

**Mission « flash »
sur le financement de la psychiatrie**

Communication de Mme Martine Wonner

—

Mercredi 6 février 2019

*« On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite
ses marges, ses fous et ses déviants »*

- Lucien Bonnafé -

Madame la présidente,

Mes chers collègues,

J'ai été désignée en décembre dernier rapporteure d'une mission « flash » sur le financement de la psychiatrie.

Comme vous le savez, la santé mentale est un sujet qui me tient très à cœur depuis le début de mon mandat. C'est aussi un sujet inscrit dans l'actualité : je pense à la journée de mobilisation qui a eu lieu le 22 janvier dernier à Paris, mais également aux mouvements sociaux qu'ont connus différents établissements au cours des derniers mois et qui se poursuivent encore à certains endroits. Tout cela révèle au grand jour le malaise profond que traverse le monde de la psychiatrie, que l'on soit patient, accompagnant ou soignant.

Cette situation doit toutes et tous nous interpeller : n'oublions pas **qu'un Français sur trois souffrira de troubles mentaux à un moment de sa vie.**

Cette mission avait pour ambition de répondre à un paradoxe : **comment est-il possible que la psychiatrie soit à ce point en difficulté en France, alors que le budget qui y est consacré est si important ?**

En effet en 2016, les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes ont coûté 23 milliards d'euros à l'assurance maladie (dont 20 milliards pour le régime général), soit 14% des dépenses. C'est loin devant les dépenses liées au cancer ou aux maladies cardio-vasculaires.

Notre Parlement est le garant de la bonne utilisation des deniers publics ; il est temps de s'alarmer de ce paradoxe et de réagir.

De plus, si le coût de la prise en charge de la souffrance psychique par l'assurance maladie est élevé, ce n'est que la partie émergée de l'iceberg : il faut aussi considérer le coût « informel » des maladies mentales pour notre société, c'est-à-dire leur impact sur la productivité et sur la qualité de vie des malades, ainsi que pour leurs proches aidants : des études évaluent aujourd'hui ce coût indirect à près de 85 milliards d'euros.

Et n'oublions pas que, derrière ces chiffres, il y a surtout des enfants, des femmes et des hommes en souffrance, pouvant entraîner des vies entières gâchées.

Améliorer la prise en charge des maladies psychiatriques dans notre pays, c'est bien sûr un coût, mais c'est aussi un investissement et, avant tout, un choix de société.

Plusieurs rapports abordant le sujet du financement de la psychiatrie ont précédé la mission : je pense notamment au rapport d'Olivier Véran de 2016,⁽¹⁾ à un récent rapport de l'IGAS⁽²⁾ ou aux travaux de l'ADESM (Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale)⁽³⁾.

De tels travaux sont indispensables, mais il est réellement primordial que la question du financement de la psychiatrie fasse aujourd'hui l'objet de choix politiques forts.

*
* *

I. Le constat a été unanime lors des auditions : les moyens dédiés à la psychiatrie et surtout la manière dont ils sont alloués ne permettent pas de répondre de façon satisfaisante aux besoins de la population.

Sur les 20 milliards d'euros remboursés par le régime général de l'assurance maladie pour la santé mentale, environ 14 milliards ont été affectés à la prise en charge de patients ayant une pathologie psychiatrique identifiée (les deux tiers de ces dépenses étant liés aux hospitalisations) et 6 milliards d'euros correspondent aux

(1) L'évolution des modes de financement des établissements de santé, une nouvelle échelle de valeur.
(2) Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 2017 : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf
(3) Réformer le financement de la psychiatrie de service public, Orientations politiques et recommandations techniques pour une réforme cohérente avec la politique nationale de santé mentale : http://www.adesm.fr/wp-content/uploads/2018/01/ADESM_Groupe_finances_Note_orientation_reforme_financement_psychiatrie_20171215.pdf

« personnes ayant un traitement chronique par psychotropes, sans pathologie repérable ».

Les montants relatifs aux prescriptions de psychotropes posent bien sûr question. C'est particulièrement le cas pour les anxiolytiques, prescrits très largement par les médecins généralistes, pour des durées souvent supérieures aux recommandations.

