



Améliorer le parcours de soin en psychiatrie

Alain Dru et Anne Gautier

CE DOCUMENT D'ORDRE INTÉRIEUR NE
PEUT ÊTRE NI DIFFUSÉ NI PUBLIÉ

AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOIN EN PSYCHIATRIE

Avis du Conseil économique, social et environnemental

présenté par

Alain Dru et Anne Gautier

Au nom de la

section des affaires sociales et de la santé

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Sommaire

AVIS 4

Les préconisations du CESE 5

Introduction 11

I - LES CONSTATS 14

A - L'organisation de la psychiatrie est spécifique et ses objectifs demeurent pertinents 14

B - La psychiatrie n'a plus les moyens de son ambition 18

1. Les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux.... 18
2. Les articulations sont défailtantes à tous les niveaux 20
3. Et dans ce contexte, les prises en charge inadaptées se multiplient 22

C - La situation demeure dysfonctionnelle en dépit des ambitions affichées 24

D - ... et la crise sanitaire renforce l'urgence des réponses 28

II. LES PRÉCONISATIONS DU CESE 31

A - Un préalable : agir sur la connaissance et la représentation de la santé mentale 31

1. En parler pour destigmatiser 31
2. En parler pour savoir discerner et orienter 34
3. En parler pour mieux vivre, patient ou proche, avec les troubles psychiques 35

B - Une priorité : favoriser une entrée plus précoce dans le soin 37

1. Reconnaître et consolider le rôle pivot des médecins généralistes 38
2. Soutenir les dispositifs « d'aller vers » construits en partenariat 40
3. Lever les obstacles à une plus grande participation des psychologues aux soins 44
4. Améliorer la prise en charge hospitalière 47

C - Assurer la synergie entre les soins et l'accompagnement 57

1. Évaluer les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) 57
2. Susciter la coordination 59
3. Articuler secteurs sanitaire, social et médico-social 61
4. Renforcer la place de la psychiatrie dans l'accompagnement de la personne âgée. 62

Conclusion 64

DÉCLARATIONS/ SCRUTIN 67

ANNEXES 71

N°1 Composition de la section des affaires sociales et de la santé à la date du vote 72

N°2 Liste des personnes entendues 74

N°3 La santé mentale en Outre-mer 77

N°4 Bibliographie 79

N°5 Table des sigles 82

Avis

Présenté au nom de la section des affaires sociales et de la santé

L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public à l'unanimité

AMÉLIORER LE PARCOURS DE SOIN EN PSYCHIATRIE

Alain Dru et Anne Gautier

Les préconisations du CESE

Un préalable : agir sur la connaissance et la représentation de la santé mentale

Préconisation n°1 :

Il faut immédiatement mettre fin à la stigmatisation des patientes et des patients par les institutions. Aucune personne ne doit systématiquement figurer dans un fichier du renseignement ou de la police du seul fait qu'elle a été, est ou serait atteinte de troubles psychiatriques

Préconisation n°2 :

Conduire des campagnes d'informations et de sensibilisation sur la santé mentale, la variété des troubles et des pathologies, leurs causes, leur prévalence, les professionnels et professionnelles à consulter, les traitements possible :

- à destination du grand public, pour assurer une connaissance générale et non stigmatisante
- ciblées vers des publics particuliers, dans leurs lieux de vie, à l'école et au travail, en partenariat avec les organisations professionnelles et les acteurs de la santé.

Préconisation n°3 :

Multiplier les formations aux premiers secours en santé mentale pour acculturer la population aux troubles psychiques et lutter contre leur stigmatisation.

Préconisation n°4 :

Organiser, au moment du diagnostic, l'information sur la pathologie, les traitements, la prise en charge sanitaire et médico-sociale, les programmes d'éducation thérapeutique et les offres d'accompagnement.

Préconisation n°5 :

Soutenir la création et l'évaluation extérieure régulière de Groupes d'entraide

Synthèse de l'avis

Préconisation n°6 :

Proposer un soutien aux proches aidants, dès l'annonce de la pathologie et tout au long de l'évolution de la maladie et du parcours, à travers notamment une information sur la pathologie, des programmes psychoéducatifs et en favorisant la création d'espaces de rencontres dédiés et de groupes support.

Mieux reconnaître le rôle des proches aidants en les informant et en les associant autant que possible aux prises de décisions.

Une priorité : favoriser une entrée plus précoce dans le soin

Préconisation n°7 :

Tirer les conséquences du rôle central des médecins généralistes dans la prise en charge des soins psychiatriques en:

- renforçant la formation en psychiatrie initiale et continue des généralistes;
- imposant au minimum un stage pendant les études au sein d'un service ou d'un établissement de santé mentale ou d'une structure sociale ou médico-sociale assurant un accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques ou d'addictions. Cela pourrait se traduire par l'allongement de l'internat en Médecine générale;
- développant les outils de dépistage à l'usage des médecins généralistes et promouvant leur utilisation régulière;
- améliorant la coordination entre médecins généralistes et psychiatres.

Préconisation n°8 :

Instaurer de nouveaux partenariats, fondés sur les principes de « l'aller vers », associant la psychiatrie de secteur aux structures des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour favoriser le repérage et l'entrée dans un parcours de soin coordonné et recruter dans chaque secteur un poste d'infirmier ou de psychologue en charge des partenariats.

Préconisation n° 9 :

Renforcer les moyens humains et financiers des services de médecine préventive et de promotion de la santé, notamment universitaires, pour:

- conduire une véritable politique de prévention en santé mentale ;
- améliorer la prise en charge de la détresse psychologique en permettant l'accès à une plus grande diversité de spécialistes

Préconisation n°10 :

Accélérer le processus d'évaluation des expérimentations en cours pour déterminer en concertation avec les organisations professionnelles les conditions d'un remboursement par l'Assurance-maladie des consultations de psychologues en termes de :

- création d'un 4ème groupe professionnel dans le Code de la Santé publique
- validation spécifique, des formations et des compétences pour les psychologues cliniciens
- modalités d'intégration des séances de psychothérapie dans le parcours de soin coordonné.

L'orientation par le médecin traitant vers un ou une psychologue, comme pour tout spécialiste dans le cadre du parcours de soin, doit être mis en œuvre.

Préconisation n°11 :

Elaborer un plan d'urgence pour la psychiatrie, indépendant des engagements du Ségur de la Santé

Compenser le sous-investissement dans le secteur public en moyens matériels et humains

Sanctuariser, dans les établissements de santé, les enveloppes dédiées à la psychiatrie

Pérenniser un financement de la psychiatrie à la hauteur des besoins et tenant compte de leur augmentation, liée notamment à la crise sanitaire

Préconisation n°12 :

Évaluer les besoins des établissements hospitaliers de santé mentale, compte tenu de la réalité de la demande, et assurer l'adéquation de leurs moyens à ces besoins.

Préconisation n°13 :

Renforcer, dans tous les métiers du soin, la formation en psychiatrie et notamment le savoir-être avec les patientes et patients

Proposer, dans la formation initiale des infirmières et infirmiers, une option spécifique « psychiatrie et psychopathologie ».

Synthèse de l'avis

Préconisation n°14 :

Répondre à l'urgence en formant davantage de pédopsychiatres

Donner à la pédopsychiatrie les moyens d'élaborer un diagnostic précoce

Garantir l'accès à une prise en charge en pédopsychiatrie au moins jusqu'à la majorité et donner à la pédopsychiatrie les moyens humains et financiers de répondre adéquatement à la demande

Assurer la synergie entre les soins et l'accompagnement

Préconisation n°15 :

Réaliser un bilan qualitatif des PTSM arrêtés par les ARS au regard des 3 objectifs suivants :

- l'inclusion, dans la coordination, des acteurs de la santé psychique, somatique et de l'accompagnement social (insertion professionnelle, formation, logement...)

- la couverture de l'ensemble du territoire national par une coordination de proximité

- la participation des patientes et des patients, de leurs proches aidants et des associations qui les représentent

Préconisation n°16 :

Mettre en place dans les territoires des formations croisées associant acteurs et actrices de santé et des secteurs médico-sociaux et sociaux, patientes/patients et proches-aidants pour susciter et faciliter le travail en réseau.

Préconisation n°17 :

Multiplier l'association ou la présence de professionnels des troubles psychiques dans les lieux ou communautés d'exercice pluriprofessionnel (Communautés professionnelles territoriales de santé, Maisons de santé pluriprofessionnelles, Centre de santé...)

Préconisation n°18 :

Construire une mission de référent de parcours, confiée à des professionnelles et professionnels du soin ou du travail social chargés de coordonner et d'articuler les différentes prises en charge.

Financer cette mission par des créations de postes dans les secteurs psychiatriques et/ou les services sociaux et médicosociaux.

Préconisation n°19 :

Renforcer les dispositifs de coordination gériatrique autour de deux priorités :

- mieux identifier les fragilités psychologiques et psychiatriques, souvent aggravées par l'isolement, chez les personnes âgées :
- mieux assurer la détection et la prise en charge des pathologies somatiques chez les patientes et patients âgés atteints de troubles psychiatriques.

Préconisation n°20 :

Soutenir la recherche en psychiatrie en :

- augmentant les financements;
- encourageant la transdisciplinarité psychiatrie, neurosciences, épigénétique et sciences humaines et sociales;
- assurant la participation des patientes, patients et de leur entourage à la définition des priorités ainsi qu'à la conduite et à l'évaluation des travaux.

Synthèse de l'avis

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. La psychiatrie est la partie de la médecine qui étudie et traite les maladies mentales et les troubles du psychisme. Le champ de la santé publique relèverait donc plutôt de la santé mentale, alors que celui du soin individuel, définirait la psychiatrie, même si leur complémentarité est évidente.

Pas plus que d'autres, le CESE n'est en mesure de poser les termes de la distinction entre le trouble psychique et le trouble psychiatrique. L'un peut être précurseur de l'autre, sans que ce ne soit systématiquement le cas. Il existe une zone floue qu'il faut intégrer en ayant un principe à l'esprit : toute souffrance doit, en raison de ses possibles évolutions, trouver une réponse, qu'elle relève ou non du dispositif de soin psychiatrique. Ainsi, il faut certes distinguer l'inquiétude, la tristesse ou l'anxiété, possiblement liées à un moment particulier de la vie ou aux difficultés d'un contexte (comme par exemple la crise actuelle), de la maladie dépressive identifiée comme telle par un examen médical. Il ne faut pas pour autant établir une frontière trop forte entre les deux : pour cet exemple comme pour beaucoup d'autres, une approche binaire serait réductrice.

En France, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux. La maladie psychiatrique est la première cause d'invalidité et le deuxième motif d'arrêt de travail. En moyenne, la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques est de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Les taux de mortalité sont deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale et le taux de mortalité prématurée est quadruplé¹. Aucune catégorie de la population n'échappe aux maladies psychiatriques, dont la prévalence s'accroît de façon inquiétante chez les jeunes.

Mal connus, les troubles psychiatriques sont encore associés à l'incurabilité, à la folie et à la violence. Les patients et patientes eux-mêmes entretiennent malgré eux une forme d'auto-stigmatisation et de déni. L'inclusion sociale des personnes souffrant de ces troubles est réduite, du fait du regard que la société porte sur les pathologies mentales. Et si la stigmatisation a pour effet d'isoler socialement les personnes concernées, voire d'aggraver leurs troubles, elle pèse aussi considérablement sur leur famille et leur entourage. La charge qui pèse sur les proches aidants a souvent des répercussions sur leur santé. La maladie mentale a, en outre, des répercussions économiques et sociales importantes sur l'ensemble des proches. La vie professionnelle et familiale des aidants et aidantes est bouleversée, marquée par des indisponibilités - quand il faut, dans l'urgence « gérer » les moments de crise - mais aussi par une pression forte et permanente et par le poids constant du regard des autres.

¹ Coldefy M., Gandré C, *Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée*, IRDES, Questions d'économie de la santé, n°237.

De nombreux rapports l'ont souligné : les troubles psychiques créent des difficultés, voire des ruptures, dans la vie quotidienne, la participation à la vie sociale, dans l'accès et le maintien dans l'emploi, le logement et notamment, pour les plus jeunes, dans l'accès et le maintien dans une formation.

La France est le pays qui prescrit le plus de psychotropes au monde². Cette situation ne cesse d'empirer. Plus d'un quart des Français et Françaises consomme des anxiolytiques, des antidépresseurs, des somnifères. Les maladies psychiatriques et la consommation de psychotropes sont la première dépense de l'Assurance maladie (23 milliards d'euros). La Feuille de route pour la santé mentale 2018-2022 rappelle, dans son introduction, que le coût économique et social plus global de ces maladies et de la consommation de psychotropes est évalué à 109 milliards d'euros par an.

La psychiatrie est sous tension. Elle est une spécialité dévalorisée au sein de la médecine. Elle se situe à la confluence de nombreuses autres spécialités ou disciplines des champs médicaux, sociaux et des sciences humaines et on lui demande de plus en plus de prendre en charge et de traiter une souffrance qui est à la fois psychologique et sociale. A ce champ d'intervention sans cesse élargi ne correspond pas, bien au contraire, des ressources en augmentation.

On sait qu'un repérage et un diagnostic précoces permettent une prise en charge rapide et empêchent la chronicisation de la maladie. Or, aujourd'hui encore, l'entrée dans le soin se fait dans de mauvaises conditions. Elle est trop tardive, passe par les urgences hospitalières, voire par la procédure des soins sans consentement, situations satisfaisantes pour personne et liées au défaut de moyens suffisants pour faire autrement. Le CESE s'inquiète, à l'instar de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté (CGLPL), du recours croissant à cette procédure, mais aussi à la contention et à l'enfermement dans des conditions qui ne respectent pas les droits des patients et patientes, que ce soit au moment du diagnostic ou au fil du parcours.

C'est un cercle vicieux, dont la France ne parvient pas à se défaire, qui s'est mis en place : l'entrée dans le soin est retardée et les prises en charges se font trop souvent par des services d'urgence déjà saturés, dans des conditions qui elles-mêmes accentuent les risques de décompensation, laquelle, à son tour, entretient une représentation déformée de la maladie mentale et finalement aggrave la « peur sociale » de la maladie. Cette réalité est alarmante parce qu'elle aboutit à des violations du droit des personnes à être soignées mais aussi au respect de leurs droits fondamentaux et de leurs libertés individuelles. Il faut donc le rappeler en introduction de cet avis, comme l'ont fait toutes les personnes auditionnées par la section des Affaires sociales et de la santé du CESE : ce sont les patientes et les patients, les proches, qui souffrent de la maladie. Ce sont elles qu'il faut protéger, soigner, accompagner.

Les difficultés de la psychiatrie persistent alors qu'elles sont connues depuis longtemps. Cela tient certainement au fait que les réponses à activer doivent être globales. Il faut agir simultanément sur plusieurs leviers. A la complexité du diagnostic

² Santé publique france, *Les consommations de médicaments psychotropes en France.*, juin 2019 F.Beck ans all

des troubles mentaux, en particulier chez les enfants et adolescents et adolescentes, s'ajoute le défi de la mise en place de parcours de soins coordonnés, évitant les ruptures dans la prise en charge. Trop souvent, les proches aidants et les familles doivent prendre le relais des structures médico-sociales et sociales, confrontées à des manques de moyens. Il leur faut, en somme, se substituer aux structures de l'accompagnement qui n'ont pas de moyens suffisants. L'impact sur leur vie privée et professionnelle est immense avec une contribution particulière des femmes qui renoncent bien souvent à leur carrière professionnelle. Les proches, la famille, l'entourage endossent un rôle qui ne devrait pas être le leur et qui, aussi fort soit-il, n'est pas reconnu. Cette absence de reconnaissance est généralisée : les proches aidants et les familles ne sont pas correctement informés de la pathologie, de ses effets, de son impact, de ses traitements ; ils ou elles ne sont pas davantage intégrés à la construction de l'accompagnement proposé aux patients. .

Les travaux récents du CESE ont pointé l'impact sur la santé de la précarité économique, des ruptures (chômage, séparation...), de l'isolement social. Les avis sur l'hôpital (2020), les enfants en situation de handicap (2020), les maladies chroniques (2019), la réinsertion des détenus (2019), les addictions (2019), l'isolement social (2018), la santé des élèves (2018), les EHPAD (2018), les déserts médicaux (2017) ont montré le poids des interactions entre santé psychique et santé somatique, mais aussi les interactions entre la santé mentale et les différentes formes de vulnérabilités sociales. Cet avis s'inscrit dans la continuité de ces avis avec une conviction forte : le respect des droits et de la dignité des personnes est une condition de l'efficacité des soins. La mise en place d'un parcours continu de soins dans le cadre d'interventions coordonnées des acteurs sanitaires et médico-sociaux qui associent la personne malade et ses proches en est le fil conducteur. Le Conseil articule ses recommandations autour de trois objectifs, en réalité très liés :

- agir sur la connaissance et la représentation de la santé mentale;
- favoriser une entrée plus précoce dans le soin;
- renforcer la coordination médicale et médico-sociale afin d'assurer l'accompagnement des patientes, des patients et des proches aidants.

I - LES CONSTATS

L'organisation de la psychiatrie en France repose, à la différence des autres disciplines médicales, sur la sectorisation, avec une responsabilité dite "populationnelle" qui impose de soigner les personnes au plus près de leur lieu de résidence. La sectorisation a marqué la politique publique de soins psychiatriques. Ses grands principes - l'obligation d'accueillir toutes les demandes de soin, une prise en charge globale par une équipe pluridisciplinaire implantée dans la proximité - ont été réaffirmés par la loi de modernisation du système de santé de 2016.

Dans les faits, et au fil du temps, l'augmentation de la demande a conduit à une saturation de l'ensemble des dispositifs, depuis les urgences jusqu'au médico-social. Soixante ans après les débuts de la sectorisation, la « désinstitutionnalisation » de la psychiatrie est insuffisamment accompagnée, accentuant l'errance, les ruptures dans les parcours, les hospitalisations répétitives. La réalité, telle qu'elle est vécue par les personnes concernées et leur entourage, est bien éloignée des objectifs de proximité et de maintien du lien social auxquels le CESE est attaché.

A - L'organisation de la psychiatrie est spécifique et ses objectifs demeurent pertinents

La psychiatrie est construite autour d'une offre territoriale et d'un principe toujours réaffirmé : prendre en charge toutes les patientes et tous les patients, quelle que soit la gravité de la pathologie, au plus près de leur environnement de vie. La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales structure en secteurs l'organisation administrative et géographique de la psychiatrie. L'approche est holistique : elle propose une organisation des soins psychiatriques qui intègre la prévention, les soins, le suivi des patientes et patients : *« la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance postcure »*. Le secteur a, dès l'origine, été conçu comme un parcours de soins spécifique dont la mission est de prendre en charge toutes les problématiques psychiques. Le manque de moyens l'a progressivement entraîné à faire un tri en renonçant aux soins de prévention et en excluant de son champ les situations jugées trop légères.

Le cadre initial posé par la circulaire a été complété par plusieurs textes législatifs, règlements et circulaires qui ont, au fil du temps, fait évoluer le dispositif de soins tout en confirmant le secteur dans son rôle central.

Un secteur correspond à un bassin de population de 70 000 habitants et habitantes en moyenne. Sa gestion, et toutes les activités ambulatoires qui lui sont rattachées, est centralisée à l'hôpital (hôpitaux généraux, CHU, Etablissements de santé privés d'intérêt collectif -ESPIC-). La mise en place de la sectorisation s'est accompagnée de la création de structures spécifiques qui ensemble composent la prise en charge ambulatoire sectorisée. Aujourd'hui, on peut en réalité distinguer

plusieurs types de secteurs selon qu'il s'agit de la psychiatrie générale adultes (dès 16 ans), de la pédopsychiatrie, ou encore de la psychiatrie pénitentiaire :

- pivot du dispositif ambulatoire, les centres médico-psychologiques (CMP) sont composés d'équipes pluriprofessionnelles. Ils organisent des actions de prévention, de diagnostic, et coordonnent l'ensemble des actes de soins ambulatoires et des interventions à domicile. Il existe plus de 2000 CMP de psychiatrie générale et plus de 1 500 CMP de psychiatrie infanto-juvénile ;
- les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) sont des lieux non médicalisés d'accueil et d'écoute, d'expression et de rencontres pour les malades. Dispositifs de prise en charge à temps partiel, ils visent à accompagner vers la réinsertion sociale ;
- complément des Permanences d'accès aux soins (PASS) de certains hôpitaux³, les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP)⁴ s'adressent aux personnes défavorisées et désocialisées pour les orienter et les accompagner vers un dispositif de soins psychiques tout en jouant un rôle de filtre dans la file active en psychiatrie. Leur nombre est en augmentation et, en 2015, 152 équipes mobiles étaient recensées (contre 126 en 2011). Mais il existe de nombreuses disparités au niveau de leur implantation géographique, avec cinq départements possédant au moins cinq EMPP (le Nord, l'Hérault, les Alpes- Maritimes, le Pas-de-Calais et Paris). Ces départements sont aussi ceux qui enregistrent le plus de personnes en situation de précarité ;
- les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) proposent un dépistage précoce et de suivi thérapeutique en ambulatoire pour les enfants âgés de moins de 6 ans. Les troubles peuvent aussi être repérés, pour enclencher une prise en charge dans d'autres lieux, comme le milieu scolaire, via la médecine de l'Education nationale, la Protection maternelle et infantile.

Les services et établissements des secteurs sociaux et médico-sociaux sont aussi des acteurs de la prise en charge globale des personnes. Il faut dans ce cadre citer l'action des Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), des Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), centrée sur l'accompagnement dans la vie quotidienne, celle des Foyers d'accueil médicalisé (FAM) et Maisons d'accueil spécialisées (MAS), qui allie accompagnement, hébergement et soin, mais aussi celle des Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT). Pour les enfants et adolescents, les Instituts thérapeutiques et pédagogique (ITEP) et les instituts médico-éducatifs (IME) qui accueillent les cas les plus lourds dès 3 ans sont dédiés à l'accueil des enfants présentant des troubles d'ordre psychique et les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) comprennent une équipe éducative et médicale. D'autres établissements accueillent des personnes souffrant d'addictions et/ou de maladies

³ Cf avis CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru, Christine Tellier)

⁴ Circulaire du 23 novembre 2005.

chroniques somatiques dont nombre d'entre elles présentent des comorbidités psychiatriques qu'ils prennent en compte dans l'accompagnement et la prise en charge globale médico-psycho-sociale (CAARUD, CSAPA, ACT).

Pour les personnes placées sous main de justice, et alors que les experts se positionnent de plus en plus rarement en faveur de l'irresponsabilité pénale⁵ à cause de la pression sociale, la prise en charge des soins psychiatriques doit en principe se faire dans les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), comme cela se fait pour les pathologies somatiques⁶. L'hospitalisation de jour se fait dans les Services médico-psychologiques régionaux (SMPR). Quand elle est nécessaire, la prise en charge à temps complet a lieu au sein d'une des 9 Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) existantes, ou, par exception⁷, dans une Unité pour malades difficiles (UMD) ou encore dans un établissement de santé autorisé en psychiatrie (en principe avant un transfert dans une UHSA). Le CESE⁸ l'a souligné dans un précédent avis: le nombre de personnes incarcérées présentant de troubles d'ordre psychiatrique est très élevé et les graves insuffisances de leur prise en charge constituent un obstacle à leur réinsertion. De plus en plus de personnes sont condamnées à une peine de détention alors qu'elles sont atteintes de troubles psychiatriques graves. Si l'amélioration de la prise en charge psychiatrique en détention est positive en soit, il est contraire au principe même du soin de penser que la détention est une réponse adaptée aux personnes mentalement irresponsables⁹.

