

QUELQUES REPERES POUR LA PSYCHIATRIE PUBLIQUE

Par **Piero Chierici** et **Guillaume Pradalié**

Le 21 septembre 2012



Synthèse

En matière de psychiatrie, le discours du précédent quinquennat, centré sur les questions de sécurité publique, aura très largement détourné les regards des principales difficultés. Pourtant, enjeu sanitaire, social et économique majeur dans notre pays, la psychiatrie publique française connaît de très fortes inégalités dans la répartition géographique de l'offre sanitaire, mais aussi entre une psychiatrie publique chargée de la couverture intégrale du territoire et des pathologies les plus lourdes et une offre libérale concentrée dans les zones urbaines riches et sur les troubles mentaux moins graves. Ainsi, secouée entre son souci du soin et les exigences de sécurité, sans visibilité précise sur ses missions et ses moyens à venir, cloisonnée et divisée, confrontée à une demande sociale immense - impossible à satisfaire en totalité - la psychiatrie publique est aujourd'hui déboussolée et en recherche de repères. C'est pourquoi la plupart des acteurs du domaine sont en demande d'une grande loi de santé mentale qui en fixerait les objectifs, les principes, les moyens et l'organisation, au bénéfice d'un patient redevenu pleinement citoyen.

La situation de la psychiatrie publique peut être résumée à trois enjeux principaux. Le premier est la conciliation difficile du soin et de la sécurité. La loi du 5 juillet 2011 a profondément modifié l'organisation de la prise en charge des soins sous contrainte, notamment en introduisant l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD). Malheureusement, cette avancée essentielle en matière de libertés publiques s'est accompagnée d'un alourdissement considérable de la charge de travail administrative (notamment du fait de la multiplication des certificats médicaux) qui risque de se faire au détriment du temps de soins.

Le deuxième enjeu est celui de l'organisation territoriale des soins, actuellement en forte évolution. Le principe du « secteur psychiatrique » qui attribue à un établissement de santé la responsabilité d'une zone géographique, et donc d'une population, de la prévention à la réinsertion, reste fondamental et doit être conforté. Il vise à garantir la couverture de l'ensemble du territoire et la continuité entre les unités d'hospitalisation et les structures ambulatoires. Cependant, ce principe ne doit pas être un obstacle à l'organisation d'activités couvrant plusieurs secteurs lorsque cela a un sens et, surtout, ne doit pas favoriser le repli de l'hôpital derrière ses murs.

Le troisième enjeu majeur est celui des inégalités dans la répartition des moyens financiers entre les territoires. Ainsi, le nombre de lits pour 100 000 habitants varie, selon les secteurs, de 54 à 317. Or, le mode de financement actuel, fondé sur la reconduction annuelle des budgets historiques empêche de rééquilibrer significativement la situation. Il paraît donc urgent de relancer les travaux nationaux sur un nouveau modèle de financement qui serait fondé à la fois sur la population desservie et sur l'activité réellement produite.

Face à ce constat, et sans préjuger d'un débat plus large sur le rôle et les objectifs de la psychiatrie publique, il est possible de formuler cinq propositions prioritaires :

- *simplifier le dispositif régissant les soins sous contrainte et donner aux établissements les moyens de l'appliquer ;*
- *réaffirmer la place du secteur et inscrire pleinement son rôle dans la planification sanitaire ;*
- *mieux articuler l'hôpital psychiatrique avec ses partenaires extérieurs ;*
- *mettre en place un financement équilibré tenant compte de l'activité et des caractéristiques de la population desservie, en vue de rééquilibrer progressivement les moyens entre secteurs ;*
- *Renforcer les moyens de la recherche publique notamment dans le domaine épidémiologique.*



Note
intégrale

En matière de psychiatrie, le précédent quinquennat aura été marqué par les tonalités sécuritaires du discours d'Antony de décembre 2008, prononcé quelques jours après le meurtre d'un étudiant par un patient à Grenoble. Ces annonces ont ensuite été suivies de peu d'effets réels. En revanche, elles ont détourné le débat public des vrais enjeux de la psychiatrie d'aujourd'hui. Ainsi, de nombreux acteurs du secteur demandent maintenant une grande loi de santé mentale qui soit l'occasion pour la société de s'interroger sur les objectifs, les principes et l'organisation de cette spécialité médicale un peu à part. Dans le cadre de ce débat, cette note cherche à identifier quelques grands enjeux et mesures prioritaires.