La question du mésusage de médicaments psychotropes n'est pas nouvelle et ne doit pas être éludée, car elle pèse sur l'évolution des dépenses de soins de psychiatrie en ville. Cependant, **les auditions se sont concentrées sur le financement des structures hospitalières publiques et privées portant une activité en psychiatrie : c'est aujourd'hui le cœur de la crise à laquelle nous devons répondre.**

(1) La psychiatrie « hospitalière » souffre aujourd'hui à la fois d'un sous-financement et d'un mal-financement, qui ne permettent pas l'adéquation de l'offre aux besoins.

- **Le décrochage financier de l'hôpital psychiatrique par rapport à l'ONDAM est très net.**

L'ONDAM a augmenté de 2,2% par an entre 2012 et 2015, mais, dans le même temps, les dépenses liées aux établissements psychiatriques ont augmenté de 0,8 % par an seulement.

De l'aveu même des administrations auditionnées, ce décrochage ne s'explique pas par des données médico-économiques qui auraient justifié une progression plus lente des dépenses de psychiatrie, mais bien par l'absence de priorité politique donnée à ce secteur pendant de nombreuses années.

➤ **Par ailleurs, la psychiatrie hospitalière est aujourd'hui mal financée.**

Tous mes interlocuteurs ont souligné l'obsolescence et l'inefficacité des modalités de financement de la psychiatrie, publique comme privée.

• **Je rappelle que les activités de psychiatrie sont financées différemment à l'hôpital public (à la fois les établissements spécialisés en psychiatrie et les services de psychiatrie des autres hôpitaux) et dans la plupart des établissements de santé privés d'intérêt collectif, d'une part, et dans les cliniques privées sous OQN d'autre part.**

Les hôpitaux publics et la majorité des hôpitaux privés non lucratifs reçoivent une **dotation annuelle de financement (DAF)**. Cette enveloppe fermée évolue très faiblement sur une **base historique**. La dotation est répartie entre les ARS, et les établissements de leur ressort en disposent selon une certaine péréquation, en général tardivement dans l'année N.

Pour les établissements chargés d'un ou plusieurs « secteurs » de psychiatrie, la DAF finance toutes les activités du secteur, et pas seulement l'hospitalisation temps plein. Elle finance les soins ambulatoires relevant du secteur de psychiatrie, par exemple dans les centres médico-psychologiques, les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, les groupes d'entraide mutuelle ou les centres spécialisés comme les « centres ressource autisme » ; elle finance aussi les soins spécifiques, par exemple la psychiatrie pénitentiaire ou les équipes mobiles de secteur voire celles en charge des plus précaires. La DAF couvre une partie des transports sanitaires, et, la plupart du temps, la prise en charge des soins somatiques apportés au patient hospitalisé.

Concernant les cliniques privées, l'activité est financée au « prix de journée », fondé sur des tarifs journaliers forfaitaires au nombre de cinq en hospitalisation temps plein et huit en hôpital de jour.

- **Aucun de ces deux modes de financement n'est satisfaisant.**

La DAF est totalement statique puisqu'elle est reconduite chaque année sur une base historique : elle ne prend ni en compte les activités nouvellement développées par les établissements, souvent au détriment d'autres, ni l'évolution des caractéristiques

démographiques, sociales et économiques des populations prises en charge, qui influent pourtant directement sur l'activité.

Il en résulte plusieurs inconvénients, dont le premier est la pérennisation de très **fortes inégalités territoriales** dans la répartition des financements. Ces inégalités s'observent entre régions, mais aussi entre départements et au sein d'un même département. A titre d'exemple, en 2015, la DAF/habitant de la région Centre-Val-de-Loire était inférieure d'un tiers à celle de la région Bretagne.

Autre inconvénient : l'historicité de la DAF **freine l'innovation**. Le directeur général de l'ARS Grand-Est l'a exprimé très clairement lors de son audition : « *nous n'arrivons plus à développer des projets nouveaux* » avec la DAF. Les professionnels de santé auditionnés l'ont également exprimé lors des auditions : lorsque ces projets nouveaux sont financés par la DAF, cela ne peut se faire qu'au détriment d'autres activités de psychiatrie – puisque la DAF est une enveloppe fermée ; et, lorsque ces projets sont financés sur des enveloppes du FIR, l'incertitude plane sur la pérennité du projet.

