluent et gèrent la prise en charge des patients dans les hôpitaux et les unités de soins de longue durée.

La base de données est constituée à partir des réponses à une enquête randomisée de la part de 10.000 assistants sociaux sur les 254.000 diplômés dans les 48 Etats et le district de Columbia. Cette enquête a été conduite en 2004 par l'Association Nationale des Assistants Sociaux en collaboration avec le Centre pour l'Etude des Professionnels de Santé et l'Ecole de Santé Publique, Université d'Albany.

Les données collectées incluent des informations sur les caractéristiques démographiques, d'éducation et formation, le secteur d'activité et le lieu, les rémunérations et autre bénéfices, le type d'usagers pris en charge, les perspectives sur l'exercice de la profession et les plans de carrière.

En plus des 48 questions du questionnaire général, l'enquête a permis d'approfondir, par des questions supplémentaires, les conditions de travail et les difficultés rencontrées par les professionnels travaillant avec les personnes âgées et /ou des enfants et adolescents.

Les assistants sociaux diplômés constituent approximativement 63% des 460.000 assistants sociaux pris en évidence par le Bureau des Statistiques du Travail.

La réglementation concernant les professionnels diplômes, incluant les assistants sociaux, est variable en fonction des Etats ; généralement, les Etats reconnaissent jusqu'à 4 niveaux de formation : la licence dans le champ de l'action sociale, le Master, le Master avec deux ans d'expérience postuniversitaire supervisée et le Master avec deux ans d'expérience clinique postuniversitaire.

Données démographiques

L'offre globale d'assistants sociaux a augmenté ces dernières années aux Etats-Unis, même si les estimations restent difficiles pour les différentes catégories d'assistants sociaux, à cause du manque d'information sur les différentes carrières que choisissent les assistants sociaux à partir de leurs différentes formations.

Le ratio d'assistants sociaux diplômés pour 100.000 habitants varie avec un facteur de 17 sur le territoire américain, allant de 408 en Maryland à 23,7 en New Hampshire.

Il y a aussi une demande croissante pour la profession, qui va encore s'accroître dans la prochaine décennie, à cause du départ à la retraite d'une génération de professionnels et du vieillissement de la population.

Approximativement 81% des répondants étaient des femmes, avec un pourcentage d'hommes progressivement plus petit au fur et à mesure des cohortes plus jeunes.

Les assistants sociaux diplômés sont plus âgés en moyenne que les autres professionnels de santé ; l'âge moyen du début de l'activité s'est accru au cours du temps, passant de 26,3 ans avant 1960 à 34,2 en 2000-2004, ce qui implique que la durée d'activité moyenne pour les assistants sociaux diplômés est de 25-30 ans, sensiblement moins que pour les autres professionnels de santé.

Formation
Approximativement 78,6% des répondants avaient en Master ; le Master est aussi le diplôme le plus commun au début de l'activité professionnelle (pour 59% des répondants) ; 31% avaient un diplôme de licence, 8% n'avaient aucun diplôme spécifique et 2% avaient un Doctorat ou un PhD dans le champ de l'action sociale ; les assistants sociaux plus jeunes avaient un plus grande probabilité de débuter leur activité avec un diplôme de licence, ce qui démontre le saut qualitatif réalisé par la formation.

60% des personnes interrogés ont estimé que leur formation les préparait d'une manière adéquate à leur prise de fonction et 71% d'entre eux ont estimé que la formation continue les préparait d'une manière adéquate à cette prise de fonction.

Secteur d'activité
En ce qui concerne leur secteur d'activité, une différentiation en fonction de l'âge a été constatée : les plus âgés travaillent plus dans le secteur libéral. La santé mentale a été le champ d'activité le plus répandu pour les assistants sociaux diplômés en 2004 (37% des répondants), suivie par l'assistance sociale pour les familles (13%), la santé de manière générale (13%) et la prise en charge de la personne âgée (9%).

Rémunération
Concernant les rémunérations, le diplôme équivaut à un salaire plus élevé ; l'enquête a relevé aussi une différence de salarisation entre hommes et femmes (les femmes touchent un salaire plus petit de 14% par rapport aux hommes).

Rôles
Le rôle le plus commun pour les assistants sociaux est le contact direct avec les usagers (96%), suivi par la consultation (73%) et la gestion administrative (69%).

Les assistants sociaux sont impliqués dans le screening et l'évaluation des usagers (93%), l'aDREESage (91%), l'intervention d'urgence (89%), le conseil individuel (86%) et l'éducation du patient (86%).

Les 4 tâches principales qui consomment plus de la moitié du temps des assistants sociaux, identifiées par la majorité des répondants sont :
- conseil individuel (29%)
- psychothérapie (25%)
- gestion de cas (12%)
- screening/évaluation (10%).

Carrière
Concernant la gestion de leur carrière, le facteur le plus cité comme influençant la décision de changer d'emploi est « un salaire plus élevé (73%).

Les défis de la profession
- un manque de standardisation réglementaire, tant en terme de critères d'accréditation de formations diplomantes, qu'en terme d'activités exercées ou interdites ;
- le manque d'attractivité de la profession pour les hommes, ce qui induit une féminisation de la profession
- différences de rémunération en fonction du sexe
- adaptation des formations diplomantes et de la formation continue aux besoins de la population

Annexe 4.8
Les associations, usagers et les familles

Historique des droits des usagers

La santé mentale est marquée par 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.

Elle est le pilier des droits des usagers ; elle pose le principe du consentement des personnes atteintes de troubles mentaux à leur hospitalisation et affirme le droit à la dignité de ces personnes et à leur réinsertion sociale.

Le rôle des usagers et de leurs familles

Les usagers et leurs familles sont au cœur du dispositif de santé mentale, Leur rôle central est décrit par le rapport de la DGS. Il se situe au niveau :

- **De l'information**. Les professionnels ont une obligation vis-à-vis des patients de respecter leurs droits et de leur apporter les informations utiles. La défense des droits des usagers de la santé mentale est traduite par une charte de l'usager en santé mentale et un livre blanc des partenaires de la santé mentale en France. Les usagers réclament le respect de leurs droits, des informations concernant la souffrance psychique, la maladie mentale, et les différentes modalités de prise en charge ; les informer apparaît comme un réel outil de prise en charge de qualité..
- **De la participation**. Intégrer l'usager et la famille aux stratégies thérapeutiques améliorerait l'adhésion au traitement. La participation est un véritable outil d'adhésion aux soins et d'observance du traitement. La famille est à ne pas oublier, l'associer aux thérapeutiques évite toute rupture néfaste au patient. Le rapport de la DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale préconise d'identifier un référent libéral ou exerçant en secteur pour les familles. La famille et les proches sont extrêmement demandeurs d'information et de participation au traitement. Plusieurs associations les représentant ont été créées comme l'UNAFAM ou la FNAPSY.
- **De la représentation collective des usagers**. La présence et la participation des usagers permettent l'intégration des réseaux de santé.

Les associations des familles et usagers

Les associations assurent des permanences, des réunions d'information, des groupes de parole, des conférences-débats. Elles participent à la promotion des structures d'accompagnement, contribuent à faire reconnaître le « handicap psychique » et sa spécificité, à pallier l'isolement des familles.

Les principales missions des associations décrites dans le rapport de la DGS sont :

- **L'accueil et l'accès aux soins spécialisés des troubles mentaux** : les bénévoles ont un rôle important dans la vie des familles, usagers ou de l'entourage. Leurs rôles sont de les informer sur les circuits de soins et les pathologies ; elles aident, soutiennent, écoutent et évaluent. Elles sont des véritables partenaires des professionnels de santé.
- **Les soins** : les associations peuvent faciliter l'adhésion aux stratégies thérapeutiques.

Les principales associations des usagers et des familles sont l'UNAFAM (union nationale des amis et familles de malades mentaux), la FNAP-Psy, l'ANAPEI. L'UNAFAM déclare « qu'elle souhaite témoigner de l'urgence des solutions à apporter ». La participation est le moteur du changement de la politique des soins en santé mentale.

Annexes 5

Le poids des maladies mentales, les coûts de la prise en charge psychiatrique et les modalités de financement

Annexes 5.1
Le poids et le coût des maladies psychiatriques

Ce chapitre aborde les problématiques suivantes :

- Le poids des maladies psychiatriques
- Les données de coûts par pathologies
- Peut-on prédire ou maîtriser les facteurs de coûts en cas de maladies mentales ?

Annexe 5.1.1
Le poids des maladies psychiatriques

Size and burden of mental disorders in Europe – critical review and appraisal of 27 studies (Wittchen and Jacobi, European Neuropsychopharmacology, 2005, 15 : 357-376)

Cette revue réalise un panorama épidémiologique des pathologies psychiatriques en Europe à partir de toutes les études existantes depuis une dizaine d'années. 27 études ont été sélectionnées sur les critères suivants : elles devaient avoir eu lieu en Europe (incluant la Suisse, la Norvège et l'Islande), adopter une approche populationnelle, utiliser des critères précis pour le diagnostic des pathologies (CIM 9 ou 10, DSM III ou IV), et elles portaient sur une population âgée de 18 à 65 ans.

L'estimation de la prévalence des pathologies, même au sein de l'Union Européenne, est difficile pour les raisons suivantes :

- dans certains pays européens il n'existe pas d'étude épidémiologique récente : cette observation concerne 12 pays sur 28 représentant 54,8 millions de personnes (Grèce, Irlande, Luxembourg, etc.) ;
- la définition des pathologies change d'un pays à un autre, de même que le traitement, la prise en charge, etc.
- l'importance des co-morbidités associées rend difficile le calcul de prévalence, ramené à la population (32% des patients ont au moins 2 affections).

Cette revue indique que, toutes affections psychiatriques confondues, 27% de la population adulte de 18 à 65 ans a été atteinte d'un trouble mental dans les 12 derniers mois, compte tenu des comorbidités ; les pathologies principales sont la dépression majeure (6,9%, hors troubles bipolaires (0,9%)), les phobies spécifiques (6,4%), les troubles somatoformes (douleurs persistantes, hypochondrie, somatisations) (6,3%). Les autres formes d'anxiété (anxiété généralisée, TOC, panique, agoraphobie, phobie sociale) totalisent 7,8%. Ainsi, les différentes formes de pathologies anxieuses représentent au total la principale affection. La dépendance alcoolique concerne 2,4% de la population. Les troubles psychotiques ne touchent qu'un faible pourcentage de personnes (0,8%). Ces taux ne sont que des moyennes ; les variations d'estimations sont en effet importantes entre études, sans que soient identifiées de fortes variations culturelles.

Les femmes âgées de 35 à 49 ans présentaient la prévalence la plus forte pour la dépression, les hommes âgés de 18 à 34 avaient la prévalence la plus forte pour la dépendance alcoolique. Les troubles de l'anxiété touchent les femmes principalement, quelque soit l'âge.

Au total, sur le plan épidémiologique, en chiffres absolus, la dépression aurait touché sur les 12 derniers mois 18,4 millions de personnes en Europe, les phobies spécifiques un chiffre équivalent, et la dépendance alcoolique toucherait 7,2 millions de personnes. Les troubles psychotiques en toucheraient 3,7 millions sur une population totale de 301,7 millions.

Ces résultats de prévalence sont en réalité sous-estimés puisque tous les troubles psychiatriques ne sont pas étudiés et que cette étude porte sur une population adulte, écartant les enfants et adolescents ainsi que les personnes âgées de plus de 65 ans.

Seulement 25,7% de personnes malades ont été vues en consultation (privée ou hospitalière), toutes pathologies confondues. Ce pourcentage s'élève à 40% pour un malade atteint de plusieurs pathologies et diminue à 8,3% pour les personnes subissant une dépendance alcoolique. Une minorité de patients est donc suivie et prise en charge. En fait, les auteurs évaluent que seulement

un patient sur deux a été vu par un professionnel de santé au moins une fois pour son affection mentale.
Parmi les personnes consultantes, 34% prennent un traitement médicamenteux, 18,3% un traitement psychologique et 26,5% les deux ; 21,2% ne prennent aucun traitement. Le traitement médicamenteux est donc le traitement le plus employé. Plus précisément, les personnes ayant des troubles de l'humeur consultent dans 36% des cas ; ces patients prennent un traitement médicamenteux dans 71% des cas, et bénéficient d'un traitement psychologique dans 46,9% des cas.
Les personnes ayant des troubles anxieux consultent dans 26,1% des cas ; et ces patients prennent un médicament dans 57,3% des cas. Les personnes atteintes par plusieurs troubles prennent un traitement médicamenteux dans 70,8% des cas et bénéficient d'un traitement psychologique dans 54% des cas.

En général, un tiers des consultations sont effectuées par un médecin généraliste, un tiers par un spécialiste de la santé mentale (psychiatre, psychologue) et un tiers par un autre professionnel.

The burden of brain diseases in Europe (Olesen and Lenoardi, European Journal of Neurology, 2003, 10: 471-477)

Cette étude cherche à évaluer le coût en termes d'années de vie perdues pour les patients atteints de maladies du système nerveux central. Les pathologies étudiées concernent les pathologies psychiatriques mais aussi les pathologies neurochirurgicales et neurologiques.

Cette étude réalisée grâce aux données de l'OMS sur l'Europe a divisé l'Europe en trois régions selon le taux de mortalité ; la France se situe dans le premier groupe, qui comprend 410 millions d'habitants, et géographiquement correspond à l'Europe de l'Ouest.

Nous ne rapportons ici que les données concernant les pathologies psychiatriques dans ce premier groupe, pour trois types d'évaluation des années de vie perdues :

- « YLL » (Years of Life Lost) ou nombre d'années de vie perdues à cause d'une mort prématurée
- « YLD » (Years Lived with Disability) ou nombre d'années de vie avec un handicap, quantifié par l'incidence, le poids du handicap et sa durée
- « DALY » (Disability Adjusted Life Years) qui est la somme des deux composantes précédentes : nombre d'années de vie perdues et nombre d'années de vie avec un handicap.

Le tableau présente ces données de l'OMS pour l'année 2000.

	YLL	YLD	DALY
Dépression unipolaire	7	4 083	4 091
Dépression bipolaire	1	623	624
Schizophrénie	6	593	598
Problème avec l'alcool	194	1 943	2 137
Alzheimer et autres démences	253	2 870	3 124
Troubles liés à l'abus de drogues	168	607	775
Troubles obsessionnels-compulsifs	0	258	258
Trouble panique	0	325	325

Globalement, le pourcentage d'années de vie perdues par mortalité prématurée pour les maladies du système nerveux central représente 18% de toutes les années de vie perdues pour toutes les pathologies ; en ce qui concerne les années de vie passées avec un handicap, le pourcentage est de 54%, et en matière de DALY, il est de 37% de la somme des DALYs pour toutes les pathologies.
Il est intéressant de comparer sur ce plan les différentes pathologies psychiatriques avec les autres pathologies représentant une charge morbide importante ; selon le tableau ci-dessous, les pathologies psychiatriques se placent parmi les premières à entraîner un DALY important (estimations OMS 2000).

Pathologies	% total DALYs en Europe
Infarctus du myocarde	10,1
Maladie cérébro-vasculaire	6,8
Dépression unipolaire	***6***
Problème avec l'alcool	***3,4***
Alzheimer et autres démences	3
Auto-mutilation	2,6
Accidents de la route	2,5
Infections des voies respiratoires	2,4
Perte de l'audition	2,3
Cancer du poumon, trachée, bronchique	2,2
Ostéoarthrite	2,1
Bronchopneumopathie chronique obstructive	2,1

En conclusion, cette étude souligne l'importance des pathologies psychiatriques. Rappelons que la dépression est souvent non diagnostiquée et non traitée (alors qu'elle a un DALY situé au troisième rang parmi l'ensemble des pathologies). Il en est de même pour la démence qui n'est souvent pas diagnostiquée.

Publication en ligne de l'Organisation Mondiale de la santé portant sur les coûts de la santé (réévaluation 2002)

Le site consulté « WHO : burden of disease » donne des informations sur les DALYs de nombreux pays dont la France, ici présentées avec, à titre de comparaison, l'Allemagne et le Royaume Uni.

Pathologies	France	Allemagne	Royaume Uni
Pathologies psychiatriques :			
Dépression unipolaire	762	819	587
Dépression bipolaire	91	112	86
Schizophrénie	88	106	85
Problème avec l'alcool	399	522	278
Maladie d'Alzheimer et autres démences	289	378	276
Troubles liés à l'abus de drogues	48	133	162
Troubles obsessionnels-compulsifs	37	49	36
Trouble panique	48	58	45
Pathologies non psychiatriques :			
Maladies cardio-vasculaires	857	2 070	1 297
Pathologies respiratoires	408	562	691
Accidents de la route	245	191	110

La dépression est, comme souligné dans ces différents articles, la pathologie qui induit les conséquences les plus importantes sur la qualité de vie. En France, elle est l'équivalent des pathologies cardio-vasculaires, ce qui n'est pas le cas toutefois en Allemagne et au Royaume Uni où la morbidité cardio-vasculaire est plus élevée.

Le nombre d'années de vie perdues par mort prématurée (YLL) en Europe de l'Ouest (415 millions d'habitants, s'étendant de la Norvège à la Grèce), également fourni sur le site de l'OMS, est cependant beaucoup plus important pour les démences et la maladie d'Alzheimer (environ trente fois plus important), ou les troubles liés aux abus d'alcool ou de drogues (environ vingt fois) que pour la dépression. Logiquement, ce chiffre est nul pour les pathologies de type troubles obsessionnels-compulsifs, ou paniques.

The treatment gap in mental health care (Kohn R et al, Bull WHO Nov 2004, 82(11) :858-866)

Le problème du poids financier des maladies mentales doit être mis en perspective au regard des études soulignant le très fort taux d'absence de prise en charge des maladies psychiatriques, même sévères : il existe un écart massif entre le nombre de patients atteints de dépression, anxiété, troubles obsessionnels compulsifs et le nombre de patients traités (indépendamment du fait de savoir si le traitement est adapté ou non).

Cette revue de l'OMS fait le point sur cette question : en répertoriant l'ensemble des études épidémiologiques psychiatriques en population utilisant des outils de diagnostic standard et comportant des données sur le pourcentage de sujets traités (37 études au total), les auteurs ont pu calculer les taux médians d'absence de traitement des principales affections : 32% pour la schizophrénie, 56% pour la dépression, 50% pour les troubles bipolaires, 56% pour les troubles paniques, 57% pour l'anxiété généralisée et les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), 78% pour l'abus d'alcool et la dépendance alcoolique.

Les explications d'une telle discordance sont multiples :

- problème non identifié ou reconnu comme tel
- impression qu'il n'y a pas de traitement efficace
- idée que le problème va se résoudre tout seul,
- volonté de traiter le problème par soi-même
- manque de connaissance des maladies mentales
- stigmatisation
- obstacles financiers
- insuffisance d'offre ou de disponibilité des traitements

Ces écarts se traduisent aussi bien par une absence de prise en charge que par des retards de prise en charge.

Ces taux varient cependant d'une région à l'autre. La seule étude française répertoriée sur ce thème donne le taux suivant : 26,6% pour la dépression majeure. Même en Europe, les chiffres sont très variables : toujours sur la dépression majeure, on observe 60% à Munich, 70% en Finlande, entre 21 et 36% aux Pays-Bas, 16% en Italie, 51% en Suisse, entre 56 et 84% au Royaume Uni…

Les médianes enregistrées par l'OMS pour l'ensemble de la zone Europe sont de 18% pour la schizophrénie, 25% pour les TOC, 40% pour les troubles bipolaires, 45% pour la dépression majeure, 62% pour l'anxiété généralisée, 92% pour la dépendance à l'alcool.

La constante est en tout état de cause l'observation d'un écart toujours important, majoritairement entre 30 et 50% dans les pays développés pour les principales pathologies.

Cette discordance est cependant pour certains cas atténuée par le fait qu'une partie des patients verront leur état s'améliorer avec le temps : chez 20% des patients atteints de dépression majeure et non traités, on observe une rémission spontanée dans les 20 semaines. Il reste qu'une bonne partie des besoins en matière de santé mentale ne seraient pas couverts.

Prevalence, severity and unmet need for treatment of mental disorders in the World health Organization World Mental Health Surveys (WHO World Mental Health Survey Consortium, JAMA 2004, 291: 2581-2590)

L'OMS a complété ce panorama en réalisant une vaste enquête épidémiologique dans 14 pays (dont 8 développés) pour évaluer les rapports entre prévalence, sévérité et traitement, pour prendre en compte le fait que des troubles légers ou modérés n'ont pas toujours besoin de traitement. Les affections explorées sont les troubles de l'humeur, les pathologies anxieuses, les troubles du comportement, la toxicomanie et la dépendance à l'alcool. Bien que la sévérité soit corrélée avec la probabilité d'être traité dans la plupart des pays, 35,5% à 50% des cas sévères dans les pays développés n'ont pas bénéficié d'un traitement dans les 12 mois précédant l'enquête.

Dans le volet français de cette enquête, à travers lequel 2894 personnes de plus de 18 ans ont été interrogées, en 2001-2002, on trouve une prévalence toutes affections cumulées de 18,4%. Les cas sévères représentaient 2,7% de cet échantillon. Le taux de patients traités était de 63,3% pour les cas sévères, 35,7% pour les cas modérés et 22,3% pour les cas légers. La France est l'un des pays les mieux positionnés quant au taux de patients sévères traités ; il n'en reste pas moins que 37% d'entre eux n'ont pas bénéficié d'un traitement dans les 12 derniers mois.

Les auteurs notent aussi qu'il y a un mauvais ciblage des traitements puisque des stades légers font l'objet d'un traitement alors même que l'ensemble des cas sévères ne sont pas traités. Et même, 7,8% des individus ne présentant aucun trouble mental au sens des critères diagnostiques de l'OMS, sont traités.

Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003 (Kessler RC et al, New England Journal of Medicine, 352;2515-2523)

Le même type d'observations a été effectué aux USA.

Cette revue sur l'évolution de la prévalence dans le pays entre 1990 et 2003 montrait que le taux de patients traités n'était que de 20% au début des années 90, et atteignait 33% en 2001-2003 (avec des variations selon la pathologie et le type de prestataires, mais pas selon les variables socio-démographiques ou le niveau de sévérité).

Ainsi, les 2/3 des personnes concernées par une maladie mentale ne recevaient pas de traitement ; et paradoxalement, une moitié de ceux qui recevaient un traitement ne remplissait pas les critères diagnostiques d'une maladie mentale…
L'utilisation de l'offre en santé mentale est fortement soumise à la demande !

Annexe 5.1.2
Données de coûts par pathologies

Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997 (Le Pape A, Lecomte T, Questions d'économie de la santé n°21, CREDES, septembre 1999)

En France, une étude de ce type a été effectuée par l'IRDES en 1999 sur la dépression, en appréciant celle-ci par plusieurs méthodes dans un échantillon d'individus de 16 ans et plus de l'Enquête Santé et Protection sociale sur les années 1996-1997 : déclaration par les intéressés, application du test du Mini (Mini International Neuropsychiatric Interview), prise d'antidépresseurs.

Le tableau suivant reprend les résultats de cette étude :

	Déclaration de symptômes dépressifs par les individus		
Dépression selon le Mini	Oui	Non	Total
Oui	3,80%	8,10%	11,90%
Non	2,50%		
Total	6,30%		

En termes de traitement, 9 personnes sur 10 déclarant des symptômes dépressifs indiquent s'être traitées dans l'année ; mais seulement 13% des personnes repérées par le Mini seul sans avoir déclaré de dépression sont traitées. Et par contre, 0,5% des personnes consomment des antidépresseurs sans déclarer de dépression ni être repérés par le Mini.
Ainsi, au total, ce sont 14,9% de personnes qui sont touchés par la dépression, selon l'une ou l'autre des approches, mais seulement 3,8% sont dépressives selon tous les critères !

