



coordination assurées par les soignants eux-mêmes font intrinsèquement partie du soin.

Le parcours de soins implique que non seulement l'hôpital se réorganise pour correspondre aux besoins des personnes, mais que ses partenaires en aval et en amont assument de manière plus intensive et coordonnée la prise en soins. Ce n'est qu'à ces conditions que le virage ambulatoire peut se déployer. La mise en œuvre généralisée du parcours de soins à tous les secteurs

(social, médicosocial et sanitaire) ne pourra se faire sans une formation à la prise en charge holistique des personnes porteuses de maladies chroniques et/ou de polyopathologies. Cette formation devrait être continue mais aussi initiale et pluriprofessionnelle, dans tous les cursus de santé<sup>10</sup>. ➔

10. Lussier M.-D. « Parcours des personnes âgées dans le système de santé ». *Regards*, 2020, 1, 57, p. 115-126.

## Santé mentale et soins ambulatoires, l'avenir dure longtemps ?

**Jean-Luc Roelandt**  
Psychiatre, directeur adjoint du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS), EPSM Lille Métropole, Inserm-équipe Eceve, UMR 1123

La nécessité d'un virage ambulatoire, telle que nommée actuellement, a pris naissance pour la psychiatrie dans l'entre-deux-guerres, au XX<sup>e</sup> siècle, quand l'hygiène mentale a rejoint le mouvement d'hygiène sociale dans les dispensaires qui luttèrent contre les fléaux sociaux dans les villes. Ces expériences novatrices ont été portées aussi par la naissance de la sécurité sociale. Le côté néfaste de l'enfermement des malades mentaux pendant la Seconde Guerre mondiale s'est manifesté par le décès de plus de 40 000 d'entre eux, qui n'avaient pas accès au marché noir et qui sont morts de faim. Ces expériences et constatations ont amené à penser une nouvelle organisation, non plus centrée sur l'hôpital, mais sur la ville.

### Une nécessité qui date

Le secteur de psychiatrie fut créé, qui confiait la prévention, le soin, la postcure et la réadaptation à une seule équipe pluriprofessionnelle pour des territoires de 66 000 habitants environ. Il portait en germe le redéploiement complet du dispositif de soins dans la ville et la fin des asile-hôpitaux psychiatriques, en lien avec les acteurs sanitaires et sociaux du territoire.

Ce virage ambulatoire fut le premier en date à avoir voulu mettre en œuvre une politique de prévention et d'inclusion dans la cité, un parcours de soin et d'inclusion coordonné pour des personnes potentiellement stigmatisées par leurs troubles. Aujourd'hui c'est tout le système de santé et de protection sociale qui prend le virage ambulatoire.

tableau 1

### Évolution des soins en psychiatrie de 2012 à 2021

	2012	2013	2014	2015
Nombre total de patients	1 684 440	1 655 721	1 692 387	1 727 081
Nombre de patients hospitalisés à temps plein	382 414	343 537	341 946	342 521
Nombre de journées d'hospitalisation temps plein	18 505 478	18 668 029	18 708 766	18 508 443
Nombre de patients vus en ambulatoire	1 508 505	1 514 884	1 554 981	1 593 569
Nombre d'actes ambulatoires	16 537 246	18 260 869	18 619 765	19 046 023
Nombre de patients avec soins à domicile	124 788	124 474	124 974	126 632
Nombre d'actes à domicile	1 932 919	1 941 932	1 967 234	1 940 314
Forme d'activité exclu ambulatoire	77 %	79 %	80 %	80 %
Nombre de patients ayant eu des soins sans consentement (y compris des programmes de soins)	83 721	86 206	89 851	92 918
Nombre de patients ayant eu une hospitalisation sans consentement	73 860	75 791	76 763	80 062

Champ : Population âgée de 16 ans ou plus, ensemble des établissements de santé autorisés en psychiatrie.

Remerciements à Magali Coldefy, Coralie Gandre et Patrick Risselin.

### La sectorisation, prototype des soins ambulatoires

La loi de 1986 crée officiellement la sectorisation psychiatrique et octroie à chaque secteur un budget global, non lié à l'activité (le nombre de lits occupés) mais à l'œuvre pour la santé mentale d'une population, tant pour l'accès aux soins que pour l'insertion sociale. Ce budget global (dotation affectée de fonctionnement) permettait de faire passer le budget de l'hospitalisation à la création de structures ambulatoires variées, répondant à toutes les formes de soins et d'insertion dans la cité (CMP, hôpitaux de jour, centres d'activité thérapeutiques à temps partiel, appartements et ateliers thérapeutiques, familles d'accueil, etc.). Le choix a été de confier à l'hôpital la gestion de ce dispositif et son déploiement, en ne fermant pas les hôpitaux psychiatriques, comme cela a été le cas à cette période un peu partout dans le monde.

