

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Examen, ouvert à la presse, en vue de la lecture définitive, du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites (*M. Michel Issindou, rapporteur*) 2
- Examen, ouvert à la presse du rapport de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (*M. Denys Robiliard, rapporteur*) 5
- Informations relatives à la commission 19
- Présences en réunion..... 20

Mercredi

18 décembre 2013

Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 25

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

**Présidence de
Mme Catherine
Lemorton,
Présidente**



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

Mercredi 18 décembre 2013

La séance est ouverte à neuf heures trente-cinq.

(Présidence de Mme Catherine Lemorton, présidente de la Commission)

La Commission des affaires sociales procède à l'examen, en vue de sa lecture définitive, du projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraite.

Mme la Présidente Catherine Lemorton. Nous voilà donc arrivés au terme de la discussion d'un texte qui a largement occupé nos travaux cet automne ce qui était parfaitement légitime vu son importance.

En effet, le Sénat ayant rejeté ce texte en nouvelle lecture lundi dernier, le Premier ministre, par lettre datée du 17 décembre 2013, demande à l'Assemblée nationale de statuer définitivement, en application de l'article 45, alinéa 4, de la Constitution.

Ce texte sera examiné en séance publique cet après-midi après les questions au gouvernement.

À ce stade de la procédure, en raison de l'échec de la commission mixte paritaire et du rejet du texte en nouvelle lecture par le Sénat, l'Assemblée nationale ne peut se prononcer que sur le dernier texte adopté par elle en nouvelle lecture le 26 novembre, sans possibilité de l'amender.

Avant de le mettre aux voix, j'interroge le rapporteur.

M. Michel Issindou, rapporteur. Nous examinons le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites en lecture définitive, à la suite d'un rejet prévisible par le Sénat. Nos collègues ont en effet préféré ne pas le voter plutôt que d'adopter un texte dénaturé par une alliance de circonstance.

Il n'y a, à mon sens, pas d'intérêt majeur à ouvrir, au point où nous en sommes de la procédure, un long débat en commission, les deux lectures nous ayant donné à chacun l'occasion d'exposer nos vues. L'examen du texte dans l'hémicycle cet après-midi nous donnera l'occasion de préciser une nouvelle fois nos positions respectives.

M. Arnaud Robinet. C'est la fin d'une période de souffrance pour le Gouvernement et la ministre des affaires sociales. On nous avait annoncé que ce texte marquerait le quinquennat par son esprit de concertation. Or, il nous faut en arriver à une troisième lecture, sans rappeler les difficultés à faire adopter l'article sur le décalage de la date de revalorisation des pensions, sur lequel le Gouvernement est passé en force.

Nos concitoyens ne soutiennent pas cette réforme, qu'ils soient issus du secteur privé ou du secteur public, alors même que le texte ne prévoit pas de convergence. Cette réforme ne va pas régler le problème. Il en faudra une nouvelle dans quelques années : les financements ne sont pas au rendez-vous et les inégalités vont demeurer. Une nouvelle fois, le financement repose sur les classes moyennes, notamment sur les retraités.

M. Dominique Tian. Je m'étonne de certains des propos du rapporteur. Nous sommes dans un régime bicamériste. Par ailleurs, à quoi sert la commission des affaires sociales si nous ne pouvons pas y débattre ? Le rapporteur relève que les sénateurs, majoritairement de gauche, ont fait preuve de sagesse en rejetant le texte, ce qui est un peu surprenant !

M. Francis Vercamer. Le groupe UDI votera résolument contre ce texte qui ne garantit ni l'avenir ni la justice du système de retraites. Nos propositions ont été systématiquement rejetées, qu'elles portent sur l'égalité de traitement entre les régimes, leur alignement ou encore la pénibilité au travail. Ce texte réussit l'exploit de provoquer des mécontentements dans tous les groupes. Je regrette l'opposition systématique du rapporteur et du Gouvernement à toutes nos propositions, quitte d'ailleurs parfois à s'en réapproprier quelques-unes après coup.

Les conditions d'examen ont été peu satisfaisantes : une deuxième lecture bâclée, un article quatre rejeté puis repris et imposé par vote bloqué. Vos alliés se sont opposés au texte et vous n'avez pas tenu compte de leurs signaux. Le texte a été adopté par une majorité ténue, sous pression du PS.

M. Michel Liebgott. Je souhaite répondre à l'opposition pour rappeler que lorsqu'ils étaient dans la majorité, leur réforme avait mis des millions de personnes dans la rue. Vous êtes spécialistes pour ce faire. C'est d'ailleurs un peu le cas en Bretagne avec l'écotaxe que vous avez aussi votée. Je comparerais votre capacité à mettre les Français dans la rue avec notre capacité à dialoguer avec les syndicats, comme l'illustrent ce texte, l'ANI ou encore la récente négociation sur la formation professionnelle. J'ajouterai que votre dernière réforme des retraites n'a rien réglé puisqu'il faut aujourd'hui revenir sur ce dossier.

Je constate que le débat sur les retraites est aujourd'hui apaisé. Il n'y a de contestation que politique.

M. Denis Jacquat. J'étais rapporteur de la précédente réforme. Je me souviens qu'à l'époque ma permanence avait été occupée plusieurs fois par des syndicalistes, dont un certain M. Martin. Des syndicalistes avaient jugé utile d'entourer la maison de ma mère qui avait 92 ans... J'observe qu'entre-temps, un poste de député européen a été proposé à M. Martin...

Mme Annie Le Houerou. Je me félicite d'une réforme courageuse qui sait enfin tenir compte de publics qui en avaient besoin, tels que les handicapés ou les agriculteurs. Ces derniers et notamment les agricultrices nous en félicitent.

Je suis fier d'appartenir à une commission qui a tant travaillé sur ce texte. Merci au rapporteur pour sa détermination.

Mme Isabelle Le Callennec. Comme j'ai pu le rappeler hier à l'occasion de l'examen de la loi sur l'égalité femmes-hommes, j'ai rencontré lundi des responsables ressources humaines d'entreprises dans ma circonscription. Tous s'interrogent sur la mise en œuvre des dispositions relatives à la pénibilité. Il s'agit d'un sujet dont nous nous soucions tous. L'application des dispositions relatives à la pénibilité nécessitera une vingtaine de décrets. Cela appelle une réflexion plus générale sur l'application concrète des dispositions que nous votons. Pour beaucoup en effet, dès lors qu'un projet de loi est examiné en conseil des ministres, il trouve à s'appliquer dès le lendemain. Cela interroge la façon dont nous travaillons.

Les Français ont besoin de savoir quand ils partiront en retraite, quel sera le niveau de leur pension. J'ai le sentiment qu'on les leurre.

Mme la Présidente Catherine Lemorton. Je vous rappelle que l'examen de la loi sur la sécurité du médicament avait commencé en septembre 2009 pour s'achever le 29 septembre 2011...

Mme Isabelle Le Callennec. Cela n'est pas satisfaisant non plus.