L'ensemble de ces observations a deux conséquences :

- la pression de la demande encore non exprimée pourrait se faire plus forte dans les années à venir, ceci face à une offre qui n'augmentera pas ;
- ces pathologies non diagnostiquées, non traitées, entraînent des coûts indirects : absentéisme, perte de productivité, décès prématurés, précarité, délinquance, violences, etc. Ce constat rend très actuels les débats sur l'opportunité de mettre en place une politique de dépistage systématique de ces affections, notamment de la dépression.

Ces différentes observations ont conduit par ailleurs l'OMS à adopter un programme global d'actions pour la santé mentale en 2001, comprenant 10 recommandations. En outre, un Atlas de la Santé mentale, édité à deux reprises (la seconde fois en 2005) a été élaboré pour DREESer un panorama des structures, politiques et problèmes spécifiques liés à la santé mentale dans l'ensemble des pays du monde[7].

[7] Mental Health Atlas, WHO, Geneva, 2005

Méthodologies employées pour estimer les coûts

Deux méthodes sont utilisées pour mener des études de coûts par pathologie : l'approche dite 'bottom-up' et l'approche dite 'top-down'.

L'approche **'top down'** consiste à partir des coûts nationaux totaux pour l'ensemble des pathologies et à les répartir entre les différentes pathologies (en termes de diagnostic principal), alors que l'approche **'bottom-up'** consiste à prendre un échantillon de patients atteints d'une certaine maladie, d'en étudier le coût et de procéder à une extrapolation sur la base des données de prévalence (ou plus rarement d'incidence).
Dans le premier cas, aucune extrapolation n'est nécessaire et il n'y a pas de risque de double compte.
Mais le diagnostic peut être mal rapporté, ce qui conduit à une sous-évaluation du coût. Les comorbidités sont de fait difficiles à prendre en compte. Dans le second cas, par contre, le diagnostic est mieux contrôlé. En outre, dans le premier cas, certains postes de coûts ne sont pas pris en compte, par exemple les coûts des services sociaux, des aides à domicile, etc.

Le plus souvent, c'est la méthodologie 'bottom up' qui est utilisée, mais pas toujours, ce qui rend les comparaisons entre études délicates.

On distingue aussi les approches par la prévalence et celles par l'incidence, mais la première est de loin la plus fréquente.

Les coûts étudiés sont les coûts directs, qui se partagent en coûts directs médicaux (médicaments, soins hospitaliers, consultations, rééducation, etc.) et en coûts directs non médicaux comme les transports, les services sociaux, les pensions pour handicap. Il arrive que d'autres coûts directs non médicaux soient étudiés, comme les coûts liés aux dépenses juridiques, aux hébergements des sans abris, aux frais administratifs pour s'occuper de ces patients par exemple.

Les coûts indirects sont également étudiés mais, du fait de leur grande variété, souvent seuls les coûts portant sur les pertes de production directes (arrêts maladie, absentéisme) ou les mises en retraite anticipée sont pris en compte. Les coûts indirects liés à la mort prématurée (suicide du patient) sont parfois pris en compte.

Les coûts intangibles liés à la douleur et la souffrance sont jugés trop complexes à intégrer dans ce type d'analyses.

Notons que l'approche utilisée, dite du capital humain, a tendance à surestimer les coûts indirects.
L'estimation des coûts indirects et l'adoption du point de vue sociétal ne sont cependant pas sans arrière-pensée, puisque, dans la dépression notamment, l'argumentation conduit à proposer des actions de prévention et de traitement qui ont comme conséquence éventuelle d'accroître les dépenses directes de soins (pas toujours cependant) pour faire baisser de façon importante les coûts indirects. Ce raisonnement est particulièrement adapté quand, comme aux Etats-Unis, c'est l'entreprise qui supporte à la fois le coût des soins (via l'assurance qu'elle prend pour ses employés) et le coût de l'absentéisme.

An International review of the national cost estimates of mental illness, 1990-2003 (Hu, Journal of Mental Health Policy and Economics, 2006, 9:3-13)

Cette revue a pour but d'analyser les coûts des pathologies psychiatriques et les méthodes utilisées. 37 études ont été intégrées dans l'analyse après une sélection rigoureuse. La plupart étaient américaines ou anglaises ; les autres sont européennes, australiennes ; une est chinoise. Une seule étude, portant sur la schizophrénie, a été menée en France (voir plus loin).
En termes d'affections, on retrouve 11 études sur la dépression ou les troubles affectifs, 13 sur la schizophrénie, 8 sur la maladie d'Alzheimer.

Le tableau suivant présente quelques résultats et notamment en dernière colonne le taux entre les coûts directs des pathologies mentales étudiées et les dépenses totales de la santé du pays concerné :

Pathologies	Pays de l'étude	Année	% coûts directs sur coûts totaux	% coûts directs / dépenses totales santé
Troubles affectifs	USA	1990	63%	2%
	Chine	1994	25%	2,3%
Anxiété	USA	1990	25%	1,2%
		1990	23%	1,1%
Dépression	Australie	1993-1994		1,3%
	Royaume Uni	1990		0,5%
	Royaume Uni	1991	12%	0,9%
	USA	1990	28%	1,3%
Dépression bipolaire	Royaume Uni	1998	10%	0,4%
Schizophrénie	Canada	1996	47%	
	France	1992		2%
	Hongrie	1990	37,5%	
	Italie	1998	30%	
	Hollande	1989		1,6%
	Norvège	1994	35%	2%
	Chine	1994	21%	0,08%
	Royaume Uni	1991	19%	0,8%
	Royaume Uni	1993	31%	1,7%
	USA	1990	53%	1,8%

A noter que l'étude française de Rouillon et al (1997), portant sur l'année 1992, donne un coût direct de 2,3 milliards de dollars US. Aucune évaluation des coûts indirects n'a été effectuée.
On note dans le tableau que pour ces pathologies, on atteint entre 1% et 2% des dépenses de santé selon les estimations.

Mais surtout, on constate que, même à l'intérieur d'un même pays, des études effectuées dans une même période peuvent donner des résultats différents, pour les coûts directs, alors que ceux-ci sont en principe plus aisés à estimer que les coûts indirects (qui par essence même sont très vastes et peuvent aller jusqu'aux coûts difficilement estimables : douleur ressentie, etc.).
Les grandes disparités des coûts observées sont dues à de multiples facteurs : classifications des pathologies différentes, populations étudiées différentes, définitions de catégories de coûts différentes, méthodes différentes (« top-down » versus « bottom-up », approche du capital humain pour les coûts indirects…), utilisation de sources de coûts différentes, extrapolations, absences de données statistiques sur certains postes de coûts, taux d'actualisation.
Ces observations rendent les comparaisons entre pays encore plus ardues puisque l'on compare alors des systèmes de santé différents… et conduisent à ne se baser que sur les estimations de coûts les plus simples et les plus facilement disponibles.

D'une manière générale, les coûts directs sont largement inférieurs aux coûts indirects. Pour la dépression ou la dépression bi-polaire, ces coûts directs ne représentent que 10% à 28% des coûts globaux. Il en est de même pour la schizophrénie (pourcentage allant de 19% à 53%) et pour les troubles anxieux (25%). Ainsi, les conséquences économiques négatives des maladies mentales sont bien supérieures aux coûts des traitements.

Cost of disorders of the brain in Europe (Andlin-Sobocki et al, European Journal of Neurology, 2005, 12 (suppl 1) : 1-27)

La présente revue porte sur les coûts des pathologies liées au système nerveux central, ce qui englobe les pathologies neurologiques, neurochirurgicales et les pathologies psychiatriques. Cette revue a analysé les études portant sur ces coûts en Europe (l'Europe des 25 pays membres plus la Suisse, l'Islande et la Norvège).

Les pathologies mentales étudiées étaient réparties en plusieurs groupes :
- addiction : à l'alcool, aux drogues
- troubles affectifs : dépression, syndrome maniaco-dépressif
- troubles anxieux : anxiété généralisée, panique, phobies
- troubles psychotiques de type schizophrénique
- démences qui, selon les définitions, sont incluses dans les troubles de type psychiatrique ou dans les affections neurologiques.

Les coûts étudiés étaient les coûts directs : coûts médicaux (médicaments, soins hospitaliers, consultations médicales, rééducation, etc.) et coûts non médicaux (transports, services sociaux…). Les coûts indirects étaient également étudiés mais, du fait de leur grande variété, seuls les coûts portant sur la perte de production due à une absence au travail ou une mise à la retraite anticipée étaient pris en compte.

La méthode utilisée pour agglomérer toutes ces études de coûts consistait en l'approche 'bottom-up' (par le bas).

La prévalence utilisée correspond au nombre de cas examinés pendant une année, ici l'année 2004.

L'estimation des coûts s'appuie sur les estimations réalisées par les différents auteurs des différents pays ; pour pouvoir comparer ces estimations entre elles, quelques transformations ont été réalisées :
- ajustement lié au temps : le taux d'inflation est appliqué ;
- ajustement pour les comparaisons entre pays en utilisant les indices de pouvoir d'achat des différents pays ;
- projection pour les pays qui n'avaient pas d'éléments disponibles sur les coûts ; pour cela, un modèle a été appliqué ; cela a été rendu nécessaire surtout pour les pays nouvellement membres de la communauté européenne.

Les résultats sont présentés pour la France, avec en comparaison l'Allemagne et le Royaume Uni.
Les chiffres de prévalence (nombre de personnes atteintes sur un an) sont calculés pour la population âgée de 18 à 65 ans sauf dans les cas de démence (population de plus de 65 ans).
Les chiffres portant sur les coûts sont en millions d'euros. Les coûts directs non médicaux n'ont pas été pris en compte pour les troubles affectifs et anxieux.

	Addiction	**Troubles affectifs**	**Troubles anxieux**	**Démence**	**Troubles psychotiques**
Prévalence en France	**462 184**	**2 884 026**	**4 510 912**	**629 014**	**295 798**
En Allemagne	1 994 429	4 905 195	8 678 421	912 145	1 401 484
Au Royaume Uni	2 625 589	2 137 980	6 188 889	612 957	150 034
Coût total en France	**3 011**	**14 448**	**5 386**	**3 865**	**3 279**
En Allemagne	17 789	35 917	10 765	11 616	16 111
Au Royaume Uni	13 873	12 500	7 384	8 563	1 838

Les coûts par cas sont présentés dans le tableau suivant, avec en comparaison les coûts calculés en Allemagne et au Royaume Uni, ainsi que les moyennes des coûts en Europe (UE 25 plus Suisse, Islande, Norvège). Les pathologies sont divisées en sous-groupes. Ainsi, l'addiction est divisée en deux : addiction à l'alcool et addiction aux drogues. Les troubles anxieux sont répartis en 6 items ; les troubles affectifs en 2 items.

	France	Allemagne	Royaume Uni	Europe
Addic. (alcool)	**7 179**	9 201	5 734	5 836
Addic. (drogue)	**5 516**	5 721	4 302	3 823
Anxiété généralisée	**2 524**	2 728	2 184	1 804
Tr. compulsifs	**442**	546	515	350
Panique	**1 202**	1 517	1 465	967
Phobies	**657**	806	756	517
Agoraphobie	**1 135**	1 488	1 493	941
Phobie sociale	**1 213**	1 453	1 327	937
Dépression	**4 702**	7 102	5 088	3 826
Sd maniaco-dépressif	**7 370**	9 603	9 895	6 081
Schizophrénie	**11 084**	11 496	12 250	7 688
Démence	**6 084**	12 735	13 864	10 722

Les coûts par cas sont d'autant plus élevés que le produit intérieur brut est élevé, ce qui explique la moyenne européenne, avec un chiffre moins élevé que celui des pays présentés individuellement ici.
D'une manière générale, le coût des pathologies neurologiques et psychiatriques est, en chiffre absolu, plus élevé dans les pays de l'Europe de l'Ouest que dans le reste de l'Europe, soit parce que la prévalence est plus forte dans ces pays, soit parce que les coûts par cas sont plus élevés (soit les deux…).
Il faut noter que les coûts liés aux pathologies psychiatriques représentent 62% des coûts totaux pour les affections du système nerveux central, soit 240 milliard d'euros en Europe ; la démence atteint 55 milliards d'euros; les coûts pour les autres affections neurologiques ne comptent que pour 22% (soit 84 milliards), et les coûts des pathologies neurochirurgicales ne représentent qu'un très faible pourcentage.

Les coûts se répartissent, pour les pathologies mentales, comme suit :
- 50% en coûts indirects
- 39% en coûts de soins
- 11% en coûts directs non médicaux

Dans le tableau ci-après, les coûts globaux en Europe sont exprimés en millions d'euros. A noter que la distribution entre les différents postes de coûts n'a pas toujours pu être évaluée avec précision. Les troubles psychiatriques regroupent ici tous les autres troubles sauf la démence.

Millions €	Coûts soins	Coûts directs non médicaux	Coûts indirects	Total
Démences	12 840	42 337		55 176
Total troubles psychiatriques	97 221	9 336	132 985	239 542
Addictions	16 655	3 962	36 657	57 274
Tr. affectifs	28 639		77 027	105 666
Tr. anxieux	22 072		19 301	41 373
Tr. psychotiques	29 855	5 374		35 229

En matière de coûts non médicaux, le poste le plus élevé est représenté par le coût des services sociaux : 13% du coût global (soit 52 milliards €). Les coûts indirects les plus importants (pertes de jours travaillés) sont observés pour les pathologies mentales : arrêts maladie (poste le plus important, correspondant à 33% du coût global), retraites prématurées, morts prématurées.

La validation de cette étude a été réalisée en comparant les résultats avec les études déjà réalisées sur le plan national. Ainsi, les comparaisons effectuées avec les chiffres des études allemandes ont révélé qu'il y avait une très bonne concordance, surtout pour les pathologies neurologiques ou neurochirurgicales. Par contre, cette concordance est moins évidente pour les pathologies psychiatriques. La raison avancée est que dans les statistiques allemandes, la méthode 'top-down' est utilisée, ce qui expliquerait qu'il y ait une sous-estimation systématique des coûts. En comparant

ces analyses avec les analyses américaines pour les pathologies psychiatriques, un même ordre de coût est retrouvé.

En conclusion, l'étude met en relief à l'échelle de l'Europe élargie à la Suisse, l'Islande, la Norvège que sur une population de 466 millions d'habitants, il est estimé que 127 millions d'européens souffrent d'une pathologie du système nerveux central, ce qui représente un coût global de 386 milliards € en 2004, soit 829 € par européen. Les coûts directs médicaux sont de 135 milliards, répartis en 78 milliards pour l'hospitalisation, 45 pour les consultations, et 13 pour les médicaments. Les coûts directs non médicaux sont de 72 milliards et les coûts indirects atteindraient 179 milliards. De plus, les coûts pour certaines pathologies augmentent, comme les coûts liés aux démences.

Cost disorders of the brain in Switzerland, with a focus on mental disorders (Jäger et al, Swiss Medical Weekly, 2008, 138:4-11)

Les auteurs ont ici utilisé les données incluses dans la publication générale sur les coûts des maladies du système nerveux en Europe (voir ci-dessus), en complétant avec les données de coûts disponibles en Suisse.
Le nombre de cas en Suisse (sur une population de 7,3 millions d'individus) pour les pathologies psychiatriques étudiées est :

- pour l'addiction (alcool et drogue) : 140 000 personnes (avec l'addiction à la nicotine, se nombre s'élèverait à 610 000) ;
- pour les troubles affectifs (dépression et syndrome maniaco-dépressif) : 370 000 ;
- pour les troubles anxieux (anxiété généralisée, phobies, comportement compulsif obsessionnel, panique) : 710 000 ;
- pour les psychoses : 40 000.

Données de l'étude européenne
Le tableau suivant détaille les coûts extrapolés selon les affections.

Millions €	Coûts soins	Coûts directs non médicaux	Coûts indirects	Total
Total troubles psychiatriques	2 124	157	3 314	5 595
Addictions	391	74	893	1 358
Tr. affectifs	664		1 954	2 618
Tr. anxieux	625		467	1 091
Tr. psychotiques	445	83		527

Données suisses
Les coûts directs médicaux liés aux pathologies psychiatriques, dans les données suisses, se ventilent ainsi :

- Hôpital psychiatrique : 0,9 milliards d'euros (soit 10,8% des coûts hospitaliers totaux en Suisse) en 2004
- Psychothérapie en consultation privée : 365 millions en 2000
- Médicaments : 364 millions € (sans les médicaments utilisés à l'hôpital déjà comptabilisés précédemment) en 2004, mais ce chiffre couvre toutes les pathologies du système nerveux central.

Au total, les coûts directs s'élèvent à 1,7 milliards d'euros, ce qui équivaut à 5,9% des coûts directs pour la santé en Suisse.
Les coûts directs non médicaux (pensions) sont évalués à 1,3 milliards en 2005. En outre, les coûts totaux de prise en charge à domicile se sont élevés en 2004 à 0,63 milliards avec une estimation d'un quart pour les pathologies mentales, ce qui revient à une estimation de 158 millions d'euros. En ajoutant les autres coûts non médicaux (services sociaux, hébergements), on atteint 2,1 milliards, sachant que les coûts de réadaptation et de réintégration au travail ne sont pas inclus.
Les coûts indirects sont estimés à 1,5 milliards d'euros pour les arrêts maladie et pertes de productivité.

Ainsi les estimations de coûts pour les pathologies mentales dans l'étude européenne sont semblables aux coûts disponibles en Suisse. Les coûts estimés dans l'étude européenne étaient de 5,6 milliards d'euros (dont 2,1 milliards en coûts directs médicaux, 0,2 en coûts non médicaux, et 3,3 en coûts indirects), et ceux des données suisse fournissent un total 5,3 milliards d'euros, mais avec une répartition des coûts assez différente : 1,7 milliards en coûts médicaux directs, 2,1 milliards pour les coûts directs non médicaux, et 1,5 milliards de coûts indirects. Mais dans les données suisses, l'ensemble des pathologies psychiatriques sont incluses ; en outre, le champ des coûts non médicaux n'est pas le même ; quant aux coûts indirects, on observe une différence d'évaluation, mais ce poste de coûts est délicat à interpréter.
En conclusion, les coûts des pathologies mentales sont estimés à 722 euros par habitant. Les troubles affectifs représentent la principale pathologie en termes de coûts.
Dans l'ensemble, les coûts liés aux pathologies du système nerveux central selon les études de l'OMS, sont supérieurs à ceux liés au cancer et au diabète. De plus, ils ne peuvent qu'augmenter dans l'avenir avec l'augmentation de la durée de vie.

Die ökonomische Bedeutung psychischer Erkrangungen und ihrer Versorgung – ein Blinder Fleck? (Schwappach, Neuropsychiatrie, 2007, 21:18-28)

Cette revue sur les coûts des affections psychiatriques en Europe, et particulièrement en Allemagne, fait le point sur les coûts directs et globaux, et les années de vie perdues ou avec handicap.

S'appuyant sur les estimations de l'OMS 2002 concernant les pays de l'Europe de l'Ouest, les auteurs constatent que les maladies neuropsychiatriques arrivent en tête de liste des pathologies entraînant le plus fort taux de DALYs (disability adjusted life years), avec un pourcentage de 27%, devant les maladies cardiovasculaires et les tumeurs qui produisent chacun 17% des DALYs.

Ce pourcentage de DALYs lié aux pathologies psychiatriques est de 26% pour l'Allemagne, 28% pour l'Autriche et 31% pour la Suisse.
Parmi les pathologies psychiatriques les plus impliquées, figurent la dépression unipolaire puis les problèmes avec l'alcool pour la population des personnes âgées de moins de 30 ans. Chez les personnes de moins de 30 ans, les pathologies neuropsychiatriques représentent 65% des années avec handicap.

Selon les projections de l'OMS pour les années 2030, cette importance des maladies neuropsychiatriques ne devrait qu'augmenter.

En Allemagne, selon des études « top-down », les coûts globaux pour les pathologies psychiatriques s'élèvent à 22,4 milliards € pour l'année 2002, soit 10% des dépenses de santé ; la dépression représenterait 4,4 milliards €, la schizophrénie 2,8 milliards €. Les coûts se répartissent ainsi :

- coûts hospitaliers (hospitalisation classique et institutions) : 60%,
- coûts ambulatoires : 27% (dont médicaments : 9%, consultations médicales : 8%)
- autres : 13%

Les coûts par patient atteint de schizophrénie sont très variables d'une étude à l'autre ; on observe une fourchette de près de 3000 euros par patient et par an pour les prises en charge ambulatoires à plus de 40 000 euros pour un patient en institution de réadaptation.

Pour les patients atteints de dépression, le coût annuel serait de 686 € par patient pour une prise en charge ambulatoire (dont 9% pour les médicaments). En prise en charge hospitalière, on atteindrait 2 073 €.

En conclusion, vu les sommes en jeu, les années de vie perdues pour les patients, et la tendance à l'augmentation de l'incidence, les auteurs concluent que des efforts sont nécessaires en matière d'études médico-économiques, de traitements, ou pour réaliser des diagnostics plus précoces.

Cost of anxiety disorders in Europe (Andlin-Sobocki and Wittchen, European Journal of Neurology, 2005, 12 (suppl 1):39-44)

Les troubles anxieux comprennent les troubles paniques, l'anxiété généralisée, divers types de phobies (phobie sociale, agoraphobie, phobies spécifiques, etc.), et les troubles obsessionnels-compulsifs, ainsi que les troubles liés à un stress ; pour ces deux derniers diagnostics, toutefois, il n'y a pas d'études de coûts.

La prévalence des troubles anxieux est connue ; tous sexes et âges confondus, les taux sont les suivants en % de la population : 2,3% panique, 1,5% anxiété généralisée, 2% phobie sociale, 2% agoraphobie, 7,6% phobies spécifiques, et 0,7% pour les troubles obsessionnels-compulsifs (moyennes tirées des études épidémiologiques européennes).

Alors qu'il existe de nombreuses études sur la prévalence des différents types de troubles anxieux, il n'a été relevé que 3 études sur les coûts : une étude française et une étude hongroise ont porté sur les coûts liés à l'anxiété généralisée (l'étude hongroise ne porte que sur les coûts médicamenteux) ; une étude espagnole a traité des coûts des troubles paniques.

L'étude française, publiée en 1994, et l'étude espagnole, publiée en 1992, sont résumées dans le tableau ci-dessous. Les chiffres ont été réévalués pour l'année 2003, en appliquant les taux d'inflation, ainsi que les indices de pouvoir d'achat afin de pouvoir comparer les pays.

L'étude française a comparé, au sein de la population des personnes atteintes d'anxiété généralisée, celles qui avaient une co-morbidité (604 personnes) et celles qui n'en avaient pas (395).
Les coûts sont plus élevés en cas de co-morbidités comme on pouvait s'y attendre.

L'étude espagnole a combiné analyse rétrospective et analyse prospective pour un effectif de 61 personnes : elle fournit les coûts avant diagnostic et traitement des personnes atteintes par la panique pendant un an et les coûts après diagnostic pendant un an.

Les coûts médicaux sont faibles avant le diagnostic mais les coûts totaux sont plus élevés puisque les coûts indirects sont beaucoup plus élevés avant diagnostic et traitement.