Cela a conduit à une déshospitalisation douce, faute d'envisager l'hôpital dès le départ comme une alternative aux soins communautaires. Tous les rapports ministériels en France depuis 1983 rappellent que les soins doivent être dans la proximité, au plus près des lieux de vie et doivent prendre en compte l'inclusion sociale des personnes, leur dignité et leur choix de vie et de soins. Cela reste en contradiction avec l'obligation de soins, que les législateurs successifs ont essayé de cadrer et de limiter sans succès réel [49].

La loi de 2016 va réaffirmer la sectorisation comme base de l'organisation des soins de proximité et créer les projets territoriaux de santé mentale, en la situant comme une des composantes de l'offre totale de soins et d'accompagnement, à la fois sociale, médicosociale

et sanitaire. La coordination pratique de proximité est assurée par les conseils locaux de santé mentale quand ils existent, qui vont associer aux acteurs sanitaires et sociaux les élus, les habitants, les usagers et aidants et tous les services de l'État et des collectivités locales. De plus, elle favorisera l'extension des groupements d'entraide mutuelle « entre personnes concernées » qui se créent sur le territoire.

### Une évolution internationale

Au niveau international, l'OMS a accompagné et soutenu cette démarche de désinstitutionalisation et d'implication territoriale et sociétale en santé mentale. Depuis les conférences d'Alma-Ata et de Toronto, l'importance des soins de santé primaire, de la lutte contre la stigmatisation, du bien-être de la population, de l'intersectorialité des politiques publiques, et de l'empowerment des usagers en santé a fait son chemin en santé mentale. Elle promeut un développement ambulatoire prépondérant, avec des équipes de psychiatrie mobiles, disponibles 24/24h, 7/7j, à la fois de soins intensifs mais aussi de soins et d'accompagnement au long cours dans la cité, une participation forte de la médecine générale au dispositif de soins, des services de réhabilitation et d'inclusion en ville, et quelques lits seulement pour les crises, ou lits judiciaires pour les personnes ayant des troubles et commis un délit. Et le programme QualityRights de l'OMS, une approche basée sur les droits et l'autodétermination, a pour objectif de limiter la contrainte et les restrictions de liberté, la contention et l'isolement. Les soins doivent être centrés sur une

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 59.

2016	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2012-2021
1 781 155	1 812 716	1 834 537	1 832 179	1 739 492	1 837 602	+ 9 %
337 653	332 087	328 538	322 110	296 787	302 975	- 21 %
18 463 683	18 200 269	17 946 865	17 782 837	16 828 548	16 616 451	- 10 %
1 653 969	1 691 310	1 713 429	1 718 769	1 634 596	1 731 129	+ 15 %
19 662 540	20 271 915	20 551 800	21 018 015	21 389 576	24 133 212	+ 46 %
129 333	132 358	129 189	129 361	145 818	168 797	+ 35 %
1 959 947	2 075 430	2 091 545	2 147 847	2 562 891	3 230 829	+ 67 %
81 %	82 %	82 %	82 %	83 %	84 %	+ 7 %
94 653	96 082	96 673	96 796	95 821	95 473	+ 14 %
79 506	79 852	80 485	80 528	79 514	78 401	+ 6 %

Source : base RIM-P. Exploitation : Irdes.



## Le virage ambulatoire : sécurité des patients et inégalités de santé

approche qui promeut le rétablissement et implique les usagers dans tous les dispositifs.

Parmi les exemples mondiaux de bonnes pratiques, l'OMS en cite trois globaux [53] : un au Brésil, un à Trieste, et le secteur de psychiatrie 59G21, en France, qui remplit tous les critères de bonnes pratiques : travail de proximité avec les usagers, et avec les élus locaux impliqués dans le fonctionnement du service, implication des services de santé primaire et sociaux, un système résolument communautaire et ambulatoire, six équipes mobiles, des médiateurs de santé-pairs aidants nombreux dans toutes les équipes, avec 72 % des professionnels en ville, et très peu d'hospitalisations dans un service portes ouvertes sans isolement et presque pas de contention. Mais pourquoi cet exemple n'a pas été diffusé dans toute la France ? Pourquoi le dispositif, qui s'est déployé avec une diminution du nombre de lits très importante s'est-il figé à la fin des années 1990 pour stagner voire régresser depuis lors ?

### Un bilan objectif contrasté, de fortes inégalités persistantes

Malgré un contexte actuel favorable aux soins dans la communauté, le bilan de ces dernières années est en demi-teinte. Les données ci-dessus témoignent d'un réel virage ambulatoire, mais qui est lent et très inégal. Le système reste trop majoritairement axé sur les soins, quoique les orientations « rétablissement, insertion sociale et citoyenne » commencent à porter leurs fruits.