Les pathologies psychiatriques occupent le troisième rang des maladies les plus fréquentes en France et concernent environ 10 % de la population. Selon une étude européenne récente¹, c'est même près d'un tiers de la population, soit 165 millions de personnes, qui serait atteint d'un trouble mental. En fait, la définition même du périmètre de la santé mentale fait débat puisqu'il mêle les troubles les plus graves, psychose notamment, à des affections nettement plus légères (troubles du sommeil, anxiété...). Ainsi, des troubles imputables au mal être et au stress généré par notre fonctionnement social sont parfois pris en charge par des services psychiatriques. S'ajoute à cela l'intérêt financier que peuvent avoir les acteurs du système sanitaire et, notamment les laboratoires pharmaceutiques, à développer un marché peu régulé.

Néanmoins, quel que soit le périmètre retenu, les troubles mentaux restent une des problématiques de santé publique actuelles majeures pour laquelle une part relativement faible des dépenses

¹ H.U. Wittchen et al., *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655, septembre 2011

sanitaires est mobilisée : 2,8 % dans le monde, 5 % en Europe². Malgré cela, en France, le coût annuel pour l'assurance maladie est, d'après le récent rapport de la Cour des Comptes³, d'environ 17 milliards d'euros. Et, si l'on tient compte des conséquences sociales et économiques, le coût global des troubles mentaux est estimé à 107 milliards d'euros.

Les troubles mentaux n'ont pas uniquement des conséquences sanitaires et financières. Plus que les autres spécialités médicales, la psychiatrie a en effet une dimension sociale très marquée du fait des conséquences collectives que peuvent avoir certaines pathologies. Troubles du comportement, désocialisation, agressivité, perturbation de l'ordre public sont malheureusement les corollaires habituels, du moins pour un nombre conséquent de patients, de la maladie mentale. Ainsi, une étude sur les sans-abris parisiens évalue à près de 60 % ceux touchés par des troubles mentaux⁴. Selon un rapport d'information du Sénat⁵, cette proportion serait de 25 % chez les détenus.

La psychiatrie est donc un enjeu sanitaire, social et économique majeur dans notre pays. Or, peut être plus encore que dans le reste de la santé, ce secteur connaît de très fortes inégalités. C'est le cas dans la répartition géographique de l'offre sanitaire mais aussi entre une psychiatrie publique chargée de la couverture intégrale du territoire et, de fait, des pathologies les plus lourdes, et une offre libérale concentrée dans les zones urbaines aisées et sur les troubles mentaux moins graves.

Ainsi, secouée entre son souci du soin et les exigences de sécurité, sans visibilité précise sur ses missions et ses moyens à venir, cloisonnée et divisée, confrontée à une demande sociale immense - impossible à satisfaire en totalité - la psychiatrie publique est aujourd'hui déboussolée et en recherche de repères. Elle est à la croisée des chemins et les prochaines années diront si elle aura su se renforcer et se rénover au bénéfice d'un patient redevenu pleinement citoyen, ou si elle aura progressivement connu un repli asilaire et un reflux de ses ambitions et de ses moyens.

Le plan de santé mentale 2011-2015 aurait pu être l'occasion de définir de grandes perspectives et de redonner sens à l'action. Mais ses préconisations demeurent largement floues, peu contraignantes et risquent donc de rester largement inappliquées. Malheureusement, le rapport de la Cour des comptes, déjà cité, sur le plan précédent n'incite pas à l'optimisme. Reprenant une partie de ses analyses, ainsi que les nombreuses, et récentes, contributions politiques, syndicales et professionnelles sur le sujet, la présente note, après avoir décrit les principaux enjeux, formule cinq propositions prioritaires d'amélioration.

² *Atlas de la santé mentale 2011*, OMS

³ « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010 », Cour des Comptes, décembre 2011

⁴ Kovess V., Mangin-Lazarus C., « Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans-abris à Paris », *Alcoologie et addictologie*, n° 22 (2), 2000, p. 121-129.

⁵ Rapport d'information n° 434 (2009-2010) fait au nom de la commission des lois et de la commission des affaires sociales, déposé le 5 mai 2010.

TROIS ENJEUX : LIBERTE, EQUITE ET TERRITOIRES

LIBERTE : LA PSYCHIATRIE ENTRE SOIN ET SECURITE

Bien qu'une majorité des patients de la psychiatrie publique soit pris en charge exclusivement en ambulatoire (80 % d'entre eux), et que la plupart des patients hospitalisés à temps complet ait été admis à leur demande, sans aucune contrainte, la psychiatrie est aujourd'hui encore perçue par le grand public comme une institution carcérale, isolant de la société des individus dangereux. Parmi les patients hospitalisés sans leur consentement, les quatre cinquièmes ont été admis à la demande d'un de leurs proches (famille ou autre), précédant plusieurs avis médicaux, et une minorité l'ont été à la demande du représentant de l'Etat dans le département. Il s'agissait, avant la loi du 5 juillet 2011, des mesures dites « d'hospitalisation d'office ».

La Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques a permis des avancées réelles. Tout d'abord, l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) dans toutes les procédures de soins psychiatriques sans consentement met la France au diapason des principaux pays européens. Ensuite, la formalisation en « programmes de soins » des prises en charge fait de l'ambulatoire la règle et de l'hospitalisation l'exception, en cohérence tant avec la politique de secteur qu'avec la dynamique des filières spécialisées. Enfin, la loi et ses textes d'application visent à favoriser un dialogue approfondi et organisé institutionnellement entre médecins, soignants et administratifs. Elle vise également à formaliser le dispositif partenarial entre l'hôpital et les autres acteurs de la prise en charge globale du patient.

Ce faisant, la loi du 5 juillet 2011 a répondu aux exigences du Conseil Constitutionnel qui imposait le vote d'une loi, dans un délai de six mois, afin de mieux garantir le respect des libertés publiques en matière de soins psychiatriques sans consentement. Elle a ainsi nettement atténué la démarche, centrée sur la sécurité des personnes, engagée par le gouvernement.

Maintenant qu'une analyse de la mise en œuvre de la loi est possible avec quelques mois de recul, le nombre de levées d'hospitalisation sous contrainte par le juge des libertés pose question⁶. Une partie importante de ces levées est vraisemblablement due à des problèmes de forme juridique qui devraient se réduire avec l'expérience acquise par les psychiatres et les établissements. Mais il restera probablement une part non négligeable de situations où l'appréciation diffèrera entre le juge et le médecin, ce qui n'est pas sans poser des questions d'accès aux soins mais aussi de sécurité et de libertés publiques.

Surtout, cette loi n'a pas répondu aux attentes des professionnels de santé et des usagers qui aspirent à une grande loi sur la psychiatrie, porteuse d'une vision globale incluant tous les aspects de cette offre de soins, en particulier la sécurité des soins et la protection des libertés, les liens entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, l'adéquation entre offre de soins et besoins de santé...

⁶ Entre 4 et 10 % des audiences donneraient lieu à levée selon des estimations encore parcellaires et provisoires.

EQUITE : UNE ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS EN EVOLUTION

Mise en place par une circulaire dès 1960⁷ et officialisée seulement en 1985⁸, la sectorisation psychiatrique repose d'une part sur le découpage du territoire en environ 800 unités de taille comparable (en théorie 67 000 habitants par secteur lors de leur création) confiée à un établissement de santé mentale, et d'autre part par l'articulation obligatoire de soins en hospitalisation et en ambulatoire. Cette structuration est, encore aujourd'hui, à la base de l'organisation des hôpitaux psychiatriques et garantit à l'ensemble de la population une couverture sanitaire, au moins théorique. C'est pourquoi, à juste titre, la sectorisation fait l'objet d'un très fort attachement des équipes médicales et soignantes et constitue une spécificité forte de la psychiatrie dans une organisation sanitaire française qui manque cruellement d'articulations efficaces entre l'intérieur et l'extérieur de l'hôpital. C'est pourquoi il faut défendre les principes au fondement du secteur psychiatrique et en garantir la pérennité.

Néanmoins, afin de répondre aux objectifs à l'origine de sa création, le secteur doit aujourd'hui évoluer sur plusieurs points. Tout d'abord, l'équilibre supposé dans la répartition des moyens entre les secteurs n'a jamais été une réalité et de très fortes inégalités d'accès aux soins existent aujourd'hui (voir point suivant).

Ensuite, si le principe de continuité entre les unités d'hospitalisation et les structures extrahospitalières de consultation (les *centres médico-psychologiques*) est en général bien assuré, la répartition des moyens entre ces deux modes de prise en charge est très différente entre les secteurs, les établissements et les régions. Globalement, le nombre de lits d'hospitalisation a considérablement baissé (-4 500 lits entre 2001 et 2010), traduisant ainsi une évolution des pratiques médicales, et une amélioration des prises en charge médicamenteuses, permettant une réduction des durées de séjour et une prise en charge ambulatoire plus facile. Mais, dans de nombreux cas, la réduction des moyens réalisée sur les lits d'hospitalisation n'a pas été convertie, ou pas suffisamment, en structures extrahospitalières.

