

04 _ 2022

RAPPORT

Réinvestir
la psychiatrie

Une urgence sanitaire,
un défi démocratique

_Boris Nicolle

Fondation
Jean Jaurès
ÉDITIONS

Boris Nicolle est psychiatre, praticien hospitalier, service de réhabilitation psychosociale du centre hospitalier des Pyrénées, Pau (64) ; coordinateur national et référent Nouvelle-Aquitaine de l'Association des jeunes psychiatres et jeunes addictologues (AJPPA).

Préambule

« La santé mentale est une branche majeure de la santé publique. Elle est donc toujours liée à une politique publique propre à une société donnée dans laquelle la psychiatrie joue un rôle essentiel mais pas unique. La psychiatrie est, elle, une branche de la médecine. Elle joue donc un rôle nécessaire mais pas suffisant dans la politique publique de santé mentale. La réforme de la psychiatrie n'a de sens qu'intégrée à une politique de santé mentale. »

MICHEL LAFORCADE

Le présent rapport s'attache à proposer des pistes de réflexion claires et optimistes pour une nécessaire réforme de la psychiatrie. Il a vocation à être accessible aux professionnels de santé comme aux décideurs. Un tel exercice de synthèse ne peut qu'être lacunaire et de nombreux sujets n'y sont pas traités. Nous avons ainsi fait le choix de ne pas évoquer l'addictologie : même si ses liens avec la psychiatrie sont étroits, elle s'organise de manière différente et sera ici incluse dans les partenaires sanitaires de la psychiatrie. Si la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est, elle, brièvement évoquée, sa situation mérite un travail dédié, de par la spécificité et l'ampleur des défis qu'elle rencontre. Nombre de propositions formulées ici peuvent toutefois s'y appliquer. Nous avons également fait le choix de nous concentrer sur la psychiatrie publique dont la situation est particulièrement dégradée. Mais soulignons que la majorité des propositions s'appliquent également aux structures privées et aux professionnels libéraux, et que nous les incluons dans la future organisation territo-

riale que nous appelons de nos vœux. En effet, il s'agit dans ce rapport de repenser l'organisation et les pratiques de l'ensemble de la discipline, donc de tous ses acteurs. Enfin, si nous évoquons largement les questions d'organisation et de financement, nous avons fait le choix de ne pas aller vers ce niveau de technicité, ce travail souhaitant proposer une direction plus qu'une politique, accessible aux professionnels de santé comme aux décideurs. Nous insistons seulement sur la nécessaire cohérence qu'elles doivent avoir avec la réforme de la psychiatrie.

Pour la rédaction de ce rapport, nous nous sommes appuyés sur des entretiens avec différentes personnalités que nous tenons ici à remercier chaleureusement (voir la « Liste des personnes auditionnées »). Nous précisons que l'intégralité des propos tenus ici n'engage que leur auteur, indépendamment de son engagement associatif et de l'établissement dans lequel il exerce.

Liste des personnes auditionnées

Éloïse Bajou, journaliste santé et société, ancienne infirmière en psychiatrie, chargée de déploiement de l'axe média du programme Papageno et de son déploiement en Nouvelle-Aquitaine

Thomas Bienvenu, psychiatre, docteur en neurosciences, Centre de référence régional des pathologies anxieuses et de la dépression (CERPAD), centre hospitalier Charles-Perrens (Bordeaux), Association médecine/pharmacie sciences (AMPS)

Olivier Bonnot, professeur des universités, praticien hospitalier en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, secrétaire général du Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP)

David Entibi, directeur de publication de la revue *Architecture hospitalière*, vice-président de l'Union des architectes francophones pour la santé (UAFS)

Nicolas Franck, professeur des universités, praticien hospitalier en psychiatrie, chef du pôle Centre rive gauche, responsable du centre ressource de réhabilitation psychosociale, centre hospitalier Le Vinatier (Bron)

Pierre Godart, psychiatre, praticien hospitalier, Santé mentale France

Michel Laforcade, ancien directeur général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, auteur du *Rapport relatif à la santé mentale* (ministère de la Santé et des Solidarités, 2016)

Marine Lardinois, psychiatre, praticien hospitalier, vice-présidente de l'Association des jeunes psychiatres et jeunes addictologues (AJPJA)

Yann Leblond, psychiatre, unité pour malades difficiles (UMD) du centre hospitalier de Cadillac (Gironde)

Céline Loubières, responsable édition et participation des usagers, Psycom

Clément Lucot, infirmier en pédopsychiatrie, M1 Infirmier en pratique avancée

Pascal Mariotti, directeur du centre hospitalier Le Vinatier (Bron), président de l'Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM)

Marie-Astrid Meyer, infirmière en pratique avancée Psychiatrie et Santé mentale, Association nationale française des infirmier-e-s en pratique avancée (ANFIPA)

Nidal Nabhan Abou, psychiatre, co-présidente de la section psychiatrie légale de l'Association française de psychiatrie biologique et de neuropsychopharmacologie (AFBPN), experte près la cour d'appel de Rennes

Camille Niard, médiatrice de santé pair, présidente de l'association Espairs (Lyon)

Antoine Pelissolo, professeur des universités, praticien hospitalier en psychiatrie, CHU Henri-Mondor de Créteil, premier adjoint au maire de Créteil

Bérénice Staedel, responsable de programmes au centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la Santé (CCOMS) – EPSM Lille Métropole, programme médiateurs de Santé-Pairs et QualityRights

Les trois usagers auditionnés dans le cadre de ce rapport sont anonymisés à leur demande.

20 propositions pour réinvestir la psychiatrie

01

Faire de la santé mentale une grande cause nationale

rétablissement, participation des usagers et de leurs proches, ouverture, coopération, pluridisciplinarité, évaluation médico-économique

02

Faire de la participation des usagers dans le système de santé un axe transversal des futures mesures, à toutes les échelles

03

Élaborer une loi-cadre sur la santé mentale, préalablement à une réforme de la psychiatrie

06

Améliorer la collaboration entre médias et psychiatrie

- généraliser le « jumelage » entre des promotions d'internes et de journalistes
- développer la formation à la communication et l'éducation à l'information pour les professionnels et usagers et généraliser les campagnes d'information ciblées

04

Créer une délégation interministérielle à la santé mentale et une Agence nationale pour la recherche, l'innovation et l'évaluation en santé mentale

- faire évoluer la délégation ministérielle à la psychiatrie et à la santé mentale en délégation interministérielle à la santé mentale, rattachée au Premier ministre
- créer une Agence nationale pour la recherche, l'innovation et l'évaluation en santé mentale, à partir des institutions existantes, avec des fonctions d'expertise, de concertation et de conseil

07

Permettre à l'école d'assumer sa fonction de promotion de la santé mentale

- élaborer une stratégie nationale de promotion de la santé mentale et de prévention en milieu scolaire, selon une approche graduée
- former le personnel éducatif au repérage de la souffrance psychique et à la promotion de la santé mentale

05

Se donner les moyens d'une réforme ambitieuse de la psychiatrie

- articuler les réformes du financement et des autorisations à celle de l'offre de soins
- axer les mesures autour de principes clairs :

08

Repenser les liens entre psychiatrie et justice et créer une mission nationale d'observation

- installer une mission nationale permanente d'observation et de conseil, rassemblant experts, psychiatres et magistrats, sous l'égide des deux ministères de tutelle
- améliorer et harmoniser la formation des experts psychiatres
- revoir le statut et la rémunération des experts psychiatres

09

Acter le changement de paradigme en psychiatrie

- articuler la redéfinition des pratiques autour de la notion de rétablissement
- afficher l'objectif d'une disparition de l'isolement et de la contention pour permettre un véritable engagement politique sur le sujet
- faire du lieu de vie des personnes le centre de gravité de la prise en charge en s'appuyant sur « l'aller vers »
- revoir la place et les missions de l'hôpital dans le parcours de soins

10

Promouvoir des soins pertinents

- traiter la question de l'accès aux soins somatiques de manière transversale et prioritaire
- s'appuyer sur le financement, la formation et une réflexion globale sur les freins au changement pour faire évoluer les pratiques et les organisations
- envisager la rédaction de recommandations opposables par la HAS, renforcer le rôle et la visibilité du CNPP-CNQSP
- refondre l'offre de formation continue des psychiatres et ses modalités

11

Proposer une offre de soins lisible et graduée

- encourager la création de réseaux de soins de premier niveau en ville
- systématiser une interface efficace entre les acteurs de première et de seconde ligne
- clarifier la définition et l'articulation des seconds et troisièmes niveaux, en s'inspirant des initiatives existantes

12

Répondre dès aujourd'hui aux enjeux les plus urgents de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- revaloriser la consultation libérale en pédopsychiatrie
- envisager le remboursement des séances d'orthophonie, de psychomotricité, de psychothérapie en libéral, dans une logique de parcours de soins
- tripler le nombre d'hospitalo-universitaires en pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire

13

Penser les nouvelles fonctions et intégrer les nouveaux métiers

- prioriser trois fonctions à développer dans les équipes de soins : la coordination de parcours, la gestion des partenariats et le management médical
- inclure de manière efficiente dans nos organisations les nouveaux métiers, en particulier les pair-aidants et les infirmiers en pratique avancée

14

Travailler sur le rôle des psychiatres et sur l'attractivité de la profession

- clarifier les fonctions du psychiatre pour mieux adapter sa formation
- s'appuyer sur les constats récents pour améliorer l'attractivité de la spécialité

15

Réhabiliter le métier d'infirmier en psychiatrie

- créer une formation en psychiatrie complémentaire, optionnelle et diplômante
- renforcer la formation théorique initiale
- promouvoir les parcours professionnels favorisant la coopération et la pluridisciplinarité

16

Adapter la formation des cadres de santé et modifier la gouvernance pour assurer un management efficace, porté par le binôme médecin-cadre

17

Penser la place du psychologue dans le parcours de soins

- permettre l'accès direct au psychologue pour des troubles légers à modérés
- rembourser les psychothérapies spécifiques dans le cadre d'un parcours de soins coordonné pour les troubles sévères

18

Permettre une participation plus large à la recherche en psychiatrie en favorisant l'interdisciplinarité

- créer un espace régional favorisant la coopération, l'accès aux formations à la recherche et un financement plus pertinent des projets
- accompagner les projets interdisciplinaires et favoriser les équipes multisites
- sanctuariser les temps de recherche dans l'affectation des professionnels

19

Consentir un effort financier pour la recherche à la hauteur de l'enjeu, en favorisant les modes de financement pérennes

20

Revoir en profondeur l'organisation territoriale de la psychiatrie

- faire du PTSM l'opérateur principal de la psychiatrie en renforçant notablement ses prérogatives, tout en conservant le maillage sectoriel
- favoriser une architecture du système de soins qui ne soit pas descendante et se donne les moyens d'intégrer les retours d'expérience et les évaluations médico-économiques
- penser cette nouvelle architecture de soins autour des quatre fonctions de la psychiatrie : soin, urgence, soutien partenarial, action inter-partenariale

Introduction

Chaque année, environ 2 millions de Français sont pris en charge en psychiatrie¹. Il est par ailleurs estimé qu'une personne sur trois sera touchée par un trouble psychique au cours de sa vie². Or, les termes associés à la psychiatrie sont aujourd'hui issus du champ lexical de la mort : « catastrophe », « massacre », « effondrement », « crise », « état d'urgence », « enterrement de la psychiatrie »... Malgré l'importance de ce sujet de santé publique, nous assistons en effet à une crise structurelle dont la durée épuise les acteurs, alimente un sentiment généralisé d'impuissance et aboutit *in fine* à une apathie collective. Les constats et diagnostics sont connus, ils ont fait l'objet d'un nombre exponentiel de rapports, ouvrages et missions ces trente dernières années, dont beaucoup préconisent d'ailleurs d'arrêter de rédiger des rapports.

La psychiatrie est une discipline médicale qui appartient au champ de la santé mentale. La santé mentale est un continuum allant du bien-être³ à la pathologie psychiatrique. En cela, les deux sujets sont indissociables. Ce rapport s'intéresse toutefois spécifiquement à la psychiatrie française et s'attache à proposer des pistes de réflexion pour permettre une transformation de la discipline. Il ne s'attarde donc pas à répéter les constats maintes fois dressés. Il s'agit d'un exercice de prospective pour penser la refondation d'un véritable service public de psychiatrie, ouvert

sur la société, organisé autour de l'utilisateur dans une optique de rétablissement et caractérisé par une culture de la coopération, de la pluridisciplinarité et de l'évaluation. Le contexte actuel autorise l'optimisme et l'ambition pour la psychiatrie. La santé mentale est plus que jamais au centre du débat public, la crise sanitaire ayant accéléré la prise de conscience collective de l'importance du sujet. La psychiatrie, bien que toujours en marge de la conversation publique, suscite un intérêt et une implication croissante des usagers, des autorités et des professionnels malgré l'épuisement de beaucoup. Les innovations en psychiatrie sont légion sur le territoire, les propositions également, et les innombrables rapports sur la spécialité fournissent une masse importante de leviers de changement pour l'avenir. Tous les éléments sont donc présents pour bâtir un nouveau service public de psychiatrie.

Dans ce travail, nous nous appuyons largement sur des propositions et innovations déjà existantes. Nous commencerons par proposer les grands principes et le contenu d'une réforme de la psychiatrie que nous appelons de nos vœux. Nous aborderons ensuite plus précisément les pistes pour intégrer la psychiatrie au débat citoyen, avant d'évoquer les nécessaires transformations des pratiques et des métiers. Enfin, nous évoquerons les pistes pour réinvestir la recherche.

1. *Les patients suivis en psychiatrie*, DRESS, ministère des Solidarités et de la Santé, 2021.

2. Zachary Steel, Claire Marnane, Changiz Iranpour, Tien Chey, John W Jackson, Vikram Patel et al., « The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013 », *Int. J. Epidemiol.*, vol. 43, n°2, avril 2014, pp. 476-493.