Pour rappel, en 2017, 7 millions de personnes ont bénéficié de prises en charge spécialisées ou ont pris un psychotrope en France [11]. La psychiatrie représente 14 % de la dépense totale de l'Assurance maladie. Le fardeau économique et social est évalué à 110 milliards d'euros. La médecine générale reste le premier recours en France –104 médecins généralistes pour 100 000 habitants, avec des variations de 75 à 130.

Il y a 61 633 psychologues, dont 32 % en libéral. Les psychiatres sont 15 764, dont 6 509 ont une activité libérale, et seulement 780 pédopsychiatres. 2 500 000 personnes ont été suivies en ambulatoire en 2017, 340 000 en hospitalisation à temps plein. 80 % des soins donnés dans les hôpitaux qui ont un service de psychiatrie le sont en ambulatoire.

Mais les inégalités entre territoires et secteurs sont importantes<sup>1</sup> : les dotations des secteurs en personnels non médicaux varient de 70 équivalents temps pleins à 300 pour 100 000 habitants. Toujours pour 100 000 habitants, la densité de psychiatres est de 1 à 59 en libéral, de 5 à 15 en psychiatrie adulte et de 3 à 15 en pédo-

**1.** Dans le domaine de l'accès aux soins de santé mentale, il y a des territoires particulièrement déficitaires ainsi que d'importantes inégalités sociales. Parmi les départements souffrant d'une faible densité de psychiatres (libéraux et salariés), les extrêmes sont Mayotte et la Guyane, puis la Meuse, l'Aube, l'Ain, la Vendée, l'Eure-et-Loir. En ce qui concerne la faible densité en personnel non médical, on retrouve la Guyane (et c'est en effet sûrement un territoire qui cumule les sous-dotations), mais aussi la Seine-et-Marne.

psychiatrie, de 10 à 50 pour les psychologues en libéral. Sans aucune explication épidémiologique crédible.

Il y a 2 263 centres médicaux psychologiques implantés, avec une progression de 680 de 2006 à 2014. 156 équipes mobiles de santé mentale et précarité ont été créées.

On ne peut malheureusement comptabiliser les équipes mobiles existantes pour les soins intensifs dans la cité et au long cours de type réhabilitation ou inclusion sociale, celles-ci n'existant pas dans les statistiques officielles. Le nombre de lits est passé de 110 000 en 1985 à 56 000 en 2017, dont 15 000 occupés par des patients toute l'année, pour lesquels on peut se demander si l'hospitalisation est adéquate. Là aussi, la fourchette va de 40 à 160 lits installés pour 100 000 habitants.

Alors que l'hôpital public a fait des efforts importants vers l'ambulatoire, la psychiatrie privée augmente son nombre de lits avec des durées de séjour bien supérieures à celle du public, ce qui reste un paradoxe pour un pays qui est parmi ceux qui ont encore le plus de lits de psychiatrie et de psychiatres en Europe, voire au monde.

Il existe aussi de multiples structures sociales et médicosociales qui peuvent accueillir des personnes en situation de handicap psychique sans que l'on puisse dire combien de places ils occupent parmi les 494 353 places disponibles tant en ambulatoire qu'en foyer, et d'aide à l'emploi (MAS, IME, Itep, Esat, Sesad, Sahsma, etc.). S'ajoutent à ces dispositifs 411 groupements d'entraide mutuelle accueillant des personnes ayant des troubles psychiques, gérés par les usagers eux-mêmes.

Malgré l'importance de ce dispositif, les délais d'attente pour une première consultation sont de 21 jours pour les adultes et de plusieurs mois pour les enfants. 40 % des personnes ayant des troubles psychotiques, 42 % névrotiques et 52 % affectifs n'ont pas eu de consultation ambulatoire un an après leur hospitalisation. Un tiers n'a pas eu de consultation avant hospitalisation. 15 % des patients n'ont pas de médecin traitant. Ceci ajouté à cela que les personnes ayant une affection longue durée pour troubles psychiques ont une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Les patients ayant un diagnostic psychiatrique ont eu moins de recours aux spécialistes, hors psychiatrie, et sont davantage hospitalisés en secteur de médecine et chirurgie (MCO) alors que certaines de ces hospitalisations étaient évitables. Ils ont davantage recours à la médecine générale que la population générale.

Au total, entre 2012 et 2021, si le nombre de journées d'hospitalisation a baissé de 10 %, le nombre de patients a diminué de 21 % – donc les séjours sont de fait prolongés –, cette activité s'accompagne d'une augmentation de l'ambulatoire, avec augmentation des actes, des soins à domicile, et un allongement de la file active. Mais aussi une augmentation des soins sous contrainte, contrairement à l'évolution souhaitée (tableau 1).