M. Gérard Sébaoun. La loi est votée pour donner un cadre. Celui retenu en 2010 concernant la problématique de la pénibilité ne donne pas satisfaction. Il se contentait de traiter de l'invalidité médicale là où nous instaurons un véritable compte pénibilité. Mes discussions avec les donneurs d'ordres et les responsables ressources humaines en entreprises ne me donnent pas les mêmes conclusions que vous. Leur besoin aujourd'hui porte sur l'accompagnement à la mise en œuvre, ce à quoi les décrets d'application devraient pourvoir.

M. Fernand Siré. Sur la pénibilité, ce texte donne le sentiment d'ouvrir la boîte de Pandore, faute de financement. Un peu comme jadis le passage à la retraite à 60 ans ou aux 35 heures. On prévoit des réformes sans disposer de l'argent nécessaire.

Mme Véronique Louwagie. Si l'on en revient aux fondements de ce projet de réforme, nous constatons qu'il manquait 20 milliards d'euros à l'horizon 2020 pour équilibrer le système. Or, le projet de loi ne fixe un cap que pour sept milliards d'euros.

S'agissant du compte de pénibilité, sa mise en œuvre nécessitera une vingtaine de décrets, ce qui est énorme. En outre, la question du financement n'est pas résolue.

Cette loi est hypocrite car elle repousse la durée légale de cotisation à 43 ans tout en maintenant l'âge légal de liquidation à 62 ans, ce qui suppose de commencer à cotiser à 19 ans en effectuant une carrière sans rupture.

Enfin, je regrette qu'on veuille faire croire aux retraités qu'ils ne subiront pas de baisse du pouvoir d'achat.

M. Michel Issindou, rapporteur. Nous n'allons pas refaire le débat ce matin. Voilà pourtant une belle réforme, une vraie réforme de gauche qui contraste avec la brutalité de celle de 2010, dont nous constatons l'échec financier. Si elle avait été aussi réussie que d'aucuns le prétendent, nous n'aurions pas à y revenir aujourd'hui !

Le sujet de la pénibilité est certainement complexe mais nous avons la volonté de réussir et je ne doute pas que nous y parviendrons.

Jamais une réforme des retraites n'aura à ce point amélioré la situation des jeunes, des femmes, des personnes handicapées ou encore des agriculteurs.

Nous devons nous attendre à un automne violent... mais notre méthode a permis d'avancer sans drame, les Français étant conscients de la nécessité de ce travail.

Cette réforme est nécessaire et nous la conduisons. Peut-être s'agit-il de la dernière grande réforme de ce type, la création du comité de suivi doit permettre d'éviter les évolutions par à-coups.

Mme la Présidente Catherine Lemorton. Je mets donc aux voix le texte du projet de loi visant à garantir l'avenir et la justice du système de retraites tel qu'adopté en nouvelle lecture.

*La Commission **adopte** ensuite le projet de loi garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.*

*La Commission des affaires sociales examine ensuite le rapport d'information de **M. Denys Robiliard** en conclusion des travaux de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.*

Mme la présidente Catherine Lemorton. L'ordre du jour appelle maintenant l'examen du rapport de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.

Je vous rappelle que notre commission a créé cette mission, le 7 novembre dernier, il y a donc un peu plus d'un an.

Dans une première phase, qui s'est achevée le 29 mai 2013 par l'autorisation de publication d'un rapport d'étape, la mission d'information avait choisi de concentrer ses travaux sur la question des soins psychiatriques sans consentement, en raison de la décision du Conseil constitutionnel du 21 avril 2012 qui a déclaré non conformes à la Constitution deux dispositions issues de la loi que nous avons votée en 2011. Cette décision devait conduire le législateur, dans un calendrier contraint, à remettre de nouveau l'ouvrage sur le métier. C'est ce qu'il a fait, à l'initiative de Denys Robiliard, le rapporteur de la mission, dont la proposition de loi a débouché sur la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011.

À ce titre, on ne peut que se féliciter de l'enchaînement que je qualifierai de « vertueux » entre missions de contrôle et missions législatives, enchaînement voulu d'ailleurs par le constituant.

Dans une seconde phase, qui se clôt avec notre réunion d'aujourd'hui, la mission a choisi d'axer ses travaux sur l'organisation de l'offre de soins et les conditions de prise en charge des malades.

Je vous indique que la mission qui s'est réunie mardi dernier, 10 décembre, a adopté son rapport et qu'il nous appartient de nous prononcer sur la publication de celui-ci.

En attendant, je vous propose de laisser la parole à Jean-Pierre Barbier, le président de la mission, puis d'entendre le rapporteur Denys Robiliard.

M. Jean-Pierre Barbier, président de la mission d'information. La mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie a effectivement travaillé dans une deuxième partie sur l'organisation de l'offre de soins et la prise en charge des troubles psychiatriques.

Après plus de soixante-dix-sept heures d'auditions, cent soixante-dix-huit personnes auditionnées et plusieurs déplacements sur le terrain, la mission a constaté que le dispositif des soins psychiatriques, novateur à son origine, présente un bilan qui mérite d'être amélioré.

C'est pourquoi la mission d'information fait trente propositions, adoptées le 10 décembre dernier. Le secteur, qui conserve toute sa légitimité, doit néanmoins être rénové,

ses missions définies par la loi et s'ouvrir à des acteurs extérieurs dont les conseils locaux de santé mentale. Une meilleure prise en charge des malades nécessite de diminuer le délai de diagnostic et de faciliter le premier accès aux soins. La mission suggère ainsi de mieux former les médecins généralistes aux maladies mentales, de développer leur collaboration avec les psychiatres et d'améliorer l'accessibilité aux centres médico-psychologiques. Enfin, une plus grande inclusion sociale des malades, qui me paraît indispensable, passe par un renforcement de la démocratie sanitaire qui suppose une amélioration des droits individuels et une plus grande participation des usagers et des familles.

Je laisse bien sûr le soin au rapporteur de vous présenter ces recommandations de façon plus détaillée.

M. Denys Robiliard, rapporteur. Tout d'abord, je remercie M. Jean-Pierre Barbier pour ses propos introductifs et je me félicite de sa collaboration aux travaux de la mission qui a permis de mener un travail en bonne intelligence. Je tiens également à remercier les membres de la mission pour leur participation et les personnes auditionnées pour le temps qu'elles nous ont accordé. Enfin, je tiens à souligner le grand dévouement des personnels des établissements que nous avons pu visiter.

La question de la santé mentale est un sujet d'importance, que ce soit en termes de prévalence ou de coût socio-économique.

1 % de la population souffre de troubles schizophréniques et 2 % de troubles de l'humeur, un quart des Français est susceptible de développer au cours de sa vie un trouble en santé mentale. Bien que l'appareil statistique soit récent et fragile et ne permette pas de disposer de données précises relatives aux prises en charge en psychiatrie, il n'en reste pas moins que ces taux de prévalence sont élevés.

Quant au coût médico-économique, il est également important. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a estimé à 22 milliards d'euros le montant des dépenses remboursées en 2011 au titre de la santé mentale. La Cour des comptes, de son côté, a évalué le coût économique et social de ces maladies à presque 110 milliards d'euros.