A cela s'ajoute l'offre de soins « non sectorisée » composée de l'offre libérale de ville.

Les médecins généralistes constituent de facto le premier recours dans l'offre de soin en santé mentale. Du fait de leur prévalence toujours plus forte, les troubles et maladies psychiatriques sont au cœur de leur activité : les médecins généralistes détectent mais ne peuvent adresser au CMP de référence les situations jugées les plus légères (dépression, TOC). Leur part dans le soin est probablement majoritaire même si elle reste difficile à évaluer. N'ayant ni le temps, ni de formation de psychothérapeute, leur prise en charge est essentiellement médicamenteuse ce qui explique la prescription et la consommation excessive de psychotropes dans notre pays¹⁰.

⁵ CESE, 26 novembre 2019, *La réinsertion des personnes détenues: l'affaire de tous et toutes* (rapporteur: Antoine Dulin)

⁶ Il existe 174 USMP et seulement 26 SMPR pour 190 établissements

⁷ Dans le cadre prévu par l'article D398 du code de procédure pénale (sur décision du préfet, quand la personne nécessite des soins immédiats assortie d'une surveillance constante en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant un danger pour elle-même et pour autrui

⁸ CESE, 26 novembre 2019, *La réinsertion des personnes détenues : l'affaire de tous et toutes !* (rapporteur : Antoine Dulin)

⁹ Audition du Dr Cyrille Canetti, psychiatre, responsable du SMPR de la prison de la Santé

¹⁰ F.Beck ans al, *Les consommations de médicaments psychotropes en France*, Santé publique France, juin 2019

Cet avis reviendra sur le rôle central des médecins généralistes, dans ses préconisations, car il y a là une réalité qu'il faut consacrer pour progresser dans la mise en place d'un parcours de soin mieux coordonné.

Les **psychiatres libéraux** complètent l'offre de soins en ville. A l'échelle nationale, leur nombre a augmenté régulièrement : en exercice libéral ou mixte, ils étaient environ 8400 en 1984 et sont désormais plus de 15 000¹¹. En 2017, sur les 15 307 psychiatres libéraux, 6 509 exerçaient leur activité selon un mode d'exercice libéral ou mixte (43 %). Parmi eux, seuls 780 sont inscrits à l'Ordre des médecins en tant que pédopsychiatres (cf. encadré). Leur répartition géographique est toutefois très inégalitaire, les délais d'attente long et le tarif de la consultation élevé (cf. §B point 1).

Les **psychologues libéraux** constituent un autre élément important de l'offre de soins en ville. Leur inégale répartition dans le territoire, le non remboursement des thérapies par l'Assurance maladie sont autant d'obstacles à la mise en place d'un parcours de soins coordonnés qui les intégrerait davantage. Cet avis reviendra sur les voies et moyens d'une plus grande contribution des psychologues (du secteur, de l'hôpital ou libéraux) aux parcours de soins.

L'offre non sectorisée est aussi hospitalière, à travers **les établissements privés à but lucratifs et les ESPIC ayant une activité psychiatrique**. Dans la quasi-totalité des cas, les établissements privés qui prennent en charge des hospitalisations psychiatriques ne réalisent que cette activité (alors que les établissements publics sont en grande majorité pluridisciplinaires)¹². A la différence de ce qui se produit dans les établissements publics, le nombre de lits d'hospitalisation a tendance à augmenter dans les établissements privés à but lucratif. Dans neuf départements (les Bouches-du-Rhône, le Var, les Pyrénées Orientales, le Loir-et-Cher, le Gard, l'Hérault, la Loire, la Haute-Garonne et la Haute-Corse), l'offre privée est majoritaire et représente plus de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale¹³.

Il faut, à l'issue de cette présentation, rappeler que la loi consacre **le libre choix du praticien et de l'établissement de santé** : ce principe vaut aussi en matière de santé mentale¹⁴. Même si chaque patient et patiente relève d'un secteur géographique déterminé en fonction de son domicile, il et elle conserve la liberté de choisir son soignant ou sa soignante.

¹¹ IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020

¹² DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020

¹³ COLDEFY M., GANDRE C., *Atlas de la santé mentale en France*, IRDES, mai 2020

¹⁴ Article L 3211-1 du code de la santé publique: "Toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence".

B - La psychiatrie n'a plus les moyens de son ambition

La situation de la psychiatrie est paradoxale à plusieurs égards. La mise en place de la sectorisation a permis de développer considérablement les prises en charge ambulatoires. Aujourd'hui, 80% de la « file active » (c'est-à-dire de l'ensemble des patients et patientes vus au moins une fois dans l'année, que cela ait pris la forme d'une hospitalisation, d'une consultation ou d'une visite au domicile) sont pris en charge exclusivement en ambulatoire¹⁵. La DREES relève ainsi que le recours aux soins ambulatoires (3 121 patients pour 100 000 habitants en 2018) est presque cinq fois plus élevé qu'en hospitalisation à temps complet ou partiel (633 patients pour 100 000 habitants en 2018)¹⁶. Plus de 21 millions d'actes ambulatoires ont été réalisés en 2016. 60% d'entre eux sont des consultations médicales ou des entretiens dans les CMP¹⁷. Le « virage ambulatoire » de la psychiatrie est donc effectif de ces points de vue. Mais les effets positifs de la désinstitutionalisation sont apparus beaucoup plus marqués entre 1970 et 1990, au moment de la mise en place effective de la sectorisation, qu'au cours de la période plus récente, marquée par une forte aggravation des besoins non satisfaits.

1. Les obstacles à l'accès aux soins sont nombreux....

L'accès à l'offre sectorisée est en pratique extrêmement difficile. Les délais pour obtenir un premier rendez-vous sont beaucoup trop longs, décourageants pour les patients et leurs proches, alors que l'on connaît l'enjeu pour eux d'une prise en charge précoce. Les difficultés tiennent aussi à l'éloignement géographique des CMP ou CMPP. Les données officielles manquent sur ce point, mais les informations communiquées irrégulièrement ne montrent pas d'amélioration notable au fil des années. En 2011, la Cour des comptes évoquait un délai supérieur à un mois pour une première consultation dans 20% des secteurs de psychiatrie adulte et dans 60% des secteurs de psychiatrie enfant¹⁸. En 2017, l'IGAS a constaté une attente moyenne de trois mois entre la prise de contact et le premier rendez-vous avec un psychiatre de CMP adulte. Les chiffres récents évoqués devant la section sont plus inquiétants encore : une file active des CMPP de 400 000 enfants et familles, des situations trop nombreuses où les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous peuvent dépasser un an¹⁹ (cf aussi encadré sur la pédopsychiatrie). Les horaires de ces structures, pas toujours compatibles avec les disponibilités des patients, patients ou de leurs proches, ont aussi été pointés comme un frein à l'entrée dans le soin ou l'accompagnement. De fait, les CMPP remarquent souvent lors du premier rendez-

¹⁵ IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020.

¹⁶ DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020.

¹⁷ IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020.

¹⁸ Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale »*, décembre 2011

¹⁹ Audition du Dr Patrick Belamich, Président de la Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques (FCMPP)

vous que les patients ont longtemps erré de professionnels en professionnelles, et ont pu, durant cette longue période, être confrontés à l'absence de diagnostics, ou au contraire à une multiplicité de diagnostics contradictoires, qui ont donné lieu à des mauvaises orientations, et finalement à une perte de chance.

L'offre ambulatoire libérale est quant à elle inégalement répartie et pas toujours accessible financièrement.

L'accès aux soins, somatiques ou de santé mentale, dépend d'abord de la présence sur le territoire des **médecins généralistes**. Leur répartition est particulièrement défavorable à certains départements (souvent ruraux mais aussi pour certains urbains) ou, à l'intérieur d'un même département, à certaines zones. Le CESE a formulé en décembre 2017 des préconisations pour lutter contre ce phénomène²⁰. La qualité de la coordination entre le médecin généraliste et les autres professionnels de la santé mentale ou de l'accompagnement est aussi un enjeu central. Elle a des conséquences concrètes pour le patient et son parcours de soin, sur le diagnostic (sa qualité, sa temporalité) mais aussi sur la qualité de la réponse de santé globale qui sera donnée aux patients sur le long terme.

Les psychiatres libéraux ne sont pas présents dans tous les territoires ni financièrement accessibles à tous et toutes. A l'échelle nationale, leur nombre a augmenté régulièrement : en exercice libéral ou mixte, ils étaient environ 8400 en 1984 et sont désormais plus de 15 000²¹. La densité des psychiatres est de 9,9 pour 100 000 habitants en France, ce qui en fait l'une des plus élevées d'Europe²². Elle varie toutefois fortement selon les territoires, de 1,1 pour 100 000 habitants (Haute-Marne) à 64.4 pour 100 000 habitants (Paris). Si 67% des psychiatres exercent sans dépassement d'honoraire (secteur 1), les psychiatres libéraux de secteur 2 sont majoritaires à Paris, dans l'Essonne, les Yvelines, les Hauts de Seine. Certains territoires, comme le Cantal et la Meuse cumulent une faible densité de psychiatres libéraux et une forte pratique parmi ceux-ci du dépassement d'honoraire.

Quant aux psychologues libéraux, leur implantation sur le territoire varie de plus de 50 pour 100 000 habitants dans quelques rares départements (dont Paris, mais aussi la Haute-Garonne et le Rhône) à moins de 10 pour 100 000 habitants dans de nombreux autres (par exemple, la Guyane, le Pas-de-Calais, les Ardennes, la Creuse). Les territoires faiblement dotés en psychologues sont souvent aussi des déserts médicaux en termes de généralistes. En outre, et à l'exception de certaines expériences en cours (cf. infra), les consultations des psychologues libéraux ne sont pas remboursées par l'Assurance-maladie, ce qui constitue bien un obstacle majeur à l'accès aux soins.

²⁰ CESE, 13 décembre 2017, *Les déserts médicaux* (rapporteurs : Sylvie Castaigne et Yann Lasnier),

²¹ IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020

²² Libéraux ou mixtes (source : IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020)

Parallèlement, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps complet en psychiatrie ont fortement diminué. Le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie s'est réduit de moitié entre 1990 et 2016²³, même si le rythme de cette réduction est moins fort depuis 2007. Ce sont surtout des lits des secteurs public et privé non lucratif qui ont diminué (- 48 % contre -13 % dans le secteur privé à but lucratif).

En outre, l'offre hospitalière est inégalement répartie, avec une densité de lits qui varie de moins de 60 lits pour 100 000 habitants de 16 ans et plus dans des départements comme Mayotte, la Meurthe-et-Moselle ou la Loire, à plus de 160 lits pour 100 000 habitants de 16 ans et plus dans des départements ruraux comme la Haute-Saône, la Dordogne, l'Yonne, la Lozère, les Hautes-Pyrénées ou la Creuse. Cette inégalité a des origines historiques – la densité demeure aujourd'hui encore plus élevée dans des territoires ruraux où se sont historiquement implantés des grands établissements de lutte contre les maladies mentales, souvent des ESPIC - . Il faut toutefois souligner que dans plusieurs territoires ruraux, une densité démographiquement plus favorable n'empêche pas un éloignement géographique important, avec les difficultés que cela entraîne pour ce qui est du maintien des liens familiaux, avec les proches mais aussi avec les structures médico-sociales. Il persiste également à l'échelle nationale une inégalité Nord/Sud, conséquence de la présence plus forte d'établissements privés dans le Sud de la France. L'offre des établissements privés à but lucratif représentent plus de la moitié des capacités d'hospitalisation à temps plein dans 9 départements²⁴.

2. Les articulations sont défailtantes à tous les niveaux

Comme d'autres, le CESE a souvent pointé l'ampleur des cloisonnements qui caractérisent le système français de soin. Ce phénomène persiste et s'opère entre l'offre de soins primaires et l'offre de soins spécialisés, mais aussi entre l'offre sanitaire et l'offre médico-sociale ou sociale. Il a des conséquences graves pour les patientes, les patients et leur entourage. En effet, face aux défaillances des relations entre les structures de soin et de l'accompagnement, ce sont elles qui se démènent pour organiser la coordination. Il leur faut non seulement identifier et contacter les professionnels et les structures de soin mais aussi jongler entre les différents acteurs impliqués - qui ne se connaissent pas toujours et n'ont pas toujours une vision globale de la situation du patient ou de la patiente -. Cette charge est immense, les difficultés sont innombrables et le stress est écrasant²⁵: cela crée un risque pour la santé des

²³ Assemblée nationale, *Rapport d'information de la mission relative à l'organisation de la santé mentale* (rapporteuses : Caroline Fiat, Martine Wonner), 18 septembre 2019.

²⁴ IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020

²⁵ Cf notamment *Proches aidants, le parcours du combattant*, Baromètre Unafam, 2020 et Thérèse Precheur, *Impact des troubles psychiques sur les familles dans familles et santé mentale*, réalités familiales n°1020-121, 2017

proches et de l'entourage qu'il faut prendre en compte. Il faut mieux reconnaître cette réalité, accueillir, informer et former les proches aidants.

En séparant artificiellement santé physique et santé mentale, le cloisonnement empêche la prise en compte globale de la santé de la personne, au sens où l'OMS la définit. La forte comorbidité entre maladies physiques et maladies psychiatriques est pourtant connue. On sait ainsi que les deux tiers des malades psychiques souffrent également d'une maladie physique chronique. Les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères ont une mortalité prématurée quadruplée et meurent en moyenne 13 ans (pour les femmes) et 16 ans (pour les hommes) plus tôt que le reste de la population²⁶. Le cancer et les maladies cardiovasculaires sont les deux premières causes de décès chez les personnes suivies pour troubles psychiatriques. Le risque de suicide est toutefois chez elles plus élevé qu'en population générale. Le suicide est la première cause de mortalité chez les 23 moins de 40 ans, la seconde chez les 15-24 ans.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques souffrent d'une moins bonne prise en charge de leurs problèmes somatiques, qu'il s'agisse de dépistage, d'accès aux soins, et de qualité des soins qu'elles reçoivent. Conséquences : les personnes soignées pour un trouble dépressif ont 2,44 fois plus de risques d'être prises en charge pour un accident vasculaire cérébral que l'ensemble de la population. De la même façon, les personnes souffrant de troubles addictifs ont 2,93 fois plus de risque d'être prise en charge pour embolie pulmonaire aiguë²⁷.

Le cloisonnement est aussi fort entre l'hôpital et l'ambulatoire (en libéral ou dans le secteur), ce qui contribue aux ruptures dans les parcours. En psychiatrie, de trop nombreux patients n'avaient pas de suivi spécialisé avant leur hospitalisation. Ainsi, en 2018, 43% des personnes hospitalisées pour des troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères n'avaient pas bénéficié d'un suivi spécialisé en ambulatoire l'année précédant leur hospitalisation. Tout aussi inquiétant, l'hospitalisation en psychiatrie ne donne pas lieu, dans de trop nombreux cas, à un suivi ambulatoire. En 2018, plus de la moitié des personnes hospitalisées pour des troubles addictifs, près de 40% des personnes hospitalisées pour des troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères, ou encore pour des troubles névrotiques ou de l'humeur n'avaient pas reçu de suivi spécialisé en ambulatoire après leur hospitalisation²⁸. Ce manque entraîne une alternance pour certains patientes et patients entre périodes de vie à domicile marquées par l'abandon

²⁶ IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020

²⁷ CNAMTS, *Rapport charges et produits*, 2018

²⁸ IRDES, sous la direction de Magali Coldefy et Coralie Gandré, *Atlas de la santé mentale en France*, mai 2020

d'accompagnement et de soins et des hospitalisations en urgence. Alternance extrêmement difficile à vivre pour les malades mais aussi pour leurs proches.

Parmi les séjours hospitaliers terminés en 2018, seuls 2 % se sont clôturés par un accueil dans une structure médico-sociale (90 % se clôturent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et Soins de suite et de réadaptation (SSR)²⁹. Nombre des prolongations de séjour ne sont pas justifiées par l'état pathologique de la personne, mais par une impossibilité matérielle de la réorienter vers une structure d'accompagnement adaptée, notamment médico-sociale. La difficulté à obtenir la reconnaissance du handicap, dans le cadre de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées, compte parmi les éléments qui complexifient la fin de l'hospitalisation³⁰.

3. Et dans ce contexte, les prises en charge inadaptées se multiplient

En psychiatrie, près d'une hospitalisation sur quatre résulte d'un passage aux urgences³¹. Ces hospitalisations non programmées sont en grande partie la conséquence de l'absence de solutions alternatives de prise en charge. La faiblesse de la prévention, l'impossibilité de recourir aux structures sectorisées ou aux autres structures de santé, sociales et médico-sociales, sont au cœur des difficultés : ces dernières ne sont pas suffisantes en nombre et en places proposées, ce qui contribue à la sur-occupation hospitalière. En amont, elles auraient pourtant évité l'aggravation de la pathologie, la décompensation et le recours aux urgences. En aval, elles sont indispensables pour éviter une prolongation du séjour et éviter les ré-hospitalisations non programmées.

De façon générale, l'action de l'hôpital reste encore centrée sur la personne, uniquement, sans prendre en compte ses proches. Elle n'intègre pas suffisamment l'environnement du patient ou de la patiente, c'est-à-dire ses proches, son cadre de vie, mais aussi les autres acteurs du soin de l'accompagnement (qui interviennent en amont et en aval de l'hospitalisation). On sait pourtant depuis longtemps l'importance des liens sociaux, familiaux, amicaux, pour sauvegarder, reconstruire une bonne santé mentale. La crise sanitaire actuelle montre à quel point l'angoisse d'être isolé, séparé de sa famille, de ses collègues de travail joue négativement. On le comprend facilement: les proches aidants jouent, de facto, un

²⁹ DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020.

³⁰ Le CESE a pointé, dans son avis du 10 juin 2020, *Enfants et jeunes en situation de handicap: pour un accompagnement global* (rapporteuses :Samira Djouadi et Catherine Pajares y Sanchez) les difficultés d'accès des jeunes et les enfants au diagnostic et à la reconnaissance du handicap.

³¹ DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020.

rôle clé, central, dans l'orientation des personnes souffrant de troubles psychiatriques entre les différentes structures impliquées et dans leur coordination.

La durée moyenne du séjour se réduit, les hospitalisations brèves morcellent les parcours mais les hospitalisations au long cours sont encore nombreuses, alors même qu'elles sont en contradiction avec les objectifs d'inclusion et de proximité affichés par la sectorisation. En 2017, les établissements de santé autorisés en psychiatrie ont pris en charge 2,5 millions de personnes (dont 2 millions âgées de 16 ans et plus et 510 000 enfants et adolescents de moins de 16 ans). Mais l'activité hospitalière (à temps plein, à temps partiel, ou ambulatoire)³² a évolué. Parmi les patients hospitalisés, 340 000 l'ont été à temps complet (supérieur à une journée). La durée moyenne de l'hospitalisation est désormais de 54 jours (pour une année, en une ou plusieurs hospitalisations)³³. Il faut enfin relever que l'hospitalisation intervient plus souvent pour les adultes que pour les enfants, en raison principalement de la différence de capacités d'accueil médico-sociale. L'âge moyen des patients hospitalisés est de 42 ans (37,7 ans pour une prise en charge à temps partiel, 44 ans pour une prise en charge à temps complet), alors qu'en ambulatoire, près d'un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans³⁴.

Les hospitalisations inadéquates ont pourtant des coûts supérieurs aux prises en charge alternatives. La Cour des comptes, qui parlait déjà en 2011 d'une « *stratégie mal équilibrée de réduction des lits d'hospitalisation complète* », a évalué le coût d'une hospitalisation complète à environ 450 euros par jour, « *soit plusieurs fois le coût complet, intervenants sociaux inclus, d'une prise en charge ambulatoire ou à temps partiel* »³⁵. A l'instar de la Cour, le CESE regrette que les moyens dégagés par la réduction du nombre de lits n'aient pas été alloués aux solutions alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, pourtant reconnues, par les pouvoirs publics, comme plus efficaces.

Les prises en charge inadaptées sont dangereuses pour les patientes et les patients et contribuent à l'embolie du système dans son ensemble. Les difficultés du chaînage entre hôpital et structures médico-sociales d'amont et d'aval

³² Le recueil d'information spécialisé en psychiatrie (RIM-P) distingue trois types de prise en charge au sein des établissements :

- Ambulatoire : consultation en CMP, CATTP, visite à domicile, établissement scia loi médico-sociale, en unité d'hospitalisation somatique (y compris service d'urgence) en établissement médico-éducatif ou de PMI et en milieu scolaire

- A temps complet : hospitalisation à temps plein, hospitalisation à domicile, séjour thérapeutique, accueil familial thérapeutique, appartement thérapeutique, centre de crise et centre de post-cure

- A temps partiel : hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit et atelier thérapeutique (DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020)

³³ DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020

³⁴ DREES, *Les établissements de santé*, édition 2020.

³⁵ Cour des comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale »*, décembre 2011

ont pour conséquences d'augmenter le recours à l'hospitalisation et de prolonger les séjours. Or, ces hospitalisations prolongées accélèrent la perte d'autonomie (c'est l'effet iatrogène de l'hospitalisation, qui crée ou aggrave la dépendance). A son tour, ce phénomène complexifie l'orientation vers une structure extrahospitalière et, finalement, affecte la possibilité d'une réinsertion sociale réussie (pour des personnes pour lesquelles cette réinsertion était pourtant initialement possible). Certains parlent à ce sujet d'une « fabrique de la chronicisation » ou, plus explicitement encore, de « patients malades de l'hôpital »³⁶. Les établissements n'ont d'autres solutions que de procéder à une gestion au jour le jour de leur occupation. Cette forte activité mobilise les ressources affectées à la psychiatrie : l'hospitalisation à temps complet capte une part grandissante de la DAF, au détriment de l'activité ambulatoire ou de la coordination avec les acteurs médico-sociaux. Pour les patientes et patients, la saturation des hôpitaux se traduit en pratique par des transferts répétés entre établissements. Ces mouvements s'accompagnent souvent d'un éloignement du lieu de résidence, des familles et des proches : ils accroissent les risques de ruptures dans les parcours et impactent très négativement le soin.