Bien entendu, le rôle central du secteur ne doit pas exclure la possibilité d'organiser certaines activités de façon intersectorielle comme c'est largement le cas dans de nombreux hôpitaux. D'une part, les pôles cliniques, regroupant plusieurs secteurs, sont maintenant une réalité et permettent souvent d'introduire une certaine souplesse dans l'organisation des prises en charge (par exemple par le gommage des effets de frontière induits pas des découpages de secteurs à l'intérieur d'une même commune). D'autre part, des activités d'expertise ou demandant des moyens spécifiques et rares peuvent rarement être mises en place dans chaque secteur et il est alors préférable de les structurer au niveau permettant d'atteindre la masse critique nécessaire (pôle clinique, établissement voire département ou région).

Enfin, l'articulation, par le secteur, entre intra et extra hospitalier au sein d'un établissement semble aujourd'hui fonctionner de façon assez positive. En revanche, les interfaces extérieures des établissements psychiatriques posent souvent problème que ce soit avec les autres établissements

⁷ Circulaire Direction générale de la santé publique du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

⁸ Loi 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

sanitaires ou avec les établissements médico-sociaux qui constituent très largement l'aval de la filière. De même, les échanges institutionnels avec l'hospitalisation privée et la médecine de ville sont très souvent réduits au minimum alors que des flux de patients existent, de fait, entre tous les acteurs. Enfin, les échanges avec les collectivités territoriales sont parfois aussi insuffisants. Sans négliger les très nombreuses expériences positives qui existent dans tous ces domaines, la coopération extérieure des établissements reste donc un enjeu et la réglementation propose aujourd'hui de nombreux outils (réseaux, conventions, groupements de coopération sanitaire ou médico-sociale, communautés hospitalières de territoire, conseils locaux de santé mentale) qui peuvent aider à y répondre.

TERRITOIRES : DES INEGALITES IMPORTANTES DANS LA REPARTITION DES MOYENS

Malgré l'équité théorique induite par la sectorisation, de très grandes inégalités existent aujourd'hui dans la répartition des moyens sur le territoire⁹. A titre d'illustration, le nombre de lits pour 100 000 habitants peut varier, selon les secteurs, de 54 à 317. De même, le nombre de psychiatres, en équivalents temps plein pour 100 000 habitants, varie de 7,3 à 16,1.

Face à cette situation, le mode de financement actuel, fondé sur la reconduction annuelle des moyens « historiques », n'est pas en mesure d'apporter de solution. Malgré les efforts de certaines agences régionales de santé (ARS), le rééquilibrage ne peut se faire qu'à travers l'allocation de moyens nouveaux et ceux-ci sont rares en période de déficit de l'assurance maladie.

La réflexion entamée, dès 1989, sur l'application à la psychiatrie d'une tarification à l'activité pourrait apporter une partie de la réponse. Mais les mécanismes liant activité produite et financement sont particulièrement difficiles à appliquer à un domaine médical où le diagnostic est bien plus complexe et flou que dans d'autres disciplines et où la prise en charge est variée, multiforme et fortement liée aux choix théoriques des intervenants soignants. Les réflexions menées par les groupes de travail ministériels avaient abouti à une ébauche de modèle faisant consensus entre de nombreux acteurs du secteur¹⁰. Ainsi, le modèle, présenté en 2006, reposait sur quatre éléments : l'activité produite par l'établissement, les caractéristiques de la population desservie (« géo populationnel »), les missions spécifiques d'intérêt général (urgences, précarité...) et les médicaments particulièrement onéreux. A la condition que la part respective de ces différents compartiments soit équilibrée et, notamment, que la part « géo populationnelle » soit significative, ce modèle semblait à même de faire évoluer le financement de la psychiatrie vers une meilleure adaptation des moyens aux besoins, dans un relatif consensus. Mais les dernières années n'ont pas vu d'avancées réelles du dossier et les dates théoriques de mise en œuvre sont régulièrement repoussées.