Un autre exemple : depuis plus de 10 ans, 43 centres experts ont été mis en place dans plusieurs CHU. Ce réseau des centres experts assure notamment d'importants travaux de recherche sur la schizophrénie et les troubles bipolaires. Une coordination entre ces centres a été établie, mais elle est pour le moment assurée par une

Fondation, et son financement s'achève cette année...Les expérimentations mises en œuvre, même lorsque leur succès est avéré, ne peuvent pas être généralisées.

Troisième inconvénient : la **DAF est aujourd'hui une « boîte noire »**. Beaucoup d'activités sont financées sur cette enveloppe, et il est difficile de retracer avec précision ce qu'elle finance.

C'est aussi pour cela que la DAF peut servir encore de « variable d'ajustement » :

- au niveau national, lors de la régulation de l'ONDAM,
- et au sein des centres hospitaliers non spécialisés. Tous les interlocuteurs auditionnés se sont accordés pour dire que la DAF psychiatrie sert bien souvent de variable d'ajustement pour combler le déficit d'un hôpital, financé par ailleurs en tarification à l'activité.

Cela n'est plus admissible !

Le financement des cliniques privées par le biais de l'objectif quantifié national (OQN) n'est pas non plus satisfaisant.

En premier lieu, la tarification des activités spécifiques ne permet pas aux cliniques privées de financer des prises en charge particulières, comme la sismothérapie ou l'addictologie.

Par ailleurs, l'absence de marge de manœuvre avec la DAF a parfois conduit les ARS à se retourner vers les cliniques privées pour augmenter l'offre de soins. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : depuis 2003, le nombre de lits dans les cliniques privées a augmenté de 24 %, alors que celui des établissements publics et ESPIC diminuait de 12 %, même si la part des cliniques privées dans l'offre reste faible.⁽⁴⁾

Ce développement explique une forte augmentation de l'OQN, qui a progressé de 14 % depuis 2012. Toutefois, cette évolution s'est accompagnée d'une forte pression sur les tarifs, qui ont baissé de 9 % dans le même temps⁽⁵⁾. Dans ce contexte, les cliniques cherchent à équilibrer leurs budgets grâce aux prestations annexes, par exemple les chambres particulières.

Enfin, le financement au prix de journée pourrait être un des facteurs qui n'encourage pas certains acteurs privés à suivre les orientations de politique publique, et notamment la priorité donnée au virage ambulatoire : en effet la durée moyenne de séjour en clinique privée est paradoxalement supérieure à celle des établissements publics (38 jours contre 28).

(4) La psychiatrie publique et à but non lucratif représente 314 établissements avec un financement assuré par la DAF (8.2 milliards d'euros). La psychiatrie privée à but lucratif représente 173 établissements avec un financement au le prix de journée (800 millions d'euros).

(5) La pression sur les tarifs est particulièrement visible sur certains actes : la sismothérapie est par exemple remboursée à hauteur de 49 euros en clinique psychiatrique, contre 344 euros pour les cliniques « MCO ».

- Notons aussi que la coexistence de ces deux modes de financement crée de la concurrence plutôt que de la complémentarité entre structures sur un territoire donné, et ne permet pas d'organiser l'offre de façon satisfaisante.

(2) Le sous-financement et le mal-financement de l'hôpital psychiatrique ont des effets délétères sur la qualité de la prise en charge et sur les conditions de travail des professionnels de santé.

Il est très difficile d'évaluer les besoins en psychiatrie, eu égard à l'insuffisance de prévention primaire et secondaire et donc de savoir quelle est la part de soins et d'accompagnement qui n'est aujourd'hui pas prise en compte. Toutefois, les auditions ont montré l'impact préoccupant des difficultés financières de l'hôpital psychiatrique sur la prise en charge des patients. Ces difficultés affectent l'organisation et le fonctionnement des équipes de secteur, la réactivité du système de soins, le niveau d'investissement et la maîtrise de l'hospitalisation sous contrainte.

- On constate tout d'abord **un repli de l'activité de « secteur » psychiatrique sur l'hôpital.**

Pour mémoire, le territoire français est découpé en « secteurs psychiatriques ». La sectorisation vise à assurer la proximité de la prise en charge des patients, et à répondre à l'ensemble des besoins de ces derniers « de la prévention jusqu'à l'insertion ».