C - La situation demeure dysfonctionnelle en dépit des ambitions affichées

Plusieurs outils (stratégies, feuilles de route, plans..) ont, ces 15 dernières années, semblé donner davantage de place et d'ambition à la politique de la santé mentale en France. Deux plans interministériels sur la psychiatrie et la santé mentale se sont succédés, pour la période 2005-2008 d'abord, 2011-2015 ensuite. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 est venue affirmer la volonté d'une approche globale et cordonnée de tous les acteurs de la santé avec notamment la création de dispositifs de coordination, comme les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)³⁷. La loi de 2016 a réaffirmé la place de la psychiatrie de secteur en intégrant ses objectifs (proximité des soins, accessibilité territoriale et financière, continuité) au code de la santé publique (article L.3231.-3). Enfin, la stratégie nationale de santé 2018-2022, a posé le repérage, la prise en charge précoce des troubles psychiques et la prévention du suicide parmi ses axes majeurs d'intervention. En cohérence avec ces objectifs, la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie prévoit en particulier la mise en place de Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) avec les acteurs locaux accompagnés des ARS. C'est sur la base de ces PTSM, sur lesquels cet avis reviendra, que devra se structurer, après un diagnostic partagé, des parcours de santé et de vie coordonnant offre sanitaire et accompagnement social et médico-

³⁶ Assemblée nationale, *Rapport d'information de la mission relative à l'organisation de la santé mentale* (rapporteuses : Caroline Fiat, Martine Wonner), 18 septembre 2019

³⁷ Cf. CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru, Christine Tellier)

social. Un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie a été désigné en juin 2018 avec pour mission d'assurer le déploiement de cette feuille de route³⁸.

L'offre de soin n'est globalement pas adaptée à l'évolution des besoins.

Les perspectives d'évolution de la démographie de la filière psychiatrique sont préoccupantes. Les déserts médicaux en psychiatrie s'étendent notamment dans les départements ruraux. En 2016, 12 départements étaient dépourvus de pédo-psychiatres libéraux³⁹. Par ailleurs, la pyramide des âges des psychiatres libéraux laisse deviner une aggravation des inégalités territoriales dans les prochaines années. Dans plus de la moitié des départements français, le taux de psychiatres libéraux âgés de plus de 55 ans dépasse les 50%. Les départements concernés par ce phénomène de vieillissement sont ceux qui en sont déjà faiblement dotés. La démographie professionnelle de la psychiatrie présente d'autres limites : elles concernent toutes les formes de pratiques et pointent la faiblesse des moyens de cette discipline en contradiction avec des besoins en hausse constante.

La psychiatrie n'attire plus les étudiants lors des épreuves classantes nationales (ECN), ce qui devrait accentuer les inégalités territoriales. Les étudiantes et étudiants des professions paramédicales ne sont plus attirés par les postes en psychiatrie non plus. Les postes proposés sont pourtant nombreux (la psychiatrie est, après la médecine générale, la deuxième discipline en nombre de postes proposés) et ils sont pourvus (505 postes proposés en 2016⁴⁰, dont 98 % ont été pourvus, contre 559 postes proposés en 2015, dont 97 % ont été pourvus). Néanmoins, depuis peu, la psychiatrie est une des spécialités la moins attractive⁴¹ pour les internes⁴². Parmi les possibles explications de ce manque d'attractivité, ont été avancées, sans que cela ne puisse être mesuré, la faiblesse des moyens de la psychiatrie de secteur ou encore les difficultés, pour un jeune, de s'installer en libéral. L'installation en libéral se fait parfois par défaut, pour échapper aux conditions dégradées de travail. Mais, notamment pour la pédopsychiatrie, elle est découragée en pratique car toute une partie de l'activité n'est pas reconnue et donc pas rémunérée; le temps de la rencontre (avec les parents, l'école, le généraliste, les spécialistes), le temps de la coordination, celui de la synthèse (via des réunions nécessairement nombreuses)....

³⁸ Il s'agit du Professeur Frank Bellivier, chef du département de psychiatrie et de médecine addictologique du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière et Fernand Widal.

³⁹ Allier, Haute Corse, Creuse, Doubs, Guyane, Jura, Lozère, Meuse, Morbihan, Orne, Haute Saône et territoire de Belfort (Irdes)

⁴⁰ Sur 7700 étudiants et étudiantes affectées en sixième année de médecine en 2016

⁴¹ En 2017, 1,38 % des postes en psychiatrie n'avaient pas été pourvus. 4% en 2018, 17,6% en 2019 soit 94 postes et 11% en 2020 - 58 postes. Source: Centre national de gestion (CNG), bilan des épreuves nationales informatisées (ECNI) 2017 à 2020

⁴² Elaboré par la DREES, "*l'indicateur d'attractivité*" permet de mesurer les préférences, à partir du rang des étudiants aux ECN et leurs choix. Moins cet indicateur est élevé, plus on peut considérer que la spécialité est attractive. En 2016, cet indicateur était de 0,72 pour la psychiatrie; 0,74 pour la santé publique; 0,80 pour la biologie médicale; 0,83 pour la médecine générale; 0,84 pour la médecine du travail. A l'inverse, l'indicateur était de 0,10 pour l'ophtalmologie spécialité la plus prisée. Source: DREES, Etudes & résultats n°1006, *En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées*, mars 2017

En outre, travailler seul en libéral suppose l'existence d'un réseau de professionnels, qui se construit avec le temps, ce qui n'est pas compatible avec une première expérience⁴³. Le faible nombre de postes universitaires annonce une aggravation à venir de la situation. En 2017, on ne dénombrait que 88 Professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) en psychiatrie (soit 1 PU-PH pour 25 étudiants, contre 1 PU-PH pour 4 étudiants en cardiologie par exemple) et seulement 36 PU-PH en pédopsychiatrie. 9 universités étaient dépourvues de PU-PH en pédopsychiatrie⁴⁴.

La psychiatrie de la personne âgée (géronto-psychiatrie) n'est pas suffisamment développée. Elle n'a été reconnue qu'en 2017 comme une sous-spécialité de la psychiatrie. Le vieillissement de la population, la place accrue de la dépendance et la situation anxiogène liée à la crise laissent pourtant présager une très forte augmentation des besoins. Les pathologies mentales liées à l'âge (symptômes émotionnels, anxieux et dépressifs, certains symptômes cognitifs...) sont trop souvent négligées, peu ou mal traitées et mal appréhendées. Dans un avis de 2017, le CESE avait mis l'accent sur l'importance d'une plus grande prévention à tous les âges de la vie et s'était inquiété du manque de moyens des Ehpad. Pourtant des services entiers de gérontologie des hôpitaux de proximité, où se trouvaient beaucoup de patients présentant des troubles psychiatriques, ont été transformés en Ehpad sans allocation spécifique de moyens. Le CESE avait pointé un risque de renoncement et de dépression chez les personnes âgées en soulignant que « *dans son exercice quotidien, la prise en charge ne doit pas avoir pour effet d'accélérer la dépendance* »⁴⁵. Ce risque est accentué par le manque de personnel dans ces établissements qui impose, dans un rythme de travail effréné, de réduire au strict minimum le temps passé avec chaque personne. Les personnes âgées isolées, en situation d'exclusion ou de précarité sont, elles aussi, plus spécifiquement concernées. Il faut, comme le souligne l'Académie de médecine, des compétences particulières pour reconnaître et répondre à l'émergence de troubles chez la personne âgée, mettre en place des stratégies de stimulation psycho-sociales et utiliser les outils thérapeutiques efficaces qui existent⁴⁶.

La saturation des dispositifs est aussi la conséquence d'autres grandes tendances qui voient l'exclusion, la précarité, l'isolement et les difficultés d'accès aux soins se renforcer mutuellement. La corrélation entre le trouble psychique et le contexte social dans lequel il émerge et son impact tant en termes de besoins que d'accès aux soins doivent être pleinement pris en compte. L'implantation des structures de soin, leurs horaires sont loin d'être les seuls éléments qui rendent l'accès aux soins plus difficiles. Les personnes sans adresse (vivant à la rue ou hébergées) ont encore plus difficilement accès aux structures du secteur. Plus généralement, les personnes précaires doivent franchir un nombre élevé d'obstacles avant de simplement formuler une demande d'accès aux soins. Les personnes qui souffrent d'isolement social ou dont la situation est marquée par des ruptures

⁴³ Entretien avec les représentants et représentantes de l'Association des jeunes psychiatres et addictologues

⁴⁴ Académie nationale de médecine, 4 juin 2019, *Soigner les maladies mentales* (rapporteur : Jean-Pierre Ollié).

⁴⁵ CESE, 24 avril 2018, *Vieillir dans la dignité* (rapporteuse : Marie-Odile Esch)

⁴⁶ Académie nationale de médecine, 4 juin 2019, *Soigner les maladies mentales* (rapporteur : Jean-Pierre Ollié).

relationnelles avec leurs proches entrent dans une spirale où maladie psychique et précarité se nourrissent l'une l'autre, elles recourent difficilement aux soins et aux droits ne disposant pas de l'aide de leurs proches. Parallèlement, la tâche est de plus en plus complexe pour les soignants : il faut simultanément estimer le retentissement de ce contexte dans l'appréciation des besoins, différencier ce qui est «suffisamment» psychiatrique de ce qui ne l'est pas pour nécessiter l'intervention des soins, sans réduire la situation de la personne à celle de sa santé mentale. Le champ d'intervention de la psychiatrie a tendance à s'élargir et il est peut-être trop attendu d'elle. Les enjeux sont aussi financiers :alors que les Dotations annuelles de financement de la psychiatrie (DAF) sont souvent amputées de 20 à 25% par les directions d'hôpitaux pour équilibrer les budgets des activités somatiques déficitaires,

Les insuffisances dans les moyens, notamment de prévention et d'accompagnement, et l'organisation de la psychiatrie contribuent au non-respect des droits des patientes et des patients, en particulier des plus vulnérables. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté s'inquiète de la forte augmentation des recours à la procédure de soins sans consentement. En principe réservée aux situations dans lesquelles les personnes présentent un danger pour autrui ou pour elles-mêmes, elle a concerné 92 000 personnes en 2015, soit une hausse de 13% par rapport à 2012, bien supérieure à celle de la demande de soins psychiatrique en général. La part des soins sans consentement peut représenter jusqu'à 40% des admissions dans certains établissements. Cette procédure a pour effet de contraindre les structures psychiatriques à admettre des patients : cela peut expliquer son application à des personnes qui ne devraient pas en relever. En réalité, il faut, comme le fait le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, replacer cette tendance dans son contexte historique et institutionnel : « *l'organisation actuelle des soins avec l'aspect entonnoir des services d'urgence des hôpitaux amène toute une population souffrante dans ces services, avec une présence psychiatrique de plus en plus clairsemée. Dans une préoccupation de fluidité, l'orientation se fait alors rapidement vers les services de psychiatrie avec ou sans consentement du sujet [...]* »⁴⁷. Les personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement comptent souvent parmi les plus vulnérables, les plus isolées et les moins capables de défendre leurs droits et leur dignité, malgré l'intervention, désormais systématique, du juge des libertés et de la détention. Dans un contexte marqué par une grande diversité des pratiques (au sein parfois d'un même établissement), les visites effectuées sur place par le CGLPL ont révélé de graves dysfonctionnements : des locaux trop exigus (avec des chambres trop souvent partagées, des sanitaires collectifs, des mineurs enfermés avec des majeurs..), des transferts trop fréquents, des moyens humains insuffisants, un personnel mal formé, un recours trop fréquent à l'isolement, des soins somatiques réduits avec de réelles pertes de chance...⁴⁸

⁴⁷ CGLPL, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, 17 juin 2020

⁴⁸ Audition du 25/11/2020 de la Dr Betty Brahmy, psychiatre, Contrôleure au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)

D - ... et la crise sanitaire renforce l'urgence des réponses

Les témoignages, enquêtes et études se multiplient et confirment le caractère alarmant de la situation. L'exposition au virus est en soi un facteur de stress. Les conséquences sur la santé mentale des mesures prises pour éviter la progression de la pandémie (confinement, couvre-feu, distanciation physique, réduction des déplacements, chômage, télétravail...) s'y sont ajoutées. L'enquête COCLICO, conduite par la DREES du 3 au 14 avril 2020, a montré la survenue au cours du premier confinement d'une détresse psychologique chez 33% des répondants, dont 12% présentent une détresse d'intensité sévère⁴⁹. La crise économique et sociale et son impact sur la situation des personnes sont aussi facteurs de détresse psychologique. En novembre 2020, Santé Publique France a constaté un taux de 20% de symptômes dépressifs en population générale⁵⁰.

Les personnes en situation précaire, isolées, inactives, les étudiants, les personnes souffrant de maladies chroniques ou porteuses de handicap sont plus particulièrement exposées. L'épidémie ne semble pas être, à elle seule, le déterminant principal de la survenue de détresse psychologique (enquête COCLICO précitée). La pandémie a en revanche révélé ou accentué des fragilités. Les vulnérabilités (isolement⁵¹, chômage, stress au travail) surmontées en temps normal, atteignent un niveau tel qu'elles dépassent les capacités de résilience. Concrètement, la crise a aggravé les conséquences sur la santé mentale de conditions de vie défavorables, soit directement (un logement suroccupé par exemple, dont il est devenu beaucoup plus difficile de s'échapper, une activité professionnelle à domicile et/ou réduite, une limitation encore accrue des loisirs..) soit indirectement (en raison de l'évolution négative de la situation économique, de l'aggravation du chômage et de la précarité notamment). Les difficultés d'accès aux structures (fermeture, report voire annulation des consultations...), ou les craintes sur les conditions de dispense des soins (peur d'être contaminées, peur de déranger des soignants déjà surchargés...), ont très défavorablement pesé sur la santé mentale des personnes souffrant de maladies chroniques. Enfin, l'enquête COCLICO précitée a montré que le risque de survenue de détresse psychologique est plus élevé chez les femmes⁵², parce que les conséquences du confinement pèsent davantage sur elles (persistance

⁴⁹ Cf l'analyse de cette enquête par Coralie Gandré, Magali Coldefy (irdes), en collaboration avec Thierry Rochereau (Irdes), *Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement, Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020*, Questions d'économie de la santé, n°249, juin 2020

⁵⁰ Santé publique France, *Covid-19 : point épidémiologique du 1er novembre 2020*

⁵¹ L'enquête COCLICO montre qu'il existe un risque de détresse psychologique plus élevé chez les personnes ayant le soutien social le plus faible en comparaison avec celles ayant un soutien social élevé.

⁵² Coralie Gandré, Magali Coldefy (irdes), en collaboration avec Thierry Rochereau (Irdes), *Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement, Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020*, Questions d'économie de la santé, n°249, juin 2020.

voire renforcement des inégalités dans la répartition des tâches domestiques et parentales, insécurité physique liée à la hausse des violences intrafamiliales, insécurité matérielle liée à la baisse de revenus...). Les conséquences de la crise sur les femmes et leur santé, physique comme psychique, font l'objet d'un avis du CESE⁵³.

Les impacts de la crise sont majeurs chez les patients et les personnes déjà suivies pour des troubles psychiques⁵⁴. Leur fragilité et leur isolement sont renforcés par les mesures de confinement et les gestes barrière. Certains symptômes comme l'anxiété, la dépression, les angoisses, les pensées suicidaires sont renforcées. Le non-recours aux soins, les ruptures dans le suivi sont encore plus fréquents, en raison de la moindre accessibilité des structures du secteur et des consultations en général, même si beaucoup de professionnels ou de services ont mis en place de nouvelles formes d'accompagnement. La crise sanitaire a un impact lourd sur une situation déjà en tension au point qu'en avril 2020, l'Académie de médecine s'est inquiétée d'une exposition des patientes et patients en psychiatrie à « *une perte de chance consécutive à un éventuel abandon de soin* »⁵⁵.

La crise sanitaire pèse très lourdement sur la santé mentale des jeunes et des étudiants et étudiantes. Ils et elles présentaient déjà de grandes fragilités psychologiques. La crise a contribué à une très inquiétante détérioration de leur situation. En juillet 2020, un sondage relevait que, depuis le début de la crise, près des trois quarts des 18-25 ans avaient rencontré des difficultés financières et 33% avaient renoncé à des soins (pour des raisons financières dans 1/3 des cas)⁵⁶. Publiées le 27 janvier 2021, l'enquête de l'Observatoire national de la vie étudiante sur les conditions de vie des étudiants et étudiantes confirme ce constat inquiétant : 50% des étudiants et étudiantes interrogés déclarent avoir souffert de solitude et d'isolement pendant le confinement, 31% ont présenté des signes de détresse psychologique. Le renoncement aux soins s'accroît car aux motifs financiers déjà très prégnants s'ajoutent en particulier la peur d'être exposé au Covid ou la crainte de contaminer les autres. Le CESE a alerté les pouvoirs publics sur leur situation dans sa déclaration *Jeunes, le devoir d'avenir*. Il soulignait, entre autres, l'urgence de « *soigner aussi les têtes* » et de « *retisser des liens qui émancipent* »⁵⁷.

Les hospitalisations en pédiatrie pour raisons psychiatriques sont aussi en hausse. L'AP-HP a ainsi fait état d'une hausse de 50% dans ses établissements

⁵³ CESE, 24 mars 2021, *Crise sanitaire et inégalité de genre*, (rapporteuses : Olga Trostianski, Dominique Joseph).

⁵⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

⁵⁵ Académie de médecine, *Covid-19 et psychiatrie*, communiqué du 17 avril 2020.

⁵⁶ Enquête Ipsos/FAGE, *les jeunes face à la crise : l'urgence d'agir* et sondage Nightline France, *En parler mais à qui ?, trop peu de psychologues pour les étudiants en détresse..*

⁵⁷ Déclaration portée par Bertrand Coly au nom du Bureau du CESE, *Jeunes, le devoir d'avenir*, 1er décembre 2020

(3600 hospitalisations fin octobre 2020, contre 2400 un an plus tôt sur la même période)⁵⁸. Dans des services déjà en tension (cf. encadré), on constate une montée en puissance chez les enfants des idées suicidaires, des troubles anxieux, mais aussi des situations de crises. Le confinement a eu un effet plus spécialement négatif sur les enfants en situation de handicap dont le quotidien, mais aussi l'accès aux soins, l'accompagnement, la scolarisation sont devenus brutalement beaucoup plus difficiles, quand ils n'ont pas été complètement interrompus.

Enfin, la santé mentale des soignantes et les soignants, en première ligne face à la pandémie, est, elle aussi en danger. Plusieurs études ont en effet mesuré un risque élevé de troubles psychiques, en particulier de troubles anxio-dépressifs ou de stress post-traumatique⁵⁹. Un effet négatif sur les vocations est vraisemblable, d'autant que la pression se fait sentir dès les études. 65% des étudiants en santé ont été mobilisés par la Covid, dans des situations très éprouvantes et beaucoup ont présenté des troubles, au-delà de l'anxiété⁶⁰. Au stress et à la fatigue des études, s'ajoutent les responsabilités, le manque d'encadrement, le glissement de taches pendant les stages⁶¹. Sur ce plan, la situation s'est détériorée, alors même que la réforme de la PACES avait pour objectif, entre autres, de réduire les risques psychosociaux.

⁵⁸ Pascal Santi, *A l'hôpital Robert-Debré, les soignants face à « l'explosion » des troubles psychiques chez les enfants*, le Monde, 26 novembre 2020.

⁵⁹ El Hage W et coll., *Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à corona virus : quels risques pour leur santé mentale ?*, Encephale, 2020, 46 (3), S73-S80

⁶⁰ Entretien du 25/11/2020 avec M. Mamadou Ndoye, vice-président de la de la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE), chargé des affaires sociales

⁶¹ CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru, Christine Tellier)

II. LES PRÉCONISATIONS DU CESE

Il faut briser le cercle constitué :

- de la stigmatisation encore persistante de la maladie mentale;
- du retard dans le dépistage et dans le diagnostic qui risque de prolonger les temps de soins;
- d'une entrée dans le soin trop tardive, qui passe trop souvent par des urgences hospitalières débordées ou/et par une procédure de soin sans consentement qui aurait pu être évitée, ce qui complexifie les processus de guérison et de retour à une vie ordinaire;
- d'une prise en charge et d'un accompagnement morcelés et non coordonnés;
- de l'épuisement des proches aidants et de ses conséquences sur leur vie et leur santé.

A ces objectifs s'ajoutent :

- un impératif absolu : le respect des droits et de la dignité des patients. Il faut, à cet égard, s'inquiéter du risque accru de recours aux mesures de contention, d'enfermement, et plus généralement de privation de liberté, que produit le contexte épidémique et les difficultés qu'il engendre ;
- une modalité d'action transversale : la participation des patientes et patients et de leurs proches aux choix d'orientation et à leur mise en œuvre et l'intégration dans la réponse des besoins des proches aidants.

A - Un préalable : agir sur la connaissance et la représentation de la santé mentale

1. En parler pour destigmatiser

Près de 70% des Françaises et des Français considèrent que les pathologies mentales ne sont pas des « maladies comme les autres »⁶². Ce sentiment s'accompagne de l'idée que les personnes qui souffrent de ces troubles sont dangereuses, pour elles-mêmes, pour les autres, et qu'elles sont incapables de vivre en société. Or, cette méconnaissance des maladies psychiques, qui va de pair avec leur stigmatisation, est un puissant obstacle à l'entrée dans le soin. Les affections psychiatriques sont des maladies comme les autres, elles doivent faire l'objet d'une politique de prévention, être diagnostiquées le plus tôt possible et prises en charge afin d'être soignées.

La stigmatisation est d'autant moins acceptable quand elle est institutionnelle et ou réglementaire. Pour le CESE, l'interconnexion du fichier "Hopsyweb" qui regroupe

⁶² Ipsos pour Fondamental et Klesia, *Perception et représentations des maladies mentales*, 2014

les patients hospitalisés en psychiatrie et celui des personnes fichées pour radicalisation (FSPRT) doit être stoppée. Par ailleurs, le CESE rejoint le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCDPH) dans sa dénonciation⁶³ et sa demande de retrait des trois décrets parus le 2 décembre 2020 au JORF créant des fichiers⁶⁴ qui assimilent tous les troubles psychiatriques ou psychologiques à des facteurs de dangerosité et les comportements auto-agressifs, les addictions ou les mises sous protection à des facteurs de fragilité. Ces fichiers seront utilisés dans les enquêtes préalables à certains recrutements de la fonction publique.

Préconisation n°1 :

Il faut immédiatement mettre fin à la stigmatisation des patientes et des patients par les institutions. Aucune personne ne doit systématiquement figurer dans un fichier du renseignement ou de la police du seul fait qu'elle a été, est ou serait atteinte de troubles psychiatriques

La volonté de « déstigmatiser » la maladie mentale est ancienne. Des actions d'information grand public ont été conduites par le passé, sur la santé mentale en générale (la « semaine de la santé mentale » par exemple) ou sur des pathologies particulières (les « journées européennes de la dépression », la « semaine du cerveau »...). Peu d'actions de grande envergure ont été conduites et, dans ce contexte, les choses évoluent peu : les maladies psychiatriques restent méconnues, et sont à tort encore associées à l'incurabilité, à la folie et à la violence (et sur ce plan, les médias, dans la façon dont ils relaient des faits divers graves mais exceptionnels ont une responsabilité). Les patients eux-mêmes entretiennent malgré eux une forme d'auto-stigmatisation et de déni face à l'incompréhension de la société et à l'exclusion sociale qu'engendre cette ignorance⁶⁵.