Face au champ très vaste de la mission, je souhaiterais rappeler la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : « *La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté* ». Il s'agit donc d'une acception large qui recouvre une approche globale de la personne dans son milieu de vie. C'est pourquoi, après quelques auditions de cadrage, la mission a décidé rapidement de circonscrire le sujet aux maladies mentales et de se concentrer sur l'organisation des soins et non sur la politique de santé mentale.

Je souhaiterais souligner que la question des restrictions de liberté au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'a pas été traitée, ne relevant pas directement du champ de la mission. M. Jean-Marie Delarue, Contrôleur général des lieux de privation de liberté, a relevé, à ce propos, que des personnes âgées atteintes d'une maladie neurodégénérative pouvaient faire l'objet de restrictions de liberté, et a demandé que son domaine de compétence soit étendu à ce domaine. Le Défenseur des droits pourrait jouer un rôle dans ce domaine.

Je souhaiterais maintenant vous présenter quelques éléments du bilan que nous avons dressé.

Le premier est le retard apporté au diagnostic de ces maladies. S'agissant des schizophrènes, un délai de six ans peut s'écouler entre le diagnostic de la maladie et sa prise en charge, ce qui conduit au développement et à l'aggravation des troubles.

Le deuxième élément est le suivi insuffisant des maladies somatiques chez les malades mentaux. Ainsi l'espérance de vie d'un schizophrène est écourtée de neuf à douze ans par rapport à la population générale.

Une troisième question est celle de la montée de la pratique de la contention, bien qu'il soit difficile de la mesurer, les statistiques dans ce domaine étant rares et aucun suivi n'existant au niveau national.

Le docteur Jean-Claude Pénochet, président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux, a même indiqué : « *La contention est un indicateur de la bonne ou de la mauvaise santé de la psychiatrie.* » D'ailleurs, une conférence de consensus sur la liberté d'aller et de venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et les obligations de soins et de sécurité s'est tenue en novembre 2004 sous l'égide de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et a considéré que cette pratique devait être exceptionnelle et réduite aux situations d'urgence médicale.

Le quatrième point relevé par la mission est la question du remplacement des psychiatres partant à la retraite, en raison d'une pyramide des âges défavorable, 40 % des psychiatres partant à la retraite d'ici sept ans.

Ce point doit néanmoins être nuancé car la densité de psychiatres est de 22 psychiatres pour 100 000 habitants, ce qui place la France au-dessus de la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) par rapport à l'Allemagne et au Royaume-Uni qui comptent 11 psychiatres pour 100 000 habitants. Cette comparaison démontre que d'autres pays articulent différemment les compétences professionnelles des soignants.

Enfin, la question du secteur, organisation territoriale des soins, permettant une prise en charge complète du patient, est un dispositif auquel les praticiens du secteur public sont très attachés. La mission a relevé une grande hétérogénéité des secteurs, que ce soit en taille, en moyens humains ou financiers ou en pratiques qui dépendent du chef de secteur. Il reste, de plus, trop « hospitalo-centré ».

La mission a relevé, en outre, quelques points particuliers.

En premier lieu, la psychiatrie du sujet âgé pose la question de l'accueil difficile des malades à partir de soixante ans dans des établissements médico-sociaux.

En deuxième lieu, la pédopsychiatrie, organisée en intersecteur, souffre particulièrement d'une insuffisance de moyens.

Le troisième point concerne les populations précaires dont un quart souffre de maladies mentales graves. Un dispositif spécifique, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP), au nombre de 120 sur le territoire dont 25 en Île-de-France, participe à leur prise en charge. Ces équipes disposent de moyens limités et ne sont pas présentes sur tout le territoire.

Enfin, la question des détenus souffrant de troubles psychiatriques est particulièrement importante. 20 % des détenus seraient atteints de troubles psychotiques selon l'Observatoire international des prisons (OIP). Le professeur Frédéric Rouillon, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne à Paris, a mené une étude épidémiologique en 2003 qui a fait ressortir un taux de maladies mentales chez les détenus supérieur à la moyenne de la population.

J'en viens maintenant aux éléments de réponse apportés par la mission.

S'agissant des prisons, il convient d'évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal qui opère une différence entre l'abolition du discernement et son altération dans les causes d'irresponsabilité ou d'atténuation de la responsabilité de personnes ayant commis un crime. Selon MM. Antoine Lazarus, président de l'OIP, et Alain Blanc, ancien président de cour d'assises à Paris, lorsqu'une personne voit sa responsabilité pénale atténuée, le principe de précaution conduit au prononcé de peines plus lourdes, les troubles psychiatriques jouant souvent comme une circonstance aggravante et non atténuante. Cette pratique explique le nombre important de malades mentaux en prison.

La prise en charge de ces détenus repose essentiellement sur deux structures, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) et les services médico-psychologiques régionaux (SMPR) où les vacations de psychiatres sont insuffisantes. La mission recommande donc de renforcer le temps d'intervention et le nombre de professionnels de santé mentale intervenant auprès des détenus.

Par ailleurs, la sortie de ces détenus n'est pas préparée de façon satisfaisante entre les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation et les psychiatres. C'est pourquoi, la mission recommande de prévoir un dispositif coordonné de sortie entre l'administration pénitentiaire et l'équipe médicale afin d'assurer un suivi de soins pour ces personnes.

Enfin, la mission suggère également de sensibiliser le personnel pénitentiaire aux pathologies psychiatriques dans le cadre de leur formation initiale et continue à l'École nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP).

Sur la prise en charge des malades, la mission recommande de faciliter le diagnostic et le premier accès aux soins. Les retards sont liés à l'insuffisance de formation des médecins généralistes auxquels s'adressent les malades en premier recours et à la collaboration difficile entre les médecins généralistes et les psychiatres, bien que la Haute Autorité de santé ait publié des recommandations dans ce domaine. Par ailleurs, les délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous avec un médecin dans les centres médico-psychologique peuvent atteindre six mois. C'est pourquoi, la mission recommande, d'une part, de former les médecins en incluant un stage obligatoire en psychiatrie, en secteur hospitalier et en ambulatoire, dans la formation initiale et en renforçant la formation continue et, d'autre part, de favoriser les échanges entre le médecin généraliste et le psychiatre.

Par ailleurs, afin de réduire le délai de diagnostic, une meilleure articulation entre spécialistes et généralistes permettra de repérer les personnes paraissant présenter des troubles mentaux.

Les compétences professionnelles doivent être réarticulées et une place particulière doit être reconnue aux infirmiers et aux psychologues cliniciens. Pour ces derniers, la mission préconise d'examiner la possibilité et les modalités d'une prise en charge de leur exercice par

l'assurance maladie. S'agissant de la formation des infirmiers, qui a pâti de la disparition du diplôme d'infirmier psychiatrique, la mission recommande de proposer une orientation spécifique aux étudiants infirmiers souhaitant travailler dans des établissements de santé mentale en reconnaissant une spécialisation en psychiatrie et pour ceux en poste en recourant à la valorisation des acquis de l'expérience.

Sur la question du secteur, qui conserve toute sa légitimité pour soigner des maladies au long cours et assurer une prise en charge dans la continuité et la proximité, nous suggérons de fixer précisément par la loi ses missions.

Enfin, la mission fait plusieurs recommandations afin d'encourager la démocratie sanitaire et de remettre le patient au centre des préoccupations, à la fois sur un plan individuel et sur un plan collectif.