3. D'après l'OMS, la santé mentale est une composante de la santé, elle-même définie par « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Le territoire, la psychiatrie, la politique

En complément de l'ensemble des propositions faites dans ce rapport, nous suggérons ici une trame de réflexion pour la réforme à venir. Cette réforme de la psychiatrie ne sera pas suffisante et ne peut être vue comme une fin en soi. Il s'agit d'un processus dynamique appelant des adaptations régulières, car les défis sont colossaux, et parce que l'état actuel de la spécialité impose une vigilance à ne pas davantage fragiliser notre système de soins durant la transition. Elle ne sera pas suffisante car certains points de blocage ne sont pas propres à la psychiatrie, mais communs à d'autres composantes de notre système de santé. Par ailleurs, comme le souligne Michel Laforcade¹, l'intégration de cette réforme dans une politique de santé mentale est indispensable pour assurer une nécessaire cohérence globale. Enfin, l'organisation de la psychiatrie restera dépendante du degré d'implication de l'ensemble des autres acteurs de la société (éducation, justice, logement...). Nous aborderons d'abord les principes généraux de cette future réforme, les fonctions que doit assumer la psychiatrie, pour ensuite amorcer une réflexion sur les échelons pertinents d'organisation.

Une loi-cadre pour la santé mentale

Une loi-cadre sur la santé mentale, incluant donc la psychiatrie, mais ne s'y limitant pas, est appelée de leurs vœux par de nombreux acteurs. Elle sera un préalable à une réforme de la psychiatrie. Elle

permettrait une mobilisation publique et définirait les orientations générales souhaitées par la nation sur le sujet. Elle s'attacherait à fixer les principes de la politique de santé mentale, ses moyens et sa gouvernance. C'est en quelque sorte un mandat donné aux autorités, qui auront ensuite la charge de régler dans ce cadre. Voici quelques grandes orientations, non exhaustives, souhaitables pour cette loi-cadre sur la santé mentale :

- un principe central : celui de la coopération entre tous les acteurs, doublée d'un effort constant pour tous les impliquer sur le sujet, y compris et au premier chef les usagers et leurs proches ;
- un accompagnement financier : cette loi fixerait et sanctifierait les moyens allouables à la santé mentale ;
- une implication démocratique : il est souhaitable que l'implication du Parlement ne s'arrête pas à l'élaboration de cette loi-cadre. Il serait intéressant de proposer un débat parlementaire annuel sur la santé mentale et la psychiatrie, permettant de mettre en lumière les avancées réalisées au regard des objectifs de la politique nationale de santé mentale. Ce débat peut, selon la volonté du Parlement, s'attacher à des sujets précis lorsqu'ils intéressent particulièrement la représentation nationale (par exemple, celui des privations de liberté) ;
- une vocation transversale : la santé mentale étant un sujet transversal, cette loi s'attacherait à fixer la manière dont elle est prise en compte dans les autres politiques publiques. Comment prendre en compte la santé mentale dans la politique de la ville, les politiques de santé au sens large, l'éducation, la justice, le monde du travail... ? ;

1. Michel Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale*, ministère de la Santé et des Solidarités, 2016, p. 190.

– un domaine à mettre en avant : celui de la santé mentale des enfants et des adolescents, qui doit faire l'objet d'une véritable stratégie nationale ambitieuse et digne de notre pays.

Faire de la santé mentale une grande cause nationale paraît nécessaire pour permettre une mobilisation la plus large possible lors de l'élaboration de cette loi-cadre. Les principes définis dans ce rapport imprèneront également la réorganisation de la psychiatrie, que nous allons désormais détailler.

Un cadre clair pour une réforme ambitieuse de la psychiatrie

Pour qu'elle soit efficace, la réforme de la psychiatrie doit elle aussi se penser en associant l'ensemble des acteurs du champ sanitaire. Plus largement, une telle réforme sera d'autant plus pertinente qu'elle sera pensée avec les acteurs extérieurs à la santé (éducation nationale, justice, enseignement supérieur, recherche, politique de la ville...). Dans sa conception, il paraît important d'avoir en tête quelques principes directeurs :

- les usagers et les aidants doivent être étroitement associés à l'élaboration de cette réforme, en ce qu'ils en sont les bénéficiaires finaux. Au-delà, elle doit s'attacher à garantir une véritable participation des usagers et des aidants dans le système de soins, à tous les niveaux ;
- elle doit s'articuler autour du concept de rétablissement et de toutes ses composantes (respect des droits et de la dignité, avec l'utilisateur comme acteur principal et centre de gravité de la prise en charge), incluant des objectifs clairs concernant les restrictions de liberté, en particulier l'isolement et la contention ;

- elle doit impulser une véritable culture de l'évaluation médico-économique, seule à même de permettre l'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des soins pour les usagers ;
- elle doit également permettre de développer une culture de coopération et de collaboration au sein de la discipline et de tous ses acteurs, avec un accent mis sur l'ouverture vers la société et une réflexion sur les interfaces de la psychiatrie, c'est-à-dire la manière dont elle travaille avec ses partenaires et la société, et sur la pluridisciplinarité au sein des équipes ;
- elle ne pourra faire l'économie d'une réflexion approfondie sur la redéfinition des métiers et des fonctions, et sur l'intégration des nouveaux métiers et nouvelles pratiques, y compris numériques ;
- il est souhaitable que l'architecture de soins issue de la réforme ne soit pas verticale. En ce sens, le modèle belge peut être une source d'inspiration¹, avec des objectifs clairement fixés au niveau national et déclinés au niveau local par des acteurs concernés, auxquels il faut donc accorder plus d'autonomie. L'intérêt d'une autonomie accrue des acteurs locaux en regard d'objectifs nationaux clairs a été récemment souligné par le Haut Conseil de la santé publique² ;
- pour assurer une politique territoriale cohérente, il sera nécessaire de prendre en compte dans la réforme tous les modes d'exercice et tous les types d'établissement (public, privé non lucratif, privé lucratif, libéraux, exercice mixte) ;
- enfin, il est indispensable que la réforme des autorisations et celle du financement soit intégrée à cette réforme, sans quoi elle sera réduite à une déclaration d'intention.

Avant de définir les différents échelons d'organisation territoriale que pourrait définir la réforme de la psychiatrie, il paraît utile de proposer une grille d'analyse simple des différents rôles de cette spécialité.

1. Bernard Jacob, Donatien Macquet, Stéphanie Natalis, « La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle », *L'information psychiatrique*, 5 décembre 2016, vol. 92, n° 9, pp. 731-745.

2. *Impact du Covid-19 sur la santé mentale, Rapport de l'HCSP*, Haut Conseil de la santé publique, 2021.

Les quatre fonctions de la psychiatrie

En 2017, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) s'est penchée sur l'organisation de la psychiatrie, soixante ans après la circulaire instaurant le secteur¹. Peu suivi d'effets, ce rapport est pourtant riche de propositions. Une modélisation des quatre fonctions de la psychiatrie y est établie et elle est pertinente pour réfléchir à son organisation future. Concevoir chaque niveau d'organisation (locale, régionale, nationale) en s'appuyant sur ces quatre fonctions, évidemment non cloisonnées, permettrait de garantir une cohérence d'ensemble. Les différentes pistes suggérées dans ce rapport peuvent d'ailleurs toutes se lire par le prisme de ces quatre fonctions. Les voici telles qu'entendues par l'IGAS :

- la fonction de soins. Elle convoque sur un territoire donné tous les dispositifs de soins, sectorisés ou non, public ou privé, permettant d'assurer une prise en charge coordonnée et de proximité des personnes souffrant de troubles chroniques. Elle implique donc une complémentarité renforcée entre tous les acteurs, y compris privé et libéraux, et un pilotage territorial cohérent ;
- la fonction d'urgence. Elle permet d'envisager la réponse à l'urgence comme une filière intégrée et spécialisée. Elle regroupe la permanence des soins, l'évaluation en urgence (urgences générales, psychiatriques, équipes mobiles, accueil téléphonique et prévention du suicide...) et la prise en charge de l'urgence (unités de crise, structures résidentielles d'accueil de crise, par exemple) ;
- la fonction de soutien partenarial. Il s'agit de pouvoir répondre aux besoins des partenaires dans le cadre d'espaces de contact et de dialogue identifiés. Il conviendra donc de structurer et de visibilité ces espaces de coopération. Il s'agit de l'apport de l'expertise de la psychiatrie auprès des différents partenaires sanitaires (psychiatrie de liaison), médico-sociaux, éducatifs, judiciaires, scolaires...

- les équipes mobiles de pédopsychiatrie auprès de l'Aide sociale à l'enfance, les dispositifs de soins partagés (DSP²), les équipes intervenant en Ehpad en sont des exemples ;
- la fonction d'action inter-partenariale. Il s'agit là de participer à des actions conjointes qui ne sont pas forcément à l'initiative de la psychiatrie, mais auxquelles elle participe. Son champ d'application est la prévention, et le domaine dit de la « réinsertion - réadaptation » avec les questions d'accès au logement ou de réinsertion professionnelle. Le dispositif « Un chez-soi d'abord » en est un exemple, détaillé plus tard.

Avec cette schématisation et en reprenant les principes énoncés plus haut, nous pouvons désormais proposer une organisation territoriale simplifiée, permettant d'assurer un service public de psychiatrie digne et efficace sur l'ensemble du territoire.

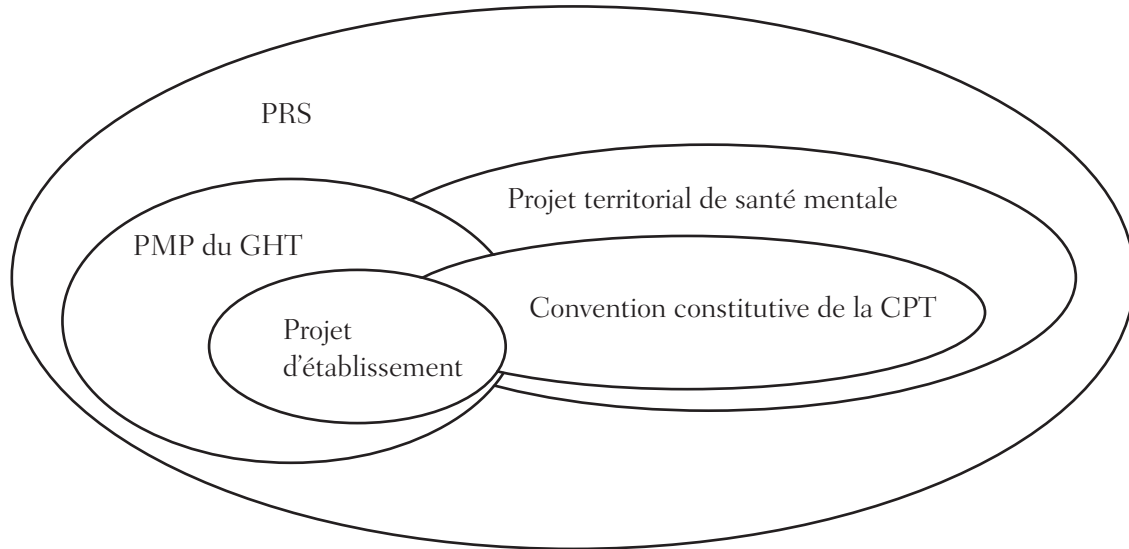
Pour une organisation territoriale lisible, démocratique et opérationnelle

Héritage de soixante ans d'évolution, l'organisation territoriale de la psychiatrie et son pilotage sont devenus illisibles. Il nous est impossible de rentrer ici de rentrer dans le détail, et ce n'est pas souhaitable puisqu'un des chantiers de la réforme sera de clarifier cette cathédrale organisationnelle pour le moins baroque. À titre d'illustration, la figure 1 montre l'enchevêtrement des outils de planification, dont les périmètres se chevauchent sans se recouper, induisant une confusion majeure. Avant d'aborder les strates régionales et nationales, nous allons ici décrire les deux premiers niveaux d'organisation qui nous paraissent pertinents, en décrivant succinctement les missions qu'ils pourraient assumer.

1. Rapport IGAS. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Inspection générale des affaires sociales, 2017.

2. Mise en place d'un dispositif de soins partagés (DSP), ministère des Solidarités et de la Santé.

Figure 1 : L'enchevêtrement des outils de planification en psychiatrie



Source : IGAS, 2017.

Le premier niveau d'organisation est local et correspond au secteur, ou à un pôle regroupant plusieurs secteurs. Cet échelon participe surtout aux fonctions de soins et d'urgence, en coopération avec les autres secteurs. Il recoupe le périmètre du Conseil local de santé mentale (CLSM) et en est l'interlocuteur naturel. Nous proposons la généralisation et l'élargissement des missions des CLSM, que nous détaillerons plus tard. Cet échelon permet des partenariats locaux à taille humaine, par exemple sur des actions de prévention ou de déstigmatisation.