Il faut, pour le CESE, relancer une stratégie volontariste de déstigmatisation : cette politique doit être plus résolue, plus assumée, parce que ce n'est qu'à ce prix que les choses évolueront positivement pour les trois priorités que sont la prévention⁶⁶, l'entrée dans le soin et l'amélioration des conditions de vie avec la maladie. On ne démarre pas de zéro sur le sujet et il faut tirer les enseignements des campagnes d'information et de sensibilisation en santé publique sur d'autres thèmes dont l'impact positif a pu être mesuré. Les outils conçus de façon ascendante, à l'instar du dispositif "moi(s) dans tabac", qui mettent en synergie des campagnes de communication nationales et un relais par les acteurs et les actrices de terrain (professionnels de la prévention et de l'éducation à la santé) ont prouvé leur efficacité. Ils permettent de dépasser une communication trop abstraite ou « institutionnelle », d'incarner dans le

⁶³ Motion du CNCPH du 22 janvier 2021, *Les personnes en situation de fragilité ont besoin d'attention, pas de nouvelles stigmatisations!*

⁶⁴ Les trois fichiers sont dénommés : enquêtes administratives liées à la sécurité publique, prévention des atteintes à la sécurité publique, gestion de l'information et prévention des atteintes à la sécurité publique – source CNCNPH.fr/category/motions/.

⁶⁵ Audition du 04/11/2020 de Mme Marie-Jeanne Richard, Présidente de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

⁶⁶ Prévention primaire (avant l'apparition de la maladie), secondaire (au tout début de la maladie, pour s'opposer à son évolution), tertiaire (pour réduire, quand la maladie est là, les complications, les invalidités ou les rechutes).

quotidien et la proximité des messages communs et partagés, et s'attachent à identifier les intérêts, les codes communautaires des publics ciblés. Le développement de tels outils pourraient contribuer à changer la perception de la maladie mentale. De la même façon, l'évolution des connaissances, des traitements doivent être mieux transmises, pour lutter contre les idées fausses ou stéréotypées sur les troubles.

Parmi les relais de ces campagnes de communication, vers lesquels doit être porté un message plus opérationnel, plus concret, davantage relié à des situations spécifiques, devraient en particulier figurer :

- les jeunes. D'abord parce que c'est durant cette période de la vie (plus particulièrement les 15-25 ans) qu'existe un pic d'apparition des troubles psychiatriques, justifiant des actions de prévention. Mais aussi parce que la perception du trouble mental n'est pas encore façonnée par les clichés et peut encore (ou du moins plus facilement) changer. L'information, adaptée à l'âge et donnée avec discernement pour ne pas contribuer aux risques de surmédicalisation, doit se concrétiser dans le cadre des enseignements, mais aussi via des structures d'information, d'accueil et d'accompagnement en santé, gratuites et confidentielles, comme les PAEJ (Points d'accueil et d'écoute Jeunes), les CJC (Consultations Jeunes Consommateurs), les MDA (Maison des Adolescents), les centres médico-sociaux et tous les lieux d'accueil et de formation des jeunes.

- certaines professions, pour lesquelles il faut agir et communiquer sur les troubles de la santé mentale, en tirant les conséquences d'un risque plus élevé. Le CESE partage et soutient les recommandations formulées par le député Olivier Damaison en direction des agriculteurs et agricultrices dans son rapport présenté début décembre, notamment quand elles préconisent de communiquer au niveau national sur le sujet, tout en diffusant localement une information non stigmatisante sur les risques de mal-être et de former des « sentinelles » à la détection et à l'écoute en les dotant d'outils pédagogiques adaptées⁶⁷. La gravité de la crise économique et sociale actuelle doit impérativement conduire les pouvoirs publics à déployer des actions de prévention en direction d'autres professions. Une enquête dirigée par le professeur Michel Debout (Président de l'Observatoire du Suicide) pour la Fondation Jean Jaures du 21 au 28 septembre 2020 révèle un niveau particulièrement élevé d'intentions suicidaires chez les dirigeants d'entreprises (27%), les artisans-commerçants (25%) ou les chômeurs (27%). Enfin, la situation des personnes à la recherche d'un emploi, les effets du chômage sur elles et sur leur entourage, demeurent un angle mort des politiques publiques. Dans un avis du 10 mai 2017⁶⁸, le CESE le soulignait déjà: le chômage est un facteur de risque qui doit être appréhendé comme tel. Il réitère aujourd'hui sa préconisation en faveur de l'organisation d'un suivi précoce : un soutien psychologique doit, concrètement, être

⁶⁷ Olivier Damaisin, 1er décembre 2020, Identification et accompagnement des agriculteurs en difficultés et prévention du suicide. Le rapport fait également état d'un certain nombre de dispositifs d'information et d'accompagnement, mis en place par la MSA (Agri'Ecoute, ou le guide pass'Agri), le réseau national de solidarités paysans, les Chambres d'agriculture (Agri' Collectif, le réseau résilience) qui visent à informer et accompagner les agriculteurs et agricultrices.

⁶⁸ CESE, 10 mai 2016, *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner* (Jacqueline Farache)

proposé à chaque personne reçue par Pôle emploi si elle le souhaite. Le service public de l'emploi doit par ailleurs tenir compte de l'importance du contact humain et mesurer les risques d'isolement des demandeurs d'emploi quand le numérique devient l'outil privilégié de gestion de la relation avec les usagers.

Enfin, la crise sanitaire a montré combien l'isolement social était une cause de fragilisation psychique et de risque suicidaire. La mise en oeuvre des préconisations des rapport et avis du CESE sur la prévention et la lutte contre l'isolement social des personnes⁶⁹, quel que soit leur âge, est urgente.

Préconisation n°2 :

Conduire des campagnes d'informations et de sensibilisation sur la santé mentale, la variété des troubles et des pathologies, leurs causes, leur prévalence, les professionnels et professionnelles à consulter, les traitements possible :

- à destination du grand public, pour assurer une connaissance générale et non stigmatisante

- ciblées vers des publics particuliers, dans leurs lieux de vie, à l'école et au travail, en partenariat avec les organisations professionnelles et les acteurs de la santé.

2. En parler pour savoir discerner et orienter

Former des secouristes en santé mentale, sur le modèle des formations de secourisme, est un bon moyen de mettre fin aux préjugés entourant les maladies psychiques. La feuille de route santé mentale et psychiatrie prévoyait un tel dispositif, sous la forme de « Premiers secours en santé mentale » (PSSM). Il s'agit de former la population dans une logique d'aide par les pairs, avec l'idée que les "secouristes" pourront intervenir et aider à consulter plus précocement. Un site internet a été mis en place (pssmfrance.fr) qui fait état de plus de 3200 « secouristes formés » au 1er janvier 2021 lors de 270 cycles de formations de 14 heures. L'objectif affiché est de former 500 000 personnes d'ici 2030. A l'instar de l'UNAFAM, le CESE demande la montée en puissance de ce dispositif, ce qui implique de réduire le coût de la formation qui, pour l'instant, est encore un obstacle.

L'efficacité du dispositif est bien sûr conditionnée à l'existence d'une offre disponible pour concrétiser cette intervention précoce, ce qui est loin d'être le cas (« en parler, mais à qui ? » peuvent légitimement s'interroger les jeunes) - cf constat et l'axe II des préconisations - . Elle est aussi liée, très concrètement, à une meilleure connaissance des ressources et métiers de la santé mentale.

L'information et la prévention des troubles doivent être aussi officiellement intégrées dans les missions de la médecine scolaire et universitaire et le développement de campagnes de prévention récurrentes doit être encouragé.

⁶⁹ CESE, 28 juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* (Jean-François Serres)

Pour les adolescentes, adolescents et jeunes adultes, l'action "par les pairs" a montré son efficacité. Elle doit être encouragée et soutenue. Portée par des associations de jeunes, de jeunesse et par des organisations étudiantes, elle repose sur le partage d'expériences et facilite la transmission des messages, avec finalement un plus grand impact en termes de circulation de l'information, de sensibilisation et d'orientation des personnes vers les structures adaptées.

Des campagnes d'information devraient plus spécifiquement être réalisées en direction de certaines professions relevant de la police, de la gendarmerie, du travail social, de l'éducation. La formation PSSM, ou une autre formation similaire, devrait leur être proposée.

Préconisation n°3 :

Multiplier les formations aux premiers secours en santé mentale pour acculturer la population aux troubles psychiques et lutter contre leur stigmatisation.

3. En parler pour mieux vivre, patient ou proche, avec les troubles psychiques

Un patient ou une patiente sur 7 connaîtra une rémission stable. Les autres, mais aussi leur famille et leur entourage, devront apprendre à vivre avec la maladie. L'acceptation de la maladie conditionne le recours aux soins, l'efficacité du soin, la bonne application par la personne du traitement, l'adoption des réponses aux conséquences toujours évolutives de la maladie. C'est d'elle que dépend la capacité à mettre fin au cycle déni/crise/hôpital/soins/abandon du traitement/rechute au centre du constat dressé par cet avis. Or, les troubles psychiques et leurs conséquences pour la personne et son entourage demeurent sous-évalués.

La place du patient ou de la patiente est reconnue en France: ce principe doit aussi s'appliquer pour les troubles psychiatriques. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) a pour objet d'aider les patientes et patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ou elles ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec la maladie. Elle accompagne la personne dans la compréhension de ses troubles et dans l'acquisition d'outils utiles pour les gérer au quotidien. L'ETP vise l'amélioration de la qualité de vie, l'autonomisation, une reprise de pouvoir sur la pathologie (empowerment) et contribue au rétablissement. Depuis 2009⁷⁰, l'ETP doit obligatoirement être intégrée dans le parcours de soins (ambulatoires ou hospitaliers) des patients. Il faut mettre en œuvre cette obligation pour les pathologies psychiatriques: cela passera par la mise en place de programmes au niveau local, animés par des professionnels formés et réalisés selon des principes, méthodes et avec des contenus définis par la HAS, comme cela se fait pour les maladies somatiques (et en particulier les maladies chroniques)⁷¹.

⁷⁰ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁷¹ Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes ETP et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement

Un dispositif organisant l'annonce de la pathologie devrait être mis en place en s'inspirant de ce qui existe pour d'autres maladies, comme les cancers. L'objectif est d'engager avec le patient ou la patiente un dialogue qui se poursuivra dans le temps sur le diagnostic, la proposition thérapeutique, les acteurs qui la mettent en œuvre et l'accompagnement social. Cela peut aussi être l'occasion d'une prévention des dérives sectaires.

Préconisation n°4 :

Organiser, au moment du diagnostic, l'information sur la pathologie, les traitements, la prise en charge sanitaire et médico-sociale, les programmes d'éducation thérapeutique et les offres d'accompagnement.

La FNAPSY a joué un grand rôle dans la mise en place des GEM (Groupes d'entraide mutuelle). S'il existe d'autres formes d'organisations, elles ont en commun d'être mises en place et portées par les usagers, elles reposent sur le principe de la pair-aidance. Elles ne sont ni des structures de soin, ni des structures médico-sociales, mais des lieux d'échanges et d'activités autour d'une priorité : l'entraide. Leur fonctionnement donne toute sa place à l'écoute, notamment sur l'impact de la maladie sur la vie familiale et professionnelle, et à l'expression des attentes et des besoins⁷². Cette étape est importante et peut, par exemple, contribuer à une bonne adaptation des conditions de travail à la situation de la personne. Ces groupes d'entraide ont été consacrés en France par la loi du 11 février 2005. Ils sont aujourd'hui 500. S'ils respectent tous certains principes de base, la grande liberté qui leur est laissée dans leur organisation a indéniablement contribué à leur succès. Si, dans l'ensemble, les territoires métropolitains sont bien couverts en GEM, Magalie Coldefy et Coralie Gandré notent toutefois, dans leur atlas précité, des distances parfois trop grandes, peu compatibles avec un dispositif dont l'action dépend de la proximité, de la mobilisation de leurs usagers et usagères, et du collectif. Le CESE préconise un soutien accru à la création de groupes d'entraide (GEM ou autres) en prévoyant systématiquement, pour tout projet et dès son lancement, une évaluation régulière extérieure de sa mise en œuvre.

Préconisation n°5 :

Soutenir la création et l'évaluation extérieure régulière de Groupes d'entraide

Les familles et les proches aidants paient un prix très élevé des défaillances du système actuel, qu'il s'agisse de la stigmatisation, des errances et du retard dans le diagnostic, de l'absence de reconnaissance et de compensation du handicap psychique, de l'absence d'accompagnement, des ruptures dans le parcours de soin... Le baromètre réalisé en 2020 par l'UNAFAM auprès de ses adhérents montre par exemple que, pour 72,6% des personnes interrogées, le diagnostic a eu lieu après plusieurs crises que l'entourage a dû assumer seul en mettant sa propre vie entre parenthèse. 64,8% d'entre elles considèrent que la maladie de leur proche est représentée de façon stigmatisante et anxiogène dans les médias. De même, 61,7%

⁷² Entretien du 12/11/2020 avec Mme Claude Finkelstein, Présidente de la de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)

des proches aidants considèrent ne pas être informés sur les droits liés au handicap ou (76,2%) pas suffisamment accompagnés dans la mise en œuvre de ces droits. Les familles, parents, enfants, frères et sœurs, subissent de plein fouet les parcours trop hachés de leur proche et sont trop souvent amenés à endosser un rôle qui ne devrait pas être le leur. 88,3% des proches aidants indiquent que la maladie d'un enfant a des répercussions sur la vie des frères et sœurs, 65,1% qu'elle a eu un impact sur leur propre santé et 36% sur leur vie professionnelle. Sur ce dernier plan, les conséquences sont plus spécialement fortes pour les femmes : elles sont 13,4% à avoir été contraintes de passer à temps partiel (contre 4,1% des hommes) et 11,5% déclarent avoir été freinées dans leur progression professionnelle (contre 7,8% des hommes)⁷³.

Le quotidien des 4,5 millions de proches aidants est insuffisamment intégré dans la réponse. Il faut reconnaître leur rôle, le valoriser tout en veillant à les préserver. Cela passera par une meilleure information sur les pathologies et les dispositifs de soutien ouverts aux proches, à l'entourage, aux familles, au moment de l'annonce et tout au long du parcours. Il existe des programmes psychoéducatifs efficaces parce qu'ils visent à informer sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités des proches à faire face à ses conséquences. Ils doivent être davantage soutenus car ils permettent aux proches-aidants de mieux comprendre la maladie, de mieux communiquer avec la patiente ou le patient, mais aussi de prendre soin d'eux-mêmes afin de préserver leur santé. Enfin il faut systématiquement informer les proches aidants des choix d'orientation, notamment lors des sorties d'hospitalisation, et les associer autant que faire se peut aux prises de décisions. Leur rôle comme partenaire de soin doit être mieux reconnu.

Préconisation n°6 :

Proposer un soutien aux proches aidants, dès l'annonce de la pathologie et tout au long de l'évolution de la maladie et du parcours, à travers notamment une information sur la pathologie, des programmes psychoéducatifs et en favorisant la création d'espaces de rencontres dédiés et de groupes support

Mieux reconnaître le rôle des proches aidants en les informant et en les associant autant que possible aux prises de décisions.

B - Une priorité : favoriser une entrée plus précoce dans le soin

Selon le baromètre UNAFAM de 2020, 47 % des personnes souffrant de troubles d'ordre psychique ont attendu plus de 24 mois avant d'accéder à un diagnostic. L'état psychique du patient ou de la patiente est en permanence susceptible de changer, de s'améliorer ou de se détériorer. En psychiatrie, le diagnostic est souvent plus long et plus difficile (7 ans en moyenne pour la schizophrénie par exemple), il peut varier, rester instable pendant une longue période - particulièrement chez les enfants et chez les adolescents -. Il faut alors respecter un équilibre délicat : ne pas attendre un

⁷³ Baromètre Unafam, *Proches aidants, le parcours du combattant*, 2020

diagnostic précis pour entrer dans le soin, mais ne pas non plus précipiter, ne pas négliger le caractère évolutif du diagnostic.

On le sait néanmoins, pour combattre la maladie, les cinq premières années sont cruciales. Avec le temps, les réponses aux traitements, la probabilité d'un rétablissement ou d'une rémission, se réduisent ; les comorbidités, psychiques et somatiques s'installent ; les difficultés, dans la vie familiale, au travail, pour le patient et pour ses proches, se renforcent ; le cheminement vers une prise en charge adaptée est rendu plus difficile et les chances de guérison sont diminuées.

1. Reconnaître et consolider le rôle pivot des médecins généralistes

Les généralistes jouent de facto un rôle majeur dans la prise en charge des troubles de la santé mentale. Presqu'un tiers de leurs patients présente une pathologie psychiatrique. Près de 13 % des consultations chez le médecin généraliste sont liées aux seuls troubles dépressifs et anxieux. 72% d'entre eux prennent en charge au moins un patient présentant une dépression chaque semaine⁷⁴.

Le médecin généraliste est aussi un acteur indispensable à l'exercice des mesures de protection des personnes présentant une altération de leurs facultés personnelles. La mise en place de cette protection et son renouvellement se font en effet sur la base de certificats médicaux. Dans le contexte de la démographie médicale défavorable, il peut être très difficile de trouver un médecin, ce qui crée, pour la personne qu'il faut protéger, le risque d'une double rupture, des droits et des soins.

Les patientes et les patients ont confiance en leur généraliste, qui est plus accessible et moins stigmatisant que la psychiatrie sectorisée ou libérale. Ce rôle pivot du généraliste est aussi la conséquence logique de la place donnée au médecin traitant dans le parcours de soin coordonné, tel qu'il est organisé par la loi de 2004 : c'est à lui qu'il revient d'assurer le suivi personnalisé du patient et de l'adresser à un spécialiste lorsque cela est nécessaire. Or, ceci est contradictoire avec les missions du secteur qui devraient être de prendre en compte tous les soins de prévention, de cure et de postcure. Par ailleurs, cela renforce la stigmatisation puisque le secteur devient de fait réservé aux cas lourds.

Pourtant, le taux de patientes et patients orientés par le médecin généraliste vers la psychiatrie est très faible. La prise en charge efficace des troubles est alors trop souvent empêchée. Plusieurs explications sont avancées, notamment :

- **la formation en psychiatrie des médecins généralistes souvent jugée insuffisante**, et en tout cas mal proportionnée à la place qu'elle va occuper dans la réalité de leur activité. Leur cursus est déjà censé comprendre, depuis 2004, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique à l'occasion de stages, qui peuvent être effectués dans les services ambulatoires. Le plan Ma Santé 2022 prévoit à terme une expérience en santé mentale pour chaque étudiant en médecine. Pour le CESE, il faut

⁷⁴ DREES, URPS, PRS, *Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville*, 2011.

maintenant que cet engagement soit mis en œuvre. Il faut aussi donner une place plus significative à la santé mentale dans la formation théorique, initiale et continue, des médecins généralistes ;

- le refus des secteurs de prendre en charge toutes les demandes, par manque de moyens ou méconnaissance ou par perte de certaines compétences, liées par exemple à l'absence de certaines spécialités,
- **la grande complexité de la maladie psychique.** Elle a souvent, on l'a vu, une dimension multifactorielle et le contexte familial, social et professionnel, peut peser sur son évolution. Elle exige des consultations longues ainsi qu'un difficile travail de coordination avec les autres professionnels de la santé ou du médico-social. Ces exigences sont mal reconnues et mal rémunérées. Sur ce point, le CESE réitère la position qu'il a déjà exprimée : dans les choix relatifs à la tarification, à la rémunération et aux remboursements, la priorité doit être donnée à la qualité et la pertinence des soins, mais aussi à la coordination et à la fluidité du parcours. Se prononçant sur la prise en charge des personnes souffrant de maladies chroniques⁷⁵ ou en situation de handicap⁷⁶, et, plus récemment, sur la question du financement de l'hôpital⁷⁷, le CESE a demandé un renforcement de la politique conventionnelle de l'Assurance maladie qui vise à rémunérer le temps de la coordination, mais aussi une amélioration de la ROSP (Rémunération sur objectifs de santé publique) et un élargissement des cas de rémunérations forfaitaires;
- **le faible recours aux techniques de dépistage des troubles à l'occasion de la consultation du médecin généraliste.** Il existe des outils, sous forme de questionnaires à soumettre aux patients, qui permettent de repérer certains signaux justifiant, le cas échéant, une évaluation plus approfondie. Utilisés de façon systématique, sur une base régulière, proposés à tous et toutes, ils donnent au médecin traitant l'opportunité d'aborder la question de la santé mentale de façon non stigmatisante;
- **les difficultés propres à la coordination entre les médecins généralistes et les psychiatres.** Les causes sont multiples et les conséquences connues : sans une coordination suffisante avec la psychiatrie de secteur ou libérale ou encore avec les psychologues, les médecins généralistes sont aussi dépourvus que leur patient. Quand l'urgence survient, les structures sectorisées et leur délai d'attente ne sont pas une réponse : le médecin traitant qui ne trouve pas de rendez-vous avec le CMP, alors qu'en CMP ce n'est pas forcément un psychiatre qui va recevoir et suivre la personne, ou de psychiatre libéral disponible à proximité, doit adresser ses patients aux urgences psychiatriques. Cet avis formulera des propositions pour une meilleure coordination au point C.

⁷⁵ CESE, 11 juin 2019, *Les maladies chroniques* (Michel Chassang et Anne Gautier)

⁷⁶ CESE, 13 juin 2020, *Enfants et jeunes en situation de handicap : pour un accompagnement global* (Catherine Pajares y Sanchez, Samira Djouadi)

⁷⁷ CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru, Christine Tellier)

Préconisation n°7 :

Tirer les conséquences du rôle central des médecins généralistes dans la prise en charge des soins psychiatriques en :

- renforçant la formation en psychiatrie initiale et continue des généralistes;
- imposant au minimum un stage pendant les études au sein d'un service ou d'un établissement de santé mentale ou d'une structure sociale ou médico-sociale assurant un accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques ou d'addictions. Cela pourrait se traduire par l'allongement de l'internat en Médecine générale;
- développant les outils de dépistage à l'usage des médecins généralistes et promouvant leur utilisation régulière;
- améliorant la coordination entre médecins généralistes et psychiatres.

2. Soutenir les dispositifs « d'aller vers » construits en partenariat

Cet avis l'a souligné, l'offre en ambulatoire - sectorisée ou non- est tout à la fois peu lisible et difficilement accessible. L'organisation d'une offre majoritairement liée à l'âge (petite enfance, enfance, adolescence), telle qu'elle est actuellement en place, est pertinente. Elle manque toutefois de visibilité : elle ne repose pas suffisamment sur les besoins du patient, et ne tire pas les conséquences de la forte stigmatisation des pathologies mentales.

Pour le CESE, il faut établir le lien, avant de le consolider, orienter sans attendre que le diagnostic soit posé. **Cela implique de renforcer « l'aller vers », en étant davantage présent sur les lieux de vie, afin de mieux appréhender la spécificité des besoins des publics concernés.** Il s'agit de tirer les conséquences des multiples obstacles qui empêchent l'accès ou la continuité de soins. Il faut *aller vers* la personne qui ne peut pas se rendre à un lieu de consultation, et ce, quelles que soient les raisons de cette impossibilité, physiques (personnes âgées, en situation de handicap), psychiques (refus, déni, inhibition...), matérielles (c'est le cas des personnes qui n'ont pas d'adresse, et n'ont donc pas de rattachement à la psychiatrie sectorisée) ou sociales. *Aller vers*, c'est aussi considérer l'environnement réel : le lieu et les conditions de vie, le rôle et la situation des proches et de l'entourage. *Aller vers*, c'est enfin, et particulièrement chez les adolescentes et adolescents, considérer la fréquente ambivalence de la demande de soin : il peut être nécessaire d'aller au-delà ce que le patient « dit » pour considérer ce qu'il « montre ». La difficulté est alors de « décoder » une demande implicite.