Affections		**Coûts par personne en euros**		
		Coûts directs médicaux	**Coûts indirects**	**Coûts totaux**
Anxiété généralisée	Sans co-morbidités	1 958	969	2 927
	Avec co-morbidités	3 194	1 659	4 853
Panique	Avant diagnostic	489	1 104	1 593
	Après diagnostic	778	234	1 012

Au vu de la pauvreté des données européennes sur les coûts des troubles anxieux, une estimation a été tentée, tirée d'une enquête allemande (étude publiée en 2002 dont les chiffres ont été réévalués pour l'année 2004).

Coûts en € par personne	Coûts totaux	Coûts directs soins	Coûts indirects
Anxiété généralisée	1 628	1 230	399
Phobie sociale	1 453	750	703
Phobie spécifique	806	355	451
Trouble obsessionnel-compulsif	546	231	315
Panique	1 517	541	976
Agoraphobie	1 488	366	1 123

Dans cette estimation, le coût total varie selon les troubles mentaux de 500 € à 1600 € par personne en 2004.

Pour certains troubles (panique, agoraphobie, phobie spécifique), les coûts indirects dépassent les coûts directs médicaux (les coûts non médicaux n'ont pas été estimés).

Il faut noter qu'aux Etats-Unis, seulement deux études ont porté sur les coûts des troubles anxieux et qu'elles ont estimé le coût total de ces troubles entre 42 et 47 milliards $ (étude publiée en 1999).

En conclusion, les troubles anxieux sont, en termes de coûts, peu analysés. Ceux présentés ici sont certainement sous-évalués ne serait-ce parce que tous les troubles anxieux ne sont pas inclus comme le stress post-traumatique ; les coûts indirects sont sous-évalués puisque les conséquences sociales de ces pathologies sont vastes (arrêts maladie, pertes de productivité, retraites anticipées, etc.).

Economic and epidemiologic aspects of generalized anxiety disorder : a review of the literature (Albarracin et al, Actas Espana Psiquiatria, 2008, 36, sous presse)

L'anxiété généralisée est définie comme un état chronique d'anxiété persistante et est, avec l'addiction, le trouble psychiatrique le plus fréquent (prévalence de 2% en Europe et 5% aux USA). Ce trouble apparaît souvent avant l'âge de 25 ans et concerne surtout les femmes (sex ratio de 2:1). Après une recherche bibliographique sur les coûts liés à ce trouble, 11 articles ont été retenus (10 aux Etats-Unis et un en Suède).

Le tableau suivant présente les résultats de trois de ces études présentant des chiffres de coûts pour l'anxiété généralisée.

Etude	Approche	Population	Coûts annuels totaux	Coûts directs	Coûts indirects
USA, 1996	Coût et prévalence	Population totale	46,6 Mds $ (sur 147,8 $ pour le total des maladies mentales)	10,7 Mds $ (coûts médicaux)	Mortalité : 1,3 Mds Morbidité : 34,2 Mds
USA, 1999	Analyse de régression	Population totale	42,3 Mds $ en 1990 ; 1542 $ par patient	ttt médical : 54% ttt psychiatrique : 31% médicaments :2%	Liés au travail : 10% (pertes de productivité 88%, absentéisme : 12%) Mortalité : 3%
USA, 2000	Coût et incidence	2 222 employés	6 747 $ par patient	Hôpital : 3204 $ Consult : 3089 $ Prescriptions : 504 $	

Il a été ainsi estimé qu'aux USA, le coût de l'anxiété compte pour 31,5% des coûts totaux pour les pathologies mentales ; le coût indirect est trois fois plus important que le coût direct dans les estimations des études de coûts en population totale (même si d'une étude à l'autre, les résultats diffèrent).

Cost of psychotic disorders in Europe (Andlin-Sobocki and Rössler, European Journal of Neurology, 2005, 12 (suppl 1): 74-77)

La schizophrénie est une maladie très fréquente et touche environ 1 personne sur 100 en Europe, avec des disparités entre pays : 0,4% au Royaume Uni, 0,2% en Hollande, 2% en Italie.

L'analyse des coûts directs et indirects liés à cette pathologie a été réalisée à partir d'une sélection d'articles ; 18 études ont été sélectionnées, concernant 10 pays européens.

Le Royaume Uni est le pays qui a réuni le plus d'articles (6) ; la France en a une, dont les résultats sont résumés dans le tableau suivant. Ont également été insérés les résultats de l'étude européenne EPSILON, publiée par Knapp et al, dont l'intérêt est qu'elle a analysé les coûts directs, médicaux et non médicaux (mais pas les coûts indirects) avec la même méthodologie dans différents pays.

Les chiffres figurant dans le tableau sont, en fonction des années de publication, réévalués pour l'année 2004 par le taux d'inflation et l'évolution du coût de la vie.

Source, pays, année de l'estimation	Nombre de cas	Durée de l'étude	Coûts directs par patient en euros (2004)
Rouillon et al, 1992, France	356	1 an	9 257
Knapp et al, 1998, Danemark	52	3 mois	11 510
Ibid. Italie	107	3 mois	8 296
Ibid. Hollande	61	3 mois	4 797
Ibid. Espagne	100	3 mois	2 505
Ibid. Royaume Uni, 1995	84	3 mois	9 138

Ainsi de larges variations de coûts par patient ont été notées entre pays.
Dans trois études seulement, les coûts indirects ont été évalués et représenteraient en moyenne 58% du coût total.
Quand, au sein du coût direct, le coût direct médical a été différencié du coût non médical, ce dernier représentait la majeure partie des coûts (les trois quarts à plus de neuf dixième des coûts directs).

The costs of schizophrenia (McEvoy, Journal of Clinical Psychiatry, 2007, 68 (suppl 14): 4-7)

Les coûts de la schizophrénie pour la société américaine ont été évalués.

Les coûts directs médicaux recouvrent les traitements en hospitalisation, les soins externes (consultation, réhabilitation, rééducation, etc.), les soins de long terme comprenant les appartements thérapeutiques et autres aides de réinsertion.

Les coûts directs incluent également les coûts directs non médicaux comme les coûts de justice qui ne sont pas négligeables car le patient ou la famille ou les personnes extérieures ont recours à la police (comportement dangereux pouvant aller jusqu'à l'acte criminel). Un autre coût direct souvent omis est le coût lié à l'investissement pour la construction d'hôpitaux ou de centres spécialisés, qui aurait pu être employé pour tout autre chose. Font aussi partie des coûts directs non médicaux les coûts d'hébergement pour les patients sans abri… et les coûts liés à la recherche et à la formation.
De ces coûts directs, sont soustraits une partie, engagée qu'il y ait ou non des besoins de la part des schizophrènes.

Les coûts indirects représentent les coûts liés aux pertes de productivité des patients ainsi que de l'entourage (familles et soignants).

Les chiffres donnés pour les Etats-Unis sont des coûts globaux exprimés en milliards de $, calculés pour une prévalence de la schizophrénie de 5,1 pour 1000 habitants. Pour réaliser cette étude, deux échantillons de patients ont été analysés : un groupe de patients (1090 personnes) assurés par des assurances privées, et un groupe de patients (14 074 patients) assurés par l'assurance publique Medicaid.

Type de coûts (en 2002)	**Coûts en milliards $**
Coûts directs médicaux :	
Médicaments	5
Soins externes	7
Soins hospitaliers	3
Soins long terme	8
Total des coûts directs médicaux	*23*
Coûts directs non médicaux :	
Liés aux services de justice, police	2,6
Recherche et formation	0,3
Hébergement des sans abris	6,4
Total des coûts directs non médicaux	*9,3*
Coûts à déduire des coûts directs non médicaux	*(1,7)*
Coûts indirects :	
Chômage	21,6
Productivité réduite au travail	1,7
Suicide	1
Perte de productivité des soignants	8
Total des coûts indirects	*32,3*
Total des coûts (2002)	**62,7**

Ainsi, les coûts globaux de la schizophrénie en 2002 se sont élevés à 62,7 milliards $. Ces estimations des coûts ont été comparées à celle réalisées en 1991. Cette comparaison indique que les coûts des soins hospitaliers diminuent, mais les coûts des soins externes et des médicaments augmentent.

Cost of Schizophrenia in England (Mangalore and Knapp, Journal of Mental Policy and Economics, 2007, 109:23-41)

Cette étude cherchait à établir le coût global de la prise en charge de la schizophrénie en Angleterre, d'un point de vue sociétal. Les coûts estimés sont les coûts directs liés aux soins délivrés par les services de santé, les coûts liés à la prise en charge sociale, les dépenses privées, les coûts des pertes de productivité, les coûts liés à la mortalité prématurée, et les coûts de justice engagés pour ce type de patients.

La méthode dite de « bottom-up » a été utilisée, c'est-à-dire qu'à partir d'une étude d'un groupe de patients (ici environ 600 schizophrènes), une extrapolation est réalisée sur la population générale anglaise, connaissant la prévalence de la pathologie. Plusieurs groupes de population ont été étudiés.

Les données de prévalence sont les suivantes, par groupe de population :
- 0,2% parmi les adultes âgés de 16 à 74 ans pour les personnes vivant à domicile, soit 72 608 schizophrènes pour le pays,
- dans les institutions : 56,3%, soit 25 429 personnes pour l'Angleterre,
- 25% pour la population des sans-abri, soit 22 790 personnes,
- en prison : 2%, soit 1 520 personnes concernées en Angleterre.

Les coûts directs et indirects selon les populations

Les chiffres indiqués sont ajustés pour l'année 2004, et arrondis à la centaine de £.

Population de patients vivant à domicile

Les coûts liés aux soins sont de 38 360 £ par patient et par an, composés essentiellement par l'hospitalisation (25 600£ par personne et par an), les coûts des centres de réadaptation et ateliers (3 200 £), l'hospitalisation de jour (4 000 £), les travailleurs sociaux (1 400 £), les psychiatres et psychologues (1 200 £). Les médicaments, non compris dans les coûts directs dans cet article, sont en général, et cela quelle que soit la population, d'environ 600 à 700 £ par patient et par an. Ces services sont plus ou moins utilisés par les patients ; par exemple, l'hospitalisation est utilisée par 17,7% des patients. Ces estimations aboutissent à une somme totale de coûts en Angleterre de 545 millions £ (dont 328 millions pour l'hospitalisation hors hospitalisation de jour), avec en sus 45,5 millions de £ pour les médicaments, utilisés par 100% des patients (soit 8% des coûts totaux des soins).
Les coûts indirects par patient et par an sont : pour les frais de justice, de 367 £, pour les allocations, de 7 200 £ (soit au total 407 millions £), pour les pertes de productivité des patients, de 25 200 £ (soit 1,4 milliards £), pour l'absentéisme, de 1 200 £. Ces deux derniers postes de coûts concernent également, dans les mêmes proportions, les personnes aidant les patients à la maison. Considérant les différences de pourcentage d'absence d'emploi entre les patients (78%) et ceux qui les aident à la maison (4,8%), la perte de productivité globale pour absence d'emploi est de 1,5 milliards £.
En outre, les auteurs ajoutent les coûts informels du temps passé par le conjoint ou un proche, estimés à 600 millions £.

Population en institutions

Les coûts liés aux soins, hors coûts institutionnels, sont de 57 000 £ par patient et par an, composés essentiellement par l'hospitalisation (41 600 £ par personne et par an), les coûts des centres de réadaptation et ateliers (3 700 £), l'hospitalisation de jour (5 100 £), les psychiatres et psychologues (1 700 £). Ceci revient à une somme totale pour le pays de 492 millions £.
Les coûts de prise en charge diffèrent selon l'institution : en appartement thérapeutique (« nursing homes »), le coût est de 17 900£ par patient et par an, soit au global 15,6 millions £ ; en « group Homes », le coût est de 41 300£ par patient et par an, soit au global 9,2 millions £ ; en « staff residential homes », le coût est de 52 300£ par patient et par an, soit au global 72,6 millions £.
Aux coûts directs, s'ajoutent les coûts insitutionnels (cf. tableau ci-après) et les coûts indirects, qui se répartissent ainsi : 350 000 £ pour les frais de justice, 78 millions pour les pensions et allocations, 1,9 millions pour les coûts administratifs de sécurité sociale. Le coût des pertes de productivité, toutes institutions et structures réunies, est de 22 800 £ par patient, soit une somme totale de 573,3 millions.
En hospitalisation stricto sensu, le coût par patient concerné est de 261 705 £ par an, en intégrant les coûts institutionnels, soit un total de 822 millions £.

Population des sans-abri

Les coûts liés aux soins sont de 25 200 £ par patient et par an, composés essentiellement par les travailleurs sociaux (14 800£ par personne et par an) et l'hospitalisation (6 800£), ce qui revient à une somme totale pour l'Angleterre de 195,6 millions £.
Les coûts indirects par patient et par an sont surtout liés aux différents types d'hébergement (13 800 £ par patient et par an, pour un total de 97 millions) ; les frais de justice sont de 184 £ par patient et par an, les allocations de 7 200 £, les pertes de productivité de 25 200 £. On arrive pour les coûts indirects à un total de 597 millions, hors hébergement.

Population en prison

Les coûts liés aux soins sont de 7 000 £ par patient et par an, composés essentiellement par les soins de psychothérapie (1 400£) et d'assistance religieuse (1 400£), ce qui revient à une somme totale pour l'Angleterre de 3,2 millions £.

Les coûts liés à la mortalité prématurée a été estimés à 896 millions £ pour toute la population. Cette estimation inclut seulement les pertes de productivité.

Pour résumer, les deux tableaux présentés ci-dessous décrivent d'une part les coûts directs liés aux soins, à l'implication des travailleurs sociaux, etc. et d'autre part les coûts indirects. Ces deux tableaux détaillent les résultats selon les différents groupes analysés de la population schizophrène.

Coûts directs par patient et par an, exprimés en milliers £, et coûts totaux exprimés en millions £ :

	Coûts des soins		**Coûts institutionnels**		**Coûts totaux par an**
	Par patient	**Coût total**	**Par patient**	**Coût total**	
Patient à domicile	39	590			**590**
Sans abri	26	200	14	97	**297**
Prison	7	3			**3**
Institutions :					
Hôpital			262	822	**822**
Nursing homes	19	20	14	83	**103**
Staff residential homes	53	77	23	130	**207**
Group homes	42	10	46	14	**24**
Total pour toute la population		901		1 145	**2 046**

Coûts indirects et globaux, par an, liés à la prise en charge de la schizophrénie, exprimés en millions de £ (sauf pour les coûts par personne) :

	Domicile	**Institution**	**Sans abri**	**Prison**	**Total**
Coûts informels	604				604
Dépenses privées	12				12
Perte productivité patient					
Sans emploi	1 425	573	512		2 510
Absentéisme	5				5
Mortalité					896
Perte productivité entourage					
Sans emploi	27				27
Absentéisme	4				4
Justice	0,6	0,3	0,1		1
Allocations, pensions	407	78	85		570
Administration sécurité sociale	10	2	2		14
Total avec soins directs (hors mortalité)	**3 074**	**1809**	**896**	**3**	**6 680**
Nombre patients	72 600	25 429	22 790	1 520	122 347
Coût par personne et par an (£)	42 342	71 162	39 320	2 086	54 596

Ainsi, le coût annuel global de la schizophrénie est de 6,7 milliards £, avec un coût direct constituant 30% du total. Les coûts indirects sont essentiellement liés aux pertes de productivité des patients. Il faut remarquer que 59% des patients sont à domicile, représentant 53% du budget global (en excluant les coûts liés à la mortalité), alors que les 21% de patients en institutions représentent 31% des coûts globaux. Les schizophrènes en prison (1%) ne représentent que 0,05% des coûts globaux.

Il faut souligner quelques limitations intrinsèques à ce type d'étude : grande variété des sources et des années de ces sources (du début des années 1990 à 2006), limitations liées à la validité de la méthode d'extrapolation, difficultés à connaître avec précision le niveau des pensions.

The cost of schizophrenia : lessons from an international comparison (Bomqvist et al, Journal of Mental Health Policy and Economics, 2006, 9: 177-183)

Une analyse des études de coûts de la prise en charge de la schizophrénie a été réalisée pour les Etats Unis, le Canada et le Royaume Uni. Les coûts ont été ramenés au cours monétaire du $ canadien de l'année 1996, et des ajustements ont été effectués, sur la taille de la population, sur les revenus et les coûts administratifs.

Les coûts directs par patient diffèrent, malgré ces ajustements, entre les trois pays : 1 122 millions $ au Canada, 2 306 millions $ aux USA.

Les coûts totaux (directs et indirects, y compris les coûts liés à la mortalité prématurée) sont de 2 352 millions $ pour le Canada, 4 158 millions $ pour les USA, et 2 693 millions $ pour le Royaume Uni.

Les fortes disparités entre le Canada et les USA concernent les coûts directs comme les coûts indirects. Pour les coûts indirects, une des explications est que la perte de productivité aux USA est plus grande dans la mesure où le revenu moyen 'perdu' est plus important ; une autre explication est qu'au Canada, les études n'ont pas pris en compte la perte de productivité des personnes (familles, proches) s'occupant des patients au domicile.

Les coûts directs présentent également de fortes différences, ce qui est plus difficile à expliquer ; peuvent rentrer en compte la prise en compte aux USA des coûts liés aux psychothérapeutes, aux travailleurs sociaux, aux dépenses liées à la recherche et à la formation sur ce thème, ou la prise en charge plus conséquente qu'au Canada du « nursing home » et à sa manière de le prendre en compte dans les coûts (journées attribuables seulement à la pathologie schizophrénique au Canada).

Les coûts des médicaments sont également plus élevés aux USA (mais représentent une faible part des coûts totaux).

Les coûts directs sont très inférieurs au Royaume Uni (520 millions $), par rapport au Canada (le double) et aux USA (six fois plus). Une des explications résiderait dans les différences de prévalence, à moins que la prévalence au Royaume Uni soit sous-estimée.

Cette étude reflète la difficulté des comparaisons entre études menées dans des pays différents, les politiques de santé étant en outre différentes d'un pays à l'autre. Faut-il y voir des différences d'efficience ou des choix différents en matière de qualité des soins ? Mais aucune donnée sur la qualité des soins ne permet d'explorer cette dimension. La question se pose cependant aux canadiens qui ont opéré des coupes budgétaires importantes dans les dépenses de santé, en particulier dans les soins institutionnels, dans les années 90.

Costs of bipolar disorder (Kleinman et al, Pharmacoeconomics, 2003, 21 (9): 601- 622)

Les troubles maniaco-dépressifs sont de deux types: les troubles de type I sont constitués de phases maniaques avec ou sans hypomanie alternant avec des phases de dépression ; les troubles de type II sont identiques à l'exception d'une absence d'accès maniaques (hypomanie alternant avec dépression).

Les résultats épidémiologiques aux USA sont les suivants :

Prévalence en %	Maniaco-dépressif type I	Maniaco-dépressif type II
Population caucasienne	0,8	0,4
Noirs américains	1	0,6
Population hispanique	0,7	0,5

Le type I se répartit également entre hommes et femmes alors que le type II est plus fréquent chez la femme. L'âge moyen de la survenue des troubles est de 18 ans pour le type I et de 22 ans pour le type II.

En France, selon deux études (Kovess et al, 1993, et 1995) sur le type I, la prévalence (sur la durée de vie) est de 0,8%. En Allemagne, la prévalence concernant les deux types a été retrouvée à 0,5% ; en Italie, le type I a une prévalence comprise entre 0,65% et 1,37%, et pour le type II, on trouve 0,37%.

A souligner enfin l'existence fréquente de comorbidités, en particulier l'abus d'alcool (24% des cas), de drogues (17%), les troubles obsessionnels compulsifs et boulimiques (7%).

Les coûts des troubles maniaco-dépressifs sont analysés à partir de 18 articles, sélectionnés pour leur exhaustivité de l'approche des coûts (coûts directs et indirects). Ces études utilisent une estimation basée sur la prévalence (sauf une basée sur l'incidence) : le calcul des coûts est effectué dans un groupe de patients malades sur une année, puis une extrapolation est réalisée sur la base de cette prévalence pour aboutir au coût global pour la population. La plupart des études portaient sur les coûts des troubles affectifs comportant la dépression, les troubles maniaco-dépressifs, la manie, les psychoses dépressives ; une des études (Wyatt et Henter) portait sur les coûts liés uniquement aux troubles maniaco-dépressifs aux USA. Les résultats des principales études sont résumés dans le tableau suivant (coûts exprimés en milliards de $).

	Etudes troubles affectifs (2 études distinctes)	Etude spécifique troubles bipolaires (Wyatt & Henter)
Diagnostics	Dépressions, troubles bipolaires, dysthymie, manie	Troubles bipolaires
Coûts totaux (année coût)	30,4 à 43,7 (1990)	45,2 (1991)
Coûts directs (% coût total)	12,4 (28) à 19,2 (65)	7,6 (17)
Médicaments	0,4 à 1,2	0,13
Hospitalisations	4,7 à 8	2,4
Consultations	1,1 à 2,8	0,3
Autres coûts	0,4 à 13,7	4,77
Coûts indirects (% coût total)	10,5 (35) à 31,1 (72)	37,6 (83)

Dans les études sur les troubles affectifs, sous l'item 'autres coûts' sont inclus : coûts de prise en charge à domicile, coûts des aides, coûts liés aux problèmes juridiques et sociaux ; dans l'étude portant exclusivement sur les troubles bipolaires, le registre 'autres coûts' comporte : soins à domicile, hébergements sociaux, coûts liés aux problèmes juridiques et sociaux, coûts liés au suicide, coûts liés à la recherche et à la formation, et coûts de transport. Les coûts intangibles (douleurs, souffrance, perte de qualité de vie) ne sont pas valorisés.

Estimation des coûts directs médicaux

Les coûts directs pour les troubles bipolaires sont estimés à 7,6 milliards $ (valeur 1991). Les coûts annuels par patient étaient estimés à 13 402 $ en 1995, 11 856 $ en 1996 et 11 146 $ en 1997.
En comparaison, le coût annuel par patient en Italie est de 2 239 $ pour les patients chroniques et 515 $ pour la première prise en charge du patient. En France, dans une étude coût-efficacité menée en 1999, ce coût direct par patient était de 2 500 $ avec une répartition de 70% pour l'hospitalisation et de seulement 7% pour les médicaments (Dardennes et al, 1997).

Les coûts d'hospitalisation ont tendance à diminuer aux USA (comme en Europe) au profit des consultations, bien que l'hospitalisation soit souvent nécessaire pour stabiliser le trouble bipolaire. Au Royaume Uni, 32,7 personnes avec troubles bipolaires sur 100 000 étaient hospitalisées en 1996-1997, avec une durée moyenne de séjour de 53 jours. En 1997-1998, on atteignait le taux de 47,7 personnes hospitalisées pour 100 000 avec une durée moyenne de séjour de 78 jours. Au total, sur la population entière, ces coûts d'hospitalisation au Royaume Uni représentaient de l'ordre de 268 millions $.

Les coûts de prise en charge à domicile, comprenant tous les soins à domicile, sont estimés aux USA en 1991 à 3 milliards $.

Les coûts liés aux actes externes, en 1991, étaient estimés à 300 millions $, soit 120 $ par patient avec 2,5 millions de cas. En comparaison, au Royaume Uni, en 1991-1992, sur une population de 100 000 habitants, on comptait une moyenne de 1 670 consultations pour troubles bipolaires chez un médecin généraliste, ce qui correspond à un coût total de 29,5 millions $ par an (valeur 1991-1992).