Sur un plan individuel, le malade est avant tout un citoyen. Je m'interroge sur certaines pratiques restrictives de liberté (défense de fumer ou de téléphoner) qui sont pratiquées dans certains établissements tandis que dans d'autres elles n'ont pas cours. Il en est de même pour le recours à la contention. C'est pourquoi, la mission préconise de rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté et qu'elles soient justifiées par l'état de santé du malade. De même, s'agissant de la contention, elle doit rester une pratique de dernier recours et un suivi au moyen d'un registre administratif doit être assuré afin de permettre sa traçabilité.

Sur un plan collectif, il convient d'améliorer le fonctionnement des commissions départementales des soins psychiatriques, de développer la « pairaidance » par l'intermédiaire des groupements d'entraide mutuelle (GEM) où d'anciens malades aident d'autres malades. Quant aux conseils locaux de santé mentale (CLSM), regroupant des élus, des usagers, des soignants, ils permettent de déstigmatiser les malades dans la société et de les insérer dans des dispositifs de droit commun.

Je conclurai en espérant que les recommandations seront mises en œuvre notamment dans la future loi de santé publique.

M. Gérard Sebaoun. Au nom du groupe socialiste républicain et citoyen, je souhaite tout d'abord saluer le travail du rapporteur et du président qui nous a permis d'approfondir ces sujets importants. Une première question se pose : fallait-il un rapport de plus alors que la production de ces dernières années est déjà très riche ? Comme cela a été dit, les rapports précédents ont eu peu d'effet et leurs préconisations n'ont pas été suivies. Le constat de ce *statu quo* peut s'expliquer par trois raisons principales :

- l'inadaptation des propositions ;
- la force d'inertie des professionnels et acteurs de la psychiatrie ;
- l'absence de volonté politique.

Les enjeux humains – des millions de nos concitoyens sont concernés et le coût pour la collectivité, en termes de perte d'activité et de dépenses médicales – ont déjà été soulignés. Le diagnostic sur les dysfonctionnements majeurs fait aujourd'hui consensus.

Notre travail a été scindé en deux puisque la mission s'est d'abord penchée sur la question des soins sans consentement qui a abouti à la loi du 27 septembre 2013 pour

répondre aux exigences de la décision du Conseil constitutionnel. La mission parlementaire s'est ensuite intéressée aux maladies psychiatriques.

Malgré les critiques dont elle a pu faire l'objet, la sectorisation psychiatrique doit être confortée car elle permet des soins de proximité, diversifiés et adaptés aux pathologies mentales. Le secteur a permis des avancées considérables en sortant les patients des hôpitaux et en les réintégrant dans la cité. Grâce aux progrès thérapeutiques de ces cinquante dernières années, les soins ambulatoires ont été facilités et la réinsertion sociale des malades a pu progresser. Le nombre de lits en psychiatrie a été diminué de moitié en vingt-cinq ans passant de 130 000 à 65 000 alors que les soins ambulatoires représentent aujourd'hui 75 % des prises en charge.

Certains points doivent être encore améliorés : le diagnostic de la maladie mentale reste encore trop souvent tardif, et malgré une bonne qualité de la relation médecin-patient, certains malades, tout particulièrement les plus précaires, ne parviennent pas à accéder à une prise en charge. Les structures de soins entre le secteur médical et le secteur médico-social restent très cloisonnées alors même qu'avec le vieillissement de la population de nouveaux problèmes se posent, tout particulièrement pour les maladies neuro-dégénératives et les démences séniles.

Enfin, la forte présence de malades mentaux en détention pose de redoutables difficultés pour la gestion des établissements pénitentiaires et pour assurer une prise en charge sanitaire adaptée.

Certaines propositions ont suscité des divergences entre les membres de la mission comme celle relative à la nécessité d'évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal qui permet de déterminer si un délinquant doit voir sa responsabilité atténuée, en raison de l'altération de son discernement, ou en être totalement exonéré du fait de son abolition au moment de l'infraction.

Selon les rares études disponibles, on estime à 20 % ou 30 % le pourcentage de malades mentaux en prison. Cet état de fait, qui va semble-t-il en s'aggravant, ne peut laisser indifférent. Le développement des UHSA, qui offrent aujourd'hui 440 places et qui en offriront 705 à l'issue de la montée en charge du programme de construction, n'est pas suffisant pour traiter un problème aussi complexe.

Les autres propositions relatives à la formation des infirmiers et des personnels pénitentiaires, à la meilleure prise en charge somatique, à la coordination entre les structures de soins publiques et privées et au développement de la recherche ont fait consensus.

Je voudrais insister sur celle qui propose que les psychologues cliniciens interviennent en premier recours, avec une prise en charge par l'assurance maladie, ainsi que sur la reconnaissance du travail des infirmiers afin de permettre d'accélérer le premier diagnostic et d'éviter les états de crise non soignés.

Enfin, il me paraît très important de reconnaître les apports à la recherche des praticiens qui, hors cadre universitaire, poursuivent des travaux de grande qualité. Il faut pour cela définir des modalités précises d'évaluation pour recueillir le fruit de ces travaux et les intégrer dans la pratique médicale sans risquer une quelconque suspicion sur le sérieux de la démarche scientifique.

Nous attendons avec impatience la future loi de santé publique qui aura un volet santé mentale. Le choix d'une grande loi transversale a notre préférence même si certaines personnes auditionnées auraient préféré une loi spécifique pour la psychiatrie. Ce rapport pourra servir de boîte à outil et nous espérons la traduction législative de nombreuses de ses propositions.

M. Jean Pierre Barbier. Au nom du groupe UMP, je tiens à saluer le travail de notre rapporteur. Le rapport de cette mission d'information, même s'il s'ajoute à de très nombreux rapports publiés depuis une dizaine d'années, était un travail nécessaire et ne restera pas, espérons-le, lettre morte. Je souhaite que nous trouvions une volonté politique commune, que ce soit dans le cadre de la future loi sur la santé publique ou bien dans un cadre législatif spécifique sur la santé mentale pour que nous puissions améliorer la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques dans notre pays.

On peut simplement regretter que les travaux de la mission n'aient pas vraiment abordé les expériences étrangères car certains pays ont des politiques très novatrices.

La psychiatrie est un enjeu majeur de santé publique, un peu méconnu, oublié des débats et du financement de la recherche, alors qu'il a été démontré par l'OMS que les maladies mentales seront d'ici à une dizaine d'années au premier rang des causes mondiales de handicap, dépassant les maladies cardiovasculaires et les cancers.

Un Français sur cinq souffre, a souffert, ou souffrira au cours de sa vie d'une maladie mentale. Elles sont la première cause de mortalité chez les jeunes adultes avec 4 000 suicides recensés chaque année, plaçant ainsi la France dans le peloton de tête mondial.

En termes médico-économiques, le poids de la maladie mentale est considérable en matière de coûts directs, mais également indirects. Les maladies mentales constituent le deuxième motif d'arrêt de travail et la première cause d'invalidité. Elles réduisent notablement la qualité de vie des personnes atteintes et perturbent profondément celle de leurs proches. Si nous devons un jour intégrer dans les facteurs de pénibilité les risques psychosociaux ce sera un chantier très complexe.