La seconde étape consiste à initier un accompagnement vers les lieux où des soins sont offerts. « L'aller vers », dans ses différentes dimensions, passe alors par des partenariats entre les acteurs de la santé et de l'accompagnement médico-social et social. Il se pratique déjà, par exemple, par les Equipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP). Désormais étendues sur tout le territoire national, elles font l'objet d'un financement et d'un pilotage spécifiques associant les professionnels de santé

et les travailleurs sociaux⁷⁸. Le CESE a, fin 2018, demandé leur développement, soulignant le poids des troubles psychiatriques chez les personnes vivant à la rue (1/3 d'entre elles souffre d'un trouble psychiatrique sévère et 17% des 18/25 ans à la rue sont psychotiques, contre 2% dans la population générale)⁷⁹. Les professionnelles et professionnels le constatent souvent: celles et ceux qui s'en sortent le mieux sont les moins isolés socialement. Il faut donc le souligner: c'est, bien souvent, à la suite du "décrochage" de l'entourage, lui-même épuisé, que se produisent l'exclusion et le "passage à la rue" de la personne souffrant de troubles psychiatriques. Cela montre une nouvelle fois l'enjeu crucial du soutien qu'il faut mettre en place pour les proches aidants et les acteurs, notamment associatifs, de la lutte contre l'isolement.

Il est également flagrant que les populations migrantes font face à une accumulation de traumatismes (l'exil, la rupture des liens, la précarité des situations administratives et sociales, le poids de l'incertitude, de l'attente, mais aussi, bien souvent, l'expérience de la violence...) pouvant entraîner une souffrance psychique extrême. Une prise en charge psychologique ou psychiatrique doit être proposée, selon des modalités adaptées aux particularités des situations et inscrite dans le parcours plus global. Elle passe par "l'aller vers" mais aussi par un travail en réseau, associant les professionnelles et professionnels de la santé mentale aux autres acteurs impliqués.

Parce qu'elles agissent comme des «antennes avancées» du secteur, les EMPP constituent une action concrète de lutte contre les inégalités d'accès aux soins, que la psychiatrie n'a pas pu réaliser suffisamment malgré le postulat initial. Elles forment un dispositif complémentaire, à l'interface du dispositif de soins « de droit commun » et du dispositif social.

Pour les enfants, adolescentes et adolescents, la présence de structures ouvertes et moins connotées « psy » sur le lieu de vie - école, collège, lycée - est indispensable à l'appréhension d'un besoin de soin. Le CESE réitère ses propositions en faveur d'un soutien aux métiers de la santé à l'école, dont font partie, aux côtés des médecins, infirmiers et infirmières, les psychologues de l'Education nationale⁸⁰. L'école est un espace incontournable pour la prévention, le repérage et l'initiation d'une prise en charge des troubles de toute nature. Elle est, pour des populations fragilisées ou dans certaines zones en difficultés, la seule garantie d'accès à une prise en charge médicale.

⁷⁸ Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 *relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie*

⁷⁹ CESE, 12 décembre 2018, *Les personnes vivant à la rue : l'urgence d'agir* (rapporteuses : Marie-Hélène Boidin-Dubrulle, Stéphane Junique)

⁸⁰ CESE, 14 mars 2018, *Pour des élèves en bonne santé* (rapporteurs : Jean-François Naton, Fatma Bouvet de la Maisonneuve)

Alors que les troubles d'ordre psychiatrique représentent la grande majorité des troubles de la santé pendant l'adolescence, leur stigmatisation semble quasi-irréductible. Les Maisons des Adolescents (MDA) ont été créées il y a 20 ans en intégrant d'emblée cet état de fait. Elles sont un lieu d'accueil dédié aux adolescents, où la rencontre avec des professionnels de santé est facilitée. Mais elles n'affichent pas d'emblée la dimension psychologique comme le cœur de leur mission : la stigmatisation ne doit pas être un obstacle, comme elle le reste s'agissant des CMP et CMPP, auxquels, de facto, les adolescents s'adressent peu. Il ne faut donc pas créer des lieux d'accueil trop spécialisés : tel est l'esprit des MDA où « *on est reçu quel que soit ce qu'on a, ou ce qu'on croit avoir* »⁸¹. L'accueil se fait avec deux professionnels (le plus souvent, une infirmière ou un assistant social et un psychologue). Cette première rencontre peut donner lieu à la formalisation d'une prise en charge coordonnée, faisant intervenir le CMP ou CMPP, l'hôpital de jour, une psychothérapie... La MDA peut, tout en initiant le parcours et en le suivant, ne plus intervenir elle-même directement dans la suite du parcours. Il existe une MDA par département, ce qui est peut-être trop éloigné dans certains territoires. Les MDA sont majoritairement financées par les ARS, au titre des programmes de santé mentale, ce qui explique les liens partenariaux forts qu'elles ont avec les établissements de santé (hôpitaux de jour) et les Consultations Jeunes Consommateurs CJC (CSAPA). Les MDA travaillent également avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et avec la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). L'Éducation nationale adresse des adolescents aux MDA, mais ne participe pas à leur financement.

La situation déjà alarmante des étudiantes et étudiants (cf. constat) et qui s'est aggravée avec la crise sanitaire appelle une mobilisation de moyens plus importants en faveur des Services de santé universitaire. La problématique de la santé mentale des étudiantes et étudiants est ancienne et n'a pas encore reçu de réponse à la hauteur des enjeux. Les moyens humains et financiers des SUMPPS (Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé) sont insuffisants : les délais pour obtenir un rendez-vous sont trop longs, la médecine libérale est chère et dans ce contexte, trop d'étudiants renoncent aux soins. La France compte actuellement un nombre très faible de psychologues universitaires (1 équivalent temps plein de psychologue universitaire pour 29 882 étudiantes et étudiants) soit un niveau très éloigné des recommandations internationales⁸²

Le CESE rappelle, dans la continuité de ses précédents avis, ses recommandations en faveur d'une meilleure prise en compte du handicap psychique dans le parcours des jeunes relevant de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)⁸³. Une proportion importante des jeunes cumulant les difficultés et ruptures sont porteurs de handicaps d'ordre

⁸¹ Entretien des rapporteurs avec les représentants de l'Association des maisons des adolescents : le Prof Bronsard, président, Mme Delphine Rideau, secrétaire générale, et Mme Gaëlle Paupe, chargée de mission

⁸² International Accreditation for Counseling Services (cité par Nightline)

⁸³ CESE, 13 juin 2018, *Prévenir les ruptures dans les parcours de protection de l'enfance* (rapporteur : Antoine Dulin)

psychique mal pris en charge. Le CESE a demandé de modifier l'offre d'accueil qui leur est proposée, qu'elle relève de l'ASE (en renforçant la formation des assistantes familiales et des assistants familiaux, en contrôlant plus étroitement leur capacité à accueillir une ou un jeune et en mettant en place des rencontres pluriannuelles avec des équipes pluridisciplinaires) ou du médico-social (avec un droit d'accès prioritaire aux Services d'éducation spéciale, de soins à domicile et aux Instituts médico-éducatifs).

La période de la périnatalité mérite également une attention particulière. Plusieurs études préconisent de porter attention aux premiers stades de développement de l'enfant, même avant la naissance⁸⁴. Ainsi, une plus grande attention portée à la santé mentale des femmes pendant la grossesse peut réduire des symptômes anxieux ou dépressifs (entre autres) pour elle et le futur nouveau-né. La détection des symptômes dépressifs à un stade précoce de la grossesse permet aussi de réduire les coûts de la prise en charge des troubles dépressifs et d'anxiété sur le long terme.

Préconisation n°8 :

Instaurer de nouveaux partenariats, fondés sur les principes de « l'aller vers », associant la psychiatrie de secteur aux structures des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour favoriser le repérage et l'entrée dans un parcours de soin coordonné et recruter dans chaque secteur un poste d'infirmier ou de psychologue en charge des partenariats.

Préconisation n° 9 :

Renforcer les moyens humains et financiers des services de médecine préventive et de promotion de la santé, notamment universitaires, pour:

- **conduire une véritable politique de prévention en santé mentale ;**
- **améliorer la prise en charge de la détresse psychologique en permettant l'accès à une plus grande diversité de spécialistes**

LES PSYCHOTRAUMATISMES

Commandité après les attentats de 2015 et 2016 par le Secrétariat d'Etat chargé de l'aide aux victimes, le rapport *Pour un centre de ressources et de résilience : réparer et prendre soin de la vie* de Françoise RUDETZKI proposait la création d'un Centre dédié et avançait des pistes pour améliorer l'accès aux soins psychiques des personnes victimes de traumatismes.

Sur sa proposition, le Centre national de ressources et de résilience (CN2R) a été créé en mars 2019. Il promeut la recherche sur les psychotraumatismes, la formation à l'évaluation des troubles psychiques post-traumatiques, l'information du public en matière de psychotraumatisme et de résilience. Il peut, en lien avec la HAS, labelliser certaines bonnes pratiques de soins. Le CHU de Lille et l'AP-HP assurent son pilotage.

⁸⁴ Roberge et al, 2019, McDaid et al, 2019, *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project*, 2008

La vocation du centre est pluridisciplinaire : il allie recherche clinique et recherche en sciences humaines et sociales. Il ne délivre pas de soins. En revanche, il réunit une communauté de personnes victimes de psychotraumatismes pour qu'elles partagent leur expérience entre elles et avec les professionnels. Cette communauté permet de croiser le savoir des victimes (ce que le CN2R appelle "l'expertise de vie") avec celui des professionnelles et professionnels du CN2R. L'objectif est de co-construire les actions du centre dans diverses directions : identifier les facteurs contribuant à la résilience ; participer à l'évolution de la formation des étudiantes et étudiants et des professionnels ainsi qu'à l'amélioration du parcours de santé ; déployer une culture durable de reconnaissance du savoir expérientiel.

La démarche du CN2R est à la fois participative et de pair-aidance. Le centre s'appuie sur un réseau de douze centres régionaux et des antennes départementales adossées à des hôpitaux généraux ou à des CHU. Certains centres ont une vocation spécifique pour les populations pédiatriques. Il s'agit d'un enjeu de santé publique important. Encore trop peu nombreux, il est nécessaire de soutenir leur développement. En effet, il est bien connu que les effets du trouble de stress post-traumatique dans l'enfance peuvent se retrouver dans un parcours « vie entière ».

Les centres régionaux proposent des consultations spécialisées aux personnes victimes de psychotraumatismes et ont pour mission d'organiser les parcours de soin. Dans le cadre de ce parcours de soins, les thérapies chez un psychologue ne sont toutefois pas remboursées par l'Assurance maladie. Cette absence de prise en charge exclut de fait des victimes et cela d'autant plus que le stress post-traumatique peut se révéler plusieurs mois après les faits. Des réponses ponctuelles existent mais elles ressemblent plus à un traitement au cas par cas des besoins de soins qu'à une politique de soins globale. Ainsi, les personnes impactées par l'attentat de Nice du 14 juillet 2016 ont accès à dix séances chez un psychologue remboursées à hauteur de 50 euros par séance. Faute d'information, certaines personnes ne sont pas entrées dans ce parcours. La garantie « sans frais de la prise en charge psychique et thérapeutique globale », pour toutes les personnes victimes était une des recommandations du rapport *Pour un centre de ressources et de résilience : réparer et prendre soin de la vie*.

3. Lever les obstacles à une plus grande participation des psychologues aux soins

Le CESE estime, en préalable, nécessaire de renforcer la présence des psychologues salariés dans les structures et dispositifs (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) existants. Des psychologues font en effet partie intégrante des équipes pluriprofessionnelles de la psychiatrie de secteur. Ils et elles sont présents dans les CMP⁸⁵. Les psychologues y ont une fonction de psychothérapeute, mais aussi éventuellement de consultant au même titre que les psychiatres (hormis le fait qu'ils ne prescrivent pas de médicaments). Embaucher une partie des psychologues cliniciens actuellement sans emploi permettrait de réduire ou faire disparaître les

⁸⁵ Les conclusions du Ségur de la Santé portaient l'engagement de recruter 160 psychologues supplémentaires dans les centres médico-psychologique, avec un financement de ces postes par le Fonds d'intervention régional

délais d'attente pour un premier rendez-vous, mais également aux secteurs de remplir toutes leurs missions. Des psychologues sont présents à l'hôpital de jour et dans les unités d'hospitalisation à temps plein ainsi que dans les services hospitaliers somatiques, notamment en Médecine chirurgie obstétrique (MCO), cancérologie, pédiatrie, gérontologie... Les psychologues interviennent également dans le champ médico-social, de l'enfance, de la jeunesse (CJC, MDA), du handicap ou du vieillissement (EHPAD). Ils sont aussi présents dans les entreprises notamment pour la prévention et le suivi des risques psychosociaux, à Pôle emploi et dans les structures de la réinsertion sociale. Alors que leurs employeurs sont soumis à une forte demande, le CESE plaide pour un renforcement de leur présence.

Le débat se focalise actuellement sur les voies et moyens d'un plus grand remboursement des consultations chez les psychologues libéraux. Le CESE juge effectivement urgent que, sur ce dossier ouvert depuis plusieurs années, les choses évoluent enfin. Alors que la HAS recommande un suivi psychologique dans le traitement de certains troubles, ces professionnels et professionnelles constituent une ressource insuffisamment exploitée. Les psychothérapies structurées sont des traitements des troubles dépressifs ou anxieux recommandés par les guides de bonne pratique internationaux, dont l'efficacité et l'impact positif sur la santé et les coûts, ont été largement démontrés. Toutefois en France, malgré le lourd fardeau économique que ces troubles représentent, les psychothérapies effectuées avec un psychothérapeute non-médecin ne sont pas remboursées.

Une étude visant à évaluer les coûts et bénéfices qu'un programme de prise en charge partiel des psychothérapies permettrait pour les Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux, montre que pour un suivi moyen de 12,1 séances, le coût du suivi psychothérapeutique annuel s'élèverait à 308 millions EUR pour le régime obligatoire, pour traiter 2,3 % de la population. Le ratio coût-bénéfice de la psychothérapie s'élèverait, pour les troubles dépressifs à 1,95 EUR (1,30-2,60) et pour les troubles anxieux à 1,14 EUR (0,76-1,52)⁸⁶.

Financer les psychothérapies s'avère être un investissement rentable à court et long terme d'autant que le nombre de psychothérapeutes disponibles s'avère suffisant pour cette prise en charge.

Les psychologues ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé (il s'agit d'ajouter un 4ème groupe au code de la santé⁸⁷), et leurs thérapies, non remboursés par l'Assurance-maladie, restent inaccessibles à beaucoup. Néanmoins, plusieurs expérimentations sont en cours. Concrétisation d'un engagement du plan

⁸⁶ Le coût de la séance a été estimé à 41 EUR, le taux de remboursement à 60 % ; les coûts annuels induits par les troubles dépressifs à 4 702 EUR, par les troubles anxieux à 1 500 EUR ; et le taux de rémission attribuable aux psychothérapies à 30 % +/-10 %. Anne Dezetter, Xavier Briffault, Avril 2016, *Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès de Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux*, dans Santé mentale au Québec.

⁸⁷ Les trois groupes actuels sont 1/ les médecins, 2/ les paramédicaux et 3/ les sage-femmes et dentistes

« bien être et santé des jeunes » de novembre 2016, le dispositif Ecout'Emoi, expérimenté dans 9 départements, vise à favoriser un suivi psychologique en libéral des 11-21 ans en prenant en charge 12 séances chez un ou une psychologue (sur la base de 32 euros la séance, totalement pris en charge par l'Assurance maladie). L'Assurance-maladie expérimente par ailleurs le remboursement de la psychothérapie chez des patientes et patients de 18 à 60 ans souffrant de trouble anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée dans 4 départements⁸⁸. Une à 10 séances de psychothérapies peuvent être prescrites après d'un psychologue clinicien ou un psychothérapeute agréé par l'ARS. Dans ces deux expérimentations, le remboursement de la psychothérapie intervient dans le cadre d'un parcours proposé par le médecin traitant, qui évalue la santé mentale du patient ou de la patiente.

Ces expérimentations sont en cours depuis plusieurs années mais leur évaluation, préalable à une éventuelle généralisation, a été repoussée. Parmi les nombreuses difficultés que posent la possibilité d'un remboursement des consultations de psychologues figurent en particulier :

- **la question de la formation.** Actuellement, il faut, pour faire usage du titre de psychologue, être titulaire d'une licence et d'un master de psychologie avec un stage minimum de 500 heures⁸⁹. 37 universités (publiques et organismes privés habilités) délivrent le titre de psychologue. Entre 4500 et 4800 titres sont délivrés annuellement, tous parcours confondus, contre 2400 en 1996⁹⁰.
- **les conditions à satisfaire pour que les psychologues soient inscrits dans le code de la santé publique et intègrent le parcours de soin** font l'objet de profondes divergences, alors qu'elles constituent une *condition sine qua non* d'un remboursement des consultations. Sont contestées, par certaines organisations, deux des modalités prévues dans les expérimentations en cours, à savoir l'obligation d'une prescription médicale par le médecin traitant et l'intervention d'un psychiatre à mi-parcours pour valider la psychothérapie. Pour certains psychologues en effet, tout ce qui pourrait relever d'un contrôle par les professions médicales des conditions dans lesquelles ils exercent leur métier n'est pas acceptable, dès lors notamment que cela porte sur le contenu de la psychothérapie (ses théories, sa méthode, sa durée, la fréquence des consultations...).
- **le niveau des tarifs** pris en charge par l'Assurance-maladie. Il est jugé, par certains et certaines psychologues, incompatible avec la nécessité d'assurer la viabilité économique de leur activité, ce qui est lié au niveau auquel le métier serait reconnu dans le code la santé publique.

Le nombre de diplômes décernés chaque année et la réduction des opportunités ouvertes aux jeunes psychologues de commencer leur carrière dans une « institution » (la psychiatrie sectorisée, un établissement de santé, social ou médico-social..) sont, dans un contexte où ces structures manquent de moyens, également

⁸⁸ Bouche-du Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan. Cette expérimentation a été prolongée jusqu'en décembre 2022.

⁸⁹ Avec une inscription ADELI

⁹⁰ Il n'y a pas de données officielles : il s'agit d'estimations réalisées par l'EPU et l'AEPU dans leur Panorama national des masters 2 de psychologie, 2018

à prendre en compte. En effet, la suppression et/ou la précarisation de ces postes pousse les jeunes diplômés à s'installer en libéral, alors même qu'ils n'ont pas d'expérience (au-delà des stages obligatoires). Il y a, de ce point de vue, une contradiction entre des annonces politiques qui affichent l'accès à la psychothérapie comme une priorité, et la réduction et/ou la précarisation des postes de psychologues en institutions, qui produit un glissement de la psychothérapie vers des professionnels libéraux.

Le CESE constate, à l'instar de l'IGAS⁹¹, qu'en dépit des difficultés, une majorité des psychologues accueillent favorablement les expérimentations en cours. Le CESE souhaite donc qu'elles fassent l'objet d'une évaluation avant la fin de 2021 qui décidera de leur généralisation dans le respect des principes du parcours coordonné de santé.

Préconisation n°10 :

Accélérer le processus d'évaluation des expérimentations en cours pour déterminer en concertation avec les organisations professionnelles les conditions d'un remboursement par l'Assurance-maladie des consultations de psychologues en termes de :

- création d'un 4ème groupe professionnel dans le Code de la Santé publique
- validation spécifique, des formations et des compétences pour les psychologues cliniciens
- modalités d'intégration des séances de psychothérapie dans le parcours de soin coordonné.

L'orientation par le médecin traitant vers un ou une psychologue, comme pour tout spécialiste dans le cadre du parcours de soin, doit être mis en œuvre.

4. Améliorer la prise en charge hospitalière

LE FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

La santé mentale représente la première dépense de l'Assurance maladie : 23,4 milliards d'€ (ensemble des régimes) soit 14,5 % de la dépense totale. Une part importante de cette dépense relève des hospitalisations, le reste se partageant entre la médecine de ville (médecins généralistes, psychiatres) et les psychotropes⁹².

A l'hôpital, le financement de la psychiatrie est, à la différence des autres spécialités médicales (sauf les soins de suite et de réadaptation), défini par une

⁹¹ La faible organisation de la profession, l'absence de consensus entre les organisations de psychologues sur des nombreux points, avec des divergences entre spécialités, comptent parmi les éléments qui expliquent les difficultés. Dans son rapport *prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution* (octobre 2019, Julien Emmanuelli, François Schechter), l'IGAS estime que les progrès pourront passer par l'adoption d'un code de déontologie de la profession et d'une instance garantissant son respect, qui l'organiseront la profession tout en préservant la liberté des approches thérapeutiques et assurera une coordination fonctionnelle et territoriale avec les autres acteurs de santé.

⁹² *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, rapport charges et produits de l'Assurance maladie 2021*

enveloppe annuelle globale allouée chaque année à l'établissement par l'ARS. La dotation annuelle de financement (DAF) est comptabilisée sur l'Objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) qui est l'un des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Les établissements de santé publique et les ESPIC sont financés selon cette modalité. En revanche, la psychiatrie des établissements privés lucratifs, hors sectorisation, est financée à l'activité par l'objectif quantifié national (OQN) avec un prix de journée différencié selon qu'il s'agit de soins en psychiatrie générale, en pédopsychiatrie, pour des troubles psychiques profonds ou des soins sans consentement.

Le rapport de la Cour des comptes portant sur l'organisation des soins en psychiatrie confirme le sous-financement chronique de la psychiatrie publique qui représente presque les deux tiers (environ 65 %) des dépenses globales de soins psychiatriques. Entre 2008 et 2018, la Cour des Comptes relève « un écart notable » entre les évolutions de la dotation annuelle de financement (DAF) des établissements du secteur public et celle de l'objectif quantifié national (OQN) finançant les cliniques à but lucratif : ainsi les établissements sous DAF (+12,7%), ont connu une progression de leur financement deux fois moindre que celle du budget national dédié à la santé Ondam (+ 22,9 %) tandis que le financement des établissements privés à but lucratif augmentait de +46,9% sur la même période. La réforme annoncée du financement de la psychiatrie incluant des données populationnelles, de qualité ou de tout autre critère afin de corriger d'éventuelles disparités territoriales et régionales ne saurait suffire à rééquilibrer les carences budgétaires cumulées.

En outre, pour respecter l'équilibre financier imposé par l'ARS, les établissements de santé, «souverains» dans l'utilisation des fonds qui leur sont versés, n'affectent pas l'intégralité de la DAF à la psychiatrie. Cette « redirection » des moyens se fait au détriment de l'emploi et des conditions d'accueil et de travail en psychiatrie. Elle est particulièrement importante dans les CHU⁹³.

Les autres limites du modèle du financement global de la psychiatrie ont été posées par de nombreux rapports. Les régions les moins bien dotées par la DAF sont les régions Centre-Val de Loire (-21 % par rapport à la moyenne) et la région Occitanie (-15 %). Les régions les mieux dotées sont la région Ile-de-France et la Bretagne (+10 % par rapport à la moyenne). Entre départements, les écarts sont encore plus marqués avec un écart type de DAF de 42,2⁹⁴.