Le second niveau d'organisation est territorial et correspond au périmètre du Projet territorial de santé mentale (PTSM). Il correspond à tout ou partie du département et intéresse le plus souvent plusieurs établissements, qu'ils soient publics ou privés. Cet échelon est défini comme un territoire capable de proposer un « panier de soins », couvrant l'ensemble des besoins de la population en termes de santé mentale. Il est important de souligner qu'il a en charge la santé mentale et pas uniquement la psychiatrie. Le PTSM pourrait être le maillon central de l'organisation territoriale de la psychiatrie : sa taille permet l'implantation de l'ensemble des dispositifs spécialisés inclus dans le « panier de soins ». De plus, il

recoupe souvent le périmètre des départements, or ceux-ci ont en charge la solidarité et le financement du secteur médico-social : cela permet au conseil départemental d'avoir un interlocuteur sur les sujets de santé mentale. Il s'agit aussi du périmètre des délégations départementales des Agences régionales de santé (DDARS). Le PTSM pourrait être l'opérateur en charge d'organiser sur le territoire les quatre fonctions de la psychiatrie. Nous proposons d'élargir ses compétences et de le doter de plus de leviers d'actions, pour retrouver une approche territoriale plus opérationnelle de la psychiatrie. Nous proposons en particulier d'étudier les réaménagements suivants :

- un élargissement de la composition des PTSM avec la participation de représentants d'usagers et de leurs proches, de la DDARS, du conseil départemental, de la maison départementale des personnes handicapées, des représentants d'autres spécialités ainsi que des professionnels libéraux, des représentants des établissements de psychiatrie privés et publics (binôme directeur-président de CME)... ;
- un pouvoir de décision accru sur l'organisation de l'offre de soins, avec comme objectif principal l'égalité d'accès aux soins ;

– une capacité de financement de la psychiatrie. Ce point semble particulièrement important. Aujourd'hui, le financement de la psychiatrie est affecté par les agences régionales de santé (ARS) aux différents établissements. Les effets pervers de concurrence entre hôpitaux sont connus et difficilement compatibles avec une cohérence territoriale de l'offre de soins. Plus important encore, nous soulignons dans ce travail combien il est difficile mais crucial d'opérer une bascule d'un système hospitalo-centré vers un système dont le centre de gravité est l'utilisateur. Comment l'hôpital peut-il se recentrer sur ses missions avec l'organisation actuelle de notre système de santé ? Il y a donc une réflexion à mener sur l'affectation au PTSM, et non plus aux établissements, de tout ou partie des financements dédiés à la psychiatrie sur le territoire. Dans cette hypothèse, il faudrait repenser intégralement l'articulation des parties prenantes du PTSM et leur intégration au sein d'un opérateur territorial.

Localement, il s'agirait donc de se recentrer sur deux maillages : celui des CLSM, homologues citoyens du secteur psychiatrique, et celui du PTSM. Un travail de clarification sera nécessaire vis-à-vis des autres structures actuellement existantes et non abordées ici (GHT, CPT, PMP...).

L'articulation avec l'échelon régional

Le lien naturel entre le PTSM et l'échelle régionale passe par les ARS. Celles-ci possèdent des délégations départementales souvent peu étoffées. Il serait intéressant que les compétences et moyens des DDARS sur la psychiatrie et la santé mentale soient accrus, et indispensable qu'elles siègent au sein des PTSM, afin de resserrer les liens entre politique régionale et projet territorial.

À l'échelle de la région, les compétences sur lesquelles il nous paraît pertinent d'insister sont :

- le financement par les ARS des PTSM (dans l'hypothèse où ce seront aux PTSM que serait affecté tout ou partie du budget de la psychiatrie) ;
- les autorisations délivrées aux établissements de santé par les ARS, pour lesquelles une plus grande cohérence serait souhaitable, basée sur les objectifs nationaux. Par exemple, il est difficilement compréhensible que dans une même région des lits soient fermés dans le secteur public qui accueille des troubles sévères, tandis que d'autres sont ouverts dans le privé lucratif qui prend traditionnellement en charge des troubles modérés ;
- la mise en commun de savoir-faire en termes d'organisation, d'autant plus importante dans un contexte de transformation. Il s'agirait de créer dans chaque région des commissions thématiques regroupant les professionnels exerçant des activités similaires. Par exemple, une commission « urgences » permettrait aux responsables de structures d'urgence psychiatrique d'échanger sur leurs organisations respectives, permettant une visibilisation et une transmission des initiatives présentes dans l'ensemble de la région. Cette visibilité et la diffusion qui en découle font cruellement défaut aujourd'hui. Ces groupes thématiques pourraient être l'instance de pilotage des évaluations médico-économiques qu'ils souhaitent lancer. Les résultats de ces travaux région par région pourraient être mis en commun nationalement, permettant une vision nationale des initiatives présentes sur le terrain. À l'inverse, les commissions thématiques régionales pourraient être appuyées à leur demande par une structure nationale répertoriant l'ensemble des initiatives et ressources disponibles¹ ;
- enfin, l'échelon régional est pertinent pour le déploiement de projets de recherche et la mise en commun de moyens humains et financiers dédiés à la recherche et accessibles à tous par l'installation de comités régionaux.

1. De telles structures sont actuellement nombreuses. Citons l'Agence nationale de la performance médicosociale et sanitaire (ANAP), le Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale (CPPSN), le Psycom, le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS)...

Un pilotage national intégratif et cohérent

Il faudra, enfin, s'attacher à redéfinir le pilotage national de la psychiatrie. Certains acteurs demandent la création d'un opérateur national, par exemple sous forme d'agence¹. D'autres évoquent l'élargissement de la mission ministérielle. Tous sont d'accord sur la nécessité d'une plus grande cohérence dans le pilotage de la discipline. L'échelle nationale a vocation à :

- définir l'organisation et les moyens de la psychiatrie dans le cadre de la réforme à venir, en concertation avec l'ensemble des acteurs ;
- fixer et allouer les moyens financiers afférents ;
- garantir l'exécution des politiques décidées et en évaluer l'efficacité ;
- être un espace de ressources pour les acteurs de terrain, sur les pratiques comme sur les organisations ;
- être l'interlocuteur au niveau national des différentes institutions impliquées sur le sujet de la psychiatrie.

Au regard de ces missions et des propositions formulées dans ce rapport, il est proposé la création de deux entités en s'appuyant au maximum sur les structures déjà existantes : un décideur politique et une instance de dialogue et d'expertise. Concernant le décideur politique, l'installation en 2019 d'un délégué ministériel à la psychiatrie et à la santé mentale était un premier pas. Mais au regard du caractère transversal des enjeux, nous proposons la création d'une délégation interministérielle, rattachée au Premier ministre, qui participe à la définition des orientations politiques et en coordonne la mise en œuvre, en lien avec les administrations concernées (DGOS², DGS³, Assurance-maladie...).

Nous proposons également la création d'une Agence nationale pour la recherche, l'innovation et l'évaluation en santé mentale, dotée des missions suivantes :

- la proposition d'objectifs nationaux pour la recherche en santé mentale ainsi que de la trajectoire budgétaire de la recherche publique en psychiatrie ;
- l'évaluation médico-économique des politiques de santé mentale déployées, en lien avec les régions ;
- la mise en commun de ressources à l'attention de l'ensemble des acteurs, ainsi que l'évaluation de ces ressources. Elles sont actuellement nombreuses, éparpillées entre des acteurs multiples, qu'il conviendra de réunir en favorisant les collaborations. Elles seront aussi issues des acteurs de terrain : pour la psychiatrie, ce seront les remontées des commissions thématiques régionales. Les ressources proposées par cette agence incluraient les recommandations de bonnes pratiques en psychiatrie, en complément de celles de la Haute Autorité de santé (HAS). Concernant la psychiatrie, l'identification des dispositifs efficaces et l'élaboration des recommandations de bonne pratique pourra s'inspirer du fonctionnement du CNPP-CNQSP (Conseil national professionnel de psychiatrie-Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie), dont le rôle et la visibilité seraient élargis ;
- un rôle de conseil à la délégation interministérielle à la santé mentale.

La composition de cette agence doit être représentative et inclure les usagers et leurs proches au même titre que les autres acteurs.

Après avoir explicité le cadre dans lequel se déploierait une réforme de la psychiatrie et les grandes lignes de son contenu, nous allons désormais détailler les enjeux qu'elle devra traiter.

1. Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Paris, Fayard, 2018.

2. Direction générale de l'offre de soins.

3. Direction générale de la santé.

La psychiatrie face à la société : l'urgence du dialogue

La psychiatrie est une discipline méconnue et énigmatique, qui ne fait surface dans le débat public qu'à l'occasion de faits divers ou de mouvements sociaux. Inflammable et complexe, le sujet n'est pas porté politiquement. Il est au contraire régulièrement utilisé pour appuyer d'autres politiques, notamment de sécurité. Le discours de 2008 de Nicolas Sarkozy suite à un meurtre commis par une personne hospitalisée a marqué au fer rouge la profession¹ : le président de la République y annonçait un « plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques », incluant par exemple la « géolocalisation de [...] patients hospitalisés sans leur consentement qui, si cela se produit, déclenche automatiquement une alerte », estimant que l'hôpital psychiatrique a vocation à protéger la société des malades. Plus récemment, un ministre de l'Intérieur a demandé que tous les psychiatres se mobilisent sur le repérage de la radicalisation². Le risque d'instrumentalisation à des fins de contrôle social ou sécuritaire est inhérent à la discipline, il est important de le souligner. Il est en effet frappant de constater l'absence de réaction en dehors des personnes concernées lors de telles polémiques. La pauvreté de la discussion publique sur la psychiatrie est encore moins compréhensible lorsqu'on sait qu'un tiers de nos concitoyens seront affectés par un trouble psychique au cours de leur vie et que, chaque année, deux millions de Français sont pris en charge en psychiatrie³.

Le mouvement de relégation des « malades mentaux » dans le champ de l'invisible est profond et ancien. Il a présidé à la création même des asiles. Il

se manifeste aujourd'hui par cette indifférence face à la psychiatrie et ses usagers, la poussant à un fonctionnement en vase clos. Une psychiatrie qui subit cette insidieuse mise au ban de la société acte dans le même mouvement l'inévitable stigmatisation des patients et l'impossibilité d'une pleine citoyenneté pour eux. Faire revenir la psychiatrie dans le champ du débat public n'est donc pas qu'une question de vulgarisation d'une spécialité qui se vit comme le parent pauvre de la médecine. C'est la condition pour qu'elle soit plus utile à ses usagers et en prise avec son époque et la société dans laquelle elle évolue.

Redéfinir les rapports entre la psychiatrie et la société : un nécessaire dialogue démocratique

Faire entrer la psychiatrie dans le débat démocratique est une nécessité à plusieurs titres. Comme les autres spécialités, elle doit s'adapter à l'évolution constante de la relation de soins, loin de l'approche paternaliste historique. Elle redéfinit ses objectifs : l'approche n'est plus uniquement curative, mais intègre des objectifs pragmatiques et exprimés par les personnes. De la même manière que l'oncologie a intégré les notions de « survie sans symptômes » et de « qualité de vie » dans la réflexion soignante et la recherche,

1. Déclaration de Nicolas Sarkozy, président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque, à Antony le 2 décembre 2008.
2. Jean-Philippe Rivière, « Gérard Collomb lie la psychiatrie au terrorisme : tollé des professionnels, Agnès Buzyn lui répond », VIDAL, 31 août 2017.
3. Zachary Steel, Claire Marnane, Changiz Iranpour, Tien Chey, John W Jackson, Vikram Patel et *al.*, « The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013 », article cité.

les soins psychiques ne s'attachent plus uniquement à faire disparaître des symptômes, mais doivent intégrer pleinement les attentes et projets de la personne concernée par les soins. Par ailleurs, les troubles psychiques concernent une large proportion de la population, apparaissent en partie déterminés par des facteurs socio-économiques et se manifestent notamment dans la relation à l'autre. Ceci fait probablement de la psychiatrie la spécialité médicale la plus intimement liée à la vie de la société car susceptible à plusieurs titres de concerner tous les Français. Cet investissement collectif est d'autant plus nécessaire que les soignants sont soumis à des injonctions contradictoires dont la résolution ne peut être abandonnée et arbitrée par les seuls professionnels, la plus emblématique étant celle de l'impératif de « gestion des risques » liés aux troubles, en opposition au respect des droits fondamentaux de la personne. Pour toutes ces raisons, il est fondamental que la société clarifie, exprime et hiérarchise, au travers de ses institutions, ses ambitions pour la discipline. Le dialogue ne se décrétant pas, il faut un cadre clair et des acteurs engagés.

Nous pouvons ainsi distinguer deux niveaux de dialogue, pour lesquels nous formulons des propositions de mise en œuvre.

Le premier niveau est celui d'un dialogue national dans le cadre de nos institutions. Comme évoqué, il sera utile que la santé mentale, dont la psychiatrie, soit déclarée grande cause nationale au vu de l'importance et de la complexité du sujet. Une première étape de l'engagement des pouvoirs publics sur la santé mentale serait l'élaboration d'une loi-cadre sur la psychiatrie et la santé mentale, déjà demandées par plusieurs psychiatres et responsables politiques¹. Loin d'un texte technique, il s'agit de fixer clairement les objectifs de la France en termes de santé mentale et d'instaurer un cadre clair pour toutes les mesures à venir. Cette loi-cadre ouvrira ensuite la voie à une réforme ambitieuse de la psychiatrie.

Le second niveau est celui du dialogue entre citoyens. C'est un niveau plus subjectif qui correspond

à l'appropriation du sujet de la psychiatrie par tous. Le portage politique l'influence, tout comme le traitement médiatique. La sensibilisation et l'implication des citoyens aux questions de santé mentale y contribuent aussi et, à cet égard, il faut se féliciter de l'annonce en septembre 2021 de l'objectif de 60 000 personnes formées en premiers secours en santé mentale (PSSM) à l'horizon 2023 et de l'essor des ambassadeurs en santé mentale. C'est une trajectoire à poursuivre. À l'échelle des territoires, ce dialogue se fait aussi au sein des CLSM, qui réunissent élus, représentants des usagers et acteurs de la santé mentale, en lien avec les autorités de l'État. Ces CLSM ne sont aujourd'hui pas installés sur tout le territoire, or il s'agit d'espaces de dialogue à taille humaine². Leurs missions et leur composition pourraient être élargies, notamment en mettant l'accent sur la lutte contre la stigmatisation, en ouvrant certaines séances au public et en conviant les journalistes locaux à certaines sessions. Il pourrait aussi être un organe de consultation pour les collectivités locales, par exemple sur certains aménagements urbains ou dans le cadre de politiques de prévention. Parce que cet espace de dialogue est important, nous suggérons un engagement des pouvoirs publics en faveur de l'accélération de leur déploiement. Enfin, dans ce dialogue entre citoyens, il faut se réjouir de la multiplication des prises de parole publique par des personnes concernées, qui aide à la déstigmatisation³.