Mise en place dans les années 1960, la sectorisation a été profondément novatrice avec pour principe que chaque personne en France avait l'assurance qu'un lit psychiatrique pouvait être à sa disposition. En organisant une prise en charge du patient « dans la Cité », elle préfigurait ce que l'on appelle aujourd'hui le « virage ambulatoire » et la « responsabilité populationnelle ».

Cette prise en charge globale apparaît aujourd'hui considérablement affaiblie. Des lits ont été fermés mais les moyens n'ont pas forcément été redéployés vers l'ambulatoire. La prévention, la coordination avec les structures sociales et médico-sociales, l'insertion des personnes handicapées psychiques, leur maintien dans le logement et le travail ordinaire ou adapté, demandent des moyens humains et de « l'énergie » dont ne disposent plus les services de psychiatrie. Cette difficulté est amplifiée par le manque de structures d'amont et d'aval (notamment les logements adaptés et les structures médico-sociales). Des patients restent donc souvent hospitalisés sur des durées pouvant dépasser l'année, par manque de structures d'aval... ou par manque de moyens humains pour trouver la solution d'aval appropriée.

- Les conditions d'hospitalisation en psychiatrie ne sont pas à la hauteur et la psychiatrie souffre aujourd'hui d'un **manque d'investissement**. Les bâtiments de psychiatrie sont souvent les derniers reconstruits dans le cadre des programmes d'investissement

hospitalier. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, que j'ai auditionné, a décrit des conditions d'hébergement parfois indignes, encore des chambres à trois voire plus. C'est aussi le cas pour les chambres d'isolement, où l'on peut trouver encore des seaux hygiéniques...

- **La réactivité du système de soins** fait actuellement totalement défaut : tous ont décrit les listes d'attentes des centres médico-psychologiques (trois mois d'attente en moyenne pour les adultes, et bien plus pour les enfants et les adolescents) ; dans les centres experts ou ressources, il faut parfois trois ans d'attente pour obtenir une consultation. Or une prise en charge précoce des troubles est essentielle. Sans être exhaustifs des problématiques organisationnelles, les horaires d'ouverture des CMP posent également problème car ils ne permettent pas notamment aux personnes ayant un emploi de s'y rendre.

- Enfin, le manque de moyens dédiés à la prévention, l'absence de liens avec les acteurs sociaux du territoire en amont, l'absence de coordination entre la ville et l'hôpital, l'accueil aux urgences souvent inadapté et le manque de lits d'hospitalisation dans certains territoires conduisent parfois à avoir **recours à l'hospitalisation sous contrainte de façon abusive**. Comme l'a souligné le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *« c'est parfois le seul moyen de trouver une place »*.

L'insuffisante prise en charge somatique des patients atteints de maladie psychiatrique est également préoccupante, alors que les comorbidités sont nombreuses pour ces pathologies⁽⁶⁾. On sait aujourd'hui que la durée de vie est plus courte d'au moins 10 ans pour les personnes handicapées psychiques.

(3) Si ces maux affectent tous les domaines de la psychiatrie, certaines activités sont aujourd'hui dans une difficulté encore plus grande.

- La **pédopsychiatrie** est particulièrement sinistrée, les délais d'accès aux soins sont largement supérieurs à ceux observés pour les adultes ; les délais avoisinent le plus souvent un an, certains territoires n'ayant plus de ressource médicale en pédopsychiatrie depuis de nombreuses années. Il s'agit ici d'un problème financier mais également démographique, le nombre de pédopsychiatres, notamment libéraux, ayant fortement diminué au cours des dernières années.

- La **psychiatrie pénitentiaire** connaît également de grandes difficultés, de même que la psychiatrie dans les **services d'urgences**.

- Je voudrais, pour conclure ce constat, dire un mot des moyens alloués à la **recherche en psychiatrie**. En France, 4% du

(6) À titre d'exemple, la prévalence des maladies cardio-vasculaires est deux fois plus élevée chez les patients psychiatriques que dans la population générale.

budget public de la recherche médicale est alloué à la recherche psychiatrique, contre 7% en Grande-Bretagne et 16% aux Etats-Unis.

Ne pas investir dans la recherche en santé mentale, c'est renoncer à la possibilité d'ouvrir de nouvelles voies de guérison pour les malades. C'est en quelque sorte réduire la psychiatrie française à la prise en charge de la chronicité. C'est pour moi une démission médicale que je ne peux admettre.