Certaines ARS pratiquent une péréquation pour corriger les inégalités de dotations territoriales en se basant sur des indicateurs tels que la population, la précarité, ou encore la file active ou la dépense d'assurance-maladie par habitant et habitante⁹⁵. Malgré ces modulations, la DAF demeure un modèle de financement inégalitaire et figé car elle ne tient pas suffisamment compte des évolutions sociales

⁹³ Audition du professeur Nicolas Ballon, psychiatre et addictologie au CHU de Tours, devant la section des affaires sociales et de la santé du CESE, 6 janvier 2021.

⁹⁴ LOPEZ A., TURAN-PELLETIER G., *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, rapport de l'IGAS tome 2 Annexes, novembre 2017.

⁹⁵ Olivier VERAN, *L'évolution des modes de financements des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur*. rapport à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2016.

et démographiques des territoires et n'incite pas les établissements à développer des coopérations avec la médecine de ville et le secteur médico-social.

Les écarts existent aussi entre établissements d'un même territoire, sans être justifiée par leur niveau d'activité, ce qui contredit le principe d'égal accès aux soins. Le niveau de la DAF, défini dans les années 70, n'a été modifié qu'à la marge depuis lors, et repose sur des critères peu lisibles. Il ne tient pas suffisamment compte, ni des besoins liés aux différents territoires et à la prévalence des pathologies, ni des innovations proposées par certains établissements⁹⁶.

Pour réduire les inégalités entre les régions et améliorer l'accès aux soins, la task force Aubert⁹⁷ a proposé un nouveau modèle de financement qui combine dotation et prix de journée, rapprochant ainsi les modes de financements des établissements publics et privés. La Feuille de route de Santé mentale et psychiatrie (2018-2022) prévoit de faire évoluer le modèle de financement de la psychiatrie en ce sens. Le nouveau modèle de financement prendra en compte l'environnement de l'établissement mais aussi son activité. Sa mise en place, reportée en 2022 à cause de la crise sanitaire, devrait permettre de corriger les inégalités entre régions en prenant en compte la situation économique et sociale des territoires ainsi que les données épidémiologiques de la population.

La dotation sera désormais liée à cinq critères : la population du territoire ; l'activité de l'établissement ; ses activités spécifiques ; la recherche ; le codage exhaustif de l'activité de l'établissement. La dotation populationnelle sera modulée en fonction du nombre d'habitants et habitantes, du taux de densité des médecins généralistes et des psychiatres, du taux de pauvreté des habitants et habitantes, du taux de personnes vivant seules, du taux de places dans le secteur médico-social pour les personnes vivant avec un trouble psychique. La dotation liée à l'activité sera déterminée en fonction de la qualité des soins. Celle liée aux activités spécifiques vise à inciter le développement de nouveaux modes de prises en charge, notamment ambulatoires. La dotation recherche a pour objectif de structurer la recherche en psychiatrie et pas seulement dans les CHU. La dotation liée au codage vise à inciter les établissements à coder de façon exhaustive leur activité et la qualité de celle-ci.

Un comité régional de concertation sur la psychiatrie⁹⁸, placé auprès de l'ARS, est mis en place. Il est consulté pour avis sur les critères de répartition de la dotation populationnelle régionale entre les établissements de la région.

Outre l'homogénéisation des modes de financements entre secteurs, la réforme prévoit le vote, chaque année, d'un objectif national de dépense pour la psychiatrie par la loi de financement de la sécurité sociale.

L'OMS juge dangereux le risque de « fatigue pandémique » pour les populations. Les services de soins psychiatriques de notre pays sont d'ores et déjà confrontés à un double défi:

⁹⁶ Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, étude de décembre 2020.

⁹⁷ Task-force réforme du financement du système de santé, *Réforme des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné*, janvier 2019.

⁹⁸ Il est composé de représentants et représentantes des établissements de santé, des représentants et représentantes des associations d'usagers et usagères, des représentants et représentantes des familles.

- une demande de soins et des troubles en santé mentale qui augmentent depuis plusieurs années. Dans l'enquête Coviprev précitée, Santé publique France constate d'ores et déjà que la prévalence des états anxieux et dépressifs a cru durant la pandémie ;

- une baisse de moyens humains et matériels plus importante que dans le reste du système de soins.

Préconisation n°11 :

Elaborer un plan d'urgence pour la psychiatrie, indépendant des engagements du Ségur de la Santé

Compenser le sous-investissement dans le secteur public en moyens matériels et humains

Sanctuariser, dans les établissements de santé, les enveloppes dédiées à la psychiatrie

Pérenniser un financement de la psychiatrie à la hauteur des besoins et tenant compte de leur augmentation, liée notamment à la crise sanitaire

Cet avis l'a souligné (cf. partie I, point B), la France est engagée depuis les années 70 dans une politique de désinstitutionalisation qui a conduit à supprimer un nombre élevé de lits, sans que, parallèlement, les capacités de l'ambulatoire n'augmentent suffisamment. Dans ce contexte, la part des soins ambulatoires est désormais très majoritaire, mais, dans le même temps, la demande d'hospitalisation reste forte. Elle nécessite une réévaluation des moyens afin d'assurer des modalités d'hospitalisation respectueuse de l'éthique soignante et des droits des patientes et des patients. En 2018, plus des trois quart des patients ont été traités uniquement en ambulatoire. Pour autant, la même année, 340.000 patients ont été hospitalisés à temps complet, dont 268 000 dans des établissements publics ou des ESPIC⁹⁹.

Les limites des capacités de la psychiatrie de secteur, les difficultés d'accès à l'offre libérale s'ajoutent à l'augmentation des besoins et conduisent, bien souvent, à un recours à l'hospitalisation. A cela s'ajoute une durée d'hospitalisation désormais en hausse (notamment en raison de l'absence de solutions de sortie, cf constat en partie I). Alors qu'elle avait été divisée par plus de deux depuis les années 80, atteignant 52 journées en moyenne en 2012¹⁰⁰, elle est remontée à 57 jours en 2018¹⁰¹. Ainsi, toujours pour cette même année 2018, les 12700 patients hospitalisés au long cours (au moins 292 jours dans l'année) occupaient le quart des lits. Une évaluation de chaque situation est nécessaire: il s'agit d'éviter les orientations inadaptées, source de difficultés pour les patientes et les patients mais aussi pour des équipes qui peuvent être confrontées à des problématiques auxquelles elle ne sont pas préparées et pour lesquelles elles ne sont pas configurées et dimensionnées.

⁹⁹ Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) *Données clés 2018* publiées le 26 juillet 2019

¹⁰⁰ Idem

¹⁰¹ Magali Coldéfy - Clément Nestringue, IRDES, *Questions d'économie de la santé* n°202 octobre 2014

Les rapports du CGLPL montrent bien les effets délétères de cette dégradation de l'accès aux soins et de la sur-occupation des établissements. Aux urgences hospitalières, l'attente contribue aux décompensations de patients, et génère de la violence. Cette violence contribue à la multiplication des placements sous contrainte, et trop souvent à l'isolement de patients, dont certains s'étaient présentés volontairement aux urgences. La sur-occupation conduit aussi à multiplier les transferts entre services voire entre établissements (cf. partie I).

Le CESE constate, pour s'en féliciter, que la loi a fixé de nouvelles limites au recours à l'isolement et à la contention tout en renforçant le contrôle par le juge des libertés et de la détention sur leur utilisation¹⁰². Il revient désormais au gouvernement de permettre une application effective de ces droits. De façon plus générale, le CESE ne peut que soutenir les propositions du CGLPL visant à améliorer les conditions d'hospitalisation et le respect des droits des patients.

A travers cet avis, il rappelle que l'amélioration des parcours en santé mentale passe par la coordination de l'ensemble des acteurs: l'hôpital ne doit pas payer les conséquences de défaillances plus générales du parcours de soin. Tout en rappelant son attachement à un principe fort de la sectorisation (selon lequel le traitement doit se faire "*sans hospitalisation quand cela est possible*"¹⁰³), il juge impératif de donner aux services hospitaliers les moyens de soigner les patients qui se tournent vers eux dans des conditions conformes au respect de leurs droits fondamentaux. Cela passe par un moratoire sur les fermetures de lits et des services mais aussi, là où cela est nécessaire, par des réouvertures.

Préconisation n°12 :

Évaluer les besoins des établissements hospitaliers de santé mentale, compte tenu de la réalité de la demande, et assurer l'adéquation de leurs moyens à ces besoins.

La situation dégradée dans les services de psychiatrie contribue également à la désaffection pour cette discipline que l'on note chez les jeunes médecins, et qui se reproduit sur les autres corps de métiers.

Chez les infirmières et infirmiers, la formation spécifique d'infirmier psychiatrique a été abandonnée au profit d'une formation unifiée sensée préparer à tous les services¹⁰⁴. Le cursus prépare de manière insuffisante à un exercice en psychiatrie. De solides connaissances en psychopathologie doivent aussi retrouver leur place dans les cursus. La Feuille de route en santé mentale et en psychiatrie 2018-2022 en fait elle-même le constat, en relevant « *que la mise en place du diplôme unique a réduit la formation à la prise en charge des pathologies psychiques au sein du*

¹⁰² L'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 limite l'isolement à 12 heures renouvelable par tranche de 12 heures dans la limite de 48 heures avant avis du Juge de la liberté et de la détention (JLD) et la contention à 6 heures renouvelable par tranche de 6 heures dans la limite de 24 heures avant saisine du JLD. Chaque prolongation nécessite un certificat médical, les proches doivent être informés des décisions médicales et de leur droit de faire appel auprès du JLD.

¹⁰³ Circulaire du 15 mars 1960 précitée

¹⁰⁴ Le décret du 23 mars 1992 et l'arrêté du 30 mars 1992 relatif au programme des études en soins infirmiers mettent fin au diplôme d'infirmier en psychiatrie

cursus". La formation, centrée sur le somatique et les gestes infirmiers, ne prend pas suffisamment en compte le savoir être nécessaire pour entrer en relation avec les patients en psychiatrie. Le constat vaut aussi pour les aides-soignants et les AMP (aide médico-psychologiques).

Si le diplôme IPA (Infirmiers en pratique avancée) en psychiatrie, créé récemment, corrige à juste titre un défaut de compétence dans cette discipline pour les infirmières et infirmiers, il ne constitue pas à lui seul une réponse suffisante. Pour le CESE en effet, il faut renforcer la place de la psychiatrie et de la psychopathologie, aussi bien dans les formations initiales que dans les stages, pour toutes les professions en contact direct et étroit avec les patientes et les patients : infirmières et infirmiers, aides-soignantes et aides-soignants, aides médicospsychologique (AMP), accompagnants éducatifs et sociaux (AES).

Préconisation n°13 :

Renforcer, dans tous les métiers du soin, la formation en psychiatrie et notamment le savoir-être avec les patientes et patients

Proposer, dans la formation initiale des infirmières et infirmiers, une option spécifique « psychiatrie et psychopathologie ».

LA PEDOPSYCHIATRIE

La pédopsychiatrie est la branche de la psychiatrie qui s'applique aux enfants et aux adolescents. Elle n'est pas une spécialité médicale distincte de la psychiatrie. Son périmètre est très vaste (du nourrisson jusqu'au jeune adulte). Elle se disperse entre une multitude de troubles psychiques (instabilité, angoisses, difficultés d'apprentissage, dépression, violences, maltraitements, troubles du sommeil, de l'alimentation...), les troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, troubles psychotiques ou schizophréniques, les troubles du neuro-développement (autisme...) ou les anomalies chromosomiques (trisomies...). La pédopsychiatrie cumule les difficultés de la psychiatrie adulte et des difficultés qui lui sont propres ou qui y sont plus accentuées : la discipline manque encore plus d'attractivité pour les internes ; les données épidémiologiques et la mesure de l'accès aux soins sont insuffisantes ; la disproportion entre son champ d'action et ses moyens est évidente.

Le manque d'attractivité de la psychiatrie met en péril le devenir de la filière pédopsychiatrique. La pédopsychiatrie souffre d'abord d'une crise démographique. Si le nombre de psychiatre est élevé en France par rapport au reste des pays de l'OCDE, le nombre exact des pédopsychiatres est mal connu dans la mesure où la pédopsychiatrie n'est pas une spécialité médicale distincte. Ces dernières années, les postes d'internes en psychiatrie offerts aux épreuves classantes nationales (ECN) ne sont pas tous pourvus. La pédopsychiatrie n'attire pas les étudiants, le renouvellement démographique de la discipline n'est pas assuré. Entre 2018 et 2019, le solde entrants de pédopsychiatres et de sortants (départ à la retraite) est

déficitaire : -52 (contre + 123 pour la psychiatrie). Entre 2010 et 2019, ce solde négatif s'élève à - 321 (contre un solde positif de 2159 pour la psychiatrie)¹⁰⁵.

Au sein de la formation, la pédopsychiatrie, qui est une option du diplôme d'études spécialisées de psychiatrie ou du diplôme d'études spécialisées de pédiatrie, souffre d'un manque de reconnaissance universitaire. Une faculté de médecine sur cinq n'a pas de professeur d'université en pédopsychiatrie. Dans ces conditions, l'offre de formation est insuffisante¹⁰⁶.

En plus de la pénurie de professionnels, la pédopsychiatrie est confrontée à une hausse de la demande de soins (+ 14 % d'enfants dans la file active des CAMSP, CMPP et CMP-IJ en 10 ans)¹⁰⁷. L'offre de soins psychiques se partage entre les soins de ville (médecins et psychologues), les établissements de santé autorisés en psychiatrie et les services médico-sociaux. Le recours à la médecine de ville est moins fréquent que celui en établissements de santé. Mais les données manquent pour quantifier et analyser le recours aux soins de ville car les psychologues ne sont pas recensés par le système d'information de l'Assurance maladie, tout comme le motif de consultation chez un médecin généraliste pour un problème de santé mentale. L'offre de soins pédopsychiatriques en ville est restreinte sur l'ensemble du territoire voire inexistante : 15 départements sont totalement démunis en pédopsychiatres, et 22 autres ne disposent que de praticiens à exercice salarié¹⁰⁸.

L'accès aux soins se heurte aux faibles capacités d'hospitalisation pédopsychiatrique et à leur inégale répartition sur le territoire. Avec 2 300 lits sur l'ensemble du territoire, il arrive que des enfants ou des adolescents soient hospitalisés dans des services de psychiatrie adulte : c'est le cas de l'hospitalisation temps plein de plus d'un mineur sur cinq. Onze départements ne disposent d'aucune capacité d'hospitalisation à temps plein alors que deux départements (Les Landes et les Hautes-Alpes) ont une capacité de plus de 100 places pour 100 000 habitants et habitantes de moins de 16 ans du fait d'une offre privée importante. Quant à l'hospitalisation à temps partiel, les disparités territoriales sont encore plus marquées avec moins de 50 places pour 100 000 habitants et habitantes de moins de 16 ans dans certains départements de la métropole et en Outre-Mer (et pour la Martinique et la Guyane, moins de 10 places) alors que certains départements de la métropole affichent plus de 200 places¹⁰⁹.

¹⁰⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins, *Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2020*.

¹⁰⁶ Sénat, 4 avril 2017, *Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France* (Michel Amiel)

¹⁰⁷ IGAS, *Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*, 2018.

¹⁰⁸ Association des établissements de service public de santé mentale, *Réformer le financement de la psychiatrie de service public*, 2017

¹⁰⁹ COLDEFY M., GANDRE C., *Atlas de la santé mentale en France*, IRDES, 2020

Le CESE constate également, comme d'autres avant lui, que la limite d'âge de 16 ans¹¹⁰ pour la prise en charge en pédopsychiatrie est à l'origine de difficultés. Ce principe conduit à des ruptures dans l'organisation de la prise en charge. Cette difficulté est ancienne et bien identifiée, et les prises en charges au-delà de 16 ans peuvent théoriquement déjà être possibles¹¹¹. Mais face au manque de places et de moyens, cette possibilité demeure trop théorique. A l'instar de la défenseure des enfants, le CESE s'alarme de l'hospitalisation d'enfants dans des services pour adultes, en contradiction directe avec les soins et la protection particulière dont ils ont besoin. Dans son rapport annuel relatif aux droits de l'enfant de 2017, la Défenseure des enfants a recommandé le seuil de 18 ans pour l'accueil en unité d'adulte quel que soit le service concerné, sauf demande contraire de l'adolescent ou de l'adolescente. En tout état de cause et quel que soit l'âge, aucun jeune souffrant de troubles psychiatriques ne devrait quitter un service pédopsychiatrie sans que n'ait été organisée préalablement sa prise en charge sanitaire et médico-sociale.

Depuis la reconnaissance du handicap psychique par la loi du 11 février 2005, les places dédiées aux enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques se sont développées dans les établissements médico-sociaux. Pourtant, l'augmentation de la capacité d'accueil n'a pas suivi l'évolution de la demande de soins et ne permet pas de prendre en charge tous les besoins. Le constat généralement partagé est que les besoins augmentent. En 2018, la file active des CAMSP, CMPP et CMP-IJ étaient de 700 000 enfants et adolescents¹¹². On sait que le repérage et la prise en charge précoce des troubles psychiques réduit le risque de chronicisation de la maladie. Or, la moyenne d'âge des enfants des files actives montre que l'organisation des soins psychiques contribue directement à la perte de chance pour les enfants et leur famille d'accéder à un accompagnement sanitaire et social permettant la guérison. : elle est de 3 ans pour les CAMPS, 10 ans pour les CMPP, 9 ans pour les CMP-IJ¹¹³. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous excluent mécaniquement des soins un grand nombre d'enfants, d'adolescents et d'adolescentes.

Un diagnostic et une prise en charge précoce et globale (sanitaire, éducative et sociale) permettent une orientation idoine des enfants et leur famille vers les

¹¹⁰ 15 ans pour les urgences psychiatriques

¹¹¹ La Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974 indiquait déjà que « L'âge limite des enfants pris en charge par les équipes de pédo-psychiatrie doit être apprécié avec souplesse. La limite réglementaire de seize ans ne doit pas constituer un obstacle à ce que des enfants plus jeunes soient reçus dans des structures dévolues aux adultes et surtout à ce qu'au-delà de l'âge de seize ans les adolescents soient encore traités par les équipes de psychiatrie infantile. L'avis technique des médecins responsables doit ici prévaloir sur toute autre considération. En ce domaine comme en d'autres, la décision sera prise par accord mutuel entre l'équipe de psychiatrie infantile et l'équipe de psychiatrie générale concernée »

¹¹² IGAS, *Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*, 2018.

¹¹³ IGAS, *Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*, 2018.

structures sanitaires et médico-sociales. Là encore, les difficultés s'accumulent voire découragent les familles. La multiplicité des intervenants et des structures sanitaires et médico-sociales rend l'offre de soins difficilement lisible. Le cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est préjudiciable à la bonne prise en charge des enfants et des adolescents. Pourtant, la collaboration entre ces secteurs est affichée comme un objectif depuis près de 50 ans ! Une circulaire de 1972 relative à la santé mentale des enfants et des adolescents expliquait clairement qu'il était temps « de développer et d'harmoniser » la politique de secteur avec les secteurs sanitaires et médico-sociaux¹¹⁴.

Dans ces conditions, le soin est trop souvent réalisé dans l'urgence ou face à un trouble grave du comportement. Or, le soin ne devrait en réalité que constituer le second champ d'action de la pédopsychiatrie qui intervient tout à la fois pour prévenir le traumatisme et pour soigner quand le traumatisme est survenu. Le pédopsychiatre a besoin de temps pour articuler l'observation de l'enfant et la continuité de soins. Cette complexité et cette temporalité sont peu compatibles avec des indicateurs de performance budgétaire et cela explique peut-être aussi en partie les difficultés actuelles de la pédopsychiatrie¹¹⁵.

Une réflexion sur le périmètre de la pédopsychiatrie est nécessaire. Elle doit associer tous les acteurs car, là encore, la question est liée aux déficiences, dans un climat tendu par le manque de moyens, de la coordination entre les politiques publiques de santé, d'éducation, de justice.

On demande à la pédopsychiatrie de répondre et prendre en charge des situations qui sont à la croisée de l'éducatif, du médical et du social. Faut de moyens, les services de la Protection maternelle et infantile, de la médecine scolaire, de l'Aide sociale à l'enfance, de la Protection judiciaire de la jeunesse, les structures sanitaires et médico-sociales et la pédopsychiatrie se renvoient l'accompagnement et la prise en charge des enfants et des adolescents. Le fonctionnement en silo de ces administrations, lié à des sources de financement différentes (départements pour la PMI et l'ASE, Etat pour la PJJ, ARS ou Assurance maladie pour les structures sanitaires et médico-sociales), empêche une prise en charge continue, cohérente et globale des enfants et des adolescents. La pédopsychiatrie doit quotidiennement absorber les carences de ces administrations pourtant dédiées à l'accompagnement sanitaire et social des enfants et des adolescents et la situation empire à mesure des restrictions budgétaires. Toutes les administrations, dont l'Education nationale, ont tendance à « se débarrasser » des cas complexes ou « incasables ». L'ASE se "débarrasse" de ces jeunes dès lors que les troubles ont été diagnostiqués, en les dirigeant vers le secteur sanitaire qui les leur renvoie, en l'absence de moyens. Cette

¹¹⁴ Circulaire n°443 du 16 mars 1972 *relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.*

¹¹⁵ Audition du Docteur Jean MALKA, psychiatre au CHU d'Angers, devant la section des Affaires sociales et de la santé le 18 novembre 2020

logique est inepte : l'intérêt supérieur de l'enfant doit l'emporter sur les choix budgétaires.

Le Défenseur des Droits a montré la forte prévalence des handicaps psychiques et mentaux, avec des troubles du comportement, parmi les enfants pris en charge à l'ASE. Il a rappelé combien la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux est déterminante pour mettre en place un accompagnement global et pérenne de ces enfants de façon à respecter leurs droits, à assurer leur bien-être et à garantir leur intégration dans la société¹¹⁶.

Pourtant, des coordinations entre secteurs sanitaire, médico-social et social existent. Elles reposent le plus souvent sur un engagement des personnels. Lors de son audition, le professeur Duverger a montré qu'il est possible d'articuler la pédopsychiatrie avec l'action des autres acteurs de l'enfance. Ce travail en réseau est un des objectifs de la « pédopsychiatrie de liaison » que le centre hospitalier d'Angers s'efforce de mettre en œuvre. Concrètement, il s'agit de faire intervenir l'équipe de pédopsychiatrie très précocement, en périnatalité, à la maternité, dans le cadre de la PMI, mais aussi dans le champ social, face aux situations de précarité, de maltraitances ou face aux troubles de l'adolescence, cela en coordination avec le centre médico-psychologique (CMP) géographiquement compétent¹¹⁷.

Préconisation n°14 :

Répondre à l'urgence en formant davantage de pédopsychiatres

Donner à la pédopsychiatrie les moyens d'élaborer un diagnostic précoce

Garantir l'accès à une prise en charge en pédopsychiatrie au moins jusqu'à la majorité et donner à la pédopsychiatrie les moyens humains et financiers de répondre adéquatement à la demande

¹¹⁶ Rapport du Défenseur des droits, *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*, 2015.

¹¹⁷ Audition du Professeur Philippe DUVERGER, pédopsychiatre, devant la section des affaires sociales et de la santé le 18 novembre 2020.