La participation des usagers et de leurs proches, un impératif transversal

Les premiers concernés par la psychiatrie, ses pratiques et ses organisations sont les personnes dont elle s'occupe et leurs proches. Il convient donc d'avoir l'obsession d'une authentique conversation avec les patients et leurs familles. Historiquement, le modèle

1. Daniel Zagury, *Comment on massacre la psychiatrie française*, Paris, L'Observatoire, 2021, et « Antoine Pelissolo et Boris Vallaud : "Il est urgent de faire de la santé mentale et de la psychiatrie une grande cause du prochain quinquennat" », *Le Monde*, 6 septembre 2021.

2. *Impact du Covid-19 sur la santé mentale. Rapport de l'HCSP, op. cit.*

3. Et notamment celles de célébrités, comme les exemples récents du chanteur Stromae, du rappeur Gringe, de la tennismoman Naomi Osaka...

médical était un modèle descendant, paternaliste, dans lequel le médecin était l'unique détenteur d'une expertise à vocation universelle. Cette conception a largement évolué ces dernières décennies : le médecin, le soignant sont en fait détenteurs d'un savoir théorique, dont l'articulation avec les savoirs expérimentiels de la personne concernée permet de mieux comprendre ses besoins et d'y répondre plus efficacement¹. Nous abordons la participation des usagers à leur parcours de soins tout au long de ce propos, car c'est un élément central autour duquel doivent se réorganiser les pratiques.

Le niveau d'engagement des usagers qui nous intéresse ici est celui de leur participation aux politiques de santé. Il s'agit d'un objectif largement promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et par les autorités françaises². Il s'agit d'évoluer vers un système de santé plus démocratique par souci d'efficacité, comme le résume la constitution de l'OMS : « Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations. » C'est ce qui sous-tend l'essor de la santé dite « communautaire », au sens anglo-saxon du terme, auquel nous préférons celui de « santé citoyenne ». La co-construction des politiques de santé permet une meilleure prise en compte des spécificités de la population concernée, tant sur leurs besoins en santé que sur la pertinence des actions de santé publique menées. Il existe en France une volonté affichée d'avancer sur cette voie, mais elle peine à se concrétiser : le niveau d'engagement des usagers est souvent limité à une information sur les décisions prises. Au niveau local, la représentation des usagers au sein des instances est trop hétérogène et dépend de la présence de volontaires, de l'existence d'associations locales et de la mise à disposition de moyens par les établissements. À l'échelle de la région, les conférences régionales de la santé et de l'autonomie

(CRSA) incluent des usagers et sont censées être partie prenante de l'élaboration des projets régionaux de santé (PRS). Ces instances ont en pratique peu de pouvoir, sont peu accessibles au grand public et accueillent surtout des personnes maîtrisant les codes et le vocabulaire du milieu sanitaire³. Nous proposons de décliner la participation aux politiques de santé à tous les échelons dans le cadre de la refonte de l'organisation territoriale de la psychiatrie et de la santé mentale. De nombreuses propositions et ressources sont déjà disponibles sur le sujet⁴, et les expériences internationales sont riches d'enseignement, en particulier sur le fait qu'associer les usagers aux décisions publiques demande du temps, de la volonté, et ne saurait se limiter à la mise en place d'organes consultatifs. Schématiquement, il s'agirait :

- à l'échelle d'un établissement, d'augmenter le nombre de représentants d'usagers et ceux de leurs proches, de leur permettre de siéger pleinement dans le conseil de surveillance et de participer activement à l'élaboration de la politique de l'établissement ;
- à l'échelle du CLSM et du PTSM, de systématiser leur présence et d'assurer une participation active à la prise de décision en s'appuyant sur les recommandations disponibles⁵ ;
- à l'échelle régionale, de renforcer les prérogatives des CRSA ;
- à l'échelle nationale, de privilégier systématiquement la concertation dans l'élaboration de la politique en psychiatrie et en santé mentale, en associant les usagers et leurs proches, ainsi que le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ;
- de manière transversale, de lancer une réflexion sur la rémunération de ces représentants.

Pour accompagner cette participation, nombre de ressources existent : citons la mission « participation des usagers » du Psycom, par exemple. Pour avancer

1. La notion de savoir expérimentiel fait l'objet aujourd'hui de nombreuses recherches et réflexions en sciences humaines et sociales et en santé.

2. Voir la Constitution de l'OMS, 2006, et la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé 2002-303, 4 mars 2002.

3. Florian Porta Bonete, *Implication des élus locaux dans les politiques de santé mentale*, mémoire, université de Bordeaux, 2020.

4. *Participation des usagers de services de santé mentale et de leurs aidants - quelques exemples européens*, GCS pour la recherche et la formation en santé mentale, 2022, et Michel Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale*, op. cit.

5. *Participation des usagers de services de santé mentale et de leurs aidants - quelques exemples européens*, op. cit., 2022.

vers cet objectif d'une pleine participation des usagers et de leurs proches, il faudra aussi réfléchir à la question de la représentativité. Il sera également important de distinguer, d'une part, les personnes prises en charge et, de l'autre, leurs aidants, car leurs problématiques sont différentes et il règne souvent une confusion à ce sujet. Mais la notion de participation des usagers dépasse les politiques de santé et inclut aussi la possibilité de prendre la parole pour témoigner, en direction du grand public ou de publics ciblés (les étudiants en médecine, les travailleurs sociaux...) : c'est aussi un enjeu de communication par les personnes concernées.

Médias et psychiatrie : une responsabilité partagée face aux défis

Dans le dialogue entre société et psychiatrie, les médias ont un rôle de premier plan. Les rapports entre journalistes et professionnels sont cependant empreints d'une incompréhension chronique. Pour les journalistes, la psychiatrie est un monde technique et difficile d'accès, qui ne concerne qu'une fraction marginale (dans tous les sens du terme) de la population. Il est, par exemple, sidérant de constater que l'absence de cadre juridique autour de l'isolement et de la contention, généré par un imbroglio législatif fin 2021, n'a presque pas été traitée par la presse¹. Plusieurs raisons expliquent ce traitement médiatique lacunaire de la psychiatrie :

- les représentations des journalistes sur la psychiatrie peuvent être erronées, voire stigmatisantes, à l'instar de la population générale comme des professionnels de santé ;
- la psychiatrie est un univers difficilement lisible, dépourvue d'instance représentative repérée ;
- la technicité du sujet rend son traitement compliqué du fait de la structuration de la presse : hormis les grandes rédactions, rares sont les médias à avoir

- des journalistes spécialisés sur le sujet et les délais de rédaction sont de plus en plus contraints ;
- le choix fréquent de travailler sur la psychiatrie *via* le service « police/justice » plutôt que le service « santé » est de nature à privilégier un angle sécuritaire basé sur des faits divers.

De leur côté, les professionnels de la psychiatrie sont méfiants à l'égard des médias après des années de traitement médiatique jugé parcellaire, sensationnaliste et stigmatisant. Ils peinent à exprimer la complexité de leur métier, craignent l'instrumentalisation de leurs propos, rechignent à ouvrir les portes des services aux médias et déplorent d'être sollicités sur des faits divers ou des débats de société plutôt que sur leur travail. Il s'agit pourtant d'un sujet qui concerne tous les citoyens et sur lequel les médias ont une responsabilité importante. Le traitement médiatique impacte directement la prévention : c'est pour cette raison, par exemple, qu'un programme de prévention du suicide appelé « Papageno » a été créé². Il part du constat que la manière de parler du suicide d'une personne a un impact sur l'effet de contagion : un article, une prise de position publique, peut contribuer à augmenter ou diminuer le nombre de suicides en population générale. L'argument de la santé publique devrait suffire à convaincre les acteurs de la psychiatrie et les médias à prendre ensemble leurs responsabilités. Pour permettre cette dynamique, quelques propositions simples :

- généraliser, sur le modèle du programme Papageno, l'intervention de professionnels en formation (en particulier les internes en psychiatrie) et d'usagers dans les écoles de journalisme. À l'inverse, il serait intéressant de proposer plus de stages d'observation en psychiatrie aux étudiants en journalisme. Le retour d'expérience nous apprend en effet que le « jumelage » entre promotions d'internes et de journalistes permet un dialogue fécond ;
- développer l'éducation à l'information et la formation à la communication pour les professionnels de psychiatrie, dès la formation initiale, mais aussi pour les usagers qui le désirent. Il ne s'agit pas simplement d'une sensibilisation à l'univers médiatique,

1. Éric Favereau, « Depuis le 1^{er} janvier, des malades en psychiatrie sont attachés ou enfermés en toute illégalité », *Libération*, 11 janvier 2022.

2. Programme Papageno : <https://papageno-suicide.com/>.

mais aussi de pouvoir aider ceux qui souhaitent informer et partager à le faire (podcasts, webradio, supports écrits...);

- multiplier les campagnes d'information ciblées, en tenant compte des préconisations disponibles¹.

Ajoutons que la création d'une Agence nationale pour la recherche, l'innovation et l'évaluation en santé mentale faciliterait l'accès des journalistes à des ressources fiables et consensuelles.

École, santé mentale et psychiatrie

Le sujet de la santé mentale des enfants et adolescents est passé au premier plan durant la pandémie de Covid-19 avec l'explosion du recours à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'accent a logiquement été mis sur la pédopsychiatrie lors des dernières décisions gouvernementales. L'effort pour cette discipline est à amplifier, et c'est également l'occasion de repenser la place de la santé mentale à l'école. Les actions de promotion de la santé des élèves font en effet partie des missions de l'Éducation nationale et il s'agit d'un lieu utile de repérage de la souffrance psychique². Il s'agirait donc de déployer une stratégie nationale de promotion de la santé mentale et de prévention en milieu scolaire, en s'inspirant des outils existants³ et des comparaisons internationales. Citons l'exemple du Québec, qui propose une approche graduée en fonction des besoins de l'enfant⁴. Il sera nécessaire de former les personnels de l'Éducation nationale à la promotion de la santé mentale et au repérage dans chaque établissement scolaire. Si la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent n'a pas vocation à intervenir en première ligne sur ce sujet, son concours sera nécessaire :

- dans l'élaboration de la stratégie nationale et des outils de promotion et de prévention ;
- dans la formation du personnel éducatif ;

- dans le renforcement des coopérations entre l'ensemble des acteurs impliqués.

Psychiatrie et justice : des liens multiples à réorganiser

Les liens entre psychiatrie et justice sont anciens, multiples et nécessaires. La justice encadre certaines pratiques attentatoires aux libertés individuelles en psychiatrie, tels l'isolement, la contention et les soins sans consentement. À l'inverse, la psychiatrie apporte un éclairage à la justice *via* sa fonction d'expertise, prend en charge certaines victimes, dispense des soins pénalement ordonnés et intervient dans les lieux de détention pour soigner les détenus. Cette interface entre la psychiatrie et la justice se traduit par des lieux dédiés, comme les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui accueillent les détenus nécessitant des soins hospitaliers, les services médico-psychologiques régionaux (SMPR), qui dispensent des soins psychiatriques à l'intérieur des prisons, ou encore les unités médico-judiciaires (UMJ). Elle se traduit aussi par l'existence d'une psychiatrie dite « légale » ou « médicolégale » : la spécificité de cet exercice et les connaissances qu'il mobilise nécessitent une surspécialisation des professionnels. Le sujet est riche de questions éthiques, notamment sur les notions de discernement, de responsabilité, du respect des droits ou du soin contraint. Il s'agit de l'un des rares sujets touchant à la psychiatrie qui fait régulièrement irruption dans le débat public, de manière souvent émotionnelle : l'affaire Halimi en 2020, ou l'affaire Romain Dupuy en 2004 en sont des exemples connus. La difficulté de l'interface psychiatrie/justice réside à la fois dans la nécessité d'un langage commun à deux communautés professionnelles chacune très technique, et dans une nécessaire vigilance à ce que les rôles de chacun restent clairs. Les points d'incompréhension

1. Citons ici notamment les travaux du Psycom.

2. Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République.

3. Là encore, le Psycom agrège des ressources précieuses en la matière.

4. *Guide santé mentale en milieu scolaire*, centre de services scolaire Marguerite-Bourgeoys, Québec, avril 2021, p. 36.

sont multiples, alimentés par l'inflation de la charge de travail des magistrats comme des psychiatres du fait des modifications législatives successives.

Il est essentiel que ces deux univers, différents, mais régulièrement amenés à interagir, puissent se connaître et parler un langage commun. Plusieurs initiatives en ce sens sont à saluer, tels les stages d'observation en psychiatrie proposés aux futurs magistrats, l'accueil de magistrats installés dans le cadre de la formation continue ou les sessions « psychiatrie et justice pénale » de l'École nationale de la magistrature. Ces ponts entre justice et psychiatrie méritent d'être développés, car ils permettent une communication plus fluide et une meilleure connaissance des missions et limites de l'autre. Mais il paraît important de ne pas se contenter de ce dialogue à hauteur d'homme et d'installer un espace d'échange institutionnel et durable. Nous proposons ainsi une mission nationale permanente d'observation et de conseil, réunissant notamment magistrats et experts psychiatres, sous l'égide des deux ministères concernés (Justice et Santé). Elle participerait à réduire le risque d'instrumentalisation et de politisation de questions éthiques majeures, en plus d'être force de propositions sur l'organisation des liens entre justice et psychiatrie.

Il est enfin important d'aborder le sujet des expertises psychiatriques dont le nombre est en augmentation constante. Parmi les expertises pénales ordonnées par les magistrats, 81 % sont psychiatriques. Ce sont les expertises les plus visibles médiatiquement, mais les expertises civiles sont également nombreuses et chronophages. Tout psychiatre peut être amené à examiner une personne à la demande de la justice : pour évaluer la compatibilité de l'état de santé avec le maintien d'une garde à vue, par exemple, ou pour réévaluer une mesure de protection. En plus de ces examens que tout professionnel doit savoir réaliser, certains choisissent de se spécialiser dans l'expertise au sens large. Mais leur rémunération n'est pas adaptée à leur travail, comme l'a souligné le Sénat en 2021 : les tarifs sont fixes et compris entre 312 et

448,5 euros en fonction du statut du praticien, avec un tarif maximal de 750 euros pour les expertises dites « hors normes »¹. La rémunération est donc décorrélée du temps de travail mobilisé par l'expertise. Les experts psychiatres sont aussi de moins en moins nombreux : le nombre d'inscrits sur les listes des cours d'appel est passé de 800 en 2007 à 356 en 2021². Il s'agit pourtant d'une lourde responsabilité et il est impératif que la qualité de la formation et le statut soient à la hauteur des enjeux. Sur le premier point, la création récente d'une formation complémentaire est à saluer. Mais au-delà, nous formulons les propositions suivantes :

- la formation « de premier niveau » en psychiatrie légale doit faire partie du tronc commun de la formation des psychiatres, afin de les doter des compétences nécessaires aux examens les plus fréquemment demandés par la justice ;
- la spécialisation des psychiatres qui souhaitent exercer la psychiatrie médico-légale doit être harmonisée et valorisée ;
- le statut des experts et leur rémunération sont à remettre à plat, pour des raisons d'attractivité et de qualité des expertises produites.