Notre politique publique en matière de psychiatrie repose aujourd'hui essentiellement sur des plans de santé mentale. Le premier (celui de 2005 à 2008) a été évalué en 2011 par la Cour des comptes. Les crédits injectés sont considérables : 475 millions d'euros pour les dépenses de fonctionnement et 750 millions de crédits d'investissement. Le second plan (2011 à 2015) est en cours d'exécution, son programme de mise en œuvre étant paru en février 2012. Même si des progrès ont été faits, la politique de santé mentale est largement perfectible, ce constat est largement partagé.

L'évaluation du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008) faisait ressortir plusieurs problèmes abordés dans le présent rapport, notamment le cloisonnement persistant des soins à toutes les étapes de la prise en charge et l'absence de politique d'innovation et d'amélioration des soins.

Meilleure complémentarité entre l'offre publique et privée (notamment autour des schémas régionaux d'organisation des soins des agences régionales de santé), conseils locaux de santé mentale aux périmètres étendus, meilleure formation des médecins généralistes qui sont souvent le premier recours avant un diagnostic spécialisé, favoriser les échanges et la consultation de psychiatres au sein des maisons de santé, puis établir des passerelles entre les

secteurs et les établissements médico-sociaux, voilà autant de mesures qui pourraient favoriser ce décloisonnement.

De même, l'innovation et l'amélioration des soins passeront avant tout par la recherche, et nous regrettons que la recherche française (qui est pourtant reconnue dans plusieurs domaines, notamment l'autisme) ne représente que 2,5 % des publications mondiales. Il existe une sous-dotation persistante qu'il va falloir corriger d'autant que de nouvelles perspectives de diagnostic et de soins s'ouvrent à la psychiatrie.

Nous déplorons les écarts de prise en charge et différences de pratiques qui existent dans les établissements et nourrissent parfois des polémiques stériles. Les professionnels qui travaillent dans les hôpitaux spécialisés que nous avons pu rencontrer font un travail remarquable et il me semble essentiel de tout faire pour ne pas alimenter ces polémiques.

Les décisions de mise sous contention doivent être encadrées mais il est indispensable que les professionnels puissent y avoir recours s'ils le jugent nécessaire pour la sécurité de tous (du malade et de l'équipe soignante).

Il pourrait être intéressant pour dépassionner ce débat de s'appuyer sur la Haute Autorité de santé qui est à même de mener un travail de consensus, en lien avec les professionnels et les représentants des patients pour élaborer des recommandations de bonnes pratiques. Sans être contraignantes, elles pourraient constituer des références pour les malades et leurs proches.

Vous avez enfin souhaité aborder à nouveau la difficile question du débat entre deux logiques qui peuvent se confronter : celle du soin et celle de la sécurité. Peut-être qu'il conviendrait d'apprendre à mieux les concilier.

Au-delà de la proposition d'évaluer l'application de l'article 122-1 du code pénal – on ne sait pas très bien ce que sous-tend une telle évaluation et comment elle pourrait avoir lieu –, il convient de favoriser une meilleure conciliation de ces deux impératifs. L'ouverture de structures comme les unités hospitalières spécialement aménagées est une réponse adaptée et le programme d'ouvertures qui a été commencé sous la précédente législature doit être maintenu. Nous souscrivons parfaitement à toute mesure visant à mieux sensibiliser les personnels pénitentiaires aux pathologies psychiatriques ou à renforcer le temps d'intervention des professionnels de santé psychique.

La question de la santé mentale est préoccupante mais elle est difficile à appréhender. On ne peut pas dire abruptement que la prison rend fou car certaines personnes détenues présentaient des fragilités psychiques qui se sont révélées en détention. Il n'en demeure pas moins que la fréquence des troubles mentaux en prison doit conduire à s'interroger sur une prise en charge sanitaire adaptée et sur la manière de former les personnels pénitentiaires pour limiter les conséquences néfastes de la détention.

Pour finir, il est clair que tout cela va demander des moyens supplémentaires et l'on peut déplorer que le Gouvernement se prive d'un certain nombre de marges de manœuvre dans le budget de la sécurité sociale. Nous serons au rendez-vous, et attendons donc cette fameuse loi de santé publique que la ministre des affaires sociales et de la santé nous a promise.

Mme Jacqueline Fraysse. Je tiens à saluer l'investissement du rapporteur et l'esprit d'ouverture qui a caractérisé cette mission : il a favorisé les échanges sur un sujet délicat et complexe. Le choix des auditions, des déplacements et des sujets à traiter témoigne du sérieux et de la compétence du rapporteur. Je partage les préconisations du rapport dont l'objectif est, *in fine*, le respect de la personne humaine. Il pose notamment la question essentielle de la contention. Le rapport montre aussi l'importance de la pédopsychiatrie – en soulignant l'intérêt d'un diagnostic rapide et précoce pour éviter des maladies plus graves – et de la question de la prise en charge de la santé mentale dans les prisons. Il traite aussi du sujet essentiel de la recherche et de la formation des personnels soignants qui exercent un métier exigeant et difficile.

J'insisterai surtout sur la nécessité de « passer à l'acte » : il y a eu trop de rapports sur ce sujet sans aucune mise en œuvre des préconisations. Je souhaite donc que ce Gouvernement fasse ce que n'a pas fait son prédécesseur et se saisisse de ce sujet majeur. Faut-il une loi spécifique ? J'aurai tendance à penser qu'une loi uniquement consacrée à la santé mentale est nécessaire, mais le Gouvernement s'est engagé à mettre en place un volet spécifique sur ce sujet dans le projet de loi relatif à la santé publique et cela peut être aussi satisfaisant si ce volet est suffisamment important. Un réel volontarisme politique est nécessaire, ainsi qu'une sensibilisation des professionnels de santé et des moyens financiers.

Mme Annie Le Houérou. Je tiens aussi à féliciter le rapporteur pour ce travail de grande qualité et à apporter mon témoignage sur deux expériences qui montrent la nécessité d'un dispositif rénové et intégré en matière de soins psychiatriques.

Le 14 novembre dernier, la ministre chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, Mme Marie-Arlette Carlotti, a inauguré dans ma circonscription une résidence pour personnes handicapées psychiques à Lanvollon. Cette structure permet d'accueillir trente personnes en internat. La particularité de ce foyer de vie est d'offrir à ses habitants un véritable habitat, tout en apportant un accompagnement dans la réalisation des actes de la vie quotidienne. Cette expérience a permis aussi de changer de regard sur les maladies psychiques. La deuxième expérience est celle des équipes mobiles de psychiatrie qui permet de gérer des situations de crise aiguë et de prendre en charge des malades en milieu « ordinaire ». Il a fallu mobiliser beaucoup d'énergie avec le conseil général et l'agence régionale de santé pour trouver les financements nécessaires pour mettre en place ces deux structures. Cela montre que la question du financement est essentielle pour développer des dispositifs opérationnels. Par ailleurs, je voudrais évoquer aussi la question des adolescents en rupture, actuellement pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et dont la prise en charge médicale n'est pas optimale.