Au delà du seul financement, les inégalités dans les prises en charge sont très largement dues à la démographie médicale et paramédicale. En effet, alors que la France compte plutôt plus de psychiatres par habitant que la moyenne des pays de l'OCDE, il existe de nombreux postes vacants,

⁹ « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale », Coldefy M., Le Fur P., Lucas-Gabrielli V., Mousquès J., *Pratiques et Organisation des soins*, vol. 40, n° 3, 2009/07-09, 197-206

¹⁰ Un document de travail élaboré conjointement par la FHF, la FNAP Psy, l'UNAFAM, l'ADESM et la Conférence des présidents de CME en faisait le constat en 2006.

du fait du différentiel très fort de rémunération avec le secteur libéral. A cela s'ajoute que la proportion de postes vacants est très liée à l'attractivité géographique de la zone d'implantation de l'hôpital. Certains établissements cumulent donc une dotation fortement inférieure à la moyenne nationale et une faible attractivité. Les inégalités des moyens réels disponibles pour les soins en sont donc renforcées. Et ces phénomènes qui touchent les professions médicales se retrouvent à l'identique pour les infirmiers.

A noter, enfin, que le secteur psychiatrique connaît également un déficit d'information sur la mesure des besoins et des moyens. Dans cette discipline, les données épidémiologiques sont complexes à traiter, peu fiables et peu nombreuses. Il est donc important de consacrer des moyens nouveaux à l'amélioration de ces outils afin de fiabiliser l'analyse mais aussi l'allocation de moyens. A ce titre, le travail conjoint avec les géographes, peu développé en psychiatrie, peut être d'un apport utile¹¹.

CINQ PROPOSITIONS POUR AVANCER

Les réformes nécessaires pour rénover le champ de la psychiatrie sont nombreuses et profondes. Ce devrait être l'objet de la « grande » loi sur la santé mentale demandée par la plupart des acteurs du secteur d'en faire la liste exhaustive. Dans ce contexte, les cinq propositions de cette note cherchent à identifier les mesures urgentes qui nécessiteraient une mise en œuvre prioritaire.

ADAPTER LE DISPOSITIF REGISSANT LES SOINS SOUS CONTRAINTE

Malgré les critiques dont elle peut faire l'objet, la loi du 5 juillet 2011 a apporté des avancées incontestables en matière de garantie des droits des patients, notamment par l'intervention systématique du juge des libertés. Mais la mise en place précipitée et à moyens constants de ces nouvelles règles a considérablement déstabilisé les établissements et a pesé de ce fait sur les prises en charge. Quatre évolutions de la Loi du 5 juillet 2011 sont donc nécessaires :

- Stabiliser et clarifier le dispositif afin d'éviter que les psychiatres et directeurs engagent leur responsabilité en interprétant des textes dont le flou crée une insécurité juridique.
- Simplifier les procédures en réduisant la fréquence et le nombre de certificats médicaux nécessaires
- Donner aux établissements les moyens correspondant à l'augmentation de la charge de travail induite par la loi du 5 juillet 2011¹² sur les équipes soignantes.

¹¹ Un exemple d'outil d'aide à la décision sur l'allocation de moyens en fonction des caractéristiques des territoires : Pierre Micheletti, Piero Chierici, Xavier Durang, Nathalie Salvador, Nathalie Lopez « La décision stratégique en établissement public de psychiatrie : proposition de méthode pour l'analyse et l'allocation des moyens ». *Santé publique*, volume 23, Supplément N° 6, Novembre-Décembre 2011, pp. S77-S96

¹² A noter qu'une estimation conjointe des fédérations d'établissements - FHF, ADESM, FEHAP, des associations de patients - UNAFAM, FNAPPSY et des représentants médicaux – Conférence des présidents de CME des établissements de santé mentale, chiffrait à 50 millions d'euros le coût total des effets de la loi du 5/07/2011 (courrier au Ministre du 15/12/2011).

Trouver un accord interministériel pour que les audiences du JLD aient lieu à l'hôpital, afin que les patients ne soient pas les victimes d'un conflit entre deux administrations qui se renverraient l'une à l'autre leurs manques respectifs de moyens¹³.

Par ailleurs, il sera nécessaire de mener une analyse approfondie des levées d'hospitalisation sous contrainte par le juge afin d'en connaître les causes.

REAFFIRMER LA PLACE DU SECTEUR ET SON ROLE DANS LA PLANIFICATION SANITAIRE

Parfois contesté ou menacé¹⁴, le secteur psychiatrique doit voir sa place confirmée et ses principes réaffirmés. L'ensemble du territoire doit rester couvert et les responsabilités envers la population des différents établissements clairement rappelées. A ce titre, une mise à jour précise des découpages territoriaux serait utile et pourrait être l'occasion d'adapter la taille des secteurs. En portant leur population moyenne autour de 150 à 200 000 habitants (au lieu des 70 000 habitants théoriques), ils atteindraient une masse critique permettant plus de souplesse dans la gestion des prises en charge soignantes. Par ailleurs, l'introduction, souhaitée par de nombreux acteurs, d'une mission nouvelle de service public concernant la psychiatrie de proximité irait dans le bon sens surtout si elle réaffirme les principes de la sectorisation. Mais il est également nécessaire de réintroduire spécifiquement le secteur dans la planification sanitaire afin de l'intégrer pleinement dans la stratégie de santé publique définie régionalement par chaque ARS.