Le dialogue entre la justice et la psychiatrie ne se contentera pas de mesures ponctuelles : il s'agit d'un processus dynamique qui doit prendre en compte les évolutions de chaque champ et celles de la société dans le cadre d'un espace d'échange identifié. C'est tout le sens de la création d'une mission nationale permanente d'observation et de conseil.

Dialogue bien ordonné commence par soi-même

Pour faciliter l'entrée de la psychiatrie dans la discussion publique, il faudra poser la question de la représentativité et du dialogue au sein de la profession. Beaucoup de partenaires soulignent la difficulté à

1. Jean Sol, Jean-Yves Roux, *Expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : mieux organiser pour mieux juger*, Rapport d'information n° 432, Sénat, mars 2021.

2. Jean-Baptiste Jacquin, « La justice confrontée à la crise profonde de l'expertise psychiatrique », *Le Monde*, 6 juillet 2021.

interagir avec « la psychiatrie » : qui la représente et qui représente les psychiatres ? Le paysage est morcelé entre de nombreux acteurs. En conséquence, le dialogue entre psychiatres est difficile, tout comme la concertation avec l'ensemble des acteurs de la spécialité. Cela empêche de porter une parole commune, pourtant incontournable car c'est la garantie :

- de pouvoir exprimer clairement aux autorités de tutelles les besoins de la discipline ;
- de pouvoir entrer pleinement dans le débat public avec une voix identifiée, qui soit un interlocuteur légitime aux yeux de tous.

La « parole commune » évoquée à l'instant n'est pas la domination d'une parole ou d'une théorie sur les autres. Il s'agit à l'inverse de consensus issus d'un dialogue constant. Peut-être faudra-t-il commencer par s'accorder sur les grands principes qui rassemblent l'ensemble des acteurs et serviront de matrice à la réforme de la psychiatrie.

Des soins dignes et efficaces pour tous

Le rétablissement comme boussole

Depuis plusieurs années déjà, la notion de rétablissement s'impose comme un nouveau paradigme en psychiatrie. Le rétablissement est une notion issue des usagers de la psychiatrie¹ : il s'agit de laisser à la personne concernée un pouvoir d'agir et une autonomie, en s'appuyant sur ses attentes vis-à-vis des soins, ses projets, ses besoins et ses ressources. Il met aussi l'accent sur le respect des droits et de la dignité de la personne. Anodin formulé ainsi, ce concept a des implications profondes. Il dépasse un modèle médical qui s'attachait à traiter les symptômes et avait pour finalité la guérison. Plus que la guérison, ce sont la qualité de vie de la personne et le respect de son autonomie qui importent. Cela impose une écoute attentive, une personnalisation des soins et un changement de posture. On peut voir dans l'émergence de cette notion la traduction d'une intuition ancienne : le soin est véritablement efficace lorsque le savoir théorique du soignant parvient à s'articuler avec le savoir issu de l'expérience du patient². Ce changement impacte la posture du soignant dans la relation de soins autant que la manière d'organiser les soins. Et, au-delà, il impose aux soignants d'accepter qu'une partie de ce que la personne considère comme essentiel à son rétablissement soit en dehors du champ sanitaire, donc en dehors de leur champ d'action. Cette évolution majeure s'inscrit dans une transformation plus profonde de nos sociétés : les personnes

ne souhaitent pas seulement que la médecine traite les maladies, elles veulent pouvoir prendre soin de leur santé par elles-mêmes et de manière globale. L'une des conséquences est un sentiment de fragilisation des identités professionnelles, puisque cela va à l'encontre de la tradition paternaliste et directive en médecine. L'émergence de la notion de rétablissement nécessite non seulement de former les professionnels, mais aussi de réfléchir métier par métier à la manière de réorganiser les pratiques.

De nombreux services et pratiques issus de la santé dite « communautaire » s'inspirent déjà de cette manière de soigner. Le dispositif « Un chez-soi d'abord », apparu aux États-Unis et en cours de généralisation en France, en est un bon exemple : il permet à des personnes sans logement et souffrant de troubles psychiques d'accéder à un hébergement, puis de satisfaire aux besoins qu'elles expriment (accompagnement social, recherche d'activité, lien social ou accès aux soins). Ici, le sanitaire n'est qu'une partie de ce que la personne utilise pour se rétablir, il vient en complément du respect des droits fondamentaux et des projets de vie de la personne. Par conséquent, la forme juridique des « Un chez-soi d'abord » est un partenariat entre le soin et le travail social. Au-delà de cet exemple, les initiatives de terrain inspirées du rétablissement sont multiples, mais trop peu visibles et trop peu diffusées. À l'inverse, elles sont répertoriées et promues par de nombreux acteurs nationaux dont il faut saluer le travail³, mais là aussi force est de constater que leur diffusion reste limitée. Promouvoir ces initiatives et intégrer le

1. Initialement, le concept a été développé aux États-Unis, notamment au sein du mouvement des survivants de la psychiatrie.

2. Boris Nicolle et Christophe Gauld, « Le concept d'injustice épistémique en psychiatrie : quels apports, de la clinique à la classification des troubles mentaux ? », *Annales médico-psychologique, revue psychiatrique*, 23 janvier 2021.

3. Citons l'ANAP, le Psycom, le CCOMS, le travail des centres ressources...

concept de rétablissement dans nos pratiques et organisations est un enjeu majeur auquel peut répondre la création de commissions thématiques régionales et d'une agence nationale.

Sortir de l'hôpital

Certains objectifs du rétablissement ne sont pas nouveaux : une philosophie proche a présidé à la mise en place de la politique dite « de secteur », qui est aujourd'hui encore la pierre angulaire de la psychiatrie publique. Mise en place il y a près de cinquante ans, elle installe une approche territoriale permettant un accès aux soins pour tous et au plus près du domicile. Chaque bassin de vie (« secteur »), équivalant à l'époque à 70 000 habitants, bénéficie d'une unité d'hospitalisation et d'un centre médico-psychologique (CMP) où exercent les mêmes psychiatres. Le CMP était pensé comme le lieu principal de la prise en charge, capable d'assurer des missions de prévention, d'intervention au domicile, d'hospitalisation de jour, d'accueil d'urgence notamment¹. Après un demi-siècle, les objectifs ne sont pas remplis : le système de soins reste hospitalo-centré et les CMP sont réduits à des centres de consultation publique. Le nombre de patients hospitalisés à temps complet, après avoir chuté de 475 000 par an en 1981 à 250 000 en 1991, augmente de nouveau pour s'établir à 340 000 en 2018². L'hôpital psychiatrique agit comme un aimant, attirant constamment l'attention des soignants, administrateurs et autorités, et transformant les CMP et autres dispositifs ambulatoires en variables d'ajustement. Ce fut flagrant lors de la pandémie de Covid-19, marquée par un fort absentéisme soignant : lorsque le personnel à l'hôpital manque, ce sont les effectifs ambulatoires qui viennent remplacer, quitte à fermer une équipe mobile ou un CMP. Sur le plan sanitaire, c'est un contresens. Moins il y a de soins extrahospitaliers, plus les personnes sont prises en charge tardivement et dans

des situations complexes et, donc, nécessiteront une hospitalisation, qui sera d'autant plus longue qu'il n'y a pas de soins ambulatoires pour accompagner la sortie... Ce cercle vicieux fait de l'hôpital le lieu de soins central, centré sur lui-même, délaissant le travail avec les partenaires (médicosociaux, sociaux, le secteur libéral, les autres spécialités, les espaces de prévention étudiant ou scolaire...). Les conséquences pour la population sont lourdes : retard d'accès aux soins, complications, recours accru aux hospitalisations sans consentement et aux urgences, augmentation des coûts. Il est donc urgent de questionner le rôle et l'organisation des hôpitaux psychiatriques.

Interroger le rôle de l'hospitalisation plutôt que le nombre de lits

Hormis certaines unités surspécialisées, l'hospitalisation en psychiatrie est utile lors des situations de crise et doit être la plus brève possible. Elle est le lieu de soins intensifs, avec du personnel formé et disponible et une offre thérapeutique complète. Il s'agit d'une parenthèse dans la prise en charge, dont le centre de gravité reste le lieu de vie de la personne. Il est urgent que l'hôpital psychiatrique se recentre sur ses missions. S'il y parvient et qu'en même temps les structures extrahospitalières s'étoffent, les soins seront plus accessibles, plus efficaces, plus satisfaisants pour les personnes comme pour les soignants. Cela nécessite une impulsion extrêmement forte : c'est tout le sens d'ouvrir la question du financement de la psychiatrie par les PTSM et non plus par les hôpitaux. L'échec du virage ambulatoire dans une spécialité qui avait pourtant déjà innové en inventant la politique du secteur témoigne en effet de l'inertie du système. À rebours d'autres spécialités, l'augmentation du nombre de lits en psychiatrie ne serait pas une bonne nouvelle, mais un constat d'échec : cela signifierait l'incapacité à soigner ailleurs qu'à l'hôpital. Une réforme sérieuse de la psychiatrie ne saurait se réduire au nombre de lits ouverts ou fermés. Une politique qui consisterait uniquement à augmenter

1. « Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement », Légifrance.

2. « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie », Cour des comptes, février 2021.

le nombre de lits serait une mesure d'affichage, certes bruyante, mais qui acterait un retour en arrière peu souhaitable.

« Aller vers »

Recentrer l'hôpital sur ses missions et limiter le recours à l'hospitalisation aux situations qui l'imposent nécessitent de développer considérablement l'offre de soins extrahospitalière. C'est ce qu'ont fait de nombreux pays, en particulier le Royaume-Uni et l'Australie, en développant les soins dits « dans la Cité ». Ils sont dispensés au plus près de l'utilisateur grâce à une gamme variée de services (équipes mobiles, accueil résidentiel de crise, offre élargie de consultation...). En France, de nombreuses équipes adoptent cette approche dite d'« aller vers » et s'organisent sur le terrain. Mais en l'absence de cadre réglementaire adapté et au sein d'un système hospitalo-centré, ces équipes restent marginales dans le parcours de soins, quand elles ne disparaissent tout simplement pas. Certaines équipes mobiles consultent uniquement dans leur bureau et finissent en effet par disparaître, parce que leur rôle n'est pas compris et que les effectifs manquent dans d'autres services. Au-delà des usagers, il est aussi important d'aller vers tous les partenaires avec qui la psychiatrie est amenée à travailler, sanitaires ou non. Trois prérequis sont nécessaires pour diffuser largement cette culture de l'aller vers :

- une réforme du financement incitant les établissements au changement, incluant une refonte des indicateurs ;
- un vaste plan de formation des personnels ;
- une réflexion approfondie et globale sur les freins structurels aux pratiques orientées rétablissement, incluant les questions architecturales et d'urbanisme qui impactent fortement l'organisation des soins.

La transformation de la psychiatrie passe donc par une réflexion poussée sur la manière dont elle s'organise et sur les espaces où elle s'exerce. Mais elle nécessite aussi une transformation des pratiques que nous allons désormais aborder.

Pour des soins pertinents et gradués

De la pertinence des soins

Les recommandations de bonne pratique existent en psychiatrie et les connaissances ont progressé ces dernières décennies, même s'il reste de nombreuses questions sans réponse. Il est donc peu compréhensible que les soins psychiatriques validés et recommandés ne soient pas accessibles à tous. La situation s'est globalement améliorée, mais il persiste ponctuellement des soins inappropriés. Pour améliorer la qualité des soins, il serait intéressant que la HAS lance une réflexion sur la rédaction de recommandations opposables en psychiatrie lorsque des données fiables existent. De manière complémentaire, il sera important de donner un rôle et une visibilité plus large au Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNPP-CNQSP). Un autre levier d'amélioration est la formation continue des médecins pour permettre une actualisation de connaissances en constante évolution. Malgré son caractère obligatoire, cette formation continue est investie de manière hétérogène par les psychiatres. Une réflexion serait donc souhaitable pour préciser les sujets à prioriser dans l'offre de formation continue, et sur l'application de son caractère obligatoire. Les pratiques orientées rétablissement, l'organisation actuelle de nos systèmes de soins et du management médical y seraient pertinentes, en complément des thématiques traditionnellement traitées.

Il faut insister sur la réduction d'espérance de vie qui frappe les personnes porteuses d'un trouble psychiatrique chronique. Cette réduction, de l'ordre de dix à vingt ans, est principalement imputable à un mauvais accès aux soins somatiques¹. Ce point doit être une préoccupation absolue et nécessite une action transversale et prolongée :

- une amélioration continue des compétences des psychiatres sur le repérage des comorbidités

1. Il s'agit des soins « physiques », par opposition aux soins psychiques.

- somatiques et la gestion des effets secondaires des traitements psychotropes ;
- une sensibilisation des autres spécialités aux enjeux spécifiques à cette population ;
- des actions continues de déstigmatisation à l'attention de tous les professionnels de santé, en particulier au cours de la formation initiale.