*

* *

<p><u>II. Une réforme profonde du financement de la psychiatrie est aujourd'hui nécessaire.</u></p>
--

(1) Des efforts importants ont été engagés depuis 2017 pour réduire les inégalités territoriales et pour préserver les moyens de la psychiatrie.

Le Gouvernement a pris des engagements dans le cadre de sa feuille de route « santé mentale et psychiatrie » de juin 2018.

Une **péréquation au niveau national** a été engagée en 2018, *via* un renforcement de la dotation de trois régions historiquement sous-dotées (Centre-Val-de-Loire, Océan Indien, Pays de la Loire).

Elle va conforter les travaux de péréquation lancés dès 2017 par les ARS dans leur ressort, afin de mieux prendre en compte la population, les caractéristiques du territoire desservi, et l'activité de chaque établissement.

La ministre des Solidarités et de la Santé s'est engagée à **préserver le budget de la psychiatrie à partir de 2018.**

Cette promesse a été tenue : aucune économie ciblée n'a été demandée à la psychiatrie pour la campagne tarifaire de 2018. Une attention particulière a par ailleurs été portée à la psychiatrie pénitentiaire.

Surtout, à la fin de l'année, concomitamment aux 64 millions issus du dégel des crédits mis en réserve, une enveloppe de 50 millions d'euros de crédits de fonctionnement a été allouée aux établissements de psychiatrie, dont 46 millions d'euros de crédits reconductibles pour les établissements publics et privés non lucratifs.

Un **fond pour l'innovation** a également été annoncé par le Gouvernement : encore en construction, il devrait voir le jour cette année ⁽⁷⁾.

Si je me félicite de ces décisions, accroître la dotation sans une transformation profonde des prises en soins des personnes en

(7) Selon les informations transmises à la rapporteure, ce fonds devrait se focaliser sur certaines thématiques comme la pédopsychiatrie, les soins intensifs à domicile, les soins somatiques, la gérontopsychiatrie, la télémédecine ou la prise en charge des urgences.

souffrance psychique, sans changer le regard de notre société sur ces patients reviendrait à s'arrêter au milieu du gué.

D'autres mesures pourraient être mises en place à très court terme pour ouvrir des marges de manœuvre aux établissements. On pourrait par exemple ouvrir aux établissements spécialisés en psychiatrie la possibilité d'obtenir des autorisations en MCO pour certaines activités, notamment les actes externes réalisés sur un plateau technique spécifique ; certaines ARS le font déjà, et cela permettrait de financer en dehors de la DAF des activités coûteuses.

(2) Il faut aller plus loin : le financement de la psychiatrie hospitalière a besoin d'une réforme substantielle, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

Suite aux errements de la « valorisation de l'activité en psychiatrie » et des « missions d'intérêt général » psy, gardons-nous de reproduire la même erreur que pour la réforme du financement du secteur des soins de suite et de réadaptation. Les modalités de financement doivent accompagner la restructuration de l'offre, et non l'inverse. Nous devons donc réfléchir simultanément au modèle de psychiatrie que nous voulons et à de nouvelles modalités de financement.

• Pour moi, ce financement rénové devrait avoir **trois objectifs** :

- permettre à la psychiatrie de prendre enfin pleinement un véritable « **virage inclusif** », en favorisant la prévention et la réhabilitation psycho-sociale, grâce à une véritable coordination avec le secteur social, médico-social et les soins de ville ;

- prendre en compte l'activité des établissements et la qualité des prises en charge, et notamment financer l'innovation ;

- permettre le développement d'une expertise spécialisée en psychiatrie, sans toutefois renoncer à l'objectif d'une offre de premier recours réactive et accessible à tous.

• **Quels modes de financement pour répondre à ces défis ?**

Des travaux ont eu lieu au début des années 2000 sur une forme de tarification à l'activité. Ils ont échoué, car, au-delà des défauts de la T2A que nous connaissons, le paiement à l'activité ne peut pas s'appliquer à la psychiatrie : **le diagnostic ne permet d'avoir ni une idée de la durée, ni de la complexité des soins requis**. De plus, les coûts sont aujourd'hui très méconnus en psychiatrie. Une telle entreprise n'est donc ni possible, ni souhaitable.