Les traitements pharmacologiques, dans les troubles bipolaires, comprennent une large palette de médicaments ; les estimations de coûts par patient varient entre 550 et 600$ par an pour le lithium ; elles atteignent 2078$ pour le valproate de sodium. Les coûts liés aux thérapeutiques médicamenteuses ont été estimés à 130 millions $ en 1991 dans l'étude de Wyatt et Henter, soit environ 2% des coûts directs concernant les troubles bipolaires.

Les coûts directs non médicaux

Ces coûts incluent les coûts pour la recherche et la formation ainsi que les coûts liés aux troubles sociaux que les patients peuvent commettre, incluant les coûts de justice, de police, de pertes de productivité des victimes, de pertes patrimoniales ; ils ont été estimés à 2,3 milliards $ en 1991. Les coûts des hébergements ont été estimés à 80 millions $ en 1991. Le suicide, considéré habituellement comme un coût indirect, a été considéré par Wyatt & Henter comme un coût direct dans la mesure où à chaque tentative de suicide, il y a des coûts médicaux et de police ; ces coûts ont été estimés à 190 millions $ en 1991.

Les coûts indirects

Les coûts indirects sont les coûts les plus difficiles à estimer, et les résultats sont d'ailleurs très variables selon les hypothèses prises et les données disponibles. Ils représentent habituellement les coûts des pertes de productivité liées à la maladie pour le patient (perte en salaire, perte en contribution sociale, etc. jusqu'au suicide), ou pour la famille ; ce dernier poste de coût a été estimé à 6,2 milliards $ en 1991.

Les coûts indirects liés à la maladie sont importants notamment chez les sujets jeunes. Du fait de la large palette de coûts que l'on peut mettre sous le terme 'coûts indirects', ces coûts correspondent à 83% des coûts totaux dans l'étude de Wyatt & Henter (qui incluent les coûts liés à la mortalité par suicide, etc.), et à 50%, voire moins, dans les autres études ; dans ce dernier cas, les coûts de pertes de productivité de la famille ne sont pas pris en compte par exemple.

A titre de comparaison, en Allemagne, les patients atteints de troubles bipolaires sont absents de leur travail pendant 46,8 jours en moyenne. En Espagne, il a été estimé en 1998 que les coûts indirects représentent 66% des coûts totaux pour l'ensemble des troubles mentaux.
La mortalité a un coût en estimant le nombre de morts prématurées et leurs conséquences en termes de pertes de rémunérations. Ce coût aux USA est estimé à 7,8 milliards $ en 1991 dans l'étude de Wyatt et Henter.

Il existe aussi des coûts intangibles comme la douleur ou la souffrance mais ces coûts ne sont pas estimables sur le plan monétaire.

Comparaisons des coûts entre deux types de traitement

Des études randomisées ont été réalisées en comparant deux traitements, par exemple traitement par lithium versus traitement par valproate. L'exemple cité a montré qu'il n'y avait pas de différence sur le plan clinique entre les deux traitements sur un an, mais par contre la différence en termes de coûts était conséquente : 28 911 $ pour le groupe traité par valproate contre 30 666 $ (valeur 1997) pour le groupe traité par lithium. Mais ce type d'étude devrait prendre en compte les coûts indirects… Il a aussi été montré que le traitement en continu (plus de 3 mois) produisait de meilleurs résultats cliniques, avec des coûts médicaux moindres, que le traitement discontinu.

En s'appuyant sur les études analysées dans cette revue et en utilisant également l'article français : **Coût du trouble bipolaire : revue de la littérature** par Dardennes et al (L'encéphale, 2006, 32 :18-25), une synthèse sur les coûts globaux et les coûts par patient peut être tentée à partir des principales études. Dans l'étude anglaise, on arrive à un coût de 9 910 € par patient et par an, et dans l'étude américaine, 15 552 €. Plus de 80% sont représentés par les coûts indirects (pertes de revenus), environ 15% par l'hospitalisation et 5% par les médicaments.

	USA (1991) Coût global	**USA (1991) Coûts par patient et par an**	**Royaume Uni (1998)**	**France**
Coûts directs	**7,6 M $ (soit 17%)**		**399 M€ soit 14% coût total**	
Coûts directs médicaux		**3 028 $**	**1 375 €**	**2 879 € par pat. (1996)**
Médicaments	0,13	52 $	11,9 M€	10% des coûts directs (1996)
Hospitalisations	2,4	940 $	99 M€ soit 3,5% des coûts totaux, et 342 € par pat.	2146 € par pat. soit 75% des coûts directs (1996) coût global : 1 300 M€, soit 3 333€ par pat. (1998)
Consultations	0,3	120 $	29,5 M$ (coût global RU)	
Soins à domicile	3			
Coûts directs non médicaux				
Coûts recherche, formation, justice, police	2,3			
Coûts hébergement	0,08			
Coûts liés aux tentatives de suicide	0,19			
Coûts indirects	**37,6 (83%)**		**2 478 M€, soit 86%**	
Coûts indirects de pertes de productivité au sein de la famille	6,2			
Coûts liés à la mortalité	7,8			
Coûts TOTAUX	**45 Mds $**	**18 000 $ (15 552 €)**	**3 366 M€, soit 9 910 € par pat.**	

Notes :

- quand indiqué, les coûts par patient (pat.) sont les coûts annuels
- les % sont des pourcentages du coût global sauf indication
- d'autres études américaines ont analysé les coûts directs : on trouve sur les années 90 des coûts par patient variant entre 1 943 € et 8 632 € par an ! La part de l'hospitalisation varie entre 14% et 75% du total, et celle des médicaments entre 1,7% et 16%. Le taux d'hospitalisation est un élément majeur du coût des soins et varie selon la population étudiée. Rappelons aussi qu'en Italie, une étude trouvait un coût moyen par patient et par an de 2 239 $.

En conclusion, et encore une fois, la difficulté d'estimer les coûts réside dans la comparaison de plusieurs études entre elles qui n'ont pas utilisé la même définition des coûts (et cela est particulièrement vrai dans les estimations des coûts indirects, qui représentent la plus grosse part), ni étudié les mêmes types de population.

Les études les plus précises et les plus exhaustives sur les coûts et leur ventilation sont des études anglo-saxonnes.

Les auteurs soulignent aussi l'impact des thymorégulateurs sur le coût de la maladie ; il a été estimé que l'introduction du lithium avait permis de réduire les coûts directs de plus de 50% (diminution du nombre d'hospitalisations) et les pertes de revenus de 60%. Ces médicaments sont cependant sous-utilisés en pratique générale. Ainsi, en France, il est estimé que seulement 30% de la population des bipolaires sont traités (non identification du trouble, irrégularité du traitement, faible observance. Au total, en faisant la synthèse des données disponibles, sur 100 personnes bipolaires, 40 n'auraient pas recours au système de soins, 10 ne seraient pas identifiées comme telles, 20 n'auraient pas un traitement adéquat et seulement 30 au mieux recevraient un traitement thymorégulateur. En outre, dans 20 à 30% des cas, les thymorégulateurs sont prescrits à des doses insuffisantes. Une meilleure identification et une meilleure prise en charge permettraient de réduire les coûts directs liés à cette affection.

Frequency of hospitalisations and inpatient care costs of manic episodes in patients with bipolar I disorder in France (de Zélicourt et al, Pharmacoeconomics, 2003; 21 (15):1081-1090)

Cette revue s'est attachée à analyser les coûts hospitaliers liés aux crises maniaques des patients atteints du trouble bipolaire de type I en France.

Cette étude s'appuie sur les chiffres de prévalence estimée du nombre d'épisodes maniaques en France, et sur le coût moyen journalier dans un hôpital public (coût de 247 € en 1999 à l'AP-HP). Utilisant les estimations des méta-analyses sur l'épidémiologie de la pathologie, les auteurs estiment à 390 000 le nombre de personnes en France souffrant de trouble bipolaire de type I (estimation basse). On juge qu'en moyenne, il y a autant d'épisodes dépressifs que d'épisodes maniaques. La durée d'un épisode varie entre 4 et 13 mois, mais la durée des épisodes maniaques est inférieure à la durée des épisodes dépressifs. D'après les différentes données épidémiologiques disponibles, 82% des patients subissent en moyenne un épisode de dépression ou de manie tous les 14 mois, soit 0,4 épisodes maniaques par an, et 18% des patients connaissent un cycle rapide avec 4 épisodes par an, soit 2 épisodes maniaques par an. Ainsi, pour tous patients atteints de trouble bipolaire de type I, on a en moyenne 0,68 épisodes maniaques par an.

Ainsi, on peut estimer le nombre de crises maniaques en France à 265 000 par an ; la proportion de crises maniaques donnant lieu à hospitalisation est de 63% ; la moyenne de durée de séjour de 32,4 jours conduit à un coût moyen du séjour hospitalier de 8002 €. Au vu de ces données, le coût annuel global est estimé à 1,3 milliards €. Ces chiffres ont été calculés pour l'année 1999.

En comparant ces données avec les éléments fournis par l'étude américaine de Wyatt et Henter (1995), on observe que le coût pour l'hospitalisation est de 3400 € par patient atteint de trouble bipolaire et par an en France, alors qu'aux USA, il est de 1000 €, pour l'année 1999. Cette différence ne doit pas être liée à la non prise en compte des troubles bipolaires de type II ici puisque ce type normalement n'implique pas d'hospitalisation (pas de crise maniaque selon la définition même de ce type de trouble) ; ainsi, le coût des hospitalisations pour cette pathologie ne serait pas affecté par ce facteur.
Cette différence de coût est plus probablement liée aux différences de pratiques : seulement 35% des épisodes maniaques sont hospitalisés sur un an aux USA contre 63% en France ; et la durée d'hospitalisation est beaucoup plus courte aux USA : 10 jours contre 32,4 en France.

A noter par ailleurs que ne sont considérés dans cet article que les patients dont le diagnostic de maniaco-dépressif est posé ; les coûts d'hospitalisation pour les patients non encore diagnostiqués comme souffrant de maniaco-dépression ne sont donc pas pris en compte, ce qui est un facteur de sous-estimation.

Les coûts estimés ici ne couvrent que les coûts directs médicaux d'hospitalisation (qui représentent 26 à 34% des coûts directs) ; il n'y a pas d'estimation des coûts directs non médicaux ou des coûts indirects ; pour ces postes de coûts, il faut se référer aux estimations américaines (qui nous apprennent que les coûts indirects comptent pour au moins 50%, voire plus, du coût global), mais, du fait des différences sociétales, cette démarche ne peut valablement être retenue pour la France.

Cost of depression in Europe (Sobocki et al, Journal of Mental Health Policy and Economics, 2006, 9:87-98)

La présente étude a pour but d'analyser les coûts liés à la dépression dans les 25 pays européens plus la Norvège, l'Islande et la Suisse. Pour cela, une analyse de tous les articles épidémiologiques retrouvés a été réalisée, ainsi qu'une analyse bibliographique portant sur les coûts liés à cette pathologie.
Comme tous les pays européens ne disposaient pas de données sur les coûts, une estimation des coûts par pays a été réalisée à partir de la méthode dite « bottom-up ». Cette méthode consiste à prendre un échantillon de patients ayant une dépression, d'en étudier le coût et de l'extrapoler à partir des données de prévalence. La prévalence utilisée correspond au nombre de cas examinés pendant une année, ici l'année 2004.

Les taux de prévalence sont calculés pour une population âgée de 18 à 65 ans. En France, la prévalence est estimée à 6,9%, avec 5,5% pour les hommes et 8,2% pour les femmes ; ces chiffres sont exactement les mêmes pour les moyennes européennes ; par pays, les chiffres vont de 3% (pour l'Italie) à 10% (pour la Norvège).
L'estimation des coûts est donnée pour les coûts directs médicaux (médicaments, hospitalisations, consultations), et pour les coûts indirects. Les coûts directs non médicaux ne sont pas estimés mais sont a priori faibles par rapport aux deux postes de coûts principaux.

Les coûts globaux sont donnés dans le tableau suivant (pour l'année 2004, en millions d'euros) :

	Coûts directs		Coûts indirects		Coûts totaux
	Soins médicaux	Médicaments	Morbidité	Mortalité	
France	**5 403**	**1 958**	**9 191**	**507**	**17 059**
Allemagne	11 893	2 261	23 119	1 275	38 548
Royaume Uni	2 524	712	10 094	557	13 887
Europe	32 676	9 013	72 189	3 974	117 851

Les coûts indirects sont distingués en coûts liés à la morbidité qui comprennent les coûts liés aux arrêts de travail et mises à la retraite prématurée, et en coûts liés à la mortalité prématurée comprenant les coûts de perte de productivité.
Les coûts par patient (pour l'année 2004) sont en France d'environ 1 500 € pour les soins médicaux, 500 € pour les médicaments et 3 700 € pour les coûts indirects. En Allemagne, ces mêmes coûts sont estimés respectivement à environ 1 800€, 300 € et 5 500 € ; au Royaume Uni ces coûts sont estimés à, respectivement, 1 000 €, 250 € et 6 000 €.

Les coûts rapportés à la population sont en moyenne de 253 € par habitant, avec des coûts plus élevés en Europe de l'Ouest, du fait d'une forte prévalence et/ou de coûts élevés ; les deux caractéristiques sont valables pour l'Allemagne et la Norvège. En Allemagne, le coût par habitant atteint le plus haut score avec 460 € par habitant. En France, ce coût atteint 300 € par habitant, peu différent du Royaume Uni avec 240 €.

La distribution de ces coûts, en Europe, est la suivante :
- Coûts liés à la morbidité : 61%
- Soins externes (consultations, …) :19%
- Hospitalisations : 9%
- Médicaments : 8%
- Coûts liés à la mortalité : 3%.

La comparaison de ces coûts avec les études réalisées aux USA révèlent qu'ils sont tout à fait similaires puisque le coût par habitant aux USA est de 249 € (comparé au coût moyen observé en Europe de 253 €).

En conclusion, la dépression est une pathologie qui coûte quelque 118 milliards d'euros en Europe en 2004, avec un coût direct de 42 milliards € (hospitalisations : 10 milliards, médicaments : 9 milliards et consultations : 22 milliards) ; les coûts indirects, liés surtout à la morbidité, totaliseraient 76 milliards € (soit 65% du coût global). L'étude montre que la charge économique de la dépression représente à elle seule 33% des coûts des autres pathologies du système nerveux central. L'OMS prévoit en outre une progression de la prévalence, ce qui conduirait la dépression dans les années 2020 à la deuxième position des pathologies les plus coûteuses.

The economic burden of depression in Sweden from 1997 to 2005 (Sobocki et al, European Psychiatry, 2007, 22: 146-152)

Cette étude analyse les évolutions des coûts de la dépression en Suède entre les années 1997 et 2005. Pour réaliser ces estimations, les auteurs ont adopté l'approche de type « top-down », ce qui signifie qu'ils ont utilisé les coûts totaux nationaux pour les soins, répartis selon les différents diagnostics, en utilisant les données de prévalence. Les coûts directs comprennent les coûts liés aux soins (hospitalisations, consultations, médicaments), y compris les actions de prévention et de rééducation ; les coûts privés engagés par les patients et les familles ont également été intégrés. Les coûts indirects regroupent les arrêts maladie, les retraites anticipées (pensions), la mortalité prématurée.

Les coûts intangibles associés à la douleur et à la détresse psychologique des patients, interférant sur leur fonctionnement social et leurs activités quotidiennes, ont été estimés en utilisant un questionnaire de qualité de vie et en comparant les réponses avec celles d'un groupe de personnes non malades. Les différences des scores de qualité de vie entre malades et non malades ont permis ensuite de calculer la perte en QALYs (« quality-adjusted life-years »). La valeur d'un QALY a été prise égale à 43 100 €.

La prévalence de la dépression est estimée à 6,9%.

Les données ont été obtenues grâce aux différents registres suédois (hospitaliers, pharmaceutiques, statistiques, etc.).

Le tableau résume l'évolution des coûts (dans un souci de clarté, sur les neuf années, trois années sont présentées ici) ; les coûts sont exprimés en millions d'euros de 2005.

	1997	2001	2005
Coûts directs	**420**	**497**	**502**
Hospitalisations	214	202	187
Consultations	132	168	219
Médicaments	74	127	96
Coûts indirects	**1 319**	**2 484**	**3 040**
Arrêt maladie	286	758	1 146
Retraite anticipée	826	1 481	1 659
Mortalité	208	245	234
Coûts totaux	**1 739**	**2 981**	**3 542**

Ainsi, sur cette période de 9 ans, les coûts totaux ont doublé en euros constants.

Les coûts d'hospitalisation ont stagné parce que le nombre de jours d'hospitalisation a baissé : de 400 000 jours en 1997 à 310 000 jours en 2003. Par contre, le coût des consultations et soins externes a pratiquement doublé (les ¾ sont liés aux consultations de psychiatres). Les coûts des médicaments ont, depuis les années 1980, été multipliés par 9 : de 11 millions en 1985 à 96 millions en 2005, mais ces coûts tendent à se stabiliser depuis le pic de 2001 - 2002 (130 millions €). Les antidépresseurs représentent 89% des médicaments prescrits en 2005.

Les coûts indirects représentent la grande majorité des coûts (86% en 2005). Ces coûts ont plus que doublé sur la période étudiée. Chez les patients les plus jeunes, les coûts liés aux arrêts de travail étaient surtout le fait des femmes (66% en 2003). Les coûts liés aux pertes de production dues aux retraites anticipées ont doublé ; la majorité de ces coûts est retrouvée chez les femmes déprimées (58% en 2003). Par contre, le nombre de suicides a diminué depuis les quinze dernières années. Les coûts liés au suicide concernent surtout les femmes (70% des coûts en 2003).

Les coûts intangibles ont été estimés à 4,1 milliards € en 2005 ; cette estimation s'est basée sur la perte de QALYs chez les patients traités (une estimation sur la base des patients non traités aboutirait à une somme de 10,2 milliards).

Les auteurs sont conscients d'une estimation plus forte que rapportée dans la littérature. Par exemple, dans l'article présenté ci-dessus sur les coûts de la dépression en Europe, rappelons qu'en 2004, les coûts totaux (coûts directs et indirects liés à la maladie et à la mortalité) sont estimés à 2 661 millions € en Suède, soit 300 € par habitant, alors que dans la présente étude, les coûts totaux atteignent 3 542 millions €, soit un coût par habitant de 392 € (ce qui rangerait la Suède comme un des pays dépensant le plus pour la dépression par habitant).

Ces chiffres sont à comparer à la moyenne européenne (253 €) et la moyenne américaine USA (249 €).
Rappelons en outre que dans la revue européenne, en Suède, le coût par patient et par an s'élevait à environ 6 000 €, soit sensiblement le même qu'en France ; mais dans la présente étude, ce coût par patient et par an s'élèverait à environ 8 000 €. Ces discordances peuvent s'expliquer d'une part par la méthode différente employée (« bottom-up » versus « top-down »), d'autre part par des définitions différentes de la pathologie.

Il reste à souligner que les coûts indirects de la dépression représentent 86% des coûts. En traitant plus tôt les patients, ces coûts pourraient diminuer grâce à un retour à l'activité professionnelle moins tardive.

En conclusion, les coûts de la dépression augmentent régulièrement avec le temps et sont surtout liés aux coûts indirects sur lesquels il est sans doute possible d'agir par des actions de prévention et de traitement précoce de la maladie. Cet exemple de l'estimation des coûts en Suède est d'autant plus intéressant que ces coûts sont proches de ceux estimés en France…

The economical burden of personality disorders in mental health care (Soeteman et al, Journal of Clinical Psychiatry, 2008, 69 (2) : 259-265)

Cette étude évalue les coûts concernant les troubles liés aux personnalités pathologiques (au nombre de 14) ; elle concerne 1 740 patients, pris en charge de mars 2003 à mars 2006. Les patients étaient traités dans 6 départements de psychiatrie hollandais.

35% d'entre eux étaient des hommes ; l'âge moyen était de 34 ans ; 65% n'étaient pas mariés.

Les patients devaient répondre à un questionnaire qui permettait par la suite de calculer les coûts directs (par des questions concernant les nombres de jours d'hospitalisation, l'utilisation des médicaments, le nombre de consultations) et les coûts indirects (par des questions concernant le nombre de jours d'absence au travail, les pertes d'efficacité au travail). L'estimation des coûts globaux a été réalisée en utilisant la méthode dite de « bottom-up ». Les prix de l'année 2003 ont été réajustés selon l'indice des prix à la consommation pour l'année 2005.

Sur les 1740 participants, la dépression et la personnalité d'évitement comptaient chacune pour un tiers de l'effectif. Puis arrivaient les personnalités obsessionnelles compulsives pour un cinquième et les personnalités dites 'limites' (borderline) pour un autre cinquième. Les autres personnalités étaient les personnalités de type schizoïde et schizotypique (les moins fréquentes, environ 1%), les personnalités paranoïdes, antisociales, narcissiques, négativistes, défaitistes, histrioniques, dépendantes.

Les coûts directs sont présentés dans le tableau ci-dessous par patient et par an, selon le type de soins utilisés par le patient : ils sont exprimés en euros de l'année 2005.

Type de soins	Coûts	% du coût direct total	% patients utilisant les soins
Médecin généraliste	223	3	44
Médecin du travail	89	1,2	25
Kinésithérapeute	108	1,5	12
Médecine 'douce'	166	2,2	11
Aide familiale	115	1,6	2
Aide de groupe	70	0,9	3
Aide entourage professionnel	138	1,9	10
Soins liés abus substance	28	0,4	1
Soins ambulatoires	1 933	26,1	45
Soins cabinet psychiatre	706	9,5	31
Consult. Psychiatriques (hôpital général)	289	3,9	15
Consult. Psychiatriques (hôpital psychiatrique)	562	7,6	5
Hospitalisation médicale	1 002	13,5	2
Hospitalisation psychiatrique	1 450	19,6	2
Médecins spécialistes	111	1,5	10
Médicaments	407	5,5	66,5
Total	**7 398**		

Le coût direct total moyen est de 7 398 €, composé pour 33% des coûts liés à une hospitalisation, et pour 26% des coûts liés à des consultations et soins externes.

Les pathologies impliquant les coûts les plus élevés sont les personnalités paranoïdes, les personnalités 'limites', et les personnalités obsessionnelles compulsives.

Les coûts indirects sont, pour les personnes ayant un travail (soit 743 patients), de 6 112 euros par patient et par an pour l'absence au travail, 960 € pour l'efficacité réduite au travail. Le nombre de jours perdus par absentéisme est de 47,6 jours par patient et par an. Le total des coûts indirects estimés pour ces personnes est d'environ 7 088 euros par an et par patient. Ces coûts sont augmentés pour les personnalités 'limites', obsessionnelles et varient selon le sexe.

Ainsi, le coût total induit par les troubles de la personnalité s'élève à 11 126 € par patient et par an (coût compris entre 0 € (personne non traitée, sans travail) et 147 700 €). Le coût médical est de 7 400 €, représentant 66,5% du coût total, alors que le coût indirect est de 3 700 € par patient et par an (comprenant les personnes avec ou sans travail).

Or, en général, dans la vaste majorité des études de coût, c'est l'inverse qui se produit, c'est-à-dire que les coûts directs ne représentent qu'une petite partie des coûts, l'essentiel des coûts étant représenté par les coûts indirects.

Les auteurs pensent que ces coûts indirects sont souvent largement surestimés et qu'il ne faudrait prendre en compte que ce qui est réellement mesurable (les pertes de productivité actuelles) comme l'absentéisme, et non les pertes de productivité potentielles. Mais les auteurs admettent qu'ils n'ont pas pris en compte par exemple les coûts des soins des personnalités pathologiques dans les prisons qui semble-t-il ne sont pas négligeables.