C - Assurer la synergie entre les soins et l'accompagnement

Un ou une malade sur sept connaîtra une rémission stable. Six sur sept devront apprendre à vivre avec la maladie. Cela implique, concrètement, d'articuler la réponse aux besoins de santé de la personne avec ses objectifs personnels (son « projet de vie ») qui, le plus souvent, vise l'insertion professionnelle et l'accomplissement social¹¹⁸.

Les soins et l'accompagnement ne sont pas séparables. Cette vision s'est maintenant imposée mais il reste à la concrétiser. Elle implique une évolution de la perception du rôle et de la place de la psychiatrie. Elle met l'accent sur le rétablissement (« recovery ») des patientes et des patients. Cette perspective, un peu différente de la guérison (qui porte une vision trop souvent hospitalo-centrée du soin), fait porter les efforts sur le retour à la vie sociale, à l'emploi. Elle n'est pas évidente car elle implique une nouvelle façon d'exercer les professions de la santé mentale, en termes d'organisation des soins et d'interactions entre la psychiatrie et l'accompagnement social¹¹⁹. Sa mise en œuvre ne se fait d'ailleurs pas sans difficultés, simplement parce que les moyens de la psychiatrie ne sont pas proportionnés à ce que l'on attend d'elle dans ce nouveau contexte. Les progrès ne passeront pas seulement par une augmentation du nombre de psychiatres, mais aussi par une amélioration des moyens, humains et financiers, qu'il sera possible de consacrer à la logistique, essentielle mais complexe, de la coordination.

1. Évaluer les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

La coordination médicale (notamment entre les volets somatiques et psychiatriques de la santé) et médico-sociale doit s'organiser et se mettre en place avec l'ensemble des acteurs locaux. Tel est l'objectif des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), portés par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 avec l'objectif large d'organiser l'accès de la population à la prévention (repérage, diagnostic, intervention précoce), aux soins et aux prises en charges spécifiques, à l'accompagnement et à l'insertion sociale. Le projet de PTSM est construit avec l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, sur la

¹¹⁸ Audition du 21/10/2020 du Pr Christine Passerieux, cheffe de service en psychiatrie et santé mentale au Centre hospitalier de Versailles

¹¹⁹ Ainsi, les représentants de l'Association des jeunes psychiatres et addictologues ont indiqué aux rapporteurs : « Il nous semble possible de fonctionner différemment, sans nous retrancher sur nos pratiques et celles que l'on nous a enseignées, davantage en contact avec des partenaires associatifs par exemple. Il faut se réinventer, et l'idée centrale, c'est la connexion des acteurs. Pour autant, nous restons une spécialité médicale [...]. Comme pour le somatique, elle a évolué. La méconnaissance des métiers de la santé mentale, de ce qu'ils peuvent proposer aux patients, est d'ailleurs l'une des causes de la non-entrée dans le soin » (Entretien avec les représentants de l'Association des jeunes psychiatres et addictologues (AJPJA) : Déborah Sébbane (Pres.), Marine Lardinois (vice-Pres.), Boris Nicolle (Tres.), Hélène Buchoul, Marielle Jany)

base d'un « diagnostic territorial partagé »¹²⁰, avant d'être arrêté par le directeur général de l'ARS. Le ministère des Solidarités et de la santé publie sur son site internet les diagnostics et projets territoriaux adoptés¹²¹

Le CESE soutient la mise en place des PTSM, en soulignant l'intérêt de cette démarche associant tous les acteurs du soin et de l'accompagnement autour d'un diagnostic et d'un projet partagés.

Il identifie toutefois 3 risques :

- **le risque d'une multiplication des espaces de coordination parallèles, situation qui serait en contradiction directe avec l'impératif d'une approche globale de la santé** (où somatique, psychique et accompagnement social ne sont pas séparables). Le CESE a déjà relevé la tendance, en matière de santé, à la multiplication des espaces de coordination. S'agissant de l'offre ambulatoire « somatique », le plan *Ma Santé 2022* et les conclusions du Ségur de la Santé s'appuient prioritairement sur les CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) qui définissent elles-mêmes leur « territoire » dans le projet médical dont elles doivent obligatoirement se doter. Concernant l'offre hospitalière, chaque établissement public de santé doit désormais être rattaché à un Groupement hospitalier de territoire (GHT), doté d'un « projet médico-soignant partagé » organisant les coordinations et les mutualisations¹²²;
- **le risque d'un trop grand éloignement**. La création des PTSM est venue ajouter un « territoire » nouveau en santé. C'est aux acteurs associés à la création de chaque PTSM qu'il revient de proposer de manière consensuelle à l'ARS la délimitation du territoire de santé envisageable. Ainsi le territoire du PTSM ne coïncide pas nécessairement avec celui du secteur psychiatrique, des CPTS ou des GHT. Le territoire des PTSM peut aussi différer de l'échelle à laquelle se concrétise la démocratie sanitaire, qui passe par les Conseils territoriaux de santé (le CESE a plaidé pour leur renforcement)¹²³. En pratique, les PTSM couvrent le plus souvent un territoire proche de celui des départements¹²⁴. Dans son avis précité sur l'hôpital au service du droit à la santé, le CESE avait identifié l'échelle du « bassin de vie » comme adaptée.

¹²⁰ Ils sont énumérés dans l'instruction DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux CPTS : les représentants des personnes et des familles, les acteurs sanitaires dont les acteurs de la psychiatrie et les professionnels de santé libéraux, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les MDPH, les collectivités territoriales, les services préfectoraux, les services de la promotion de la santé mentale et de la prévention, les acteurs de la lutte contre les addictions, de la lutte contre la précarité et l'exclusion, le Conseil territorial de santé et sa commission spécialisée en santé mentale, les conseils locaux de santé mentale...

¹²¹ Ministère des Solidarités et de la Santé, *Les PTSM en région*, solidarites-sante.gouv.fr)

¹²² En pratique, les GHT desservent de territoires qui varient de 100 000 à 2,5 millions d'habitants

¹²³ CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Rapporteurs: Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier), préconisation n°9.

¹²⁴ Entretien du 10/12/2020 avec le professeur Franck BELLIVIER, Délégué ministériel à la Santé mentale et à la Psychiatrie.

C'est le niveau de proximité, de premier recours, celui de la permanence de soins qui doit être visé. L'important, pour définir le territoire pertinent, est de s'interroger sur l'accessibilité réelle d'un service ou d'un dispositif, en considérant les pratiques des populations, leurs habitudes, leurs comportements, mais aussi les déterminants de santé propres au territoire en question;

- **le risque d'une participation trop formelle des patientes et de leurs proches.** Le principe de cette association est posé dans les textes. Mais il faut le concrétiser, ce qui n'est pas toujours évident. Le risque est celui d'une « technocratisation rampante »¹²⁵ de la démarche qui finirait par exclure les patients et leur entourage. Ils ne sont pas des professionnels de la santé, mais personne ne connaît leur parcours mieux qu'eux : il faut absolument éviter une évolution qui conduirait à distinguer d'un côté les « les sachants » (ARS, médecins,...) et de l'autre les patients et les proches aidants (aidants familiaux mais aussi bénévoles des associations).

La mise en œuvre des PTSM devra se faire via la conclusion de contrats territoriaux de santé mentale avec les acteurs locaux de santé et des secteurs sociaux et médico-sociaux. Les PTSM devront également être déclinés dans les (nombreux) documents liant les ARS à ces mêmes acteurs (contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, projets d'établissements ou de service, projets médicaux partagés des GHT, projets des équipes de soins primaires conclus avec les participants aux CPTS, aux plates-formes territoriales d'appui...). Par ailleurs, il serait nécessaire d'éclaircir l'articulation attendue entre les PTSM et les CPTS.

Préconisation n°15 :

Réaliser un bilan qualitatif des PTSM arrêtés par les ARS au regard des 3 objectifs suivants :

- **l'inclusion, dans la coordination, des acteurs de la santé psychique, somatique et de l'accompagnement social (insertion professionnelle, formation, logement...)**
- **la couverture de l'ensemble du territoire national par une coordination de proximité**
- **la participation des patientes et des patients, de leurs proches aidants et des associations qui les représentent**

2. Susciter la coordination

Les PTSM sont un outil utile. Mais la coordination « ne se proclame pas », elle doit être encouragée dans les faits. Elle ne fonctionnera que si chaque intervenant est au clair sur le champ d'action de l'autre, ses habitudes, ses « façons de faire ». Elle est aussi affaire de personnes. Il faut donc multiplier les occasions d'interactions et encourager les mises en réseau à l'échelle d'un territoire. Dans ses formes actuelles, l'action des ARS ne répond pas suffisamment à cet enjeu.

¹²⁵ Assemblée nationale, *Rapport d'information de la mission relative à l'organisation de la santé mentale* (rapporteuses : Caroline Fiat, Martine Wonner), 18 septembre 2019

Le CESE met l'accent sur l'utilité et l'importance des formations croisées entre professionnels du soin, du secteur médico-social, du secteur social qui permettent à chacun d'intégrer les réponses proposées par les autres. De telles formations devraient associer régulièrement les acteurs locaux et être réalisées « sur le terrain », c'est-à-dire dans les structures (établissement de santé, opérateurs de la psychiatrie sectorisée, association qui réalisent les actions d'accompagnement). A travers la formation, ce n'est pas seulement le savoir de chacun dans son métier (généraliste, psychologue...) qu'il s'agit de renforcer, mais bien la capacité des professionnels et professionnelles à travailler ensemble. Les patientes et patients et leurs proches aidants doivent être associés à ces formations.

Préconisation n°16 :

Mettre en place dans les territoires des formations croisées associant acteurs et actrices de santé et des secteurs médico-sociaux et sociaux, patientes/patients et proches-aidants pour susciter et faciliter le travail en réseau.

Les difficultés de la coordination entre les différentes composantes du soin sont aussi d'ordre organisationnel. Elles pourraient être dépassées en profitant des dispositifs mis en place ou encouragés depuis plusieurs années pour mieux structurer l'offre (lutter contre les déserts médicaux) et mieux organiser les parcours de soins. Il faut donner, dans ces évolutions positives, plus de place à la santé mentale.

Le CESE propose que la présence des acteurs en santé mentale, notamment des membres des équipes du secteur psychiatrique, soit encouragée dans les CPTS mais aussi dans les Maisons de santé pluriprofessionnelles (qui regroupent des professionnelles de santé libéraux) ou les Centres de santé (qui salarient des professionnels de santé), à travers les soutiens qu'accordent l'Assurance-maladie et/ou les collectivités territoriales à leur mise en place. L'objectif est bien de conforter la présence de la santé mentale dans les lieux de soin de 1er recours. C'est une façon de rendre l'adressage au psychiatre/psychologue plus naturelle, moins formalisé. D'autres difficultés voient leur portée se réduire du fait de la présence d'un professionnel de la santé mentale dans un lieu d'exercice partagé. Le poids de la stigmatisation est atténué et les réticences du patient ou de la patiente à se diriger vers un spécialiste plus facilement dépassées. La question du moment de l'adressage (est-il trop tôt pour adresser le patient à un psychiatre ?), ou de la répartition des rôles entre le généraliste et le psychiatre sont abordées naturellement, du fait de la proximité.

D'autres solutions sont envisageables, avec l'objectif de mettre en place une approche globale de la personne qui intègre le soin psychiatrique : l'objectif doit bien être de ne pas réduire le patient ou la patiente à une seule de ses pathologies, mais de prendre en compte les interactions entre somatique et psychique.

Préconisation n°17 :

Multiplier l'association ou la présence de professionnels des troubles psychiques dans les lieux ou communautés d'exercice pluriprofessionnel (Communautés professionnelles territoriales de santé, Maisons de santé pluriprofessionnelles, Centre de santé...)

3. Articuler secteurs sanitaire, social et médico-social

Le projet thérapeutique et le « projet de vie » ne sont pas séparables. Il doit y avoir continuité entre le sanitaire, le médico-social et le social. La prise en charge ne doit pas être ponctuelle mais organisée dans la durée. Elle ne doit pas se limiter à la santé mais intégrer les différentes dimensions de l'autonomie et de son exercice dans le temps, pour construire une réponse globale (accès au logement, à l'emploi, suivre des études, une formation ...)

Un premier obstacle, connu et ancien, doit être levé. Il faut améliorer les conditions dans lesquelles les personnes souffrant de handicaps psychiques, mentaux, cognitifs et neuro-développementaux peuvent accéder à la reconnaissance du handicap et à la compensation telle qu'elles sont posées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées. Le handicap psychique est encore mal identifié et mal reconnu, avec comme conséquences des difficultés d'accès aux droits. En effet, le processus d'accès à la Prestation compensatoire du handicap (PCH) n'a pas été pensé pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques. La Conférence nationale handicap 2020 a mis en place une mission, confiée à Denis Leguay, pour l'accès effectif à la PCH des personnes souffrant de handicap psychique. De même, la question de l'aide aux aidants (famille et proches) est à l'étude, avec l'idée de mieux prendre en compte le rôle des aidants dans l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Des propositions devront être formulées d'ici mi-2021.

Il faut, au-delà, assurer sur le temps long l'articulation entre des acteurs nombreux des secteurs sanitaire, social et médico-social. Leurs actions, leurs modes de fonctionnement sont hétérogènes. Il faut être en mesure de les impliquer, autour de la personne et en lien avec son entourage, chacun pour leur compétence tout en construisant des parcours cohérents. La coordination doit en particulier être organisée entre les professionnels du soin et les travailleurs sociaux, dont le rôle est central pour assurer le suivi individuel des personnes sur le long terme.

L'objectif est d'articuler la réponse aux besoins de santé de la personne avec ses objectifs personnels (son « projet de vie »). Les difficultés sont liées à la complexité des situations et des pathologies, à la diversité des besoins, à la multiplicité des professionnels impliqués, mais aussi à la persistance des cloisonnements qu'il faut dépasser. Cette pratique ne s'improvise pas. Elle est centrale et doit être professionnellement mieux identifiée et mieux reconnue. Elle est celle des gestionnaires de cas, coordinateurs/coordonnatrices ou référents/référentes de parcours - qui existent déjà par exemple en protection de l'enfance ou pour les personnes âgées (gestionnaires de cas des MAIA) - : ils et elles sont les véritables maîtres d'œuvre de la démarche d'accompagnement.

Préconisation n°18 :

Construire une mission de référent de parcours, confiée à des professionnelles et professionnels du soin ou du travail social chargés de coordonner et d'articuler les différentes prises en charge.

Financer cette mission par des créations de postes dans les secteurs psychiatriques et/ou les services sociaux et médicosociaux.

4. Renforcer la place de la psychiatrie dans l'accompagnement de la personne âgée.

La France compte près de 13 millions de personnes âgées de 65 ans et plus. Elles représenteront plus de 27% de la population en 2050¹²⁶. Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des pathologies liées à l'âge, parmi lesquelles celles qui relèvent de la santé mentale occupent une place importante. La démence et singulièrement la maladie d'Alzheimer (qui représente près de 70 % des démences), constitue la forme la plus grave de vieillissement cérébral pathologique¹²⁷. Elle se manifeste par une altération croissante de la mémoire et des fonctions cognitives ainsi que par des troubles du comportement conduisant à une perte progressive d'autonomie. Elle est un processus irréversible pour lequel aucun traitement curatif n'est disponible. D'autres troubles frappent plus spécialement le sujet âgé, comme la dépression, qui est elle aussi sous-diagnostiquée et non traitée, alors qu'à la différence des Maladies d'Alzheimer et autres démences (MAAS), il existe des thérapeutiques efficaces.

Le vieillissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques est un enjeu fondamental : les parcours sont trop souvent marqués par les ruptures, et cela pour de multiples raisons (seuils d'âge, organisation administrative de la prise en charge, déficit d'une offre adaptée...). Quelles que soient leurs formes, l'impact des pathologies psychiatriques sur la qualité de vie des personnes âgées ainsi que sur celle de leurs proches et de leurs aidants est majeur.

Cet avis a souligné le poids de la polyopathie, associant maladies psychiques et somatiques, et les difficultés que suscitait de ce point de vue le cloisonnement de notre système de santé. Le phénomène est encore plus marqué chez les personnes âgées : les troubles psychiques restent trop souvent non diagnostiqués et non traités, ce qui fragilise le soin somatique. Parallèlement, les pathologies somatiques affectent la santé mentale. La nécessité d'une évaluation mais aussi d'une prise en charge globale et multidisciplinaire n'en est que plus forte.

Chez les personnes âgées, les troubles psychiatriques sont l'une des causes principales de dépendance, et conduisent très souvent au placement en institutions

¹²⁶ Source: INSEE cité par COLDEFY M., GANDRE C., *Atlas de la santé mentale en France*, IRDES, 2020

¹²⁷ DREES, *Etat de santé de la population en France*, 2017

(EHPAD) ou à une hospitalisation. Il est de ce fait logique que le CESE ait abordé le sujet dans des avis sur ces thématiques:

- dans son rapport et avis sur l'isolement social¹²⁸, le CESE avait souligné l'enjeu de la santé psychique des personnes âgées. La crise sanitaire jette un éclairage cru sur ce phénomène : la solitude subie a déclenché chez des personnes âgées des syndromes de glissement. Le CESE a formulé des préconisations qui n'ont rien perdu de leur actualité

- dans un avis d'avril 2018 sur les EHPAD¹²⁹, il insistait sur la nécessité d'agir sur les facteurs de risques et mettait l'accent sur la prévention. Il déplorait également l'inadaptation de l'offre de soin et d'hébergement aux évolutions des besoins. Les EHPAD sont en effet devenus les lieux d'accueil d'une population en perte d'autonomie plus nombreuse et aux besoins médicaux plus importants. Il préconisait de leur assurer des moyens à la hauteur des évolutions de leurs missions, à travers notamment une revalorisation du tarif soin, pour respecter une norme minimale d'encadrement. Il plaidait parallèlement pour une politique de contractualisation et de planification qui permette de construire, avec les acteurs locaux, un parcours de soin et d'accompagnement global de la personne âgée, incluant en particulier sa santé mentale;

- l'avis de 2020 sur l'hôpital¹³⁰ comprenait, dans un chapitre sur les interfaces entre l'hôpital et la prise en charge médicale et sociale, un axe consacré aux personnes âgées. Le CESE y préconisait notamment, à l'instar du Conseil national de la gériatrie, de renforcer les Equipes mobiles de gériatrie (EMG), à l'interface entre la filière de soins gériatriques et les établissements médico-sociaux;

- enfin, le CESE a consacré un avis récent au travail à domicile auprès des personnes vulnérables¹³¹. Massivement exercées par des femmes, ces métiers relèvent de plusieurs filières et conventions collectives différentes. Ils sont pour nombre d'entre réalisés auprès des personnes âgées, au sein des EHPAD, des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et des Services d'aide à domicile (SAAD). Les activités du "prendre soin" demandent du temps et l'avis préconise notamment de mieux prendre en compte cette réalité en considérant les temps de travail nécessaires à l'accompagnement, y compris ceux qui ne correspondent pas directement à l'exécution d'un service prescrit pour la personne (conversations, loisirs, vigilance sur l'état physique et moral de la personne...). Il est aussi préconisé que les personnels des SSIAD et SAAD soient davantage associés aux CPTS

Le CESE réitère ses préconisations et demande que soit renforcée la place de la santé mentale dans la formation des professionnelles et professionnels du grand âge. La coordination interprofessionnelle, qu'elle soit organisée autour des EHPAD ou dans le cadre des EMG, doit associer les psychiatres, psychologues et les structures

¹²⁸ CESE, 28 juin 2017, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité* (Jean-François Serres)

¹²⁹ CESE, 24 avril 2018, *Vieillir dans la dignité* (Marie-Odile Esch)

¹³⁰ CESE, 13 octobre 2020, *L'hôpital au service du droit à la santé* (Sylvie Castaigne, Alain Dru et Christine Tellier)

¹³¹ CESE, 9 décembre 2020, *Le travail à domicile auprès des personnes vulnérables : des métiers du lien* (Nathalie Canieux)

locales de la santé mentale dans une logique de prévention et de parcours de soin. La montée en compétence des paramédicaux est nécessaire.

Préconisation n°19 :

Renforcer les dispositifs de coordination gériatrique autour de deux priorités :

- mieux identifier les fragilités psychologiques et psychiatriques, souvent aggravées par l'isolement, chez les personnes âgées :

- mieux assurer la détection et la prise en charge des pathologies somatiques chez les patientes et patients âgés atteints de troubles psychiatriques.

Conclusion

C'est sur la question de la recherche que le CESE souhaite conclure cet avis. Son champs est très large et doit rester ouvert: la recherche clinique tout d'abord, les psychothérapies, la psychopathologie, les neurosciences (pour mieux comprendre le fonctionnement du système nerveux, en situation normale et en situation pathologique), l'épidémiologie (pour comprendre la prévalence, les origines, les facteurs de risques, les corrélations...), l'épigénétique¹³², sans oublier les sciences humaines et sociales (pour progresser, en intégrant les contextes socio-culturels et socio-économiques dans la réponse sanitaire et sociale). Elle doit, de façon transversale, contribuer à mieux prévenir les troubles mentaux mais aussi permettre de progresser dans la qualité des soins et des interventions.

Si la recherche française en psychiatrie et santé mentale est active et de qualité (au regard en particulier du nombre de publications internationales émanant d'équipes françaises), elle rencontre des difficultés:

- son financement est limité. La part du budget de la recherche allouée en France à la santé mentale et à la psychiatrie est difficile à déterminer précisément. Mais, même une estimation haute (autour de 4%) nous place derrière les Etats-Unis (16%), la Finlande (10%), le Royaume-Uni (7%) ou l'Espagne (6%)¹³³. Ce financement n'est en tout cas pas proportionné au coût, humain et social, que représente la maladie mentale en France;

- elle ne favorise pas suffisamment les décroissements, dont on sait qu'ils sont une clé pour l'amélioration de la situation de patients et de leurs proches, dans la mesure où elle repose elle-même sur certains clivages (par exemple en séparant,

¹³² c'est-à-dire l'étude des changements dans l'expression des gènes n'impliquant pas de modification de l'ADN, qui sont transmissibles mais réversibles et dont la recherche a montré qu'ils jouaient un rôle dans l'apparition de certains troubles

¹³³ Académie de médecine, *Covid-19 et psychiatrie*, communiqué du 17 avril 2020

dans les équipes et dans les formations des chercheurs et chercheuses, neurosciences, psychiatrie, psychologie, sciences humaines et sociales...). Certaines initiatives transversales et structurantes, à l'instar du réseau de la Fondation FondaMental¹³⁴ font exception;

- elle pourrait pâtir d'une dynamique démographique défavorable. Cet avis a déjà déploré le très faible nombre de PU-PH en psychiatrie, encore plus faible en pédopsychiatrie.

Identifiés, ces risques ont motivé la proposition, notamment par l'Académie de Médecine, de création d'un institut national pour la psychiatrie et la santé mentale. Sur le modèle de l'INCa (Institut national de lutte contre le cancer), il rassemblerait l'ensemble des acteurs de la recherche en psychiatrie et santé mentale, autour d'objectifs et de priorités partagés. C'est à lui que reviendrait d'impulser les actions de recherche, de leur donner davantage de visibilité, de contribuer à la transversalité et à la coordination des travaux.