Une tarification au parcours est une piste intéressante, mais elle se heurte à différentes limites à court terme ; en particulier, le modèle de financement innovant des pathologies chroniques contenu dans la dernière LFSS, se limite à l'intra hospitalier ; or ici les

acteurs sont nombreux et de ce fait le parcours difficilement modélisable.

Un financement inspiré du secteur médico-social est également une piste intéressante pour certains patients chronicisés car il s'intéresse davantage aux besoins de la personne en matière d'habilités sociales qu'à sa pathologie. Toutefois, l'évolution du parcours du patient en psychiatrie est très différente ; le handicap psychique est caractérisé par une forme d'instabilité contrairement aux autres types de handicap, le modèle global de financement est donc peu transposable.

A l'heure du Plan de transformation du système de santé Ma Santé 2022, il est cohérent de faire rentrer en résonance la transformation de la réponse aux besoins en santé mentale.

Concernant le financement c'est à mon sens la voie d'un **système « mixte »** qui pourrait être retenue. Une solution de ce type est proposée notamment par l'Association des Etablissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM), qui plaide pour :

- le maintien d'une base populationnelle ;
- un financement spécifique pour d'autres activités, comme la psychiatrie pénitentiaire, l'addictologie, ou les prestations spécialisées comme par exemple celles des centres experts...

- une enveloppe correspondant aux missions d'intérêt général assurées par l'établissement.

Les pistes évoquées dans le rapport publié le 29 janvier par la Task Force « *Réforme du Financement du système de santé* » vont également dans ce sens. Je me réjouis d'ailleurs que, pour une fois, la psychiatrie n'ait pas été oubliée !

Ce rapport de la « task force » propose de mettre en œuvre pour le financement des établissements:

- un compartiment populationnel, prenant en compte la précarité mais également la part des mineurs dans la population ;
- un compartiment pour le développement d'activités nouvelles ;
- un compartiment de financement en fonction d'indicateurs de qualité ;
- un compartiment pour « favoriser la réactivité ».

Il propose également que des enveloppes spécifiques soient dédiées aux activités inter-régionales (notamment des unités pour malades difficiles et des unités hospitalières spécialement aménagées), à l'amélioration de la qualité du codage et à la recherche en psychiatrie.

Ce modèle est intéressant et fait directement écho aux problématiques évoquées lors des auditions et présentes dans mon rapport.

Des questions majeures restent en suspens.

- **Quelles pondérations pour la part populationnelle de ce nouveau mode de financement et pour chaque compartiment ?** Si le poids de la dotation populationnelle est trop élevé, elle obèrera le développement de nouvelles activités, travers actuel de la DAF qu'il convient d'éviter.
- **Par ailleurs, en plus des activités inter-régionales, des activités infrarégionales pourraient utilement être isolées,** comme les soins pénitentiaires, les cellules d'urgence médico-psychologiques ou les centres ressources.
- Comment prendre en compte, dans la dotation populationnelle, l'offre de soins libérale et l'offre médico-sociale différentes sur chaque territoire ?
- **Comment permettre au secteur privé d'effectuer sa révolution d'un financement au prix de journée vers un modèle populationnel ?** L'impact immédiat est d'ailleurs de permettre l'accès pour ces établissements à l'ensemble des autorisations en psychiatrie, gage de vraie restructuration à l'échelle d'un territoire.

En tout état de cause, la transition vers le nouveau modèle de financement ne pourra pas se faire à moyens constants, et la **transformation de l'offre nécessitera un investissement de départ et un fort accompagnement des établissements.**

Il faut notamment tenir compte de l'évolution du secteur psychiatrique, qui n'est plus hégémonique mais devient un acteur parmi d'autres sur un territoire. Les hôpitaux de proximité et les CPTS pourront eux aussi prendre leur place dans ce futur schéma.

Par ailleurs, à terme, une meilleure connaissance de l'activité en psychiatrie et des coûts en psychiatrie est absolument nécessaire pour mieux faire correspondre le financement aux besoins.

(3) En ce qui concerne le financement de la santé mentale en ville, un axe majeur a émergé des auditions : le remboursement des psychothérapies effectuées par les psychologues.