Il est à noter que pour certaines personnalités (schizoïde ou schizotypique), les coûts médicaux par an sont inférieurs aux coûts médicaux observés pour des personnes sans trouble de la personnalité ! Alors que c'est logiquement l'inverse dans la plupart des autres troubles de la personnalité.

Annexe 5.1.3
Peut-on prédire ou maîtriser les facteurs de coûts?

Predicting costs of mental health care : a critical literature review (Jones et al, Psychological Medicine, 2007, 37:467-477)

Cette étude a compilé 16 revues portant sur les facteurs prédictifs des coûts en psychiatrie. Les critères d'inclusion étant stricts, puisqu'étaient notamment exclues les études de coûts effectifs qui sont plus nombreuses, un très petit nombre d'articles a été sélectionné (16 sur 1426). Le champ portait sur les maladies psychiatriques, des pathologies psychotiques à la maladie d'Alzheimer.
Neuf de ces études ont été réalisées en Europe (Royaume Uni, Italie, Allemagne), 5 aux USA, une en Australie et une en Israël.

Les variables prédictives les plus constamment retrouvées sont l'âge (10 études), le diagnostic (9 études), le sexe (8 études) et les variables définissant les personnes ayant déjà utilisé des services psychiatriques et ayant des antécédents psychiatriques (7 études).
Les caractéristiques de ces variables prédictives sont les suivantes :

- 'Ayant des antécédents dans des services de psychiatrie' est la variable prédictive de coûts élevés la plus constamment retrouvée.
- L'âge, le sexe et le diagnostic sont des variables prédictives de coûts élevés ou de coûts bas, selon les études. Dans l'une des études, le diagnostic explique moins de 1% des variations de coûts, et la sévérité de la pathologie n'est pas toujours une variable prédictive de coûts élevés. Mais des études précédentes ont montré que le diagnostic et la sévérité de la pathologie étaient des variables prédictives de coûts élevés. Cependant, l'utilisation des services psychiatriques et les coûts dépendent d'autres facteurs, dont ceux liés à la personnalité du patient et l'utilisation passée des services psychiatriques, ce qui rend l'analyse difficile.
- Concernant l'âge, dans 5 études, un âge avancé est prédictif de coûts élevés, alors que dans 4 études, il est prédictif de bas coûts ! Une étude a comparé l'âge, la prédiction de coûts et la localisation, et montre que pour une personne vivant à Londres, la courbe du coût adopte une forme en U, avec un plancher à 45 ans, alors que le coût pour une personne résidant hors de Londres diminuera avec l'âge.
- Concernant le sexe, l'homme est, dans 7 études (sur 8), sujet à des coûts plus élevés.

Une étude sur les 16, portant sur la prédiction des coûts en cas de schizophrénie et d'autres psychoses, s'est intéressée à la distinction coûts directs / coûts indirects, et montre la difficulté de la tâche. Ont été trouvés comme facteurs prédictifs de coûts : l'éducation scolaire incomplète, l'âge précoce de survenue de la maladie. Mais la difficulté de mesurer les coûts indirects, voire de les identifier, constitue une grande limitation. Rappelons que les coûts indirects vont des coûts des pensions pour handicap aux coûts sociaux (carrière interrompue, etc.).

Les modèles mathématiques pour tenter de prédire les coûts ont été testés, et aucun modèle ne semble parfaitement rendre compte des variations de coûts, bien que l'un de ces modèles (OLS pour ordinary least square) semble être plus performant.

Au total, la revue constate que très peu d'études sur les facteurs prédictifs des coûts en psychiatrie sont réalisées chez les enfants ou les personnes âgées. Or, les coûts concernant les tranches de populations âgées et très jeunes sont loin d'être négligeables. De plus, une dépression survenant chez les enfants a plus de risque de réapparaître de nouveau chez l'adulte, par exemple. De la même manière, le faible nombre d'études autour de la maladie d'Alzheimer est surprenant.
Les coûts indirects sont également extrêmement peu étudiés, mais leur prédiction est très difficile d'après la seule étude sur ce thème.

D'une manière générale, les études analysées révèlent que :

- d'une part, il n'existe pas une variable unique capable d'expliquer les variations de coûts entre patients ; en particulier, les facteurs 'diagnostic', 'utilisation connue des services psychiatriques' et 'sévérité de la pathologie' ne sont pas les facteurs les plus prédictifs des coûts ;
- d'autre part, les variations de coûts peuvent être expliquées seulement dans la proportion d'un quart, au mieux de la moitié, ce qui sous-entend que la moitié des variations de coûts est d'origine inconnue. Cela rend nécessaire l'analyse d'autres facteurs prédictifs possibles comme les caractéristiques socio-économiques des patients, l'endroit où ils habitent, les facteurs environnementaux, le degré de cohésion sociale avec le voisinage.

Annexe 5.2
Les ressources engagées en France

Les données de la DREES et de l'IRDES

La DREES et l'IRDES publient depuis le début des années 2000 une ventilation des Comptes de la Santé par grande famille de pathologies. La dernière publication en date est celle de juillet 2006 portant sur les données de l'année 2002.

Plusieurs sources de données disponibles permettent de cerner le coût direct de la prise en charge des maladies psychiatriques en France.

Il faut prendre ces chiffres comme des estimations au regard de la complexité méthodologique de réalisation de ces Comptes par pathologie, mais ils restent précieux pour apprécier les principaux ordres de grandeur en matière de coûts par pathologie.
Le champ couvert est celui des « Troubles mentaux » au sens de la Classification internationale des maladies (CIM), regroupant les grands chapitres suivants : démences, syndrome amnésique, délirium, troubles mentaux d'origine organique, troubles mentaux liés à l'alcool ou autres substances, schizophrénie, psychoses, états délirants, affections bipolaires, dépression, anxiété, phobie, TOC, réactions à des facteurs de stress, troubles dissociatifs, troubles somatoformes, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, dysfonctionnements sexuels, troubles mentaux associés à la puerpéralité, troubles de la personnalité, troubles des habitudes et des impulsions, troubles de l'identité sexuelle, retards mentaux, troubles du développement, de la parole et du langage, autisme, troubles hyperkinétiques, troubles des conduites, tics, troubles du comportement de l'enfance et l'adolescence.
On constate que ce champ comprend des affections neurologiques, notamment les démences, et ne comprend pas par contre les tentatives de suicide (classées dans la CIM dans les traumatismes et intoxications) ni les symptômes. Il intègre les addictions.
Ces problèmes de champ n'ont pas un impact considérable sur les comptes par pathologie puisque de toute façon, faute de pouvoir détailler les comptes des établissements psychiatriques par pathologie, l'option méthodologique a été d'affecter l'ensemble de ces dépenses aux « troubles mentaux » (excluant donc de fait la plupart des démences, et réintégrant les prises en charge de tentatives de suicide dans ces établissements), mais quelques rectifications devront être opérées pour les autres postes de dépenses.

Sur les 129,5 milliards d'euros représentant la consommation de soins et biens médicaux (c'est-à-dire l'ensemble des dépenses de santé hors indemnités journalières), il a été évalué que les dépenses de prévention représentaient 4,4% de l'ensemble, soit 5,7 milliards.
Sur les 123,8 milliards restants, 87% ont pu être répartis par pathologie, les 13% restants (16 milliards) étant des dépenses difficiles à affecter à telle ou telle pathologie, soit par manque de données, soit parce qu'il s'agit de dépenses non « affectables » à une pathologie donnée.

Dans ce travail, les troubles mentaux représentent le deuxième poste de dépenses, avec 10,6% de l'ensemble des dépenses de santé, soit 11,4 milliards d'euros, derrière les maladies cardio-vasculaires (12,6%).
A noter que les auteurs soulignent que ce montant est peut-être sur-estimé puisque, faute de précisions suffisantes, l'ensemble des dépenses liées à l'activité des hôpitaux psychiatriques est affecté à la rubrique « Troubles mentaux » alors que ces hôpitaux ont parfois d'autres activités (maladies neurologiques, empoisonnements…).
Il n'est d'ailleurs pas possible par cette méthode de descendre plus finement vers une analyse des coûts par maladie, puisque la nature des séjours en établissements psychiatriques n'est pas connue, et aucune ventilation n'est possible.

Au sein de ces 11,4 milliards, le secteur hospitalier représente la forte majorité des dépenses, avec 73% du total. Puis suivent les médicaments et biens médicaux (16%), les soins ambulatoires (9%), les transports (2%).

Au sein des dépenses hospitalières, les troubles mentaux représentent 15,9% de l'ensemble, venant en première position sur ce poste, devant les maladies cardio-vasculaires et les tumeurs.
Il faut noter que l'ensemble des dépenses de secteurs de psychiatrie sont comptés ici dans le champ hospitalier, mais un certain nombre de soins sont liés à une prise en charge ambulatoire des patients. Ce fort pourcentage des dépenses hospitalières donne une vision un peu biaisée de la réalité des prises en charge.

Soulignons que ces données n'incluent pas les autres dépenses en rapport plus ou moins direct avec la pathologie psychiatrique : indemnités journalières, allocation adulte handicapé ou autres minima sociaux, perte de productivité, etc.

Un détail plus important était fourni dans la première version de ces comptes par pathologie, portant sur l'année 1998[8]. Même s'il s'agit d'une année plus ancienne, on peut utiliser la répartition des coûts par grands postes pour opérer l'estimation.
Le tableau suivant donne ce détail pour l'année 1998 pour les dépenses réparties (il restait 17% de dépenses non réparties au sein des Comptes de la Santé) :

	Millions d'euros 1998	**%**
Soins hospitaliers		
Secteur public		
Court séjour	622	6%
SSR	194	1,9%
Long séjour	348	3,3%
Psychiatrie	5 888	56,6%
Sections médicalisées	191	1,8%
Secteur privé		
Court séjour	22	0,2%
SSR	80	0,8%
Long séjour	13	0,1%
Psychiatrie	702	6,7%
Sections médicalisées	78	0,7%
TOTAL soins hosp	**8 138**	**78,2%**
Soins de ville		
Soins de médecins	752	7,2%
Soins paramédicaux	143	1,4%
Autres soins de ville	76	0,7%
Transports	98	0,9%
Médicaments	1 198	11,5%
Autres biens médicaux	0	0%
TOTAL soins de ville	**2267**	**21,8%**
TOTAL	**10 405**	**100%**

Ces données traduisent l'importance du domaine de la santé mentale dans les dépenses de soins. D'autres approches plus sectorielles permettent de compléter et d'actualiser cet éclairage global.

[8] Paris V et al, Des comptes de la santé par pathologie : un prototype pour l'année 1998, CREDES 2003, N° 1480

Les données de la CNAMTS :

Des données de coûts concernant les affections de longue durée (ALD), ouvrant droit au remboursement des soins à 100% par l'assurance maladie obligatoire, ont été publiées par la CNAMTS en 2006. Ces données concernent bien entendu les malades les plus sévères, les critères d'admission en ALD étant précis sur ce plan.

L'ALD 23 a pour titre « Affections psychiatriques de longue durée ». Trois ordres de critères médicaux doivent être réunis pour ouvrir droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré : le diagnostic de l'affection, son ancienneté et ses conséquences fonctionnelles :

a) Diagnostic :
   - Psychoses : schizophrénies, troubles schizo-affectifs, troubles délirants persistants (hors troubles psychotiques aigus et transitoires)
   - Troubles de l'humeur récurrents ou persistants
   - Déficiences intellectuelles et troubles graves du développement durant l'enfance
   - Troubles névrotiques sévères et troubles graves de la personnalité et du comportement : troubles anxieux graves, états limites, troubles profonds de la personnalité, troubles du comportement alimentaire, troubles addictifs graves, troubles précoces de l'identité de genre, dysharmonies évolutives graves de l'enfance, etc.

b) Ancienneté de l'affection : elle ne doit pas être inférieure à 1 an au moment de la demande pour bénéficier de l'exonération

c) Conséquences fonctionnelles : elles doivent être majeures et en relation directe avec cette affection.

La Haute Autorité de Santé a rédigé des guides sur les ALD pour préciser les critères d'admission et les principes de la prise en charge[9].

Dans l'ensemble, l'ALD 23 représentait en 2004 une dépense moyenne annuelle par patient de 9 173 euros au sein du régime général de sécurité sociale (hors sections locales mutualistes), et 896 028 malades étaient enregistrés au sein du régime général au 31 octobre 2004, soit 1630 malades pour 100 000 personnes protégées. Ceci constitue 1,6% de la population[10].
Après extrapolation nationale, tous régimes d'assurance maladie compris, on atteint 10,2 milliards d'euros de remboursements. Les 5% de patients ayant les dépenses les plus élevées représentent 42,2% de ce total.
En termes de montant total, les affections psychiatriques graves sont en deuxième position derrière les maladies cardiovasculaires (17,5 milliards).
On observera que l'ordre de grandeur est le même que dans l'étude précédente concernant les comptes de la santé par pathologie, même si le champ couvert est différent. Parmi les causes d'écart entre les deux sources, on peut citer les problèmes suivants :

- les comptes de la santé par pathologie portent sur l'année 2002 et les données sur les ALD sur l'année 2004 ;
- les données sur les ALD comprennent l'ensemble des soins délivrés, quelle qu'en soit le cause, qu'ils soient en rapport ou non avec la pathologie psychiatrique ;
- à l'inverse, les comptes par pathologie portent sur une population plus large que les données des ALD qui couvrent par définition les patients les plus sévères.

La répartition des dépenses par grands postes donne des chiffres assez similaires à ceux retrouvés dans les comptes de la santé par pathologie :

- Hospitalisation : 78% (incluant les hébergements en secteur médico-social)
- Pharmacie : 10,1%
- Dispositifs médicaux : 1,2%
- Honoraires médicaux : 3,9%
- Autres soins de ville : 4,6%
- Transports : 2,3%

[9] Liste des actes et prestations, Affection de longue durée : Schizophrénies, HAS, juin 2007.
Guide affection de longue durée : Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves, HAS, juin 2007.
[10] Vallier N, Salanave B, Weill A, Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée, Points de repère n°1, CNAMTS, Août 2006.

Il est normal de constater ici une part plus importante de l'hospitalisation que dans les comptes par pathologie, puisqu'on a affaire aux patients les plus sévères.
A l'inverse, dans les comptes par pathologie, le poste pharmacie était plus important, incluant les prescriptions de psychotropes en ville, très nombreuses, pour des patients le plus souvent moins sévères que ceux admis en ALD.

Le poste « médicaments » (hors médicaments consommés à l'hôpital) représenterait entre 10% et 15% des dépenses, soit entre 1,15 et 1,7 milliards d'euros, ce poste pouvant être apprécié avec davantage de détails grâce aux données de consommations pharmaceutiques de ville de l'assurance maladie.

L'enquête MEDICAM

L'enquête MEDICAM fournit les éléments issus du codage des médicaments (codes CIP) en officines de ville pour le régime général d'assurance maladie. La classe des psychotropes est décrite dans le tableau ci-après :

CLASSE EMPHRA	Base de remboursement 2007 (euros)	Montants remboursés 2007 (euros)
ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES	342 416 074 €	314 714 511 €
ANTIPSYCHOTIQUES CONVENTIONNELS	67 134 713 €	60 233 581 €
HYPNOTIQUES NON BARBITURIQUES NON ASSOCIES	84 641 567 €	63 615 658 €
HYPNOTIQUES NON BARBITURIQUES EN ASSOCIATION	10 320 534 €	5 882 105 €
HYPNOTIQUES, SEDATIFS EN PHYTOTHERAPIE	2 077 682 €	776 924 €
TRANQUILLISANTS	162 420 600 €	119 982 007 €
NORMOTHYMIQUES	34 735 326 €	30 880 963 €
ANTIDEPRESSEURS INHIBITEURS SELECTIFS DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE (SS	310 260 390 €	235 259 098 €
ANTIDEPRESSEURS INHIB DE LA RECAPTURE DE LA SEROTONINE ET DE LA NORADRENA	129 803 107 €	99 952 809 €
AUTRES ANTIDEPRESSEURS	103 848 409 €	82 426 085 €
PSYCHOSTIMULANTS	19 593 493 €	14 544 780 €
NOOTROPIQUES	13 415 399 €	6 969 809 €
Total	**1 280 667 294 €**	**1 035 238 330 €**

Source : MEDICAM 2007, CNAMTS

Au total, on compte en 2007 une dépense de 1,28 milliards d'euros, dont 1,04 sont remboursés, au sein du régime général.
Les données de MEDICAM représentant environ 70 à 75% des dépenses d'assurance maladie au total, une extrapolation nationale conduit à une dépense totale de 1,7 à 1,8 milliards, soit une fourchette de dépenses un peu supérieure à l'évaluation précédente, mais sur l'année 2007 alors que les données précédentes portaient sur 2002 et 2004. Ceci étant, les dépenses sont assez stables dans MEDICAM depuis 2002, autour de 1,24-1,32 milliards d'euros pour l'ensemble de ces classes thérapeutiques dans le régime général.

Par qui sont prescrits ces produits ? La CNAMTS a publié une analyse des prescripteurs pour les principales classes thérapeutiques sur les années 2001-2002 : il ressort que les médecins généralistes prescrivent 72% des antidépresseurs, 86% des hypnotiques, 79% des tranquillisants, mais seulement 35% des neuroleptiques.
Les psychiatres et les médecins hospitaliers constituent les autres prescripteurs :

	Généralistes	Psychiatres	Hospitaliers	Autres
Antidépresseurs	71,8%	13,4%	11,3%	3,5%
Hypnotiques	85,9%	4,3%	6,7%	3,1%
Tranquillisants	78,8%	7,8%	9,7%	3,7%
Neuroleptiques	35,3%	19,7%	42,1%	2,9%

Source : MEDICAM 2001-2002, CNAMTS

Rappelons qu'il s'agit des médicaments délivrés en officine de ville. Les médicaments consommés au cours des hospitalisations ne sont pas comptabilisés ici.

La dépense hospitalière

La prise en charge hospitalière en psychiatrie se fait dans plusieurs types d'établissements : des établissements dédiés à la santé mentale (60%), avec pour les adultes, en 2005, 88 centres hospitaliers spécialisés (CHS), 20 établissements psychiatriques privés participant au service public hospitalier, et 145 cliniques spécialisées en santé mentale.
En outre, dans les établissements non spécialisés, de court séjour (publics ou plus rarement privés) ou de soins de suite et de réadaptation, se trouvent aussi des patients atteints d'affections psychiatriques.

Les établissements spécialisés n'ont pas fait l'objet à ce jour de réforme tarifaire, et les allocations de ressources se font de la manière suivante :

- dotation financière allouée en début d'année dans le secteur public et PSPH, calculée en fonction de la dotation de l'année précédente assortie d'un taux d'évolution ; cette dotation entre dans l'agrégat appelé DAF : dotation annuelle de financement ; cette DAF couvre aussi les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les unités de soins de longue durée (USLD) pour la part remboursée par la sécurité sociale ;
- prix de journée dans les cliniques privées à but lucratif, soumises au système de l'Objectif Quantifié national (OQN).

Etablissements psychiatriques

La répartition de la DAF et de l'OQN en 2007 a été la suivante, en dépenses assurance maladie :

		Montant	%
DAF	PSY	8 267,36	60%
	SSR	5 094,43	37%
	MCO	446,32	3%
	total	13 808,10	100%
Dotation de soins USLD		1 380,00	
OQN	PSY	526,54	28%
	SSR	1 385,17	72%
	Total	1 911,71	100%
total	PSY	8 793,90	51%
	SSR	6 479,60	38%
	MCO	446,32	3%
	USLD	1 380,00	8%
	total	17 099,81	100%

Source : DHOS/ATIH, 2007

La psychiatrie représente ainsi 51% du total, soit 8,8 milliards d'euros en dépenses assurance maladie.

Dans cet ensemble, en 2004, les CHS représentaient une dépense totale de 4,9 milliards d'euros[11].

Pour évaluer les dépenses de santé totales liées à ces postes, il faut considérer que le taux moyen de couverture par l'assurance maladie est de l'ordre de 93% dans le secteur public et 96% dans le secteur privé, si bien que le total est de 9,5 milliards.

Centres hospitaliers et cliniques de court séjour

Dans le court séjour, plusieurs Groupes homogènes de malades (GHM) traduisent la prise en charge psychiatrique. Le tableau suivant détaille les nombres de séjours concernés, dans le secteur public et le secteur privé (y compris addictions, hors éthylisme aigu).

[11] DHOS, L'hospitalisation et l'organisation des soins en France, octobre 2006

GHM V10		Base publique	Base privée	TOTAL	% secteur public
		Nombre de séjours ou de séances en 2006			
19C02Z	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale	646	155	801	80,6%
19M02V	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge inférieur à 70 ans sans CMA	9 171	477	9 648	95,1%
19M02W	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	9 658	622	10 280	93,9%
19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	8 249	194	8 443	97,7%
19M04Z	Psychoses, âge supérieur à 80 ans	1 576	59	1 635	96,4%
19M05Z	Psychoses, âge inférieur à 81 ans	7 301	504	7 805	93,5%
19M06V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans sans CMA	11 243	656	11 899	94,5%
19M06W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans avec CMA	13 100	999	14 099	92,9%
19M07V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans sans CMA	9 185	435	9 620	95,5%
19M07W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans avec CMA	8 066	518	8 584	94,0%
19M08Z	Maladies et troubles mentaux de l'enfance	2 477	9	2 486	99,6%
19M09Z	Autres troubles mentaux	4 721	314	5 035	93,8%
19M10Z	Névroses autres que les névroses dépressives	2 499	144	2 643	94,6%
19M11V	Névroses dépressives, âge inférieur à 70 ans sans CMA	13 491	972	14 463	93,3%
19M11W	Névroses dépressives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	10 847	853	11 700	92,7%
20Z02Z	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	1 962	158	2 120	92,5%
20Z03Z	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	599	15	614	97,6%
20Z04Z	Éthylisme avec dépendance	30 606	3 689	34 295	89,2%
20Z06V	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge inférieur à 70 ans sans CMA	5 440	474	5 914	92,0%
20Z06W	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 024	229	4 253	94,6%
24C35Z	Affections de la CMD 19 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire	70	40	110	63,6%
24M29Z	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours	20 679	433	21 112	97,9%
24M30Z	Affections de la CMD 19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	85 177	763	85 940	99,1%
24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits : séjours de moins de 2 jours	89 458	1 380	90 838	98,5%
24Z18Z	Affections de la CMD 20 : séjours de moins de 2 jours	20 321	208	20 529	99,0%
TOTAL		**370 566**	**14 300**	**384 866**	**96,3%**

On constate que le secteur public est presque exclusivement concerné, ce qui est normal, les séjours psychiatriques dans le secteur privé étant du ressort d'établissements psychiatriques spécialisés.
La majorité des séjours répertoriés sont des séjours courts de moins de 2 jours (dans la CM 24), pour des intoxications aigues (hors éthylisme aigu que nous n'avons pas inclus dans cette analyse), tentatives de suicide, troubles du comportement, etc. : 57% du total des séjours. En séjours de plus de 2 jours, les grandes catégories d'affections concernées sont l'éthylisme avec dépendance et troubles mentaux induits par l'alcool ou autres substances (11,6%), les troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux (11,5%), les névroses dépressives (6,8%)[12].