De l'importance de soins gradués

L'offre de soins en psychiatrie est trop brouillonne, y compris pour les acteurs eux-mêmes. Elle est hétérogène d'un territoire à l'autre et, au sein d'un même territoire, la coopération entre acteurs dits de « première », « seconde » ou « troisième » ligne reste insuffisante. C'est un problème majeur car il impacte fortement l'accès aux soins : les patients ne savent pas où consulter, les acteurs de première ligne ont du mal à les orienter, les professionnels de seconde et troisième ligne peinent à accueillir toutes les personnes qui leur sont adressées. Le défi est donc double : définir clairement les différents niveaux de soins et renforcer la coopération entre eux. L'idée générale est de rendre les portes d'entrée des soins plus visibles et accessibles, tout en faisant un effort d'harmonisation entre les territoires. Il est donc important de renforcer le pilotage territorial de la psychiatrie comme développé plus haut. Pour ce qui est de la gradation des soins, elle peut être envisagée comme suit, en tenant compte des quatre fonctions de la psychiatrie schématisées par l'IGAS :

- le premier niveau s'organise autour des médecins généralistes et des pédiatres. Il nécessite un effort supplémentaire dans leur formation et la mise à disposition d'outils de repérage, ainsi que leur intégration dans un véritable réseau de première ligne, incluant notamment les psychologues libéraux. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), créées en 2016, peuvent être un cadre pertinent pour la création et la consolidation de ces réseaux. La proximité physique au sein des maisons de santé pluridisciplinaires est de nature à renforcer ces coopérations. Ce niveau de soin a une fonction d'évaluation et d'orientation, ainsi que de prise en charge des troubles psychiques fréquents d'intensité légère à modérée et notamment les troubles anxieux et dépressifs ;
- le second niveau implique les psychiatres libéraux, salariés et exerçant dans le public, ainsi que l'ensemble de leurs partenaires. Il est de la responsabilité de ces acteurs d'organiser ensemble l'interface entre la première et la seconde ligne. L'exemple des dispositifs de soins partagés en psychiatrie (DSP) est source d'inspiration : il s'agit de recevoir des patients pour une évaluation psychiatrique et d'établir en lien avec le médecin traitant un plan de soins dont il sera le coordinateur¹. Une autre valence de cette interface est la création d'un numéro à l'attention des professionnels de première ligne en demande d'un avis spécialisé. En plus de cette fonction d'interface, le second niveau prend en charge les troubles psychiatriques d'intensité sévère avec le « panier de soins² » que tous les territoires doivent pouvoir fournir³. Ce niveau s'appuie sur les secteurs et s'organise dans le périmètre du PTSM. Il implique une collaboration étroite entre le privé et le public sous l'égide des pouvoirs publics ;
- le troisième niveau prend en charge les situations les plus complexes nécessitant une évaluation poussée et/ou un environnement de soins particulier. Ce sont, par exemple, les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) ou les unités pour malades difficiles (UMD), mais aussi les services universitaires spécialisés. Ils couvrent un périmètre plus vaste que le PTSM car ils ont une vocation régionale, voire nationale.

1. Mise en place d'un dispositif de soins partagés, ministère des Solidarités et de la Santé.

2. Il s'agit de l'ensemble des soins qui doivent être proposés au sein des PTSM : les activités dites « de secteur » et « intersectorielle », incluant la réhabilitation psychosociale, la prise en charge du psychotraumatisme, les urgences psychiatriques...

3. Michel Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale, op. cit.*, p. 190.

Comment réduire le recours à l'isolement et la contention ?

Une spécificité de la psychiatrie réside dans le fait que les psychiatres peuvent décider de mesures d'isolement (dans une chambre dédiée fermée à clé) et de contention mécanique (la personne est attachée à son lit par des sangles aux quatre membres). L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours qui visent à la gestion d'un risque aigu. Elles ne sont pas thérapeutiques, comme le rappelle la loi de 2016¹, et sont à distinguer de la réduction des stimulations utiles dans certaines situations de crise. La nécessité de les limiter au maximum fait consensus parmi les professionnels, les usagers et les pouvoirs publics, car elles posent des questions éthiques, génèrent des complications physiques et psychiques et altèrent la qualité des soins. Les alternatives à ces pratiques existent et des équipes s'organisent localement pour les mettre en œuvre dans des services « 0 isolement/contention », mais elles restent minoritaires et demandent des moyens humains et financiers importants.

Les professionnels estiment qu'on ne leur donne pas les moyens d'éviter l'isolement et la contention, tout en se sentant accusés de les pratiquer. Ils sont pris entre des injonctions paradoxales : assurer une sécurité maximale d'un côté, veiller à respecter les droits des personnes de l'autre. Un frein majeur à la réduction de ces pratiques réside dans le désintérêt, voire le déni, de notre société alors que tout citoyen est susceptible d'être concerné. C'est l'exemple le plus saillant de la démission du politique sur le sujet de la psychiatrie. En 2018, 121 000 mesures d'isolement ont été prises, ainsi que 33 000 mesures de contention². Le CGLPL met régulièrement en lumière des pratiques illégales ou révoltantes, mais ni les médias ni l'opinion publique ne réagissent. Le Conseil

constitutionnel a pointé à plusieurs reprises l'insuffisance du cadre législatif et réclamé des corrections : le gouvernement a répondu par des amendements techniques, élaborés en urgence et insérés dans des cavaliers législatifs, donc logiquement retoqués. C'est ainsi qu'en janvier 2022, il n'existait plus de cadre juridique pour ces pratiques, sans que les médias ni l'opinion publique ne s'en émeuvent³. Nous postulons que, pour avancer sur cette question, il est aujourd'hui nécessaire d'afficher un objectif clair, volontairement ambitieux et qui engage les pouvoirs publics, non par idéologie, mais par pragmatisme : tous les efforts passés ont échoué.

Il faut donc dire qu'il est de la responsabilité de l'ensemble de la société d'encadrer l'isolement et la contention et de fixer l'objectif de leur disparition. Seul cet horizon clair et ambitieux permettra d'avancer enfin sur la question, ce qui n'occulte pas l'immense défi que cela représente. Il ne peut plus peser sur les épaules des seuls professionnels de psychiatrie de définir le champ d'application de ces pratiques, ni de les réduire sans volonté politique, ni moyens dédiés. Ils ne sauraient en effet être juge et partie, sauf à accepter que l'hôpital psychiatrique soit un lieu de non-droit. Il appartient à tous de se poser cette question : jusqu'où peut-on priver une personne de ses droits lorsqu'elle est atteinte de troubles psychiques ? Le *statu quo* actuel est hypocrite et inacceptable : les moyens de réduire le recours à l'isolement et à la contention existent, mais nécessiteraient tant de réorganisations et de moyens qu'il est plus aisé de délaisser la question, d'autant plus que l'opinion publique ne l'investit pas. Cette indifférence coupable devrait être une honte collective, car c'est la démission de toute une société. Il faut tendre vers la disparition de l'isolement et de la contention, en se donnant les moyens de le faire. Autrement dit, il faut que les responsables politiques s'emparent de la question du respect des droits de dizaines de milliers de citoyens.

1. Article 72 - Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Légifrance.

2. Magali Coldefy, « Épidémiologie des soins psychiatriques sans consentement », Congrès de l'Encéphale, 19 janvier 2022, et Jean-Baptiste Jacquin, « Psychiatrie : vers un véritable contrôle judiciaire des mesures d'isolement et de contention », *Le Monde*, 5 juin 2021.

3. Éric Favereau, « Depuis le 1^{er} janvier, des malades en psychiatrie sont attachés ou enfermés en toute illégalité », article cité.

Sauver la pédopsychiatrie

La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est confrontée à des problématiques propres à cette discipline et à d'autres communes avec la psychiatrie adulte. Les problématiques communes sont plus marquées en pédopsychiatrie : la crise démographique y est plus aiguë (600 pédopsychiatres environ en France, dont la moyenne d'âge est supérieure à soixante ans¹), les demandes ont explosé suite à la crise sanitaire, l'organisation des soins y est illisible et les pédopsychiatres sont sollicités sur un nombre croissant de sujets. La question des soins pertinents y est plus prégnante : sur la question de l'autisme, par exemple, il est frappant d'observer que certains enfants n'ont toujours pas accès à une prise en charge appropriée malgré un investissement fort des autorités *via* les « Plans autisme » successifs. Les délais avant une première consultation sont aussi plus importants pour les enfants et adolescents. Ils peuvent atteindre dix-huit mois, ce qui entraîne des retards de soins inacceptables.

Concernant les difficultés propres à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, une première spécificité est la faiblesse de l'offre de pédopsychiatrie de ville. Elle s'explique par un remboursement sous-dimensionné de la consultation au regard de la durée des consultations et de l'importance du travail de liens entre intervenants, et par la difficulté à faire exister un réseau pluridisciplinaire libéral. En effet, les prises en charge par les orthophonistes, psychomotriciens, psychologues... qui font partie de la panoplie thérapeutique ne sont pas remboursées en libéral, poussant les familles à consulter le CMP. De

fait, la pression sur la pédopsychiatrie publique est accentuée, aggravant l'engorgement des CMP et empêchant la mise en place d'une gradation des soins. Une réflexion sur le remboursement des séances d'orthophonie, de psychomotricité, de psychothérapie dans une logique de parcours de soins et pour construire une véritable offre de soins en ville, complémentaire de l'offre hospitalière, sera donc nécessaire.

En plus de travaux de fond sur l'attractivité et l'offre de soins, des mesures d'urgence s'imposent :

- la revalorisation de la consultation libérale, pour maintenir un minimum d'attractivité et développer un réseau de ville capable de prendre en charge des troubles d'intensité légère à modérée, sans recours systématique à la pédopsychiatrie hospitalière ;
- l'augmentation du nombre d'universitaires en pédopsychiatrie sur l'ensemble du territoire. Certaines subdivisions d'internat n'ont pas d'enseignants en pédopsychiatrie, ni de recours possible à la pédopsychiatrie universitaire. La marche est haute : les professionnels estiment qu'il faudrait tripler le nombre d'universitaires dans la discipline ;
- un engagement des universités et des pouvoirs publics sur la question de l'attractivité, notamment au regard des données récentes sur le sujet², avec un accent mis sur l'enseignement et l'accès à des stages de pédopsychiatrie pour les externes, ainsi que sur la qualité des stages proposés aux internes.

La réforme à engager sur la pédopsychiatrie devrait être conduite conjointement à celle de la psychiatrie adulte. Ce sont en effet deux champs qui s'enrichissent mutuellement et partagent de nombreux sujets, en particulier celui de la prise en charge de l'adolescent et du jeune adulte.

1. J. Wierzbicki, « Pédopsychiatrie : un secteur en rupture », *Pharmaceutiques*, 2 novembre 2021.

2. Marine Lardinois, Marine Gilsanz, Nicolas Lunel, Deborah Sebbane, « Trois associations nationales connectées (ANEMF, AFFEP, AJPJA) : une première enquête nationale transgénérationnelle pour relever le défi d'une psychiatrie moderne et attractive », Congrès français de psychiatrie 2021, Montpellier, décembre 2021.

La question du sens : penser les fonctions, redéfinir les métiers

La question de la perte de sens revient régulièrement dans les discussions sur la psychiatrie. Elle est propice aux glissements de tâches et aux chevauchements des compétences, en plus d'être un facteur de souffrance au travail. Les évolutions récentes du système de santé, des attentes de la population, des connaissances scientifiques tout comme l'apparition de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers bousculent les identités professionnelles de chacun et peinent à être prises en compte dans un système de santé qui reste rigide et vertical. Il nous faut donc repenser ces métiers pour les adapter aux nouvelles pratiques et connaissances. Beaucoup de points abordés ci-dessous sont transversaux, ce sont des problématiques communes à d'autres spécialités et l'hôpital public y prend beaucoup de place. Nous allons ici nous concentrer sur les fonctions à développer prioritairement, puis sur l'exemple de quatre professions qui illustrent la nécessité d'une réflexion globale sur les métiers de la psychiatrie : les psychiatres, les cadres de santé en psychiatrie, les infirmiers en psychiatrie et les psychologues.

Les fonctions à développer dans les équipes de soins

Un défi majeur de la psychiatrie est de s'ouvrir à la société. Un autre est la complexification progressive de la spécialité avec une multiplication du nombre de métiers et d'intervenants, dont l'intégration au sein

du système de santé nécessite préparation et adaptation. Pour répondre à ces défis, il faut d'abord insister sur trois fonctions-clés à mettre en avant dans la réorganisation future. La notion de « fonction » est importante, car elle ne recoupe pas nécessairement celle de métier.

La première fonction est la coordination de parcours. Aujourd'hui, elle est souvent réduite à la « référence infirmière » : un infirmier est désigné comme l'interlocuteur principal du patient, mais dans les faits il a peu de pouvoir d'initiative, pas assez de temps et connaît mal le réseau de partenaires. Coordonner le parcours d'une personne implique d'être en mesure d'identifier avec elle ses besoins et ses ressources, d'être disponible et de proposer un accompagnement qui ne soit pas centré exclusivement sur le soin, mais sur le projet de vie. C'est une fonction-clé dans une logique de rétablissement. Pour les situations complexes, le concept de *case management* se développe depuis plusieurs années et a fait ses preuves sur la prévention des ruptures de parcours. Il existe différents types de *case management*, et cette fonction peut être assumée par différentes professions : infirmier, pair-aidant, psychologue, assistant social¹... Le *case manager* a une fonction de « pivot », d'interface entre la psychiatrie et les partenaires ou services utiles. Son réseau est nettement plus large que le champ sanitaire, il lui est même principalement extérieur. Nous proposons de généraliser cette fonction dans les établissements, dans un premier temps dans les services prenant en charge les publics concernés (handicap sévère, cas complexes, pathologies émergentes). Cette généralisation devrait être accompagnée du

1. Guy Gozlan, *Case management en psychiatrie*, Paris, Elsevier-Masson, 2021.

développement de l'offre de formation et d'une harmonisation de son contenu. Il conviendra en plus que chaque établissement, chaque service s'approprie cette fonction et l'intègre dans son projet.