Mme Isabelle Le Callennec. Beaucoup de préconisations de ce rapport sont très intéressantes : c'est le cas notamment du renforcement de la participation des usagers ou du développement de la collaboration entre médecins généralistes et spécialistes. La proposition numéro 30 *bis* m'incite à poser une question : pourquoi les nombreux rapports sur ce sujet n'ont pas été suivis de réformes concrètes ? Y a-t-il des résistances dans le milieu médical ? Le simple dégagement de moyens financiers complémentaires serait-il suffisant ? En tout état de cause, je suis favorable à la proposition concernant le développement des conseils locaux de santé mentale tout en me demandant si les maires peuvent prendre l'initiative de créer de tels conseils ou si cette initiative revient aux seules agences régionales de santé. Enfin, s'agissant de la proposition numéro 12, je souhaiterais savoir quelles sont vos conclusions sur la problématique des malades bipolaires.

Mme Kheira Bouziane. Je tiens à féliciter le rapporteur pour l'excellence de ce rapport : le fait que vous ne soyez pas un professionnel de santé a permis de porter un regard plus large sur la question de la santé mentale, comme en témoigne la proposition sur le développement des conseils locaux de santé mentale. Pour répondre à la question de notre collègue Isabelle Le Callennec, j'indiquerai qu'un maire peut tout à fait créer un tel conseil et que j'en ai moi-même créé au sein d'une intercommunalité, car il est vrai que les municipalités n'ont pas toutes les moyens de mettre en place un tel dispositif. Je voudrais aussi attirer votre attention sur l'excellent documentaire italien intitulé *Quand tombent les murs d'asile* qui témoigne d'une expérimentation menée à Trieste, expérimentation que nous n'avons pas pu malheureusement découvrir dans le cadre de nos déplacements.

Mme Véronique Besse. Après avoir félicité le rapporteur pour la qualité de son rapport, je tiens à revenir sur une question précise : la prise en charge des patients qui doivent se rendre dans un tribunal. Une telle contrainte est un facteur de coût et de désorganisation pour l'hôpital et pose des questions de sécurité pour le tribunal. Or, seul le tribunal peut décider de mener des audiences au sein de l'hôpital. Je suis présidente du conseil d'administration d'un hôpital psychiatrique et le tribunal refuse d'organiser des audiences ailleurs que dans ses locaux. Il faudrait que les hôpitaux puissent obtenir un tel changement et que la décision n'appartienne pas aux seuls tribunaux.

M. Bernard Accoyer. Ce rapport est intéressant et de qualité. Certaines de ses préconisations sont tout à fait positives, d'autres apparaissent moins convaincantes parce qu'elles aboutiraient à compliquer encore le travail administratif des professionnels en établissement, alors qu'ils sont d'ores et déjà soumis à de fortes pressions. J'aurais également aimé que soit fait un bilan des avancées comme des insuffisances de ce qui a déjà été réalisé jusqu'à présent, en particulier depuis la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, mais également depuis les deux Plans psychiatrie et santé mentale de 2005 puis de 2011. La maladie mentale a toujours posé des problèmes à la société, et ce d'autant plus que la société est profondément normée, ce qui est le cas de la nôtre. Il n'est jamais facile pour une famille d'accepter que l'un de ses membres soit atteint d'une maladie mentale, même si les choses évoluent. Il convient donc de soutenir et d'aider les familles des malades mentaux qui jouent un rôle très important dans la place mieux reconnue qui leur est accordée dans le système de soins, comme dans la société. Nous pouvons aussi nous inscrire dans la lignée de nos grands anciens : n'oublions pas en effet que s'il n'y a plus de camisole de force, qui ont prévalu pendant des siècles dans les établissements psychiatriques, nous le devons à un Français qui a inventé le neuroleptique : le Largactil (chlorpromazine). Il est bon de se souvenir que l'on n'a pas toujours étouffé notre industrie pharmaceutique et qu'on lui laissait la chance d'apporter des progrès décisifs pour l'humanité.

La santé mentale est un problème majeur puisque 4 % de la population est psychotique et un quart est psychopathique. Il me semble que l'on aurait pu évoquer les aspects de prévention. On connaît un certain nombre de facteurs faisant glisser d'un état de fragilité psychologique vers un état psychotique authentique. Le rôle favorisant, déclenchant, sur certaines personnalités, sur certains cerveaux d'une consommation significative de cannabis est établi. Les praticiens vous diront le rôle de l'ivresse cannabique dans les épisodes inauguraux de schizophrénie. Notre rôle est aussi de regarder avec sérénité et objectivité ce qui peut prévenir un certain nombre de déclenchements d'affections psychiatriques. Dans notre pays nous avons toujours deux écoles de psychiatrie qui s'affrontent, parfois avec beaucoup de violence, l'école analytique et l'école cognitivo-comportementaliste, ce qui peut parfois expliquer des prises en charge différentes et des situations différentes dans tel ou tel service psychiatrique.

La psychiatrie de secteur, que vous avez l'air d'hésiter à considérer comme positive, a, quand même, apporté des progrès considérables. Mais il reste certainement beaucoup à faire en particulier en développant les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) qui sont attendus par les malades comme par leurs familles, les appartements thérapeutiques, la réinsertion professionnelle, tout ce qui accompagne dans les soins ambulatoires, y compris, et on a tort de les critiquer par dogmatisme, les soins ambulatoires sous contrainte qui peuvent d'ailleurs suivre un séjour en unité pour malades difficiles (UMD). La stigmatisation des UMD me semble également une erreur. Il faut parler avec les parents des malades psychiatriques et entendre comment leurs enfants ont vu leur état de santé s'améliorer par un séjour dans une UMD. Alors que la mise en place d'un système de soins ambulatoires peut être interrompue par le malade qui se croit guéri et retombant dès lors régulièrement dans les symptômes de sa maladie.

Le problème de la prison est réel où 20 % au moins des détenus sont des psychotiques authentiques, c'est-à-dire des malades psychiatriques graves. C'est en quelque sorte une conséquence de notre société qui essaie de se protéger du mieux qu'elle peut de tout ce qui lui pose problème. La pression qui s'exerce désormais sur les experts comme la responsabilité qui leur incombe ne sont pas de nature à réduire cette proportion. Le système carcéral doit s'adapter en développant davantage les unités, qui existent déjà, à la fois de détention et de soins. Leur nombre est dramatiquement insuffisant en France. Il convient d'évoquer aussi ce tiers de sans domicile fixe (SDF) qui souffre également de maladies psychotiques sévères appelant une prise en charge particulière, mais qui rend peu crédible l'affirmation selon laquelle il ne doit plus y avoir de SDF : c'est un des symptômes de certains malades psychiatriques que de précisément vivre dans une désinsertion totale et dans la rue.