Quand on valorise ces séjours à partir des tarifs 2006 de la T2A, on obtient un total de 677 millions d'euros (dont 97,6% dans le secteur public, les honoraires des praticiens privés n'étant pas inclus).

Soins de suite et de réadaptation

Dans le secteur des soins de suite et de réadaptation, grâce au PMSI, il est aussi possible de déterminer la part liée aux soins délivrés aux patients atteints de troubles mentaux. La catégorie 13 « Poursuite de soins médicaux santé mentale » traduit ces prises en charge. En 2006, 2,5 millions de journées ont été enregistrés à ce titre, dont :

- 1,26 dans le secteur public
- 0,57 dans le secteur psph
- 0,67 dans le secteur privé lucratif

Ceci représente 8,2% de l'ensemble des journées passées en secteur SSR au total : 8,8% dans le secteur public et psph, 7,1% dans le secteur privé à but lucratif.

Faute d'autres informations, le taux de 8,8% observé ici dans le secteur public sera appliqué aussi aux dépenses des USLD.

[12] A noter que les termes utilisés dans le PMSI ne sont pas les termes usuels de psychiatrie…

Les soins de ville

Les honoraires totaux des psychiatres libéraux représentent en 2005 : 693 millions d'euros (source : CNAMTS/Système national inter-régimes), ce qui représente 113 250 euros par an et par praticien quand on considère les praticiens dits à part entière (5 669 praticiens). Le taux représenté par les dépassements est de 13,3% (contre 16% pour l'ensemble des spécialistes).

Dans la hiérarchie des spécialités, en termes d'honoraires totaux, les psychiatres sont à ranger au sein des spécialités dites cliniques, les plus mal rémunérés. A titre comparatif, les honoraires totaux par omnipraticien sont de 124 307 euros, ceux des cardiologues 219 555 euros, etc. Seuls les endocrinologues présentent des honoraires inférieurs à ceux des psychiatres (99 230 euros).

Les psychiatres de secteur 1 (4 215 praticiens) ont des honoraires totaux annuels de 109 449 euros contre 219 565 euros pour la moyenne des spécialistes et 124 402 euros pour les omnipraticiens.

Les psychiatres en secteur 2 ou ayant droit à dépassement permanent, au nombre de 1 454, ont des honoraires totaux annuels de 124 269 euros, là encore en bas de l'échelle des honoraires, à égalité cette fois avec les omnipraticiens. Le taux de dépassement est ici de 56,5% contre 45,2% pour la moyenne des spécialistes.

Le pourcentage de psychiatres autorisés à facturer des dépassements est de 27% contre 39% pour la moyenne des spécialistes.

Les informations sur la clientèle des médecins généralistes proviennent de panels à partir desquels une description assez fine des caractéristiques des patients peut être obtenue. L'observatoire épidémiologique THALES est un panel de ce type : il est composé de 1000 médecins généralistes libéraux informatisés représentatifs des généralistes français (permettant une extrapolation nationale). Un extrait codé et anonymisé des dossiers médicaux est recueilli via un réseau informatique pour constituer une base de données intégrant les caractéristiques socio-démographiques des patients, leurs pathologies, leurs prescriptions. Le système d'identification des médecins et des consultants permet un chaînage des consultations individuelles successives d'un même patient chez un même médecin.

Une analyse portant sur la dépression a été publiée dans le Quotidien du Médecin en décembre 2002[13]. En 2001, on comptait 4,7 millions de patients ayant consulté un médecin généraliste pour « dépression » (en nombre extrapolé). Dix pour cent d'entre eux n'ont eu aucune prescription d'un médicament psychotrope dans l'année. Le nombre moyen de consultations pour dépression était de 3,2 par an et tous motifs confondus, il était de 6,7 par an.

Ainsi, on peut estimer le nombre de consultations en médecine générale pour dépression à 15 millions par an, ce qui hors prescriptions, représente une dépense de 300 millions d'euros avec un prix de consultation à 20 euros en 2004 et 2005.

[13] THALES, CEMKA-EVAL, Dépression : épidémiologie et prise en charge en médecine générale, Le Quotidien du Médecin, 12 décembre 2002.

Un autre échantillon a été constitué par la Société Française de Médecine générale (SFMG), qui recueille les résultats de consultations auprès de 125 médecins généralistes informatisés, donne les résultats suivants, en matière de troubles psychiques et addictions[14]. Les libellés sont ceux utilisés par la SFMG pour qualifier les résultats de consultations.

Observatoire SFMG 2005

Psychisme	Nb actes	%
Réaction à situation éprouvante	5 267	2,7%
Humeur dépressive	4 791	2,4%
Anxiété-angoisse	4 443	2,3%
Dépression	4 360	2,2%
Problème avec l'alcool	2 767	1,4%
Toxicomanie	1 920	1,0%
Trouble psychique	1 431	0,7%
Dysfonction sexuelle	1 036	0,5%
Nervosisme	798	0,4%
Problème de couple	525	0,3%
Accès et crise	374	0,2%
Troubles comportement	242	0,1%
Anorexie-boulimie	236	0,1%
Phobie	186	0,1%
Sd maniaco-dépressif	165	0,1%
Tentative de suicide	36	0,0%
Tic	48	0,0%
TOTAL	28 625	14,6%

Si on suit ces résultats et que 14,6% des résultats de consultations sont liés à des troubles du psychisme ou des addictions, et que l'on applique ce taux à la somme des honoraires totaux relevés par l'assurance maladie en 2005 chez les généralistes (hors exercices particuliers), à savoir 6,7 milliards d'euros, on obtient 0,98 milliards à ce titre.

Concernant les autres soins de ville (infirmières, kinésithérapeutes…) et les transports, nous prendrons les estimations réalisées dans les Comptes de la santé par pathologie.

[14] hors asthénie, insomnie, énurésie, difficultés scolaires, plaintes polymorphes, troubles de mémoire

Les allocations compensatrices

A ces coûts directs des soins, il faudrait rattacher le coût des allocations liées au handicap, notamment l'allocation adulte handicapé lié aux maladies mentales et les pensions d'invalidité. Le Compte social du handicap établi par la DREES pour 2006[15] estime la dépense totale au titre de l'AAH à 5,2 milliards d'euros et celle au titre de l'invalidité à 7,9 milliards d'euros.

L'AAH, instituée en 1975, s'aDREESe aux personnes handicapées ne pouvant prétendre ni à un avantage vieillesse ni à une rente d'accident du travail. La DREES[16] observe au 31 décembre 2006 que le nombre d'allocataires est de 804 000 (contre 609 000 en 1996).
Dans un rapport commandé fin 1997 à l'IGAS par le gouvernement, les experts évoquent plusieurs chiffres permettant de cerner le nombre de personnes concernées :

- 42% des motifs principaux d'attribution de l'AAH concernent les déficiences intellectuelles ou troubles du psychisme ou du comportement ;
- lors d'une enquête ad hoc menée par l'IGAS sur un échantillon de 5% des dossiers par département, les troubles psychiatriques stricto sensu représentent en fait entre 13% et 14% des demandes en 1996-1997.

La DREES a publié en 2004 une étude plus précise sur l'AAH[17] à partir de l'enquête HID (Handicaps-Incapacités-Dépendances, 1998-2001). Les auteurs remarquent que les personnes suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux sont fortement représentées parmi les 20-59 ans : un peu plus de 60% des allocataires déclarent une déficience mentale (comprenant retards mentaux, troubles de la mémoire…). Les déficiences psychiques sont déclarées par 28% des allocataires de l'AAH, et les déficiences intellectuelles par 27%. Mais un individu peut souffrir de plusieurs déficiences (en moyenne 1,5 déficience par personne).
Dans une étude précédente, la DREES notait qu'en 1998, les déficiences psychiques représentaient 24% des demandes de l'AAH. Elles représentent 27% des pensions d'invalidité nouvellement attribuées par la CNAMTS.

Si on retient ces derniers taux pour une évaluation des coûts liés aux minima sociaux en rapport avec les troubles psychiques, on atteint un montant de 3,4 milliards d'euros.

Comparaisons internationales

L'OMS, dans son Atlas de la Santé mentale dans le monde, a opéré des comparaisons sur le taux de dépenses de santé affectées à la santé mentale. Il s'avère que la France est l'un des pays présentant le taux le plus élevé. Dans le document de l'OMS (daté de 2005), la France présente un taux de 8%. Les autres pays pour lesquels l'information est disponible et présentant un taux équivalent ou supérieur sont : la Hongrie (8%), l'Australie (9,6%), le Royaume Uni (10%), la Nouvelle-Zélande (11%), la Suède (11%), le Luxembourg (13,4%). Au Japon, on trouve un taux de 5%, aux Etats-Unis 6%, aux Pays-Bas 7%.
Il faut cependant souligner que peu de pays sont en mesure de fournir ce taux, n'ayant pas un suivi particulier des dépenses de santé mentale (ainsi en Allemagne, Autriche, Italie, Danemark, Suède, Suisse, Canada…).

[15] A Bourgeois et M Duée, Le Compte social du handicap de 2000 à 2006, DREES, Etudes et Résultats, n° 619, janvier 2008
[16] O Sautory et B Adjé, Les allocataires de minima sociaux en 2006, DREES, Etudes et Résultats, n° 617, décembre 2007
[17] JM Chanut et H Michaudon, L'AAH, un minimum social destiné aux adultes handicapés, DREES, Etudes et Résultats, n°344, octobre 2004

Annexe 5.3
L'efficience des prises en charge des maladies mentales

Comparaison des stratégies thérapeutiques

L'OMS a engagé une vaste réflexion sur les interventions coût/efficaces en psychiatrie[18], dans le cadre du projet CHOICE (CHOosing Interventions that are Cost-Effective).

Les données de « résultats » sont traduites en DALYs (« disability adjusted life years », ou années de vie pondérées par le handicap), indicateur que l'OMS utilise pour mener des comparaisons internationales. Les pathologies psychiatriques constituent 10% des années de vie perdue en bonne santé, et 30% des années vécues avec un handicap. La pathologie la plus sévère à ce titre est la dépression unipolaire. La question est, face à une telle charge, de savoir quelles actions sont efficaces et à quels coûts. Ces études coût-efficacité ou coût-utilité pour comparer plusieurs stratégies étant très longues et coûteuses, il est souvent fait appel à la modélisation pour utiliser les données partielles existantes, même s'il faut alors prendre les résultats avec précaution au regard des hypothèses prises et de la nécessité d'agréger de nombreuses données émanant de différentes sources.

Les stratégies étudiées portent sur les différentes possibilités thérapeutiques : psychotropes d'ancienne et nouvelle génération, psychothérapie, combinaison des deux. Les évaluations ont été effectuées pour chacune des grandes régions OMS.
Les stratégies les plus efficaces en termes de DALYs évitées par an et par million d'habitants (par rapport à une situation où aucun traitement ne serait administré) sont :

- le traitement de fond de la dépression (1200 à 1900 DALYs évitées par an et par million d'habitants), par combinaison d'une psychothérapie et de la prescription d'antidépresseurs (sans différence entre les anciennes et les nouvelles générations de produits), sous l'hypothèse d'une couverture de 50% de la cible ;
- le traitement de la phase aiguë de la dépression (600 à 1200 DALYs évitées), quelle que soit la formule thérapeutique, ce taux élevé s'expliquant par la forte prévalence de l'affection.

Le traitement des troubles bipolaires ou des troubles paniques se situe dans la fourchette 150-400 DALYs évitées, la stratégie la plus efficace résidant en l'association d'un accompagnement psychothérapique et des traitements pharmaceutiques d'ancienne génération (lithium). En matière de troubles paniques, la stratégie la moins efficace est celle à base d'anxiolytiques seuls (entre 150 et 200), alors que l'association d'antidépresseurs et de psychothérapie se révèle plus performante (autour de 300-350).
La stratégie qui a le moins de poids sur l'indicateur retenu par l'OMS est le traitement de la schizophrénie (150-250 DALYs évitées).
Quand on met en rapport ces données de résultats avec les coûts engagés, il est possible de calculer des ratios.

[18] Chisholm D, on behalf of WHO Choice, Choosing cost-effective interventions in psychiatry : results from the CHOICE programme of the World Health Organization, World Psychiatry 2005, 4:37-44

Le tableau suivant donne les résultats pour la zone Europe et Asie Centrale :

Stratégies	Couverture	Ratio en $ par DALY évitée
Schizophrénie	80%	
Antipsychotiques (anciens)		12 260
Antipsychotiques (nouveaux)		25 693
Antipsychotiques (anciens)+psychothérapie		10 089
Antipsychotiques (nouveaux)+psychothérapie		20 627
Troubles bipolaires	50%	
Stabilisateurs de l'humeur anciens (lithium)		8 051
Stabilisateurs de l'humeur nouveaux (valproate)		9 620
Stabilisateurs de l'humeur anciens + psychothérapie		7 233
Stabilisateurs de l'humeur nouveaux + psychothérapie		8 607
Dépression-ttt aigu	50%	
Antidépresseurs anciens		2 178
Antidépresseurs nouveaux		2 526
Psychothérapie		2 494
Psychothérapie+ antidépresseurs anciens		2 421
Psychothérapie+ antidépresseurs nouveaux		2 860
Dépression-ttt de fond	50%	
Psychothérapie+ antidépresseurs anciens		2 589
Psychothérapie+ antidépresseurs nouveaux		3 162
Troubles paniques	50%	
Anxiolytiques		1 748
Antidépresseurs anciens		1 328
Antidépresseurs nouveaux		1 481
Psychothérapie		1 702
Psychothérapie+ antidépresseurs anciens		1 983
Psychothérapie+ antidépresseurs nouveaux		2 121

Ainsi, les stratégies les plus efficientes, toutes affections confondues, concernent les troubles dépressifs et anxieux. Les antidépresseurs anciens sont assez souvent mieux placés que les nouvelles générations en raison des différences de coûts de traitement alors que l'efficacité est similaire. Le traitement de fond de la dépression apparaît ici comme coût/efficace (prévention des rechutes, des suicides).

A l'inverse, le score élevé observé pour la schizophrénie traduit le fait que les traitements ne sont pas d'une efficacité suffisante pour faire disparaître les symptômes et diminuer le nombre d'années de vie avec handicap.

Des études spécifiques ont porté sur les troubles bipolaires et la dépression[19].
Concernant les troubles bipolaires, les différentes stratégies de prise en charge testées et modélisées sont presque équivalentes, avec un léger avantage en faveur de la prise en charge communautaire à base de lithium et de psychothérapie.
Les ratios coût/efficacité pour cette affection restent élevés, 4 à 6 fois supérieur à ceux notés pour la prise en charge en soins primaires de la dépression, mais cela souligne aussi le relativement faible impact des interventions sur le cours naturel de la maladie. Rentrent en jeu, entre autres facteurs, les difficultés d'observance des traitements.

Concernant la dépression justement, la même modélisation détaillée a été effectuée dans 14 régions du monde. Les interventions étudiées permettent de réduire de 10 à 30% la charge représentée par la dépression. Ces taux encore modestes sont liés à l'efficacité insuffisante des traitements en vigueur et à l'insuffisance de la prévention des rechutes.
Les traitements utilisant les anciens antidépresseurs représentent la stratégie la plus efficiente. La psychothérapie seule ou en association avec les antidépresseurs de nouvelle génération sont les stratégies les moins efficientes.
Les ratios coûts/efficacité estimés sont assez bas, dans la fourchette des interventions à forte efficience au sein du système de santé. Il faut cependant atteindre une couverture large de la population par les traitements.
A noter toutefois que dans ces analyses, ne sont pas intégrés les coûts et gains indirects : absentéisme, perte de productivité… qui pourraient modifier notablement les calculs d'efficience.

Au-delà des traitements usuels (antidépresseurs, psychothérapie), plusieurs auteurs ont souligné l'intérêt de mieux organiser la délivrance des soins, dans l'esprit du « managed care » développé notamment aux Etats-Unis. Le cas de la dépression a fait l'objet ainsi de programmes spécifiques. Ces programmes seront analysés plus loin.

[19] Chisholm D et al, Reducing the global burden of depression-Population level analysis of intervention cost-effectiveness in 14 world regions, Br J Psychiatry 2004, 184:393-403
Chisholm D et al, Cost-effectiveness of clinical interventions for reducing the global burden of bipolar disorder, Br J Psychiatry 2005, 187:559-567

Les comparaisons des modes de prise en charge

Les prises en charge en psychiatrie ont beaucoup évolué des dernières décennies avec une place de plus en plus importante des prises en charges extra-hospitalières et une baisse des durées de séjour hospitalières. Plusieurs auteurs ont cherché à déterminer comment caractériser ces évolutions sur le plan économique et à évaluer les rapports coût/efficacité ou coût/utilité des différentes stratégies d'organisation des prises en charge.

La question spécifique de l'évolution des durées de séjour hospitalières pour maladies mentales est analysée dans la très récente revue de Alwan et al. (2008)[20]. Les auteurs constatent que dans l'ensemble des pays développés, ces 30 dernières années, les durées de séjour ont été réduites de façon drastique. La question est de savoir si, au-delà d'une réduction directe des coûts, cette évolution peut avoir comme impact une aggravation de la maladie mentale, ou s'avère au contraire bénéfique, réduisant le risque d'institutionnalisation en milieu hospitalier.

Six essais randomisés ont été inclus dans la revue, datant des années 70 pour la plupart, comparant une politique de séjours hospitaliers courts à une politique de séjours longs (ou séjours « standard ») pour des patients atteints de maladie mentale sévère (schizophrénie, troubles affectifs et troubles de la personnalité sévères), de moins de 65 ans. A noter que la définition du séjour de courte durée est variable d'une étude à l'autre : les moyennes de durées de séjour sont de 10,8 à 25 jours pour les séjours courts, et de 28 à 94 jours pour les séjours longs.

4 études ont été menées aux USA et 2 au Royaume Uni.

Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée dans le taux de réadmissions à l'hôpital à 1 an entre les deux groupes, sauf dans l'une des études (taux de réadmissions deux fois plus élevé dans le groupe « durées de séjour basses » que dans le groupe témoin, mais pour des durées d'hospitalisation courtes, et non spécialement liées à des actes suicidaires). Il n'y a pas de différence non plus dans le taux de perdus de vue lors du suivi, ni dans le taux de départ prématuré de l'hôpital, ni dans le taux de décès.

Par contre, dans le groupe avec des courts séjours, on note davantage de soins après la sortie hospitalière.

Ces patients ont par ailleurs une probabilité plus forte de trouver un emploi dans les 2 ans, mais l'intensité du suivi après la sortie doit aussi rentrer en ligne de compte dans cette observation.

Les données économiques sont plus pauvres, une seule étude ayant étudié cette question. Il apparaît que, dans le groupe avec de courtes durées de séjours, les coûts engagés après la sortie sont légèrement plus élevés.

De nombreuses études ont porté sur les comparaisons de coûts et d'efficience entre prises en charge ambulatoires et prises en charge hospitalières. Dans l'étude précédemment citée sur les troubles bipolaires, il apparaît ainsi que les prises en charge dites « communautaires », via des services organisés délivrés en ville, sont plus efficientes que les prises en charge hospitalières : les prises en charge hospitalières ont un coût estimé de l'ordre de 70% supérieur aux prises en charge communautaires dans les pays développés, et les différences de ratios coût/efficacité sont du même ordre.

D'une manière générale, les études comparant une prise en charge communautaire à une prise en charge hospitalière classique aboutissent pour la plupart à la conclusion que les premières sont moins coûteuses (Banchereau et coll, 2000), quels que soient les alternatives et les coûts pris en compte.

Certaines études indiquent que cette supériorité tend à diminuer avec le temps, mais jamais elle ne vient à s'inverser. Une des études n'observe pas une telle supériorité, mais les alternatives sont supérieures du point de vue coût-bénéfice.

[20] Alwan et al., Length of hospitalisation for people with severe mental illness, Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1, Art. N° CD000384

Ces études notent aussi que la variabilité des coûts est très importante entre les différentes prises en charge ambulatoires, en fonction des caractéristiques des patients et de la sévérité de l'affection.
Sur le plan des résultats, dans leur grande majorité, les études reconnaissent une efficacité identique, voire supérieure, des alternatives. Mais la permanence dans le temps des résultats, en cas de supériorité des alternatives, n'est pas avérée.

Ainsi, la balance est en faveur des prises en charge ambulatoires : moindres coûts pour des résultats au pire identiques, même s'il existe une discussion sur la pérennité de ces résultats.

D'une manière globale, toutefois, en termes d'organisation générale des soins psychiatriques, les dernières revues sur le sujet soulignent qu'il est important de ne pas opposer les deux formes de prise en charge, les soins ambulatoires et les soins hospitaliers devant être organisés de façon équilibrée pour offrir aux patients les différentes formes de prise en charge adaptées à leurs cas : soins hospitaliers spécialisés, soins de crise, hébergements de longue durée, alternatives à l'hospitalisation, ateliers de réadaptation, équipes communautaires, soins primaires, etc.[21] Et le point important réside dans la collaboration entre les différents segments : généralistes, psychiatres, structures hospitalières.

Du reste, en France, les hospitalisations et les alternatives font partie d'un système de prise en charge unifiée et complémentaire, il n'y a pas comme dans d'autres pays de situations tranchées. De fait, les évaluations étrangères ne sont pas transposables telles quelles en France.

[21] Thornicroft G, Tansella M, Components of a modern mental health service : a pragmatic balance of community and hospital care, Overview of systematic evidence, Br J Psychiatry 2004, 185:283-290

Les programmes d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la dépression

De nombreux programmes d'amélioration de la qualité ont été mis en place dans les pays développés pour les patients atteints de dépression. Une revue française (Rotgé et al, 2007) discute l'efficacité de tels programmes[22], avec un accent particulier sur les soins primaires dans la mesure où les médecins généralistes représentent la plus grosse part des prescriptions d'antidépresseurs et où on observe que les prescriptions ne sont pas optimales, en termes de posologie et de durée.

Ces programmes, analysés dans des essais contrôlés randomisés, consistent dans plusieurs types d'actions, délivrées isolément ou de façon combinée : formation des praticiens, suivi téléphonique des patients, remise de documents écrits ou autres outils pédagogiques, outils d'évaluation des symptômes dépressifs, supervision par un psychiatre lorsque l'intervention est dirigée par un infirmier ou un psychologue (« care manager »), psychothérapie associée.

Le « care manager » est en général un infirmier ayant une expérience de psychiatrie ou formée pour cela. Typiquement, il appelle le patient dans la semaine qui suit la première consultation médicale puis à intervalles réguliers (entre une fois par semaine et une fois par mois) ; lors de ces entretiens téléphoniques, il évalue le score de dépression et donne des conseils, notamment en matière d'observance du traitement. Un psychiatre référent est en contact avec le « manager » et lui donne les conseils thérapeutiques adaptés. Le « manager » informe aussi le médecin généraliste pour l'informer de son évaluation du score de dépression et des conseils du psychiatre.

Les interventions uniques paraissent globalement insuffisantes. La mise en œuvre de programmes de formation des médecins présente des résultats contradictoires ; ces résultats dépendent de la nature de la formation, de son intensité, etc. Les formations doivent en réalité être répétées car ses bénéfices s'amenuisent dans le temps. Et par ailleurs, les interventions uniques auprès des patients (interventions d'infirmiers pour améliorer l'observance par exemple) semblent inefficaces.

Par contre, les interventions combinant plusieurs actions, auprès des médecins (formation) et des patients ont un impact avéré sur la symptomatologie dépressive et l'observance du traitement, ainsi que sur la satisfaction du patient et la qualité de vie. Cette efficacité dépend cependant de la sévérité de la symptomatologie. Ainsi, pour des dépressions mineures, l'intérêt de tels programmes est limité.