L'amélioration du parcours de soin doit aussi avoir sa place dans la recherche en psychiatrie et santé mentale. Pour sa part, le CESE met l'accent sur la participation des patientes et patients et de leur proches aux missions qu'aurait un tel Institut: Leur contribution aux choix des objectifs et thématiques prioritaires, à la conduite des travaux de recherche, aux actions d'évaluation (des dispositifs en place, mais aussi des programmes de recherche), des formations des professionnels est cruciale. C'est d'elle dont dépendra la capacité d'un futur institut de recherche à mettre la recherche au service de la santé et de la qualité de vie des personnes.

Préconisation n°20 :

Soutenir la recherche en psychiatrie en :

- **augmentant les financements;**
- **encourageant la transdisciplinarité psychiatrie, neurosciences, épigénétique et sciences humaines et sociales;**
- **assurant la participation des patientes, patients et de leur entourage à la définition des priorités ainsi qu'à la conduite et à l'évaluation des travaux.**

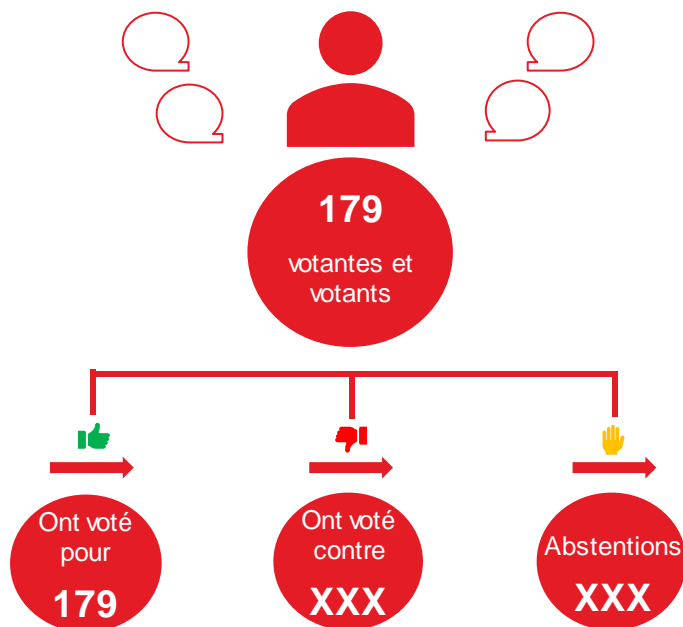
¹³⁴ La Fondation Fondamental créée par le ministère de la recherche en juin 2007 est à la fois un réseau d'équipes de recherche (qui réunit des services hospitaliers et des laboratoires, publics et privés) et une plateforme de soin, à travers son réseaux de centres experts qui reçoivent près de 20 000 patients.

Déclarations/ Scrutin

Déclarations des groupes

Scrutin

Sur l'ensemble du projet d'avis présenté par Anne Gautier et Alain Dru



L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public lors de la séance plénière du Conseil économique, social et environnemental, le 24 mars 2021

Annexes

Annexes

N°1 COMPOSITION DE LA SECTION DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ À LA DATE DU VOTE

✓	Présidente : Aminata KONÉ
✓	Vice-président : Michel CHASSANG
<input type="checkbox"/>	Agriculture
✓	Anne GAUTIER
<input type="checkbox"/>	Artisanat
✓	Pascale MARTEAU
<input type="checkbox"/>	Associations
✓	Jean-François SERRES
<input type="checkbox"/>	CFDT
✓	Marie-Odile ESCH
✓	Catherine PAJARES Y SANCHEZ
<input type="checkbox"/>	CFTC
✓	Pascale COTON
<input type="checkbox"/>	CGT
✓	Alain DRU
<input type="checkbox"/>	CGT-FO
✓	Serge LEGAGNOA
✓	Christine MAROT
<input type="checkbox"/>	Coopération
✓	Olivier MUGNIER
<input type="checkbox"/>	Entreprises
✓	Sophie DUPREZ
✓	Stéphanie PAUZAT
✓	Geneviève ROY
<input type="checkbox"/>	Environnement et nature
✓	Agnès POPELIN
<input type="checkbox"/>	Mutualité
✓	Thierry BEAUDET
<input type="checkbox"/>	Organisations étudiantes et mouvements de jeunesse
✓	Antoine DULIN

Outre-mer
✓ Sarah MOUHOUSOUNE

Personnalités qualifiées
✓ Sylvie CASTAIGNE
✓ Jean-Jacques ELEDJAM
✓ Marie-Aleth GRARD
✓ Laure LECHATTELLIER
✓ Françoise RUDEZKI
✓ Véronique SÉHIER

Professions libérales
✓ Michel CHASSANG

UNAF
✓ Marie-Andrée BLANC
✓ Aminata KONÉ

UNSA
✓ Martine VIGNAU

Personnalités associées
✓ Jean-François LE GRAND
✓ Estelle MOLITOR
✓ Ernestine RONAI
✓ Christine TELLIER

Annexes

N°2 LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

En vue de parfaire son information, la section des affaires sociales et de la santé a entendu :

- ✓ **Monsieur Nicolas BALLON**
Professeur en Psychiatrie et addictologue, service d'Addictologie Universitaire, Centre hospitalier de Tours
- ✓ **Monsieur Patrick BELAMICH**
Président de la Fédération des Centres Médico-psycho-pédagogiques (FDCMPP)
- ✓ **Madame Corinne de BERNY**
Secrétaire adjointe du Collectif Schizophrénie
- ✓ **Madame Fabienne BLAIN**
Porte-parole du Collectif Schizophrénie
- ✓ **Monsieur Michel BLANCHE**
Directeur du Service de santé des étudiants de l'Université de Nantes
- ✓ **Monsieur Jean-Paul BOULE**
Chef de projet régional en santé mentale à l'Agence régionale de santé (ARS) du Pays de la Loire
- ✓ **Madame Fatma BOUVET de la MAISONNEUVE**
Psychiatre et addictologue, Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris
- ✓ **Madame Betty BRAHMY**
Contrôleure, psychiatre au Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL)
- ✓ **Monsieur Cyrille CANETTI**
Psychiatre, consultation pour sortants de prison du Centre hospitalier de Sainte-Anne à Paris
- ✓ **Madame Magali COLDEFI**
Docteure en géographie, chercheuse indépendante, chercheuse associée à l'Institut de Recherche et de documentation en économie (IRDES)
- ✓ **Madame Céline DESCAMPS**
Membre du Bureau de l'Association des Etablissements du service public de santé mentale (ADESM)
- ✓ **Monsieur Luc DUQUESNEL**
Président de Les Généralistes-CSFM

- ✓ **Monsieur Philippe DUVERGER**
Professeur en pédopsychiatrie, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier d'Angers
- ✓ **Monsieur Pierre-Michel LLORCA**
Professeur en médecine, chef du service de psychiatrie du Centre hospitalier de Clermont-Ferrand
- ✓ **Monsieur Jean Malka**
Psychiatre, Centre de santé mentale, Centre hospitalier Cesame à Sainte-Gemmes-sur-Loire
- ✓ **Monsieur Bruno MESLET**
Référent médical en Loire Atlantique à l'Agence régionale de santé (ARS) du Pays-de-Loire
- ✓ **Monsieur Pascal MARIOTTI**
Président de l'Association des Etablissements du service public de santé mentale (ADESM)
- ✓ **Madame Christine PASSERIEUX**
Professeur en médecine, cheffe de pôle Psychiatrie et santé mentale, Centre hospitalier de Versailles
- ✓ **Madame Jeanne RICHARD**
Présidente de l'Union nationales des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)

Des entretiens ont été organisés avec:

- ✓ **Madame Anaïs ANSELME**
Déléguée générale du Forum Français de la Jeunesse (FFJ)
- ✓ **Monsieur Frank BELLIVIER**
Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, chef du département de psychiatrie et de médecine addictologique du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière et Fernand Widal
- ✓ **Monsieur Guillaume BRONSARD**
Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, membre de l'Association nationale des maisons des adolescents (ANDMA)
- ✓ **Monsieur Marc FILATRE**
Président de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) et de Vivre et intervenir ensemble face au suicide 37 (VIES 37)
- ✓ **Madame Claude FINKELSTEIN**
Présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY)
- ✓ **Monsieur Serge KLOPP**
Cadre de santé en psychiatrie

Annexes

- ✓ **Madame Marine LARINOIS**
Vice-présidente de l'Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues (AJPJA)
- ✓ **Monsieur Paul MAYAUX**
Président de la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE)
- ✓ **Monsieur Charles-Edouard NOTREDAME**
Psychiatre, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Centre hospitalier universitaire de Lille, membre de l'Observatoire national du suicide
- ✓ **Mamadou NDOYE**
Vice-président en charge des affaires sociales à la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE)
- ✓ **Madame Gaëlle PAUPE**
Chargée de mission à l'Association nationale des Maisons des adolescents (ANMDA)
- ✓ **Madame Delphine RIDEAU**
Secrétaire générale à l'Association nationale des Maisons des adolescents (ANMDA)
- ✓ **Madame Déborah SEBBANE**
Présidente de l'Associations des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues (AJPJA)

Contributions écrites

- ✓ **Madame Annie COMBET**
Psychologue et secrétaire générale du Syndicat national des psychologues
- ✓ **Monsieur Alain NAISSANT**
Président du Groupement syndical des praticiens de la psychologie, psychothérapie, psychanalyse (PSYG)
- ✓ **Monsieur Patrick Ange RAOULT**
Psychologue clinicien, membre du Bureau national du Syndicat national des psychologues

Les rapporteurs remercient également l'équipe du Centre Antonin Artaud, dirigé par le Docteur Patrick Chemla, psychiatre, chef de pole, le Groupe d'entraide mutuelle de Reims et l'association Humapsy

N°3 LA SANTÉ MENTALE EN OUTRE-MER

1) Les territoires ultramarins sont confrontés à des problématiques de santé mentale spécifiques

Le Baromètre santé mentale en Outre-mer¹³⁵ conduit par Santé publique France présente un état des lieux de la santé mentale des populations d’Outre-mer fondé sur l’analyse de quatre indicateurs : les états dépressifs caractérisés, les pensées suicidaires, les tentatives de suicides (au cours de la vie et des douze derniers mois) et le recours aux soins pour raison de santé mentale. Plusieurs constats se dégagent de ce baromètre :

- **une situation globalement plus favorable de la santé mentale aux Antilles et en Guyane qu’en métropole, avec une plus faible prévalence des épisodes dépressifs caractérisés et des tentatives de suicide au cours de la vie.** Ces données sont à mettre en regard des difficultés que ces territoires partagent (en dépit de certaines singularités), avec notamment un contexte socioculturels, socioéconomiques et sanitaires différents de ceux de la métropole. Différentes hypothèses ont été avancées pour tenter d’interpréter ces résultats : le sentiment d’appartenance à une culture commune forte, le poids des cohésions sociales (communautaires et familiales) mais aussi une vraisemblable sous-déclaration des problèmes de santé mentale, en raison d’une stigmatisation, d’un tabou renforcés et d’une plus forte inter-connaissance entre personnes. La Réunion se distingue, avec des niveaux de prévalence d’épisodes dépressifs caractérisés et de tentatives de suicide au cours de la vie qui ne diffèrent globalement pas de ceux de la métropole ;

- **Une distribution des prévalences des épisodes dépressifs et des pensées suicidaires selon les tranches d’âge différente de celle de métropole, avec des prévalences plus élevées chez les plus jeunes (15-45 ans),** en comparaison des plus âgés. En Guyane et aux Antilles, où l’état de santé mentale apparaît meilleur, les niveaux observés pour les épisodes dépressifs et les pensées suicidaires sont équivalents, chez les plus jeunes, à ceux enregistrés en métropole. La précarité économique en Outre-mer, les niveaux de chômage très élevés mais aussi les retentissements de certaines évolutions (affaiblissement des solidarités traditionnelles, transformations des structures familiales...), dont les jeunes ressentent plus fortement les effets, sont des explications possibles;

- **Des conduites suicidaires et des épisodes dépressifs caractérisés plus prévalents chez les femmes.** Santé Publique France relève que « Les écarts de prévalence entre les hommes et les femmes semblent globalement plus marqués dans les territoires d’Outre-mer qu’en métropole, en particulier dans le cas des tentatives de suicide au cours de la vie (à l’exception de la Martinique, où les écarts hommes/femmes sont moins importants) »¹³⁶. Parmi les possibles explications, les niveaux socioéconomiques moins élevés chez les femmes (avec un chômage plus élevé, des salaires plus bas), la situation de la femme au sein des modèles familiaux

¹³⁵ Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

¹³⁶ Robert M., Paget L.-M., Léon C., Sitbon A., Du Roscoät E., Chan Chee C. Baromètre santé DOM 2014. Santé mentale. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017.

en Outre-mer, la plus forte monoparentalité ou le poids d'autres déterminants potentiel de conduites suicidaires, comme les conflits ou violences domestiques.

- **Un moindre recours aux soins des personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé dans les départements d'outre-mer en comparaison avec la métropole.** Plus de la moitié des individus ayant vécu un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois déclaraient ne pas savoir eu recours à une structure d'aide ou à un professionnel de santé pour ce problème. Moins de 10% des personnes ayant connu un tel épisode dans les départements d'outre-mer déclarent avoir eu recours à des antidépresseurs (contre plus de 25% en métropole¹³⁷). Dans son analyse précitée, Santé Publique France indique fait le lien entre ces résultats et la densité de professionnels de santé mentale en Outre-mer, parmi la plus basse de France. De même, la consommation de psychotropes au cours de la vie et dans l'année en proportion moins importante en Outre-mer qu'en métropole : ce phénomène serait, lui aussi, lié à des conditions d'accès et de recours aux soins plus défavorables.

2) *La prise en charge par les établissements de santé mentale présente des particularités en Outre-mer*¹³⁸.

La prise en charge de la santé mentale repose presque exclusivement sur une offre portée par les hôpitaux publics. En hospitalisation complète de psychiatrie, le nombre de séjours rapporté à la population en Guadeloupe et en Martinique est nettement inférieur à celui de la métropole, alors que leurs capacités d'accueil sont proches. Pour la Martinique, cela s'explique par une durée moyenne de séjour nettement plus élevée qu'en métropole (53 jours, contre 29 jours). Pour la Guadeloupe, le moindre taux d'hospitalisation reflète le plus faible taux d'occupation des lits (75 %, contre 89 % en métropole). Pour La Réunion et la Guyane, les taux d'hospitalisation de psychiatrie plus bas sont liés aux taux d'équipement plus faibles en lits, la durée moyenne de séjour y étant proche de celle de la métropole (respectivement 30 et 32 jours). A Mayotte, l'activité en hospitalisation complète de psychiatrie est très faible (0,1 séjour pour 100 habitants) et de courte durée (9 jours en moyenne), reflet de sa capacité d'accueil très réduite.

Dans tous les DROM, l'activité de psychiatrie en hospitalisation partielle est bien plus faible qu'en métropole. La Guadeloupe est le département où cette activité est la plus développée (4,3 journées pour 100 habitants en 2018), devant la Martinique, La Réunion, et la Guyane (respectivement, 3,6, 3,6 et 1,9 journées), en raison de son taux d'équipement en places plus élevé que dans les autres DROM. À Mayotte, aucune place n'est disponible dans cette discipline.

¹³⁷ Pour 2010.

¹³⁸ Les constats qui suivent sont extraits du rapport sur Les établissements de santé, édition 2020, de la DREES.

N°4 BIBLIOGRAPHIE

Anguis Marie (DREES) avec la collaboration du centre de gestion, *En 2016, 7700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées*, Etudes & résultats n°1006, DREES, mars 2017

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, rapport charges et produits de l'Assurance maladie pour 2021, juillet 2020

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, rapport charges et produits de l'Assurance maladie pour 2018, juillet 2017

Amiel Michel, *La situation de la psychiatrie des mineurs en France*, rapport d'information, Sénat, 4 avril 2017

Argyrou Daphne, Skehan Patrick, *En parler mais à qui ?, trop peu de psychologues pour les étudiant.e.s en détresse*, sondage, Nightline France, novembre 2020

Association des établissements de service public de santé mentale, *Réformer le financement de la psychiatrie de service public*, 2017

Boidin-Dubrulle Marie-Hélène, Junique Stéphane, *Les personnes vivant à la rue : l'urgence d'agir*, avis du CESE, 12 décembre 2018

Bouvet de la Maisonneuve Fatma et Naton Jean-François, *Pour des élèves en bonne santé*, avis du CESE, 14 mars 2018

Castaigne Sylvie et Lasnier Yann, *Les déserts médicaux*, avis du CESE, 13 décembre 2017

Castaigne Sylvie, Dru Alain et Tellier Christine, *L'hôpital au service du droit à la santé*, avis du CESE, 13 octobre 2020

Chassang Michel et Gautier Anne, *Les maladies chroniques*, avis du CESE, 11 juin 2019

Coldefy Magali, Gandré Coralie, *Atlas de la santé mentale en France*, IRDES, mai 2020.

Coldefy Magali, Gandré Coralie en collaboration avec Thierry Rochereau, *Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement, Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020*, Questions d'économie de la santé, n°249, IRDES, juin 2020

Coly Bertrand, *Jeunes, le devoir d'avenir*, déclaration portée au nom du Bureau du CESE, 1er décembre 2020

Covid-19 et psychiatrie, communiqué, Académie nationale de médecine, 17 avril 2020

Cour des comptes, rapport public thématique, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021

Anne Dezetter, Xavier Briffault, *Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès de Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux*, dans Santé mentale au Québec, Avril 2016.

Annexes

Damaisin Olivier, *Identification et accompagnement des agriculteurs en difficultés et prévention du suicide*, rapport, Mission parlementaire, 1er décembre 2020

Défenseur des droits, *Handicap et protection de l'enfance : des droits pour des enfants invisibles*, rapport, Défenseur des droits, 2015

Dulin Antoine, *Prévenir les ruptures dans les parcours de protection de l'enfance*, avis du CESE, 13 juin 2018

Dulin Antoine, *La réinsertion des personnes détenues : l'affaire de tous et toutes !*, avis du CESE, 26 novembre 2019

El Hage W et coll., *Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus : quels risques pour leur santé mentale ?*, Encephale, volume 46, issu 3, pages S73-S80, juin 2020

Emmanueli, Julien et Schechter, *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution*, rapport, IGAS, octobre 2019

Esch Marie-Odile, *Vieillir dans la dignité*, avis du CESE, 24 avril 2018

Farache Jacqueline, *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner*, avis du CESE, 10 mai 2016

Fiat Caroline et Wonner Martine, *Organisation de la santé mentale*, Rapport d'information, Assemblée nationale, 18 septembre 2019

Joseph Dominique, Trostianski Olga, *Crise sanitaire et inégalité de genre*, avis du CESE, 24 mars 2021

Les jeunes face à la crise : l'urgence d'agir, enquête, Ipsos, FAGE, 13 juillet 2020

Les établissements de santé, rapport DREES, édition 2020

L'évolution des modes de financements des établissements de santé. Une nouvelle échelle de valeur, Rapport du Dr Olivier Véran à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé, 2016

Lopez Alain, *Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 - Bilan de la deuxième année de mise en œuvre Juin 2006 - Juin 2007*, rapport, Comité technique national de suivi du plan "psychiatrie et santé mentale"

Lopez A., Turan-Pelletier G., *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, rapport de l'IGAS tomes 1 et 2, novembre 2017.

Ollié Jean-Pierre, *Soigner les maladies mentales*, rapport, Académie nationale de médecine, 4 juin 2019

Organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale », rapport, Cour des comptes, décembre 2011

Pajares y Sanchez Catherine et Djouadi Samira, *Enfants et jeunes en situation de handicap : pour un accompagnement global*, avis du CESE adopté en séance plénière, 10 juin 2020

Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville,

rapport DREES, URPS et PRS, 2011

Perception et représentations des maladies mentales, rapport, Ipsos pour Fondamental et Klesia 2014

Plan en santé mentale 2005-2008

Proches aidants, le parcours du combattant, Baromètre Unafam, 2020

Covid-19 : point épidémiologique du 1er novembre 2020, rapport, Santé publique France, 2020

Réforme des modes de financement et de régulation. Vers un modèle de paiement combiné, Rapport de la *task force* "financement du système de santé". Ma santé 2022, un engagement collectif. Janvier 2019

Roberge et al, 2019, McDaid et al, 2019, *Foresight Mental Capital and Wellbeing Project*, 2008

Santé mentale : faire face à la crise, étude de l'Institut Montaigne, décembre 2020

Santi Pascal, *A l'hôpital Robert-Debré, les soignants face à « l'explosion » des troubles psychiques chez les enfants*, article, le Monde, 26 novembre 2020

Serres Jean-François, *Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité*, avis du CESE, 28 juin 2017

Soins sans consentement et droits fondamentaux, Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), 17 juin 2020

UNAF, *Familles & Santé mentale*, Réalités familiales n°120-121 - 2017

N°5 TABLE DES SIGLES

ADELI	Répertoire nation des professionnels de santé
AEPU	Association des enseignants-chercheurs en psychologie des universités
AJPJA	Association des jeunes psychiatres et addictologues
AP-HP	Assistance publiques des hôpitaux de Paris
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
DAF	Directeur administratif et financier
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EMPP	Equipe mobile psychiatrique-précarité
EPU	Examen post universitaire
ESAT	Etablissement et service d'aide par le travail
ESPIC	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FCMPP	Fédération des centres médico-psycho-pédagogiques
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAS	Haute autorité de santé
INCA	Institut national de lutte contre le cancer
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ITEP	Institut thérapeutique et pédagogique
MAS	Maison d'accueil médicalisée
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutuelle sociale agricole

FNAPSY	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACES	Première année commune aux études de santé
PASS	Permanence d'accès aux soins
PCH	Prestation compensatoire du handicap
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle infantile
PRS	Programme régional de santé
PSSM	Premiers secours en santé mentale
PTSM	Projet territoriaux de santé mentale
PU-PH	Praticien universitaire-patricien hospitalier
RIM-P	Recueil d'information spécialisé en psychiatrie
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-sociale pour adultes handicapés
SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMPR	Service médico-psychologique régional
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
UNAFAM	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

LES AVIS DU CESE



En France, une personne sur cinq souffre de troubles mentaux. Notre pays est aussi celui qui prescrit le plus de psychotropes. Les troubles psychiatriques restent pourtant mal connus et trop souvent associés à la folie, à l'incurabilité, à la violence.

Les difficultés de la psychiatrie persistent alors qu'elles sont bien identifiées. Il faut briser le cercle constitué de la stigmatisation persistante de la maladie mentale, du retard dans le dépistage et dans le diagnostic, d'une entrée dans le soin tardive, d'un parcours de soin et d'accompagnement morcelé et non coordonné, de l'épuisement des proches aidants.

Le CESE formule 20 préconisations autour de plusieurs priorités indissociables : agir sur la connaissance et la représentation de la santé mentale ; favoriser une entrée plus précoce dans le soin ; renforcer les moyens matériels et humains de la psychiatrie ; consolider la coordination médicale et médico-sociale afin d'améliorer l'accompagnement des patientes et des patients mais aussi de leurs proches.

CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL
ET ENVIRONNEMENTAL

9, place d'Iéna
75775 Paris Cedex 16
Tél. : 01 44 43 60 00
www.lecese.fr

N° 41121-0010

ISSN 0767-4538 ISBN 978-2-11-155701-7



9 782111 557017



Direction de l'information
légale et administrative
Les éditions des *Journaux officiels*

www.vie-publique.fr/publications