### L'avenir résolument dans la cité ?

Le gouvernement a mis en place depuis quatre ans une feuille de route santé mentale et psychiatrie qui doit garantir les parcours de soins coordonnés, soutenue par une offre de psychiatrie accessible diversifiée et de qualité [23]. Des financements exceptionnels ont été mobilisés, 1,4 milliard d'euros de 2018 à 2021 – 1,9 milliard d'euros de 2022 à 2026.

La crise du Covid-19 a été un accélérateur de la politique de santé mentale. Elle a donné lieu à de multiples actions, mais les projets structurants sont à venir, en particulier le financement et les autorisations en psychiatrie, le déploiement des projets territoriaux de santé mentale.

La volonté des pouvoirs publics d'accroître le virage ambulatoire se manifeste à travers les 17 équipes mobiles sur 42 projets qui ont été retenus au titre du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie, et les 37 équipes mobiles périnatalité enfants adolescents sur 87 projets ont été retenues au titre de l'appel à projets psychiatrie de l'enfant et l'adolescent-périnatalité en 2021.

Pourtant une vraie politique de soins ambulatoires devrait prendre en compte le fait que les dotations affectées au service de psychiatrie sont majoritairement ambulatoires tant pour le public que pour le privé. Le taux de 60 % de personnels affectés dans les secteurs publics et privés hors hospitalisation serait un minimum pour cela. Nous en sommes encore loin en ce qui concerne la psychiatrie générale. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, ce taux est largement atteint. Pourtant il a été prouvé que, plus le personnel était basé en ambulatoire, donc en prévention, et moins il y avait d'hospitalisations [28].

Faute d'avoir mis en place un système d'équipes mobiles de soins aigus et de soins au long cours et d'insertion sur l'ensemble des secteurs en France, comme cela a été effectué avec succès à l'étranger, les

politiques publiques ont été essentiellement incitatives, n'ayant pas su tirer les conclusions des expériences étrangères ou avoir diffusé celles du secteur 59G21 [13, 53].

Rendre le système résolument ambulatoire nécessite de repenser les articulations entre les dispositifs de soins en proximité. Et nécessite une répartition des médecins et personnels en fonction des besoins des populations et dans la cité. La Cour des comptes signalait qu'en l'absence d'une réponse graduée, il existait des pertes d'efficacité systémiques. Nous verrons si la prochaine réforme du financement sera résolument en faveur du redéploiement ambulatoire, comme cela est annoncé. Mais ce redéploiement ambulatoire ne peut être uniquement sanitaire, il doit prendre en compte toutes les composantes de la société, le logement, l'emploi, l'éducation, les droits, la sécurité, et utiliser les nouvelles technologies telles la télémédecine et l'e-santé. Cela est à repenser dans le cadre d'un nouvel horizon mondial prôné par l'ONU dans le cadre du développement durable. Le virage ambulatoire doit intégrer la psychiatrie et la santé mentale aux systèmes sanitaires et sociaux des villes, de plus en plus impliquées dans la santé. Les CTPS, ainsi que les conseils locaux de santé mentale, devraient jouer un rôle évident pour le développement de cette politique intégrative de proximité. Les habitants plébiscitent le soin à domicile et les circuits courts et rapides et non stigmatisants. Le virage ambulatoire impliquant les acteurs locaux de santé primaire et d'inclusion sociale répond à ces critères.

Les ingrédients pour cette nouvelle politique de proximité ambulatoire existent maintenant, ils nécessitent d'être portés fortement, politiquement, avec des mesures fortes sur la répartition des ressources médicales et professionnelles vers les territoires français démunis, et de l'hospitalisation vers l'ambulatoire, politique à mener sur la durée et en interministériel. À suivre... ➔

## Les enjeux du virage ambulatoire pour l'accessibilité aux soins dans le cadre des inégalités territoriales de santé

La loi de modernisation de notre système de santé pose la question de l'organisation des soins en France et de la mise en place d'une médecine de parcours décloisonnée. L'objectif est de permettre aux Français de recevoir « *les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment* » (site du ministère des Solidarités et de la Santé). Cela, en bénéficiant d'un égal accès à la santé, de prises en

charge lisibles, accessibles, complètes et de qualité, ainsi que d'une organisation sanitaire et sociale rationalisée et plus efficiente. Le virage ambulatoire est un des leviers pour y parvenir. Il suppose néanmoins que les conditions requises à sa mise en œuvre soient présentes, que la fluidité des parcours soit assurée et que l'environnement personnel du patient le permette. Est-ce que sont aujourd'hui remplies les conditions d'une

**Véronique Lucas-Gabrielli**  
Institut de recherche et documentation en économie de la santé  
**Catherine Mangeney**  
Observatoire régional de santé d'Île-de-France