Deux expérimentations sont en cours dans ce domaine :

- une expérimentation menée par l'assurance maladie dans les Bouches-du-Rhône, en Haute-Garonne, dans les Landes et dans le Morbihan, qui concerne les adultes souffrant de troubles légers à modérés ;

- l'expérimentation « Écout'Émoi », issue de la LFSS pour 2017, en Ile-de-France, dans le Grand Est et les Pays de la Loire, qui

concerne les jeunes de 11 à 21 ans en situation de souffrance psychique.

Ces deux expérimentations permettent le remboursement d'une dizaine de séances chez un psychologue libéral, après adressage par un médecin. Elles prendront fin en 2020 et 2021.

Je considère que le remboursement – sous conditions – de psychothérapies réalisées par des psychologues libéraux est une démarche crédible et efficace pour améliorer la prévention en santé mentale.

L'éventuelle généralisation de ces expérimentations devra passer par une analyse de son rapport coût/bénéfice et par des décisions sur les honoraires des psychologues libéraux ainsi que sur leur statut et leur formation. Je souhaite que des travaux soient d'ores et déjà engagés sur ces sujets.

*

* *

Je ne peux pas conclure mon propos sans vous faire part d'une très forte conviction quant à la qualité de prise en charge de la santé mentale dans notre pays.

Celle-ci ne pourra se restreindre au champ des soins psychiatriques et au seul périmètre du ministère de la santé.

La santé mentale concerne tous les champs de l'action publique, de la justice à l'éducation nationale, à l'agriculture, au travail, au logement. C'est pourquoi, en lieu et place de la création du « délégué ministériel » à la santé mentale annoncé récemment, je plaide pour la création d'un délégué **interministériel** à la santé mentale, à l'image de ce qui existe aujourd'hui en Belgique.

Ce n'est qu'à ce prix que tout le regard de notre société sera à même de changer.

La refondation du modèle financier de la psychiatrie est une priorité, mais il faut maintenant aller beaucoup plus loin et réfléchir aux forces et faiblesses de l'organisation des soins psychiatriques, et, plus largement, en santé mentale.

Je souhaite que l'ensemble de ces réflexions puissent faire l'objet d'une mission d'information décidée par notre commission.

**AUDITIONS DE MME MARTINE WONNER, RAPPORTEURE
DE LA « MISSION FLASH »
SUR LE FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE**

(par ordre chronologique)

- **Agence régionale de santé (ARS) Grand Est – M. Christophe Lannelongue**, directeur général, et **Mme Anne Muller**, directrice de l'Offre Sanitaire au sein de l'ARS Grand Est
- **Table ronde :**
 - **Fédération hospitalière de France (FHF) – Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle finances
 - **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) (*) – Mme Béatrice Noëllec**, directrice en charge des relations institutionnelles et de la veille sociétale
 - **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) psy – Dr Olivier Drevon**, président, et **M. David Castillo**, délégué général
 - **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) (*) – Mme Christine Schibler**, directrice de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé, et **M. Jean-Nicolas Fichet**, président de la commission psychiatrie et santé mentale, secrétaire général de la Fondation John Bost
- **Agence régionale de santé (ARS) d'Île-de-France – M. Didier Jaffre**, directeur de l'offre de soins
- **Table ronde :**
 - **Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) – Dr Michel Triantafyllou**, président, et **Dr. Jean Ferrandi**, secrétaire général
 - **Syndicat des psychiatres Français (SPF) – Dr François Kammerer**, vice-président
 - **Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) – Dr Bernard Odier**, membre du bureau du SPH et chargé plus spécifiquement des questions des financements de la psychiatrie, et **Mme Isabelle Montet**
 - **Union syndicale de la psychiatrie (USP) – M. Pierre Paresys**, vice-président, et **M. Philippe Gasser**, vice-président
 - **Association française des psychiatres d'exercice privé et Syndicat national des psychiatres privés (AFPEP-SNPP) – Dr Claude Yves Gernez**, président et **Dr Françoise Duplex**, déléguée nationale à la pédopsychiatrie et au médico-social de l'AFPEP SNPP
- **Académie de médecine – Pr Jean-Pierre Olié, M. Antoine Durrleman, et M. Frédéric Salat-Baroux**
- **Pr Nicolas Franck**, responsable du Service Universitaire de Réhabilitation (SUR), centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, Centre hospitalier Le Vinatier & Université Lyon 1