MIEUX ARTICULER L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE AVEC SES PARTENAIRES EXTERIEURS

Les outils de coopération à la disposition des acteurs sanitaires sont déjà nombreux. Il ne paraît pas nécessaire d'en créer de nouveaux, mais quelques adaptations seraient utiles pour le champ psychiatrique. En particulier, les dispositions de la loi HPST sur les communautés hospitalières de territoire (CHT) réservent celles-ci aux seuls établissements publics et limitent la participation à une communauté par établissement. Or, dans la continuité de la proposition précédente, il est nécessaire de revenir sur ces deux points pour les hôpitaux psychiatriques. Sur la première disposition, puisqu'une part significative des secteurs est couverte par des établissements privés à but non lucratif exerçant une mission de service public. Soumis aux mêmes contraintes et règles que les établissements publics, ils doivent pouvoir participer pleinement aux CHT, notamment si celles-ci réunissent l'ensemble des hôpitaux psychiatriques intervenant sur un même territoire. Et, concernant la deuxième disposition, pour certains établissements, il serait logique de faire partie de deux CHT, l'une composée uniquement d'hôpitaux psychiatriques et l'autre avec les hôpitaux généraux de son bassin de santé.

Mais surtout, il serait nécessaire d'inciter fortement à une meilleure articulation entre tous les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et les collectivités territoriales. Encore très peu développés, les contrats locaux de santé (CLS) semblent être à même de jouer ce rôle à condition de les articuler

¹³ A noter que ces deux dernières évolutions sont proposées dans le rapport d'information de l'Assemblée nationale (n°4402 en date du 22/02/2012) sur l'application de la loi du 5/07/2011.

¹⁴ Notamment par la circulaire DHOS du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire qui semble le réduire à une simple dimension fonctionnelle en lui ôtant son caractère de circonscription géographique.

efficacement avec la planification sanitaire, y compris en les rendant, au moins pour partie, opposables aux différents partenaires. De même, l'amélioration des relations entre les établissements hospitaliers et la médecine libérale est indispensable. Concernant les médecins généralistes, cela pourrait passer, par exemple, par des formations organisées par les psychiatres publics à leur intention. Enfin, il est fondamental d'apporter une aide concrète et structurée aux personnes venant en aide aux malades, notamment les familles¹⁵.

Mettre en place un financement équilibré tenant compte de l'activité mais aussi des caractéristiques de la population desservie en vue de rééquilibrer progressivement les moyens entre secteurs

Le modèle de financement ébauché en 2006 devrait être repris et précisé. A condition de respecter un équilibre entre la part résultant de l'activité produite par les établissements et celle fondée sur la population des secteurs desservis, il semble à même de concilier sécurisation des moyens et incitation aux développements d'activités nouvelles. Il serait surtout, à travers le compartiment géo populationnel, un outil fort de rééquilibrage des moyens entre les secteurs et donc les établissements.

RENFORCER LES MOYENS DE LA RECHERCHE PUBLIQUE NOTAMMENT DANS LE DOMAINE EPIDEMIOLOGIQUE

Afin de mieux connaître le besoin des populations desservies et donc adapter l'offre de soins en conséquence, il est nécessaire de développer l'épidémiologie en matière psychiatrique. Cet enjeu sera d'autant plus important si l'on donne, dans le financement, une importance accrue aux données géo populationnelles. En matière de recherche, une réforme de l'organisation paraît nécessaire afin de mieux associer les établissements psychiatriques aux universités et aux CHU. En effet, alors que l'essentiel des psychiatres et des cohortes de patients s'y trouve, la recherche reste concentrée dans les centres hospitaliers universitaires¹⁶ sans que des collaborations efficaces soient, le plus souvent, mises en place.

¹⁵ Des demandes concrètes ont été récemment formulées par l'UNAFAM : centres d'appels téléphoniques, formations...

¹⁶ Mis à part les deux exceptions notables que sont le CH de Sainte Anne (Paris) et le CH du Vinatier (Lyon) qui disposent en leur sein de personnel universitaire.