Vous avez évoqué la question des professionnels, les psychiatres, les psychologues cliniciens et les infirmiers psychiatriques. Il est vrai que nous manquons cruellement de psychiatres. Il convient de modifier les règles en matière de formation et de *numerus clausus*, davantage édictées par des impératifs de gestion de l'assurance maladie et de ses déficits que par des priorités sanitaires. Pour les psychologues cliniciens, le travail du Parlement, engagé à mon initiative et qui a duré onze ans, a permis enfin de clarifier les choses concernant les psychothérapeutes autoproclamés. Les psychologues cliniciens sont des professionnels qualifiés qui ont fait des études longues et particulièrement sérieuses. Mais les psychothérapeutes autoproclamés sont revenus s'établir en dehors des règles. On peut ainsi voir dans les pages jaunes des annuaires la formule « pratique de psychothérapie hors réglementation ». Pourquoi, dès lors, ne pas autoriser l'intitulé « pratique de la chirurgie hors cadre réglementaire » ? Nous pourrions, madame la présidente, monsieur le rapporteur, nous saisir de cette question, afin que les pages jaunes ne continuent pas à exposer des Français ressentant le besoin d'une prise en charge ou d'une aide face à une faiblesse ressentie qu'ils jugent momentanée et ne justifiant pas la consultation d'un psychiatre, qui fait peur, tout en dépassant le médecin généraliste, à des perspectives dangereuses pour eux et pour la société. Vous proposez, monsieur le rapporteur, de spécialiser les infirmiers psychiatriques. Vous contribuez ainsi à rendre plus complexe, à allonger les formations. Ne doit-on pas se souvenir que lorsqu'il y avait des infirmiers psychiatriques avec cette seule, mais déjà considérable formation, il y avait une meilleure réponse dans les hôpitaux psychiatriques ?

M. le rapporteur. Que doit devenir ce travail ? Je souhaite qu'une partie au moins en soit reprise dans la loi de santé publique qui nous est annoncée pour 2014. À la fin de mon introduction, j'ai noté combien mes recommandations visant à mettre l'usager au cœur du système ou portant sur la question de la démocratie sanitaire convergent avec la stratégie nationale de santé de la ministre de la santé. Je compte poursuivre cette collaboration avec le

ministère, la mission l'ayant déjà régulièrement informé de ses travaux. M. Gérard Sebaoun et Mme Jacqueline Fraysse se sont interrogés sur la nécessité d'une loi spécifiquement consacrée à la santé mentale. Il ne me semble pas que ce soit un point déterminant. Certains psychiatres y sont très attachés, afin que la santé mentale ne soit pas absorbée par la politique de santé de façon générale et manifestent à cette occasion que les maladies mentales ne sont pas des maladies comme les autres. On peut cependant estimer, à l'inverse, qu'une loi spécifique pourrait traduire une certaine stigmatisation. Les arguments sont réversibles. Plutôt que de s'intéresser au véhicule des mesures qu'il convient de prendre, il me semble préférable de s'intéresser au contenu et aux politiques menées.

Par ailleurs, et sur ce point, M. Bernard Accoyer m'aura sans doute lu de façon un peu rapide, je défends le « secteur » qui, s'il n'est pas parfait, si son articulation intersectorielle est à préciser, si certains domaines pourraient être désectorisés, me paraît fondamentalement être une bonne organisation de la psychiatrie, la seule à même de répondre à l'ensemble des besoins de façon territorialisée. À cet égard, l'ensemble de vos interventions me semble traduire un large consensus sur la pérennisation du secteur, sa rénovation évidemment, et une adhésion à l'utilité de cette politique. De ce point de vue, les professionnels ont besoin, par la loi, d'une réaffirmation de leur légitimité et peut-être d'un cadre plus précis, même s'il doit rester souple.

Sur les professionnels, nous nous sommes posé la question d'un retour aux infirmiers psychiatriques, le dispositif ayant montré son efficacité. Nous n'avons pas retenu cette option. Si tout le monde souligne que les infirmiers diplômés d'État ont besoin d'une spécialisation par l'expérience pour rendre le même service aux patients que celui des diplômés infirmiers psychiatriques jusqu'en 1992, leurs organisations représentatives comme l'ensemble du corps médical ne souhaitaient pas le rétablissement du statut d'infirmier psychiatrique. Il convient donc plutôt aujourd'hui de raisonner en termes de spécialisation des infirmiers, soit par une année d'études supplémentaire, soit par une spécialisation dans le cadre du cursus actuel pour compléter la formation actuellement dispensée à tous les infirmiers, sanctionnée par un diplôme d'État unique.

J'adhère aux propos tenus par le président Accoyer sur les psychologues cliniciens. Ce sont de véritables professionnels qui accomplissent aujourd'hui un travail dans les institutions pour lequel ils ne sont pas nécessairement reconnus, puisqu'ils le font parfois par délégation. Nous avons donc posé la question, peut-être une des plus polémiques, de la prise en charge par l'assurance maladie des psychothérapies qu'ils dispensent. Si nous voulons un développement du secteur ambulatoire et sortir du « tout hôpital », la question devra être posée. Il conviendra d'évaluer les coûts supplémentaires mais aussi les économies rendues possibles. Il m'a donc semblé que, sur la ré-articulation des professionnels, un assez large consensus pouvait aussi s'établir.

Madame Véronique Besse, sur les soins sans consentement, je me permets de vous renvoyer à mon rapport d'étape qui répondait assez complètement à vos questions, comme devrait contribuer à le faire également, au moins partiellement, la proposition de loi que j'ai présentée, devenue la loi relative aux soins sans consentement promulguée le 27 septembre 2013. S'agissant des programmes de soins évoqués par M. Bernard Accoyer, les questions restent pendantes depuis le rapport d'étape sur les soins sans consentement : celle de l'auteur de la décision, le préfet, le juge. J'ai alors indiqué, de mon point de vue, les termes du débat, en m'appuyant non sur des principes abstraits mais sur l'intérêt du patient. L'ordre public doit-il être un critère ? Comme il s'ajoute aux critères médicaux, il est paradoxalement plus protecteur des libertés individuelles que régressif. Les programmes de soins sont

contestés dans leurs principes par certains psychiatres et usagers, les collectifs « des 39 » ou « Mais c'est un homme », or ils ont été établis pour assurer une continuité des soins, ils répondent à une analyse de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) datant de 2004 et répondent à une demande de l'UNAFAM, qui représente les familles des patients. La réponse apportée par la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge me paraît par conséquent mériter un temps d'épreuve et il faut que son évaluation n'intervienne qu'après lui avoir laissé le temps suffisant. Il convient de ne légiférer que lorsque c'est nécessaire.