Les interventions téléphoniques semblent particulièrement intéressantes du fait de la facilité de mise en place, leur coût inférieur, leur efficacité. Lorsqu'on y associe une psychothérapie ou un support environnemental, l'impact n'est pas supérieur. Les effets ne semblent pas différents en cas d'appels hebdomadaires ou mensuels. L'effet est noté surtout sur les taux de réponse au traitement et les taux de rémission, pas sur l'observance. Le nombre de contacts avec le médecin traitant est plus élevé dans le groupe « intervention ».

L'une des difficultés de ces programmes est que les bénéfices tendent à s'éteindre dans l'année qui suit leur arrêt. Mais ils restent efficaces s'ils sont maintenus dans le temps, tant pour favoriser la rémission que pour la maintenir chez les patients asymptomatiques.

La mise en place de tels programmes est coûteuse, mais comme la dépression induit elle-même des coûts importants, c'est le ratio coût/efficacité ou coût/utilité qu'il faut analyser. Ceci renvoie aux autres revues et articles analysés ci-après. Plusieurs études soulignent que ce ratio est favorable ou acceptable, notamment si on considère le taux d'absentéisme ; les conditions de mise en œuvre sont évidemment déterminantes : à cet égard, les interventions comprenant un suivi téléphonique sont moins coûteuses. L'un des points importants réside dans l'étroite collaboration entre généralistes et psychiatres (et infirmiers spécialisés dans le cas des programmes faisant intervenir ce type de professionnels pour évaluer la symptomatologie et conseiller le patient au quotidien).

[22] Rotgé JY et al, Improving the management of depression in primary care : review and prospects, Encéphale 2007, 33:552-560.

Gilbody et al (2006) ont justement procédé à une revue générale des études médico-économiques des programmes d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la dépression en soins primaires[23]. 11 études médico-économiques de qualité (essais contrôlés randomisés) ont ainsi été répertoriées, pour 4757 patients atteints de dépression au total. La plupart de ces études ont été menées aux Etats-Unis, et 2 au Royaume Uni.

Les interventions analysées manient comme ci-dessus plusieurs types d'actions et d'outils : éducation du patient, plan de traitement et consultation chez le spécialiste à intervalles réguliers, formation des praticiens, coordination par un travailleur social (« care manager »), suivi téléphonique, diffusion de recommandations de bonnes pratiques, dépistage de la dépression, coordination entre généralistes et spécialistes, supervision du traitement (action en faveur de l'observance), plus rarement psychothérapie. La période de suivi était en général de 6-12 mois.

Il s'avère que les interventions basées sur une plus grande coopération dans les soins produisent de meilleurs résultats (9 sur 11), mais avec des coûts plus élevés : augmentation du nombre de consultations chez les généralistes et les spécialistes, coûts de traitement plus élevés. En ne considérant que les coûts de traitement de la dépression prise en charge en soins primaires, les ratios coût-efficacité s'échelonnent entre 13$ et 24$ par jour supplémentaire sans dépression, pour les dépressions nouvellement diagnostiquées. Une étude a aussi analysé le cas de la prévention des rechutes en cas de dépression récurrente : les ratios sont du même ordre. Les interventions uniquement éducationnelles (2 études sur 11) induisent des coûts plus élevés sans bénéfice clinique. Elles sont inefficientes si elles sont isolées.

Deux études coût-utilité parmi les 11 ont calculé des coûts par QALY : ceux-ci se situent entre 15 463 $ et 36 467 $ par QALY (mais le calcul des QALYs en matière de dépression fait débat).

A noter que si les coûts indirects avaient été considérés, l'efficience aurait pu apparaître encore supérieure (amélioration de la productivité, réduction de l'absentéisme).

Une étude de Schoenbaum et al (2001)[24] indique ainsi qu'un programme d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la dépression en soins primaires (diffusion de recommandations, formation des professionnels, éducation du patient, matériels pédagogiques, suivi téléphonique, psychothérapie comportementale) coûte certes plus cher qu'une prise en charge classique mais a pour effet de réduire l'absentéisme : entre 18 et 21 jours de travail de plus selon les modalités du programme, en moyenne, sur les 24 mois de l'intervention.

Rost et al (2004)[25], toujours aux Etats-Unis, trouvent le même type de résultats lors d'un vaste essai mené sur 24 mois auprès de 12 cabinets de soins primaires (326 patients recrutés). L'intervention comprenait la formation des praticiens, la gestion par un « care manager » (évaluation de la symptomatologie dépressive, informations sur les traitements et la maladie, contacts de suivi) en face à face puis par téléphone, l'adoption des recommandations de bonnes pratiques thérapeutiques. Un tel programme améliore la symptomatologie, l'observance et la qualité de vie. Les patients faisant l'objet de l'intervention avaient en outre une productivité supérieure de 6,1% et un absentéisme inférieur de 22% aux autres patients au bout de 2 ans (respectivement 8,2% et 28,4% chez les personnes constamment employées sur la période).

Dans un article suivant[26], la même équipe élargit la perspective dans une analyse coût-utilité. Cette analyse a été réalisée pour 211 patients nouvellement diagnostiqués après une visite de dépistage. Parmi les patients bénéficiant de l'intervention, on observe une augmentation du nombre de jours sans dépression (648 jours contre 588 pour les patients témoins sur les 2 ans). Les coûts totaux (coûts du programme, coûts des soins externes, coûts des transports et des temps de soins des patients) sont de 701$ supérieurs par rapport aux soins usuels, ces surcoûts étant observés surtout

[23] Gilbody S et al, Costs and consequences of enhanced primary care for depression, Br J Psychiatry 2006, 189:297-308

[24] Schoenbaum et al, Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression : results of a randomized controlled trial, JAMA 2001, 286:1325-1330

[25] Rost et al, The effect of improving primary care depression management on employee absenteeism and productivity : a randomized trial, Med Care 2004, 42:1202-1210

[26] Rost et al, Cost-effectiveness of enhancing primary care depression management on an ongoing basis, Ann Family Medicine, 2005, 3:7-14

la première année. Les coûts des hospitalisations ne sont pas comptabilisés. Les coûts liés aux gains ou aux pertes de productivité ne sont pas intégrés dans le modèle. Le ratio coût-efficacité se situe alors entre 9 592$ et 14 306$ par QALY, ce qui est inférieur aux seuils habituellement considérés comme efficients dans les systèmes de soins des pays développés (à savoir entre 40 000 et 50 000$). En outre, on observe que ce ratio est plus favorable la deuxième année puisque les surcoûts diminuent. Cette étude souligne l'intérêt d'un programme pérenne dans le temps.

A des fins de comparaison, les auteurs indiquent les coûts par QALY d'autres types d'interventions : programme de sevrage tabagique (8 000$), traitement antihypertenseur (14 000$), traitement hypocholestérolémiant (18 000$), réhabilitation pour BPCO (36 000$), dépistage de la dépression comme mesure isolée (45 000$).

A noter que cette étude n'inclut pas les patients atteints de dépression résistante aux traitements.

Wang et al (2007)[27] observent également que la dépression conduit aux Etats-Unis à une charge financière considérable du fait des pertes de productivité. En même temps, les auteurs observent que les prises en charge ne sont pas optimales et que des programmes d'amélioration de la qualité peuvent se révéler efficaces pour améliorer ces prises en charge. Un programme complet a donc été mis en place dans le cadre d'un essai randomisé, auprès de 604 employés chez lesquels une procédure de dépistage a permis d'identifier une dépression (hors troubles bipolaires ou antécédents psychiatriques). L'intervention consistait essentiellement en un suivi téléphonique, dans la logique du « care management », pour encourager les patients à suivre un traitement, garantir la qualité de celui-ci et son observance, et par la diffusion de recommandations aux praticiens. Ou encore, une psychothérapie comportementale était proposée aux patients. A 6 et 12 mois, les patients bénéficiant du programme ont des scores de symptômes dépressifs plus bas, un taux d'emploi plus élevé et davantage d'heures travaillées chez les employés en poste, se traduisant au total par 2 heures travaillées de plus par semaine en moyenne.

Pirraglia et al (2004)[28] présentent la synthèse des études coût-utilité réalisées sur la prise en charge de la dépression. 9 études de ce type ont été répertoriées (soit 1,7% de l'ensemble des études coût-utilité répertoriées dans les bases de données entre 1976 et 2001, ce qui est peu au regard de la charge morbide et financière représentée par la dépression). 5 de ces études proviennent des Etats-Unis, 2 du Royaume Uni, une du Canada et une des Pays-Bas. Les méthodes pour déterminer l'utilité et la source des données varient d'une étude à l'autre. Les modèles de Markov et les modélisations sur cohortes sont les méthodes les plus utilisées.

De ces études, plusieurs ratios coût-utilité ont été calculés : 13 sur des traitements anti-dépresseurs, 5 sur une prise en charge psychothérapique, 3 sur le dépistage de la dépression, 3 sur des programmes d'amélioration de la qualité (« care management »).

En matière de dépistage, il s'avère qu'une action ponctuelle a un ratio favorable (35 000$ par QALY), mais les actions répétées, chaque année ou tous les 5 ans, ont des ratios très élevés (respectivement 210 000 et 55 000$).

La plupart des interventions pharmacologiques ont des coûts par QALY inférieurs au seuil usuel de 50 000$ lorsqu'on les compare à un placebo, une psychothérapie, ou des antidépresseurs anciens.

Ces ratios sont en fait souvent inférieurs à 10 000$, voire produisent un bénéfice net. La psychothérapie seule, le « care management » seul, et les deux actions associées ont tous des coûts par QALY inférieurs aux soins usuels. Les actions de « care management », par rapport aux soins usuels, ont des coûts par QALY situés entre 24 000 et 76 000$.

[27] Wang PS et al, Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes : a randomized controlled trial, JAMA 2007, 298:1401-1411

[28] Pirraglia et al, Cost-utility analysis studies of depression management : A systematic review, Am J Psychiatry 2004, 161:2155-2162

Au total, les différentes formes de prise en charge de la dépression atteignent des coûts par QALY dans la fourchette généralement admise pour les prises en charge médicales non psychiatriques. Il demeure que les conditions de mise en œuvre des prises en charge influent grandement sur ces ratios coût-utilité.

Dans l'ensemble de ces programmes, trois types d'actions paraissent majeures : un dépistage des patients, l'emploi de « care managers » professionnels de la santé mentale, une supervision régulière des soins.

Les études citées tendent à indiquer qu'une gestion plus intégrée de la prise en charge de la dépression et des programmes d'amélioration de la qualité peuvent donc induire en retour des bénéfices pour la collectivité. Il reste que ces études effectuées en majorité en contexte américain ne sont pas forcément aisément transposables en France.

Les études médico-économiques en psychiatrie en France

Devant la difficulté de transposer des résultats d'évaluations menées dans d'autres pays, aux systèmes très différents, il serait important de pouvoir disposer de telles études en contexte français. Mais aucune étude médico-économique récente française n'a été identifiée dans le domaine de la santé mentale.

L'IRDES avait proposé en 2006 un projet ambitieux d'évaluation des soins en secteur de psychiatrie générale des personnes suivies pour troubles schizophréniques, en collaboration avec le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, et le centre de santé mentale angevin, mais ce projet n'a pas trouvé son financement. Si bien que les études françaises, recensées par l'IRDES lors des travaux préparatoires à ce projet[29], sont anciennes.

Une étude menée en 1975 dans le cadre de la rationalisation des choix budgétaires (Marielle et coll, 1975) a cherché à comparer le coût et l'efficacité de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie traditionnelle en Vendée, dans l'Isère et dans la ville de Lyon. Une cohorte de patients a été suivie pendant 3 ans (475 patients au total). Les coûts ont été calculés à partir du prix de journée pour les patients institutionnalisés ou du temps de consultation. Les résultats ont été estimés en Vendée et à Lyon en termes d'intégration et en Isère en termes d'évolution de l'état de santé et des rapports avec l'entourage. Les soins extra-hospitaliers sont apparus moins coûteux, pour des résultats similaires.

Au CHU de Dijon, deux structures de soins pour schizophrènes ont été comparées (François et coll, 1993). La méthode était basée sur le suivi de deux groupes restreints de patients sur un an (15 patients en hôpital versus 16 patients en hôpital de jour) ; les troubles médicaux étaient stabilisés, mais subsistaient les difficultés relationnelles et d'insertion. Les coûts ont été estimés pour huit principaux postes de dépenses, et les résultats par une échelle mesurant l'état de santé général. Là aussi, les résultats s'avéraient identiques pour des coûts sensiblement inférieurs en hôpital de jour.

Une étude pilote coût-utilité de deux modes de prise en charge psychiatriques a été réalisée au CHU de St-Etienne (Pellet et coll, 1994). L'objectif était d'étudier les coûts et les effets comparés du maintien à l'hôpital ou de l'utilisation des alternatives à l'hospitalisation dans 6 secteurs de psychiatrie adulte. Une cohorte de patients comparables (63% de schizophrènes) a été suivie pendant 2 ans (44 patients hospitalisés versus 40 patients en alternatives). Les résultats ont été mesurés dans 3 dimensions : utilité de la prise en charge, opinion des patients, opinion des familles.

Aucune différence significative n'a pu être dégagée.

[29] Banchereau et coll, Evaluation médico-économique des soins psychiatriques sectorisés, CREDES, Biblio n°1302, avril 2000

Annexe 5.4
Les actions de prévention et de dépistage

Comparaison des stratégies thérapeutiques

Plusieurs publications ont cherché à évaluer si les actions de prévention de pathologies psychiatriques présentaient un rapport coût/efficacité favorable.

Au regard du poids économique représenté par les maladies mentales, estimé par l'Organisation internationale du Travail entre 3% et 4% du PIB dans les pays développés, et de leur fréquence (un individu sur 4 rencontrera un problème psychiatrique dans sa vie), il paraît de bon sens en effet de chercher à prévenir ou dépister tôt ces troubles pour intervenir à temps et éviter des évolutions péjoratives sur le long terme. Il existe des études indiquant que des actions de prévention portant sur des facteurs de risque de troubles mentaux peuvent être efficaces à court terme. Dans la dépression ou la schizophrénie, il a aussi été montré qu'un dépistage et une intervention précoces avaient une efficacité. Ces actions sont-elles pour autant efficientes sur le plan économique ?

Une revue récente fait le point sur cette question : Zechmeister et al. 2008[30] ont réalisé une recherche bibliographique très large. Sur la base de critères de qualité très stricts : 14 articles ont été retenus pour établir cette revue, hors prévention des addictions, hors thérapeutiques médicamenteuses : 9 portaient sur des programmes de prévention de la dépression et/ou du suicide, avec des actions comme un contact psychothérapique minimal chez des patients à risque, une intervention chez des femmes venant d'accoucher pour prévenir la dépression post-natale, une thérapie comportementale auprès d'adolescents à risque, etc. ; 2 études se sont intéressées à des programmes généraux de maîtrise des facteurs de risque (précarité, jeunes parents), et 3 ont porté sur le développement précoce chez l'enfant. La moitié de ces études se sont déroulées aux Etats-Unis, et le reste en Europe (Royaume Uni, Pays-Bas, Suède).

Ces études se sont avérées peu probantes, et quand elles l'étaient, les résultats s'avéraient peu généralisables, tant les circonstances propres du pays concerné (contexte social, économique, culturel) et du programme interagissaient avec l'effet des interventions.

Plusieurs éléments généraux expliquent ces difficultés à démontrer un effet des programmes de prévention des troubles mentaux :

- une fois le trouble dépisté, les actions thérapeutiques ne sont souvent pas assez efficaces pour permettre d'identifier un effet positif du programme de prévention ; c'est le cas notamment pour la dépression ;
- les études sont de toute façon peu nombreuses, comportant parfois des biais méthodologiques, ou alors avec des résultats d'analyses de sensibilité laissant un doute sur l'efficacité et l'efficience du programme ;
- la méthodologie d'approche classique de l'étude médico-économique est difficile à mettre en place dans le domaine de la santé mentale ; il est en particulier difficile de mesurer le « résultat » de l'action, surtout sur des échelles de temps courtes ; la modélisation permet de lever en partie cet obstacle et d'extrapoler les effets sur de longues périodes, mais les hypothèses retenues dans les modèles sont alors déterminantes ;
- on connaît mal encore les facteurs de risque des maladies mentales, et il a été évalué qu'aucun facteur de risque connu n'intervenait pour plus de 15% dans l'apparition d'une maladie mentale ; ainsi, pour démontrer un effet positif d'une action, il faut de grands échantillons ; ainsi, pour prendre l'exemple du suicide, il reste difficile de mesurer l'efficacité d'actions de prévention puisqu'il s'agit d'un événement rare, et qu'il faudrait mobiliser de très grandes cohortes d'individus pour entrevoir un effet statistiquement significatif . Ou encore il

[30] Zeichsmaster I, Kilian R, McDaid D, and the MHEEN Group, Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness ? A systematic review of the evidence from economic evaluations, BMC Public Health 2008, 8:20

faudrait des programmes qui ciblent plusieurs facteurs de risque dans des populations à haut risque.

Deux domaines ont été particulièrement étudiés : d'une part la dépression et le suicide, et d'autre part les troubles de développement chez l'enfant.

Pour la dépression et le suicide, le tableau suivant résume les apports des études :

Article	Pays	Action	Méthodes	Résultats
Smit et al, 2006	Pays-Bas	Prévention primaire de la dépression : contact minimal de psychothérapie pour des individus à risque	Essai pragmatique 1 an	80% de probabilité de coût/efficacité à un seuil de 23 000 $ par cas évité Pas d'analyse de long terme
Petrou et al, 2006	RU	Visite à domicile d'un thérapeute pour la prévention de la dépression post-natale	Essai pragmatique 18 mois	70% de probabilité de coût/efficacité à un seuil de 1800 $ par mois de dépression évité, mais données d'efficacité non significatives
Lynch et al, 2005	USA	Thérapie comportementale chez des adolescents à risque avec parents dépressifs	Essai 1 an	Davantage de mois de dépression évités Ratios par QALY inférieurs au seuil de 50 000 $ Pas d'analyse de long terme
Valenstein et al, 2001	USA	Programmes de dépistage de la dépression chez l'adulte	Modélisation	Ratios coût-utilité non favorables : 68 000$ à 260 000$ par QALY Dépend de l'efficacité des traitements
Sari et al, 2008	USA	Prévention du suicide dans les universités	Simulation/ modélisation 1 an	Il existe un bénéfice net de l'action Rapport coût/ bénéfice : 2,3 à 4,3 pour 1
Zaloshnja et al, 2003	USA	Prévention du suicide chez des adolescents dans une tribu amérindienne	Avant / après sur 10 ans	Le rapport coût/bénéfice est de 47 pour 1
Appleby et al, 2000	RU	Formation de professionnels de santé de premier recours dans la prise en charge des patients	Modélisation	6200 $ par année de vie gagnée sous certaines hypothèses
Byford et al, 1999	RU	Intervention de travailleurs sociaux à domicile pour des enfants et adolescents ayant fait une tentative de suicide	Essai randomisé pragmatique 5 mois	Pas de différence avec le groupe témoin sur le plan de l'efficacité ou des coûts
Rutz et al, 1992	Suède	Formation des généralistes pour détecter la dépression	Comparaison de 2 régions Modélisation	Il existe un bénéfice net, mais cela dépend des hypothèses prises

Ainsi, malgré les limitations de ces approches et notamment la difficulté de généraliser les programmes à partir de ces éléments, il ressort que les actions de prévention du suicide sont probablement efficientes dans un certain nombre de cas. Même si on ne considère pas les coûts intangibles, le ratio coût/efficacité reste favorable par rapport à d'autres actions menées dans le système de soins.

Dans le domaine du développement précoce de l'enfant, deux études américaines ont évalué les bénéfices d'un programme de support pré-scolaire pour les enfants à QI bas dans des familles de faible niveau socio-économique. Des résultats positifs ont été enregistrés en termes de performance scolaire, diminution de la délinquance, utilisation de drogues, etc. Les ratios coût/bénéfice calculés se trouvent entre 4 et 19,8 pour 1.

Aos et al (2004)[31] ont sur ce thème effectué une revue de 61 interventions et opéré des simulations. Seulement 2/3 de ces interventions présentaient un bénéfice net, notamment dans les interventions à domicile ciblées en faveur des mères à risque et/ou à faibles revenus.

Ainsi, seul ce type d'actions, dans le contexte américain, présente un niveau de preuve important quant à leur efficience.

S'il est possible en effet de prévenir aussi tôt des troubles qui peuvent induire à l'âge adulte des coûts importants pour l'individu et la société, de telles actions de prévention (via un soutien aux parents et aux enfants jusqu'au début de l'école primaire) sont évidemment intéressantes. C'est dans la petite enfance que ces interventions apparaissent les plus efficaces.

Il est possible que d'autres types d'actions puissent se révéler efficientes, notamment dans le milieu du travail, avec les programmes de réduction du stress au travail, mais il n'y a pas d'éléments médico-économiques disponibles dans le domaine spécifique de la santé mentale. Des programmes globaux de promotion de la santé sur le lieu de travail ont été mis en place aux Etats-Unis (Pelletier, 2005[32]), notamment auprès de populations à risque (dépistage de l'hypertension, aide à l'arrêt du tabac, réduction du stress, promotion de l'activité physique, d'une alimentation équilibrée, etc.), et se révèlent intéressants en termes coût/efficacité, avec en bénéfices économiques attendus une réduction de l'absentéisme et une amélioration de la productivité, ainsi qu'une réduction des primes d'assurances dans certains cas par diminution des dépenses de soins médicaux des employés. Les auteurs observent que l'attention portée aux problèmes psychologiques et mentaux au sein de tels programmes de promotion de la santé, est très récente.

Parmi ces actions générales de prévention des maladies mentales, nous avons vu que la dépression était particulièrement étudiée. Une question spécifique porte sur le dépistage de cette affection en population générale.

[31] Aos et al, Benefits and costs of prevention and early intervention programs for youth, Washington State Institute for Public Policy, 2004

[32] Pelletier KR, A review and analysis of the clinical and cost-effectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite : Update VI 2000-2004, J Occupational and Environmental Medicine, 2005, 47:1051-1058

Faut-il engager un programme de dépistage de la dépression ?

La généralisation du dépistage de la dépression peut se justifier au motif qu'un très fort pourcentage de patients déprimés n'est pas reconnu et donc pas traité. Mais les avantages l'emportent-ils sur les inconvénients ? Engager une vaste campagne de dépistage de la dépression (envisagée dans plusieurs pays) présente en effet des effets pervers potentiels, cliniques, éthiques, économiques. Une revue récente et une méta-analyse de la Cochrane tentent de répondre à cette question[33].

Les critères dont s'est doté l'organisme anglais impliqué dans cette étude (UK National Screening Committee) pour engager une telle politique de dépistage sont les suivants :

- la pathologie doit être un important problème de santé publique ;
- l'épidémiologie et la clinique de l'affection doivent être comprises avec précision ;
- le test de dépistage doit être sans risque, simple, précis, et validé ; un seuil adapté doit être défini et validé ;
- le test doit être acceptable par la population ;
- un traitement efficace doit être la conséquence du dépistage, avec la preuve qu'un traitement précoce produit de meilleurs résultats ;
- la prise en charge des patients doit être optimisée (application des recommandations de bonnes pratiques, coopération entre les offreurs de soins…) avant de mettre en place le programme de dépistage ;
- des essais contrôlés randomisés de haute qualité doivent avoir fourni la preuve que le programme de dépistage réduit effectivement la morbidité ;
- le programme de dépistage doit être cliniquement, socialement et éthiquement acceptable pour les professionnels de santé et la population ;
- les bénéfices du programme doivent être supérieurs aux risques physiques et psychologiques ;
- le coût doit être équilibré, en relation avec la dépense des soins médicaux.