- **Table ronde :**
 - **Conférence des directeurs généraux de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)**
 - **Mme Danielle Portal**, directrice générale du CHU d'Amiens, présidente de la commission des affaires financières de la Conférence, et **Mme Pascale Mocaer**, directrice générale adjointe au CHU de Saint-Etienne
 - **Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier (CNDCH)** – **M. Jean-Pierre Staebler**, chef d'établissement et membre

- **Table ronde :**
 - **Syndicat national des professionnels infirmiers (SNPI)** – **M. Hervé Viennet**, et **M. Jean-Yves Masquelier**
 - **Coordination Nationale Infirmière (CNI)** – **Mme Marie-Dominique Girard**

- **Table ronde :**
 - **Confédération française démocratique du travail (CFDT) Santé-Sociaux** – **Mme Carole Gleyzes**, directrice d'hôpital, centre hospitalier de Thuir, directrice adjointe en charge de l'action territoriale, des finances, des systèmes d'information et de la communication
 - **Fédération des personnels des services publics et des services de santé Force ouvrière (FO)** – **M. Luc Delrue**, secrétaire fédéral branche santé, **M. Didier Birig**, secrétaire fédéral branche santé, **M. Franck Houlgatte**, secrétaire adjoint Union Nationale Santé Privée, et **M. Jean-Jacques Peaud**, secrétaire régional Pays de Loire
 - **Union nationale des syndicats autonomes (UNSA) santé et sociaux public et privé** – **Mme Françoise Kalb**, secrétaire nationale, et **M. Gilles Duffour**
 - **SUD Santé-Sociaux** - **M. Olivier Mans**, infirmier, et **Mme Christine Mans-Cousseiroux**, infirmière

- **Ministère des Solidarités et de la Santé – Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES)** – **M. Jean-Marc Aubert**, directeur, responsable de la task-force sur le financement du système de santé, **Mme Mathilde Gaini**, adjointe à la sous-directrice et **M. Didier Guidoni**, membre de la task-force

- **Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie** – **Mme Audrey Fontaine**, présidente, et **M. Robin Jouan**, membre du bureau

- **Table ronde :**
 - **Union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)** – **Mme Marie-Jeanne Richard**, présidente
 - **Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)** – **Mme Claude Finkelstein**, présidente

- **Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)** - **M. Pascal Mariotti**, président, directeur du centre hospitalier le Vinatier, **M. Jean-Yves Blandel**, directeur de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen, **Mme Doris Gillig**, directrice adjointe CH-Erstein, **M. Thomas Roux**, directeur du centre hospitalier Esquirol, et **Mme Amal Hazaël-Massieux**, directrice adjointe, secrétariat général du centre hospitalier Théophile Roussel
- **Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)** – **M. Ayden Tajahmady**, adjoint du directeur de la stratégie des études et des statistiques, **Mme Annie Fouard**, responsable du département de l'hospitalisation, et **M. François Xavier Brouck**, directeur des assurés
- **Mme Adeline Hazan**, contrôleur général des lieux de privation de liberté
- **Ministère des Solidarités et de la Santé – Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Cécile Courrèges**, directrice générale de l'offre de soins, **M. Thomas Deroche**, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins, **Mme Céline Faye**, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins, et **M. Thierry Kurth**, chef du bureau des prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale
- **Université Paris Est Créteil** - **Mme Marion Leboyer**, responsable du pôle de psychiatrie et d'addictologie et, **M. Charles Laidi**, chef de clinique assistant dans le pôle de psychiatrie du GH Henri Mondor
- **Syndicat national des psychologues (SNP)** – **M. Jacques Borgy**, secrétaire général, et **Mme Hélène Dubost**, secrétaire générale adjointe
- **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** – **M. Housseyni Holla**, directeur général, et **Mme Véronique Sauvadet**, cheffe du service financement et analyse économique
- **Association nationale des Ceméa** – **Mme Anne-Claire Devoge**, directrice générale adjointe, en charge des activités, du développement et de la prospective, et **M. David Rybolowicz**, responsable national du Secteur travail social et santé mentale
- **Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET)** – **M. Vincent Lena**, conseiller maître à la Cour des comptes, coordonnateur national des « cités éducatives », et **Mme Claire Piednoir de Resseguier**
- **Ministère des Solidarités et de la Santé - Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Thomas Wanecq**, sous-directeur du financement du système de soins

() Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*