Sur les SDF, je pense qu'il y aura toujours des « routards » mais la réduction de la précarité est de l'ordre du possible. Je préconise de soutenir le programme « Un chez-soi d'abord », traduction française du « *housing first* » américain. Il s'agit de simple bon sens, le logement implique la réinsertion et diminue le besoin d'équipes mobiles. Mais je me félicite que Mme Annie Le Houérou ait adhéré aux équipes mobiles. Dans certains secteurs, le soin à domicile est nécessaire. En effet, le nombre de lits dans un secteur n'est plus aujourd'hui, me semble-t-il, un critère pertinent de l'efficacité et de la qualité de la prise en charge. L'exemple de l'EPSM Lille Métropole, passé de 100 à 12 lits est, à cet égard, frappant. L'impact en termes de coût est par ailleurs réel. La question des moyens n'est donc pas la seule à prendre en compte. J'entends, monsieur Jean-Pierre Barbier, les injonctions contradictoires de réduire les dépenses publiques en consacrant davantage de moyens aux politiques publiques. Cependant une politique de secteur moins « hospitalo-centrée », avec une plus grande mobilisation des structures médico-sociales entraînerait d'autres coûts et d'autres prix de journée et donc des économies. Cela suppose des expertises assez lourdes des financements, point sur lequel nous n'avons pas été assez loin, critique que j'accepte, comme celle de ne pas avoir été chercher des éléments de comparaison internationaux. La durée de la mission était déjà anormalement longue, le nombre d'auditions important, plusieurs déplacements ont été organisés. Il eût sans doute été intéressant d'aller étudier les expériences ayant eu lieu au Canada ou encore de se rendre à Trieste. Mais les chiffres que j'ai donnés de taux de psychiatres pour 100 000 habitants me semblent suffisamment pertinents dans l'analyse. Ils permettent de montrer que, même avec moins de psychiatres mais une ré-articulation des compétences, on peut continuer de soigner à qualité identique, ce qui ne veut pas dire qu'il faut se résigner à cette diminution.

Il est à noter qu'alors que nous disposons de toutes les informations sur la démographie médicale, les mesures nécessaires ne sont pas prises en temps utile. L'augmentation décidée en 2011 du nombre de postes ouverts à l'examen national classant en matière psychiatrique ne produira d'effet qu'à moyen et long terme, dans plus de dix ans. Or la baisse des effectifs atteindra son maximum dans cinq ans. Dès lors, il est nécessaire de ré-articuler l'organisation des soins, en s'appuyant sur les exemples étrangers.

Les seuls points sur lesquels nous avons clairement un désaccord sont le problème des prisons et celui de la contention. On peut se poser la question de l'impact de la prison dans la décompensation de la maladie mentale. Mais on peut également se demander si des malades mentaux, qui l'étaient avant leur incarcération, ont leur place en prison. On ne peut se contenter de multiplier les UHSA, ni de prendre acte de la progression continue du nombre de prisonniers, de 30 000 à 60 000, dont 20 %, comme le relevait à juste titre M. Bernard Accoyer, sont psychotiques. Des décisions judiciaires envoient donc en prison des personnes qui ne devraient pas l'être. Certaines y sont en attente d'expertise psychiatrique et se pose alors la question des experts, je cite à cet égard la docteure Catherine Paulet qui souligne une moins grande tolérance à des situations qui autrefois auraient conduit au système sanitaire. Mais il y a aussi la façon dont la justice tient compte d'une affection psychiatrique établie.

Des décisions sont nécessaires qui concernent d'abord la justice et ensuite, seulement, la prison. Un certain nombre de personnes seraient plus efficacement prises en charge, pour la société, en étant soignées que mises en prison, ce qui ne fait que différer et aggraver les problèmes qu'elles posent. Mais au-delà de ma position sur cette question et des mesures que je préconise, il convient dans l'immédiat de soigner ces personnes dans le cadre carcéral qui est actuellement le leur.

Sur la contention, je ne prétends pas que l'on peut s'en passer, mais je constate, comme M. Jean-Marie Delarue, que certains établissements ne pratiquent pas la contention, tandis que certains des établissements pratiquant l'hospitalisation sous contrainte sont fermés et d'autres ouverts. Certains pavillons au sein d'un même établissement peuvent avoir des pratiques différentes en la matière. Je ne suis pas psychiatre, je veux qu'on m'explique pourquoi, pour des pathologies identiques, ce qui est nécessaire dans un cas ne l'est pas dans l'autre. Affirmer le besoin de contention ne le démontre pas. La contention ne doit être qu'une solution de dernier recours. Elle doit être organisée, tracée dans un registre. Se compliquer un peu la vie est nécessaire sur des questions de cet ordre.

J'assume notre désaccord sur ces sujets. Sur la question pénale et la prison comme sur celle de la contention et de l'isolement, il me semble nécessaire de nous fonder non pas sur des principes mais sur ce qui nous a été dit et sur une argumentation rationnelle sur le besoin ou non de ces mesures.

Mme la présidente Catherine Lemorton. J'insisterai moi aussi sur les prisons auxquelles je m'étais moi aussi intéressée lors de la précédente législature. Ce que vous venez de dire est très important. La prison a pour objectif de laisser ressortir des gens ayant payé leur dette à la société. Si tout n'y est pas mis en œuvre pour les soigner, on prépare les récidives. La prison a pour vocation de réinsérer les détenus à leur sortie. Je m'étonne que nous puissions être en désaccord sur ce point. En conclusion, je félicite le président et le rapporteur pour ce travail.

*

La commission autorise, à l'unanimité, le dépôt du rapport d'information de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie en vue de sa publication.

La séance est levée à douze heures.



Informations relatives à la Commission

La Commission des affaires sociales a désigné **Mme Marie-Noëlle Battistel**, rapporteure sur les propositions de loi visant à mettre en place un dispositif de réduction d'activité des moniteurs de ski ayant atteint l'âge de liquidation de leur pension de retraite et souhaitant prolonger leur activité au bénéfice des nouveaux moniteurs de Mme Frédérique Massat (n° 1572) et de M. Bruno Le Roux (n° 1636).

Présences en réunion

Réunion du mercredi 18 décembre 2013 à 9 heures 30

Présents. – M. Élie Aboud, M. Bernard Accoyer, M. Pierre Aylagas, M. Jean-Pierre Barbier, Mme Marie-Noëlle Battistel, Mme Véronique Besse, Mme Gisèle Biémouret, Mme Kheira Bouziane, Mme Valérie Boyer, M. Jean-Noël Carpentier, Mme Fanélie Carrey-Conte, M. Gérard Cherpion, M. Rémi Delatte, M. Richard Ferrand, Mme Jacqueline Fraysse, M. Jean-Marc Germain, M. Jean-Patrick Gille, Mme Linda Gourjade, M. Henri Guaino, M. Jérôme Guedj, M. Christian Hutin, M. Michel Issindou, M. Denis Jacquat, Mme Chaynesse Khirouni, Mme Isabelle Le Callennec, Mme Annie Le Houerou, Mme Catherine Lemorton, M. Céleste Lett, M. Michel Liebgott, Mme Véronique Louwagie, M. Gilles Lurton, M. Laurent Marcangeli, Mme Véronique Massonneau, M. Pierre Morange, M. Hervé Morin, Mme Ségolène Neuville, Mme Luce Pane, M. Christian Paul, M. Bernard Perrut, Mme Martine Pinville, Mme Bérengère Poletti, M. Arnaud Richard, M. Denys Robiliard, M. Arnaud Robinet, M. Gérard Sebaoun, M. Fernand Siré, M. Christophe Sirugue, M. Dominique Tian, M. Jean-Louis Touraine, M. Olivier Véran, M. Francis Vercamer

Excusés. – Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Pierre Door, Mme Monique Iborra, Mme Conchita Lacuey, Mme Gabrielle Louis-Carabin, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Dominique Orliac, Mme Monique Orphé, M. Jonas Tahuaitu, M. Jean-Sébastien Vialatte

Assistait également à la réunion. – Mme Bernadette Laclais