Le second point concerne la gestion des partenariats. Il s'agit de faire vivre les coopérations entre la psychiatrie et ses nombreux interlocuteurs dans le champ sanitaire, médicosocial et social. C'est une fonction critique car la capacité à faire de la prévention et l'accessibilité de ces services pour les usagers dépendent de la qualité de ces partenariats. À l'inverse, l'absence de réponse de l'institution psychiatrique lorsqu'une structure ou un professionnel exprime son inquiétude sur une situation a des conséquences lourdes : la porte d'entrée sera le service d'urgence, une fois que l'état de la personne sera dégradé. Ces partenariats sont aujourd'hui investis de manière hétérogène, souvent portés par les directions, mais mal connus des professionnels. Les cadres ou les médecins s'y impliquent de manière variable et trop peu, et la dimension personnelle y joue un rôle important. Il est donc souhaitable que la construction de partenariats soit affichée comme une priorité des établissements, en partant du principe que les soins sont d'autant moins efficaces qu'ils sont délivrés sans coopération avec les autres intervenants. Pour que ces partenariats soient véritablement opérationnels, il faudrait qu'ils soient systématiquement construits, animés et évalués en binôme administratif-soignant (par exemple, un directeur et un médecin). L'existence d'un réseau partenarial pertinent et actif serait un bon marqueur d'une organisation des soins cohérente.

Une troisième fonction à investir, cette fois par les médecins, est celle du management. Les fonctions managériales sont trop souvent considérées comme relevant des administratifs et des cadres de santé. Le terme « management » a mauvaise presse dans le corps médical. La majorité des médecins hospitaliers est pourtant conduite aujourd'hui à exercer des fonctions de manager. Cette question déborde sur celle de la gouvernance en général et, dans l'évolution de notre système de santé, il est à anticiper que les médecins devront de plus en plus s'impliquer dans la coordination des dispositifs de soins. Le psychiatre hospitalier, notamment, est amené à travailler avec des métiers nombreux et variés, au sein d'organisa-

tions de plus en plus complexes. Être formé au management permet d'une part de diminuer la souffrance au travail liée aux conflits internes, mais aussi pour l'ensemble d'un service d'assurer de manière plus efficace ses missions. Il est nécessaire de généraliser la formation au management en santé pour tous les praticiens, a fortiori lorsqu'ils exercent des responsabilités institutionnelles, tout en réaffirmant l'importance du binôme médecin-cadre dans l'organisation hospitalière.

L'opportunité des nouveaux métiers

La période de transition que vit la psychiatrie coïncide avec l'essor de nouveaux métiers, et c'est une chance pour la réorganisation à venir. Deux de ces métiers nous intéressent particulièrement ici : les pair-aidants et les infirmiers en pratique avancée (IPA).

La pair-aidance

Le champ de la pair-aidance est vaste et en plein développement. Le terme « pair-aidance » désigne l'aide apportée par des pairs, qu'elle soit bénévole ou rémunérée. Un pair-aidant n'a pas nécessairement de formation spécifique et les formations existantes sont rares et hétérogènes. Elles vont du diplôme universitaire à la licence de médiateur santé/pair (MSP). La diversité des formations, des modes d'exercice et des champs d'action est perçue comme un atout par les acteurs. En psychiatrie, ils apportent à leurs collègues comme aux usagers leurs savoirs expérientiels, c'est-à-dire issus de leur usage des soins et de l'expérience de la maladie. Ils sont un fort vecteur de changement au sein des équipes en permettant notamment de sensibiliser à la notion de rétablissement. Ils peuvent occuper différentes missions dont, par exemple, le case management. L'importance de la pair-aidance a été soulignée lors des Assises de la psychiatrie et de la santé mentale, dont une mesure vise à « faire essaimer l'intervention de pairs professionnels dans les différents territoires par l'organisation d'appels à

projets régionaux¹ ». Cette mesure va dans le bon sens, mais il est nécessaire d'accompagner le déploiement de la pair-aidance en psychiatrie avec les points de vigilance suivants :

- une véritable reconnaissance professionnelle et financière pour les pair-aidants salariés, leur rémunération et leur statut étant aujourd'hui hétérogènes et insuffisants ;
- un élargissement de l'accès à la formation, *via* la multiplication des sites de formation et des campagnes de promotion du métier à l'attention des usagers ;
- des recrutements qui s'intègrent dans une refonte des projets de service lorsqu'il n'y a pas de pair-aidants salariés dans l'établissement. Il est nécessaire que la place de ce nouveau professionnel soit réfléchi en amont avec ses futurs collègues ;
- des préconisations à l'attention des établissements et des encadrants sur les conditions d'une bonne intégration au sein des équipes : recrutement simultané de plusieurs pair-aidants avec constitution en collègue pour permettre une visibilité et la construction d'une identité professionnelle, prise de connaissance du contenu de la formation et des missions réalisables par un pair-aidant notamment² ;
- des préconisations pour associer les pair-aidants salariés aux réflexions institutionnelles sur les projets de soins et les projets médicaux, non pas en tant que représentants des usagers, mais en tant que professionnels.

Les infirmiers en pratique avancée

Le second métier émergent qui peut nous permettre de modifier en profondeur nos organisations est celui d'IPA, dont le diplôme s'acquiert *via* un master. Les IPA ont des compétences cliniques et thérapeutiques élargies, notamment avec un droit de renouvellement des prescriptions et une valence de recherche et de formation. Ils sont sensibilisés au case management et peuvent le pratiquer. Les IPA permettent une délégation de tâches aujourd'hui assumées par les

psychiatres, ce qui est la motivation première de leur recrutement. Pour autant, ils ne sont pas des ersatz médicaux : ce sont des professionnels dont toutes les compétences propres sont nécessaires dans les équipes. Nous proposons donc :

- d'intégrer cette profession à la future architecture de notre système de soins en psychiatrie, pour évaluer ensuite les besoins de formation et dimensionner correctement l'offre de formation ;
- d'inciter à la création de collèges d'infirmiers en pratique avancée dans chaque établissement pour favoriser la construction d'une identité professionnelle ;
- de poursuivre la réflexion sur le statut et sur la rémunération ;
- de sanctuariser dès l'affectation les temps dédiés à des activités de recherche et/ou de formation, en fonction du projet professionnel.

À quoi sert un psychiatre ?

Le psychiatre est un médecin spécialisé dans la prise en charge des troubles psychiques. Son métier est mal compris, souvent confondu avec les autres « psy ». Les modes d'exercice sont variés : se consacrer à la psychothérapie, se dédier à un exercice hospitalier exclusif ou faire de la recherche, par exemple. D'où cette question : quelles sont les missions propres du psychiatre ? Les pistes de travail sur la formation, l'attractivité et la démographie de la profession dépendront des réponses apportées à cette question.

Considérons d'abord que le psychiatre a vocation à s'occuper de personnes touchées par des troubles psychiques, en particulier lorsqu'ils sont sévères, et qu'il possède une expertise clinique et thérapeutique sur ce sujet. Considérons ensuite que la réponse thérapeutique à apporter est composite, faisant appel à des outils toujours plus nombreux et spécialisés et délivrés par des acteurs de plus en plus nombreux dans une logique de parcours. Dès lors, on peut

1. « Emmanuel Macron annonce 30 mesures pour faire face à "l'urgence" en psychiatrie », *Santé mentale*, 29 septembre 2021.

2. Rémi Barrasso, Boris Nicolle, « Intégration d'un pair-aidant dans une équipe sanitaire *versus* médicosociale : retours d'expérience et revue de la littérature », Journée régionale du C2RP, Bordeaux, 18 novembre 2021.

identifier deux fonctions essentielles que tout psychiatre, qu'il soit libéral, salarié, universitaire ou dans le secteur public devrait pouvoir assumer. Peuvent s'y ajouter en fonction du profil et du lieu d'exercice des activités de recherche, d'enseignement, de management, de coordination de réseau... Ces deux fonctions pourraient être ainsi résumées :

- une fonction d'expertise clinique et thérapeutique, impliquant une formation exhaustive et continue sur la psychopathologie, les neurosciences, les différentes approches théoriques et thérapeutiques, sans oublier des compétences de repérage et de prise en charge de première ligne des comorbidités somatiques des patients ;
- une fonction de coordination des soins, notamment *via* l'établissement du projet de soins avec la personne et l'adressage aux partenaires. Cette fonction peut être déléguée, ce qui implique tout de même de connaître l'ensemble du réseau d'intervenants.

La psychiatrie souffre en outre d'un manque d'attractivité, avec un nombre important de postes vacants lors des choix de spécialité des étudiants en médecine. Cette question a été largement explorée par l'enquête #ChoisirPsychiatrie¹, et ses résultats préliminaires ainsi que les points susmentionnés nous conduisent à formuler les préconisations suivantes concernant la formation :

- faciliter l'accès à des stages de psychiatrie et de pédopsychiatrie pour les externes (étudiants en médecine), considérant leur impact positif sur le choix de la spécialité ;
- diversifier la formation théorique des externes et internes, en y intégrant les pratiques orientées rétablissement, la coordination de dispositifs de soins et la notion de travail en réseau, la sensibilisation à l'ensemble des approches théoriques et la formation aux psychothérapies, la connaissance des différents acteurs en santé mentale et une sensibilisation aux notions de management en psychiatrie ;
- diversifier les intervenants dans la formation, notamment en incluant des patients-experts ;
- diversifier la formation pratique des internes en réduisant le nombre de stages en unité d'hospitali-

sation conventionnelle au profit de stages ambulatoires, y compris en libéral ;

- faciliter l'accès à la recherche et l'enseignement pour les étudiants et les psychiatres diplômés ;
- augmenter le nombre d'universitaires en psychiatrie pour améliorer l'encadrement et la formation des étudiants et y inclure les non-universitaires.

Sur l'attractivité de la spécialité, nous postulons que la modernisation et la réorganisation de la psychiatrie jouera un rôle majeur, mais insuffisant, en ce qu'elles permettront de redonner du sens à ce métier. Les résultats complets de l'enquête #ChoisirPsychiatrie pourront fournir des leviers d'actions supplémentaires. Le contexte est favorable car l'ensemble des acteurs se mobilise sur le sujet : les fédérations hospitalières, le Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP), les autorités et notamment la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, Santé mentale France, l'Association des jeunes psychiatres et jeunes addictologues (AJPJA), l'Association fédérative française des étudiants en psychiatrie (AFFEP). Il s'agit d'un sujet fédérateur qui renforce les liens entre acteurs.

Où sont les cadres de santé ?

Le métier de cadre de santé s'est profondément transformé ces dernières décennies. Il s'agissait auparavant d'un « infirmier-chef », supérieur hiérarchique direct d'une équipe de soins au sein de laquelle il travaillait. Mais pour faire face aux évolutions du système de santé, la formation se focalise désormais sur le management en santé, les principes de droit, d'économie, de comptabilité et les politiques de santé publique. Cette évolution nécessaire a un effet pervers : de plus en plus, les cadres sont amenés à épouser une logique administrative au détriment de leur fonction soignante. La cause en est probablement l'inflation des contraintes imposées à l'hôpital : les établissements doivent passer un temps de plus en plus important à s'occuper d'eux-mêmes.

1. Les résultats publiés à ce jour sont partiels et de nouvelles données de cette enquête sont attendues courant 2022.

Les cadres sont déconnectés de leurs équipes, trop souvent absents de leur service, réduits à relayer consignes et informations, à faire remonter rapports et indicateurs et à établir des plannings. Or, il est difficile d'assumer une véritable fonction de manager dans ces conditions, alors même que les équipes s'élargissent, se diversifient et que cette fonction en devient d'autant plus critique. Cela impacte aussi la collaboration avec l'équipe médicale : leur absence des services et la priorité donnée aux tâches suscitées contribuent à distendre le lien entre le médecin chef de service et le cadre. Là où son rôle était d'être garant du bon fonctionnement du service, le cadre de santé devient progressivement un professionnel isolé et à l'écart du soin. Ce problème est largement partagé par les autres spécialités, raison pour laquelle nous laisserons d'éventuelles réponses à une réforme souhaitée de l'hôpital public. Nous nous contenterons de dire qu'il serait souhaitable de :

- réaffirmer l'importance d'un binôme médecin-cadre fonctionnel sur le terrain ;
- repositionner les cadres au sein des équipes ;
- rendre de l'autonomie à ces professionnels, en particulier dans le déploiement au sein de leurs équipes des procédures nationales et locales, l'évaluation des agents et l'aide à la construction de parcours professionnels ;
- de poursuivre les efforts sur la reconnaissance universitaire de leur formation et son contenu, en y incluant des formes de management adaptées à l'évolution de nos pratiques : entre autres, la sensibilisation à un management plus horizontal et la prise en compte des pratiques innovantes.

Infirmier en psychiatrie : du rôle de « greffier de la traçabilité du patient » à celui de soignant

L'infirmier est la cheville ouvrière du soin, en psychiatrie peut-être plus qu'ailleurs. Théoriquement, il

est au plus près du patient qu'il connaît, accompagne et soigne. Si la situation s'est fortement dégradée ces dernières années, au point de réduire les infirmiers au rôle de « greffier de la traçabilité du patient »¹, les acteurs auditionnés soulignent une accélération des départs. Il convient de se poser la question des raisons, et la perte de sens y figure en bonne place. Le métier d'infirmier en psychiatrie illustre les conséquences du désinvestissement politique de la spécialité. La double injonction « sécurité *versus* respect des droits » évoquée plus tôt a fait des infirmiers les garants de la gestion des risques. Ce n'est pas une volonté délibérée de la profession, de l'encadrement ou des directions, comme nous l'entendons souvent : c'est toute l'architecture du système de santé français qui a conduit à cette casse professionnelle. C'est le résultat de l'empilement successif d'injonctions portant sur la qualité des soins et la gestion des risques, chacune légitime, mais qui souffrent d'un manque de cohérence globale et d'une absence de réflexion sur le caractère opérationnel. L'équation est simple : lorsque le message général est celui de la sobriété budgétaire et que les injonctions sont à la gestion des risques, les effectifs sont mécaniquement calibrés pour assurer une sécurité minimale. C'est ainsi que peut travailler la nuit un seul infirmier, en binôme avec un aide-soignant, souvent fraîchement diplômé, dans un service fermé² de vingt à vingt-cinq personnes. Il est difficile d'imaginer qu'une relation de soins de qualité puisse s'établir dans ces conditions. La priorité pour l'infirmier en psychiatrie est de remplir les tâches quantifiables sur lesquelles il est attendu (check-list, inventaire, distribution de traitement, validation informatique des actes, tâches de secrétariat, rédaction de transmissions informatisées...). S'il a le temps et les compétences, il peut ensuite se consacrer aux soins. Il faut inverser cette logique : l'infirmier est là pour soigner, l'accent doit donc être mis sur ses compétences et sa disponibilité pour les usagers. Tout ce qui ne relève pas du soin est non prioritaire, et lorsqu'il s'agit de tâches incontournables, charge à l'institution de s'assurer qu'elles sont remplies par les professionnels compétents sans amputer du temps de soin auprès du patient. Ici

1. Nous reprenons ici l'expression de Daniel Zagury dans son dernier livre, *Comment on massacre la psychiatrie française*, op. cit.