La dépression remplit à l'évidence le premier critère, mais sur les critères suivants, des problèmes existent :

- pour les dépressions légères, les études longitudinales indiquent que les symptômes peuvent se résoudre spontanément en 2 à 4 semaines, et qu'une période d'observation sans traitement est nécessaire. Il y a ainsi, en cas de programme généralisé de dépistage, un risque élevé de faux positifs ; en outre, il apparaît que les cas non repérés en pratique sont identifiés lors de consultations ultérieures, si bien que le dépistage n'est peut-être pas utile ;
- les tests en vigueur ont une sensibilité de l'ordre de 75% et une spécificité de 85%, mais ont donc une valeur prédictive positive faible ;
- l'acceptabilité par les patients n'est pas acquise au regard d'expériences antérieures lors d'enquêtes en population (30% à 60% des patients ne remplissent pas le volet concernant les symptômes de dépression) ; auprès des professionnels, il n'existe pas suffisamment d'éléments pour en juger ;
- en général, les cas non détectés sont des cas légers, et les traitements (antidépresseurs, psychothérapie) ne sont pas aussi efficaces que pour les cas modérés et sévères ; les symptômes peuvent se résorber spontanément ;
- la qualité des soins pour la prise en charge des patients atteints de dépression reconnue est très loin d'être optimale : posologies insuffisantes, durées de traitement insuffisantes, suivi insuffisant, non observance du traitement ;
- une revue des études effectuées sur un tel programme de dépistage en montre l'impact : augmentation marginale du taux de diagnostic de dépression, pas de modification de l'état de santé des patients à 6-12 mois. Ceci étant, une étude américaine importante a montré des effets positifs mais le dépistage entrait alors dans le cadre d'un programme global de prise en charge de la dépression en soins primaires : éducation du patient en face à face, support téléphonique, maniement des antidépresseurs, psychothérapie, suivi organisé, ainsi que formation et soutien des professionnels par des spécialistes. Le dépistage seul n'est pas donc pas la source des résultats positifs enregistrés ;
- pour améliorer le taux de dépistage, certains auteurs préconisent de cibler l'action sur les personnes à risque : maladie chronique, alcoolisme, antécédents de dépression ; mais il n'existe pas d'évaluation d'une telle stratégie, au demeurant complexe à mettre en œuvre ;

[33] Gilbody S et al, Should we screen for depression ? BMJ 2006, 332:1027-1030
Gilbody S et al, Screening and case finding for depression, Cochrane Database Syst Rev 2005 (Issue 4): CD002792

- les bénéfices seront donc modestes. Quels sont les risques en regard ? Les risques potentiels sont la stigmatisation, le risque de considérer une dépression transitoire comme une maladie, la dispersion des ressources engagées dans le système de santé au détriment de patients ayant des besoins plus importants, l'allongement du temps de la consultation ;
- sur le plan du ratio coût/efficacité, aucune étude randomisée n'a été réalisée ; une étude de modélisation coût-utilité a été menée, mais sans recueil prospectif de données : il s'avère que pour rester en dessous du seuil de 50 000 $ par QALY, le coût de gestion du programme doit être inférieur à 3 $ par patient, la prévalence de la dépression doit être d'au moins 13%, le dépistage doit permettre de repérer 80% des patients, et le bénéfice thérapeutique doit être observé chez au moins 85% des patients. Ces chiffres sont loin d'être atteints en pratique.

Ainsi, au total, une politique de dépistage généralisé de la dépression, sans autre mesure, ne rencontre pas les critères de mise en œuvre et le ratio coût/bénéfice n'est pas acceptable. Ceci étant, faire du dépistage l'une des composantes d'un programme global de prise en charge (programme « intégré ») peut s'avérer intéressant, comme il a été indiqué dans les études sur le « care management ». Les auteurs soulignent que, avant d'engager de telles actions de dépistage, l'urgence serait déjà de s'assurer que des soins de qualité soient délivrés en routine !

Annexe 5.5
Les perspectives de réforme du financement des établissements psychiatriques

Les informations faisant l'objet du relevé d'activité

Informations constantes au cours du séjour :

- Le N° de l'établissement
- Le N° d'identification permanent du patient dans l'entité juridique
- La date de naissance du patient
- Le sexe du patient
- Le code postal de résidence
- La nature de prise en charge : prises en charge à temps complet, prises en charge à temps partiel, prises en charge ambulatoires
- Le N° de séjour
- La date d'entrée de séjour
- La date de sortie de séjour
- Le mode d'entrée (mutation, transfert, domicile) et la provenance (MCO, SSR, USLD, autre unité de psychiatrie, HAD, urgences, structure d'hébergement médico-sociale)
- Le mode de sortie (mutation, transfert, domicile, décès, sans autorisation) et la destination

Informations propres à chaque séquence :

- N° d'unité médicale
- N° de secteur ou de dispositif intersectoriel
- Mode légal de séjour, pour l'hospitalisation à temps plein : hospitalisations libre, à la demande d'un tiers, d'office, etc.
- Indicateur de séquence correspondant à une sortie d'essai
- Date de début de séquence
- Date de fin de séquence
- Nombre de jours de présence
- Nombre de demi journées de présence
- Diagnostic principal ou motif de prise en charge principal, qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la durée de la séquence : la Classification internationale des maladies version 10 est utilisée
- Diagnostics et facteurs associés : pathologies psychiatriques associées, pathologies somatiques, facteurs d'environnement influant sur l'état de santé, causes externes de morbidité (lésions traumatiques, intoxications, agressions…)
- Cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ). Six variables sont ainsi évaluées :
    - habillage,
    - déplacement/locomotion,
    - alimentation,
    - continence,
    - comportement,
    - relation,

  chacune de ces variables étant cotée sur une échelle à 4 niveaux :
    - Indépendance
    - Supervision ou arrangement
    - Assistance partielle
    - Assistance totale
- Nombre de jours d'isolement thérapeutique
- Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire

Liste des missions faisant l'objet de l'enquête en vue de définir le champ des MIG en psychiatrie

Activités de nature commune avec le MCO

⇨ **Recherche médicale et innovation**
⇨ Centre d'épidémiologie clinique (CEC) :
⇨ Centre d'investigation clinique (CIC) :
- Les délégations interrégionales à la recherche clinique
- Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC)
- Programmes de soutien aux thérapeutiques innovantes et coûteuses (STIC)
- Contrats EPST / CHU

⇨ **Enseignement**
- Télé-enseignement, télé-formation

⇨ **Expertise, référence**
- Centre de ressource mémoire :
  Centre de recherche, de formation et de réflexion éthique pour la maladie d'Alzheimer ; rôle de recours pour des diagnostics complexes.
- Centre de référence sur les troubles de l'apprentissage du langage :
- Centres d'orientation, de conseil, de formation et de recours dans une approche pluridisciplinaire.

⇨ **Activités innovantes, expérimentales**
- Actes de biologie hors nomenclature (BHN) par exemple actes de biochimie et d'exploration métabolique (vitamines, métaux, etc.) pour des patients hospitalisés en psychiatrie
- Médicaments sous ATU : Doivent être identifiées les dépenses réelles relatives aux médicaments n'ayant pas d'AMM et mis à la disposition des établissements selon une procédure exceptionnelle.
- Equipes hospitalières de liaison en addictologie : Activité de liaison, de coordination et d'animation des équipes de soins et élaboration de protocoles de soins de prise en charge
- Equipes mobiles de gériatrie : Activité de liaison, de coordination et d'animation des équipes de soins et élaboration de protocoles de soins de prise en charge
- Equipes mobiles précarité
- Autres équipes mobiles

⇨ **Assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux / maintien des soins de proximité**
- Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) :
- Permanence pluriprofessionnelle chargée de faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation de précarité
- La prise en charge des patients en situation précaire par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé (PASS mobiles)
- Unités d'accueil et de soins des patients sourds, en langue des signes
- Seuls les surcoûts liés à cette prise en charge doivent être isolés sur cette ligne
- Actions de coopérations internationales : missions internationales sur instruction ministérielle

Activité uniquement psychiatrique :

- Centre médico-psychologique (CMP) hors RIM-P
- Cellules d'urgence médico-psychologique

⇨ **Interventions hors établissement**
- Soins ambulatoires sous contrainte de justice, dans des centres interrégionaux : Soins prescrits sur injonction prononcée à la sortie des détenus.
- Soins ambulatoires sous contrainte de justice, par des équipes spécialisées, dans des locaux spécifiques : Soins prescrits sur injonction prononcée à la sortie des détenus.

⇨ **Soins aux détenus**
- Unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) : Prise en charge sanitaire, dans des unités spécifiques des établissements sanitaires, des personnes détenues.

- Service médico-psychologique régional (SMPR) : Prise en charge sanitaire, dans des unités spécifiques des établissements sanitaires, des personnes détenues, hospitalisées avec leur consentement.
- Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) : Soins réalisés dans des unités hospitalières spécialement aménagées.

⇨ **Coordination, prévention, expertise**
- Consultations mémoire
- Consultations médico judiciaires
- Consultation d'addictologie :
- Emploi de psychologues ou d'assistantes sociales dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique
- Centre de ressource autisme
- Centre de référence autres maladies rares
- ✓ Ces intitulés font référence aux centres de coordination, d'expertise, de formation et d'information des professionnels de santé et des patients, de surveillance épidémiologique et d'évaluation pour les maladies rares. Ces centres doivent être labellisés par le ministère de la santé
- Dépistage de pathologies psychiatriques (schizophrénie...)
- Actions de prévention de la récidive du suicide
- Actions de prévention des dépressions
- Autres actions de prévention et d'éducation pour la santé
- Aide aux soignants du domaine sanitaire
- Aide aux soignants du domaine social et médico social
- Aide aux aidants (dans le cadre d'actions collectives et planifiées)

⇨ **Structures spécifiques**
- Maison des adolescents : Accueil pluri-professionnel spécialisé dans la prise en charge des adolescents : orientation, actions collectives (constitution et pérennité du réseau), formation, documentation, prévention auprès des usagers.
- Équipe de prise en charge « parents-bébés » avec hospitalisation
- Équipe de prise en charge « parents-bébés » sans hospitalisation

⇨ **Plateau technique**
- Eléments de plateau technique spécifiques (coûts des amortissements de ces équipements et frais de fonctionnement), assurant un rôle de recours :
- sismothérapie,
- stimulation magnétique
- enregistrement du sommeil

⇨ **Prises en charge spécifiques**
- Scolarisation des enfants :
- ✓ Surcoûts relatifs aux locaux, et matériels dédiés ; ou les charges de transports lorsque les enfants vont en classe hors de l'établissement (surcoûts résiduels hors Education nationale)
- Gérance de tutelle pour les patients hospitalisés.
- Gérance de tutelle pour les patients non hospitalisés.

Annexe 6

Définitions

Alzheimer (La maladie d' Alzheimer) *(selon l'OMS)* : « La maladie d'Alzheimer est une maladie cérébrale dégénérative primitive. La démence de la maladie d'Alzheimer est classée parmi les troubles mentaux et du comportement dans la CIM-10. Elle se caractérise par un déclin progressif des fonctions cognitives telles que la mémoire, l'idéation, la compréhension, le calcul, le langage, la capacité d'apprendre et le jugement. On pose le diagnostic de démence lorsque ces perturbations sont telles qu'elles constituent une entrave aux activités de la vie quotidienne. La maladie d'Alzheimer débute de façon insidieuse et provoque une lente détérioration ».

Co-morbidité : présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou une maladie primaire.

Confusion mentale : désorientation temporo-spatiale, rêves hallucinatoires, onirisme.

Crises d'angoisse : états anxieux, paroxystiques.

Démences : troubles organiques dégénératifs (démence sénile…) ou vasculaires (artério-sclérose…).

Démographie médicale : est, au sens propre, l'étude statistique de la population de la profession médicale, ou au sens large, des professions.

Densité médicale : le nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Dépressions : dépressions réactionnelles, dépressions névrotiques, mélancolie…

ECN : épreuves classantes nationales

Epidémiologie *(selon l'OMS)* : L'épidémiologie peut être définie comme l'étude de la distribution et des déterminants ou d'événements d'états de santé (y compris les maladies) dans des populations humaines, et l'application de cette étude à la lutte contre les maladies. Le mot épidémiologie, d'origine grecque, est constitué de επι (epi) = parmi, δεμος = gens, et λογος (logos) = doctrine.

Etude coût/bénéfice *(Lexique médico-économique, http://lexeco.free.fr/) :* L'étude coût-bénéfice consiste à valoriser tous les effets sous forme monétaire, les coûts étant les effets " monétarisés " négativement et les bénéfices les effets " monétarisés " positivement.
Les coûts représentent ceux de l'action à entreprendre et les bénéfices correspondent aux répercussions économiques du projet. Les coûts et les bénéfices sont obtenus par sommation algébrique des pertes et des gains de tous les agents concernés par l'opération.
La notion de bénéfices d'un projet d'action en matière de santé peut se définir comme la réduction des écarts sur le plan individuel et social entre un individu malade et un individu sain, celui-ci servant de norme.
Ce type d'évaluation permet non seulement de comparer plusieurs programmes entre eux, mais aussi de comparer les ressources utilisées aux ressources générées par un programme. Ce type d'analyse vise à comparer des actions de santé ayant des résultats cliniques ou de qualité de vie se traduisant par des bénéfices valorisables monétairement.
Cependant, cette méthode se heurte à la difficulté de valorisation de certains bénéfices médicaux, comme le confort ou le gain en années de vie, c'est-à-dire à leur expression en unités monétaires. C'est pourquoi, plusieurs méthodes de valorisation ont été proposées, parmi lesquelles on peut citer la méthode dit du capital humain et celle de la disposition à payer.
- La méthode dite du capital humain consiste à valoriser les années de vie en se basant sur la productivité cumulée de ces années : ainsi, une année de vie vaut la somme d'argent qu'elle permet de gagner. Cette approche, utilisée par les compagnies d'assurance, est en fait rarement appliquée en médecine, en raison des nombreux problèmes éthiques qu'elle soulève.
- Quant à la méthode dite de disposition à payer, elle valorise un bénéfice médical en fonction du prix que le bénéficiaire serait prêt à payer pour l'obtenir. Cette méthode, qui rend compte des différences interindividuelles, demeure cependant difficile à appliquer à l'ensemble d'une population.

Etudes Coût/efficacité *(Lexique médico-économique, http://lexeco.free.fr/) :* La méthode coût-efficacité consiste à privilégier un effet positif dominant improprement appelé l'efficacité, à " monétariser " tous les autres effets qui sont eux-mêmes agrégés ensuite en un coût, et à considérer le ratio efficacité sur coût. Une telle étude met donc en relation la dimension des coûts et celle des résultats d'une action de santé. Elle s'applique dans le cas où l'objectif est mesurable à l'aide d'un indicateur d'efficacité exprimé en unités naturelles : années de vie gagnées, années de vie sans incapacité, etc.

L'analyse ou étude coût-efficacité fournit notamment un coût par unité de résultat (quel que soit le critère), mais ne peut répondre à la question de savoir si ces résultats justifient le coût. Les études coût-efficacité sont comparatives et réalisées dans le but de procurer au décideur des éléments d'information permettant de classer les diverses options étudiées. Elles privilégient alors soit le programme qui a le coût le plus faible pour une efficacité donnée, soit le programme le plus efficace pour un coût donné.

L'utilisation d'analyses coût-efficacité pour trancher entre deux interventions n'est possible que si l'efficacité de ces dernières peut être mesurée avec des unités comparables. Dans le cas contraire, il faut alors tenter de convertir les effets des deux actions en termes identiques, soit monétaires, et l'analyse deviendra une analyse coût-bénéfice, soit en termes d'utilité (étude coût-utilité).

Etude coût/utilité *(Lexique médico-économique, http://lexeco.free.fr/) :* Le mot utilité fait référence à la fonction d'utilité des économistes. Cette fonction modélise les préférences des individus sur des situations.

L'estimation de l'utilité la plus fréquemment employée est l'indicateur QALY : " Quality Adjusted Life Year " ou année de vie ajustée par la qualité. Cette notion de QALY, formalisée en 1977 par Weinstein et Stason, est issue de l'application au champ de la santé de la théorie de l'utilité développée par les économistes.

C'est un moyen de formaliser l'expression des préférences individuelles et collectives entre différents états de santé et de qualité de vie. Le patient préfère-t-il une thérapeutique chirurgicale présentant un risque opératoire et une certaine probabilité de succès, à une thérapeutique médicale moins efficace et présentant des effets secondaires ?

Le QALY est une mesure de l'utilité perçue par les patients d'une action médicale qui modifie leur état de santé. Il correspond à un nombre d'années de vie gagnées pondérées par la valeur accordée à ces années par les patients en fonction de l'état dans lequel ce temps est vécu sur le plan des handicaps et de la souffrance (physique et psychologique). De tels choix implicites apparaissent également au niveau collectif, chaque fois que des décisions d'allocation des ressources médicales sont effectuées.

Evaluation médico-économique *(Lexique médico-économique, http://lexeco.free.fr/) :* L'évaluation médico-économique cherche à établir une relation entre le coût de différentes interventions et leurs résultats. C'est l'outil privilégié de l'évaluation de l'efficience (c'est-à-dire du rapport entre le coût et la performance) des stratégies médicales. Dans une optique macro-économique, elle précise le rendement d'une activité médicale en établissant le rapport entre le coût pour la collectivité et les avantages pour la population concernée par cette activité.

L'évaluation médico-économique consiste donc à valoriser les effets prévisibles d'une action en fonction des critères de valeur du décideur, puis à agréger les effets valorisés pour aboutir à une comparaison des différentes actions. Les économistes se sont efforcés de monétariser au maximum les effets divers des actions afin de pouvoir les agréger facilement, mais cela n'est pas toujours possible et plusieurs méthodes d'évaluation différentes sont utilisées.

File active : ensemble de patients vu au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe du secteur.

Incidence *(selon l'OMS)* **:** nombre de cas de maladies qui ont commencé ou de personnes qui sont tombées malades pendant une période donnée, dans une population.

Morbidité *(dictionnaire LEGARNIER DELAMARE)* **:** état de maladie. Somme des maladies qui ont frappé un individu ou un groupe d'individus dans un temps donné.

Mortalité ou taux de mortalité *(dictionnaire LEGARNIER DELAMARE)* **:** rapport qui existe entre le nombre des décès et le chiffre de la population où ils se sont produits, pendant un temps déterminé, généralement l'année moyenne, unité de temps.

Névroses : névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle, névrose hystériques…

Pédopsychiatres sont des médecins qui traitent les troubles de santé mentale ou les désordres psychoaffectifs chez les enfants ou adolescent de moins de 16 ans.

Prévalence *(selon l'OMS)* **:** nombre de cas de maladies ou de malades, ou de tout autre événement tel qu'un accident, dans une population donnée, sans distinction entre les nouveaux cas et les cas anciens.

Le mot « psychiatrie », originaire de l'antiquité gréco-romaine, voit sa terminologie naître du grec. La définition la plus ressemblante serait le médecin de l'âme ou le traitement de l'âme.

Psychiatres sont des médecins qui traitent les troubles de santé mentale ou les désordres psychoaffectifs chez les adultes de plus de 16 ans.

Psycho du grec *psukhê* [psych-, psych(o)-, -psychie] signifie l'esprit, l'âme ; **iatre** : du grec *iatreia* [-iatre], signifie le traitement et *iatros* le médecin.

Psychopathies : les déséquilibres psychiques, l'alcoolisme et les toxicomanies ainsi que les perversions.

Psychopharmacologie : science des agents chimiques capables d'influer sur l'état mental et sur le comportement. Elle comprend notamment l'étude des médicaments et des drogues susceptibles de réduire les désordres psychiques ou, au contraire, de les produire.

Psychoses : psychose maniaco-dépressive, schizophrénie, paranoïa, psychose hallucinatoire chronique…

Psychoses délirantes aigues : délire, troubles de l'humeur, troubles somatiques…

Retard mental *(selon l'OMS)* : « le retard mental est un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Egalement appelé arriération mentale ou déficience intellectuelle, il peut être associé à un autre trouble mental ou physique, ou survenir isolément. Des capacités intellectuelles réduites sont le trait dominant de ce trouble, mais on ne pose le diagnostic que si elles s'accompagnent d'une moindre capacité d'adaptation aux exigences quotidiennes de l'environnement social ». On distingue plusieurs degrés de retard mental :

- léger (QI de 50 à 69),
- moyen (QI de 35 à 49),
- grave (QI de 20 à 34),
- profond (QI inférieur à 20)

Santé *(selon l'OMS) :* « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Santé mentale *(selon l'OMS)* : « La santé mentale est le résultat d'une interaction entre l'environnement, la société et les individus qui la composent. ».

Schizophrénie *(selon l'OMS)* : « la schizophrénie est un trouble grave qui se déclare généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle se caractérise par des distorsions fondamentales de la pensée et de la perception ainsi que par des affects inappropriés. Ce désordre entraîne une altération des fonctions les plus essentielles qui permettent à chacun d'être conscient de son identité, de son unicité et de son autonomie. Le comportement peut être gravement perturbé pendant certaines phases et avoir des conséquences sociales néfastes. Le sujet schizophrène croit fermement à des idées fausses et sans aucun fondement (délire) ».

Somatique *(dictionnaire LEGARNIER DELAMARE)* : qui concerne le corps ou lui appartient.

Taux de recours au secteur : nombre de patients vu au moins une fois dans l'année par l'un des membres de l'équipe du secteur rapporté à la population totale.

Troubles de l'humeur *(selon la CIM-10)* : « ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une délation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants ».

On distingue plusieurs types de troubles de l'humeur :
- Les épisodes maniaques
- Les troubles affectifs bipolaires
- Les épisodes dépressifs
- Les troubles de l'humeur persistants (affectifs)
- Les autres troubles

Troubles mentaux et du comportement liés aux substances psycho-actives: Selon l'OMS, « le syndrome de dépendance se caractérise par un désir puissant d'utiliser la substance, une difficulté à en contrôler l'utilisation, un syndrome de sevrage physiologique, une tolérance aux effets de la substance, l'abandon d'autres sources de plaisir et d'intérêt, et la poursuite de la consommation malgré ses effets nocifs sur soi-même et sur autrui ». Parmi les troubles mentaux et du comportement liés aux substances psycho-actives figurent les troubles liés à l'utilisation d'alcool, d'opiacés, de dérivés du cannabis, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne, d'autre stimulants d'hallucinogènes, de tabac et de solvants volatils.

Troubles mentaux organiques : *(selon la CIM-10)* : « Ce groupe réunit un ensemble de troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésion cérébrales, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau. Le dysfonctionnement peut être primaire: c'est le cas des maladies, lésions ou atteintes qui touchent le cerveau de manière directe ou sélective ; il peut également être secondaire: c'est le cas des maladies et des troubles somatiques qui affectent le cerveau au même titre que les autres organes ou systèmes de l'organisme ».

On distingue plusieurs types :
- La démence de la maladie d'Alzheimer,
- La démence vasculaire,
- La démence au cours d'autres maladies,
- La démence sans précision,
- Le syndrome amnésique,
- Le délirium,
- L'état hallucinatoire organique.