2. Les services fermés accueillent principalement des personnes hospitalisées sous contrainte.

aussi, nous sommes face à des questions complexes qui dépassent en partie la spécialité et touchent à la reconnaissance du rôle propre de l'infirmier. Il faut les rétablir dans leurs fonctions premières, les usagers en seront les premiers bénéficiaires, et ce métier passionnant aura plus de sens pour ceux qui l'exercent.

La réhabilitation de ce métier passe par deux leviers. Le premier, c'est celui du changement de paradigme en cours dont ce rapport fait état : une réorganisation claire des métiers, des structures et des pratiques autour de la notion de rétablissement, avec l'usager au centre, accompagné de professionnels disponibles, compétents et doté d'une capacité d'initiative pour décliner le projet de soin de la personne. Le second est une vaste concertation sur les points suivants :

- le contenu et le volume de l'enseignement de psychiatrie dans la formation théorique initiale ;
- la construction d'une offre de formation complémentaire au diplôme d'État, optionnelle, ouverte à tous (professionnels actuellement en poste et nouveaux diplômés) pour renforcer le socle de compétences en psychiatrie. Le caractère diplômant et une reconnaissance salariale pour les agents choisissant cette formation amélioreraient l'attractivité ;
- un accent mis sur la gestion des carrières, avec une accessibilité accrue aux formations complémentaires ouvertes aux infirmiers, et une réflexion sur des parcours professionnels favorisant la coopération (mobilité facilitée entre secteur médico-social et sanitaire, entre prévention hors les murs et soins hospitaliers, journées ou stages d'immersion valorisés...);
- des effectifs déterminés sur la base d'évaluations médico-économiques rigoureuses, visant l'efficacité des soins plus que la gestion des risques.

Psychologues et psychiatrie : le grand flou

Le rôle du psychologue en psychiatrie est important, mais le périmètre de la profession est beaucoup plus vaste que la psychiatrie. Le terme même de « psychologue » recoupe un grand nombre de fonctions, de formations, de lieux et de modes d'exercice différents. La place de cette profession dans le système de soins fait l'objet de nombreuses réflexions actuellement, amorcées avant la crise sanitaire. La prise en charge par la Sécurité sociale annoncée lors des Assises de la psychiatrie et de la santé mentale¹ peut être saluée comme un premier pas dans la reconnaissance de l'importance des psychologues dans le parcours de soins. Néanmoins, la réflexion doit être poursuivie avec des objectifs plus ambitieux. Au-delà de la question du remboursement, force est de constater la vigueur des débats sur et dans la profession (formation universitaire hétérogène, crainte d'une « paramédicalisation », code de déontologie non opposable, cadre d'exercice flou), ce que reflètent, entre autres, un rapport récent de l'IGAS² et les mouvements sociaux actuels.

En ce qui concerne la psychiatrie, l'absence d'organisation de la profession de psychologue rend difficile la réflexion sur son statut et ses fonctions. Il paraît donc essentiel que les psychologues puissent avancer sur ces questions. Améliorer la lisibilité de l'offre de soins et en clarifier le contenu sont deux objectifs prioritaires. Nous suggérons, en plus de ces travaux de fond, la poursuite de la réflexion sur le remboursement des séances avec un psychologue en distinguant deux questions :

- celle de l'accès direct à un psychologue pour des troubles légers à modérés, c'est-à-dire la participation au repérage et à la prise en charge de « première ligne » ;
- celle de l'accès à une psychothérapie spécifique en fonction de l'évaluation des besoins de la personne, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné pour des troubles sévères et prenant en compte les données scientifiques dès lors qu'elles existent.

1. « Vers un remboursement des séances de psychologues dès le printemps 2022 – MonPsy », ministère des Solidarités et de la Santé, 2022.

2. « Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution », Inspection générale des affaires sociales, 2019, p. 130.

Réinvestir la recherche en psychiatrie

Ces dernières années, des progrès ont été faits sur la compréhension des troubles psychiques dans le champ des neurosciences, de la génétique et de l'épigénétique, de l'immunologie... Les déterminants biologiques, sociaux, familiaux, environnementaux continuent à être explorés et documentés. La nature même des troubles psychiques reste l'objet de nombreux travaux en philosophie, en anthropologie, en sociologie. La « recherche en psychiatrie » est à entrées multiples, en bouillonnement constant et convoque de nombreuses disciplines. C'est d'ailleurs un levier d'attractivité à mettre en avant pour la discipline, même s'il faut souligner que l'expression « chercheurs en psychiatrie » désigne une constellation de profils très divers (psychiatres, généticiens, philosophes, neurobiologistes, psychologues, sociologues...). Ces champs académiques sont sous-financés, inégalement investis et insuffisamment interconnectés. La recherche en neurosciences a certes bénéficié d'efforts ces dernières années, mais ils restent insuffisants. L'épidémiologie est trop peu développée. L'évaluation médico-économique et la recherche sur l'organisation des soins sont, elles, marginales. Quant à la recherche en sciences infirmières, elle reste embryonnaire. Dans un champ si complexe, l'interdisciplinarité est une force, une vision partagée des priorités est utile, et l'importance de l'enjeu exige la mobilisation de moyens humains et financiers à la hauteur.

Renforcer les liens entre disciplines complémentaires

Parce que la recherche en psychiatrie convoque différents champs académiques, il convient de les identifier, de les soutenir et, le cas échéant, de faciliter les liens entre disciplines. Six points paraissent importants à développer :

- de par sa dimension sociale, la psychiatrie bénéficie grandement des apports des sciences humaines et sociales. De nombreux ponts existent aujourd'hui, par exemple entre philosophie, sociologie et psychiatrie, mais ils dépendent de l'engagement des acteurs de terrain. Ils irriguent aussi bien les débats de société sur la nature des troubles psychiatriques que la recherche épidémiologique ou fondamentale¹. Il est important de renforcer ces collaborations ;
- les apports des mathématiques et de l'informatique sont utiles, aussi bien en recherche fondamentale que pour accompagner l'innovation en santé. Là aussi, les projets interdisciplinaires sont à promouvoir ;
- la recherche en sciences infirmières est sous-développée, alors qu'elle est primordiale en psychiatrie. Nulle amélioration qualitative des pratiques ne peut s'imaginer sans recherche dédiée ;
- la recherche translationnelle, c'est-à-dire la traduction de la recherche fondamentale dans les pratiques cliniques et thérapeutiques, est également un champ important à porter et valoriser ;
- l'épidémiologie permet de comprendre les déterminants des troubles psychiques, connaître les

1. *Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs*, Haute Autorité de santé, 2021, p. 134.

besoins de santé de la population et en documenter les évolutions. Trop peu investie en France, elle devrait être une priorité de la recherche en psychiatrie. La Cour des comptes préconisait début 2021 la réalisation d'une enquête décennale en population générale : c'est nécessaire, mais insuffisant¹. Il nous faut développer aussi les études de cohorte, qui permettent une meilleure compréhension des facteurs de risques, l'amélioration des prises en charge et l'évaluation des conséquences des troubles psychiques ;

- l'évaluation médico-économique est indispensable à la construction de dispositifs et organisations efficaces. Ce doit être une priorité pour les années à venir, car l'absence d'évaluation du système de soins en psychiatrie dans un contexte de transformation profonde serait délétère.

Le défi est donc d'encourager politiquement et financièrement cette interdisciplinarité à géométrie variable, trop dépendante actuellement des efforts des chercheurs eux-mêmes.

Ouvrir les activités de recherche et les sanctuariser

La démographie actuelle souffre de deux problèmes : le nombre de chercheurs est trop faible² et leur répartition par domaine de recherche est déséquilibrée. Le déficit démographique dans la recherche en psychiatrie touche toutes les fonctions : cliniciens, non-cliniciens, scientifiques. Dans le système français, la recherche médicale repose pour beaucoup sur les hospitalo-universitaires. Leur situation en psychiatrie doit donc être abordée³ :

- les carrières hospitalo-universitaires sont de moins en moins attractives, et c'est un sérieux problème. Les raisons en sont multiples : un parcours long et éprouvant, difficilement compatible avec une vie privée satisfaisante, un statut aberrant (pas de RTT, pas de repos universitaire après une garde, une rémunération trop basse, des congés famélicques...). La liste est longue ;
- citons aussi leur triple mission : enseignement, soin, recherche, auxquelles s'ajoutent souvent des responsabilités institutionnelles. En 2022, il est illusoire de demander aux hospitalo-universitaires d'exercer correctement ces quatre valences. Leurs temps dédiés à la recherche, l'enseignement ou la clinique n'est pas sanctuarisé : charge au professionnel de naviguer entre les contraintes pour tenter de remplir ses différentes missions⁴ ;
- leur nombre est insuffisant en comparaison des autres spécialités. Il est impossible d'estimer le nombre d'universitaires nécessaires au regard des seuls besoins en recherche. Mais un bon marqueur de la dotation d'une spécialité est le nombre d'internes encadrés par un seul hospitalo-universitaire. Ce nombre est notablement plus élevé en psychiatrie que dans d'autres spécialités. Il faut donc augmenter le nombre de postes hospitalo-universitaires, pour leur permettre de mieux exercer chacune de leurs missions (enseignement, clinique, recherche).

Au-delà de la seule question des hospitalo-universitaires, les activités de recherche pourraient être ouvertes plus largement, dans la double optique d'élargir le vivier de chercheurs et de diversifier leur profil. L'enquête #ChoisirPsychiatrie⁵ montre une appétence des psychiatres non universitaires pour cette activité et une inadéquation entre la formation à la recherche, l'intérêt pour cette activité et son exercice réel⁶. Il serait utile d'ouvrir plus largement les

1. *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, Cour des comptes, février 2021.

2. Til Wykes, Josep Maria Haro, Stefano R Belli, Carla Obradors-Tarragó, Celso Arango, José Luis Ayuso-Mateos et al., « Mental health research priorities for Europe », *Lancet Psychiatry*, vol. 2, n°11, 1^{er} novembre 2015, pp. 1036-1042.

3. Raphaël Gaillard, *Mission sur l'évolution du statut hospitalo-universitaire*, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, mai 2011.

4. Marc Scherlinger, Matthieu Tihy, Carine Ali, Thomas C.M. Bienvenu, *Répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires*, Presse médicale Form, 1^{er} novembre 2020.

5. Marine Lardinois, Marine Gilsanz, Nicolas Lunel, Deborah Sebbane, « Trois associations nationales connectées (ANEMF, AFFEP, AJPJA) : une première enquête nationale transgénérationnelle pour relever le défi d'une psychiatrie moderne et attractive », article cité.

6. Dans cette enquête, près de 40 % des personnes n'ayant pas d'activité de recherche y sont formés. À l'inverse, moins de 50 % des psychiatres participant à des activités de recherche ne sont pas formés.

formations à la recherche aux étudiants et aux médecins diplômés qui le souhaitent. Il faudrait par ailleurs permettre aux personnes déjà formées et intéressées d'avoir un temps dédié à la recherche en le sanctuarisant dans leur affectation. Une autre piste est la création d'un statut de professeur des universités « territorial » ou « partagé », en cours de discussion, et qui pourrait permettre non seulement d'augmenter le nombre d'hospitalo-universitaires, mais également d'élargir leur présence aux centres hospitaliers dits « périphériques ». S'agissant des autres professions, une réflexion similaire serait utile. Répétons ici que les infirmiers en pratique avancée bénéficient d'une formation à la recherche et sont donc parfaitement légitimes à y participer. Néanmoins, leur exercice en recherche sera inexistant si un temps dédié n'est pas, là aussi, sanctuarisé dans leur affectation. Nous suggérons donc de faciliter l'intégration des infirmiers formés et des IPA dans les projets de recherche, ainsi que leur accès aux parcours universitaires. Enfin, il est à souhaiter que la recherche en sciences infirmières puisse se structurer, raison pour laquelle nous proposons de repenser l'offre de formation en sciences infirmières, et notamment d'élargir l'accès au doctorat.

En miroir de l'élargissement du vivier de chercheurs parmi les soignants, il sera enfin important de former aux questions cliniques les chercheurs non soignants (universitaires, directeurs, chargés de recherche) : c'est une clé pour faciliter les collaborations, développer la recherche translationnelle et renforcer la recherche clinique.

Créer des espaces communs avec des priorités partagées

La « recherche en psychiatrie » est donc en réalité une recherche sous-dimensionnée et éparpillée entre

différents champs académiques. Si les questions de statut et de financement sont incontournables, la question des priorités et de l'organisation territoriale doit aussi être traitée. Aujourd'hui, les priorités ne sont pas pensées à l'échelle de la spécialité, mais d'une pathologie, ou *via* des appels à projets ciblés. Pourtant, face à la complexité de « la recherche en psychiatrie », il semble important de pouvoir s'accorder sur des priorités partagées pour la recherche publique. Cela nécessite de faire dialoguer les financeurs, les associations d'usagers, les organismes de recherche, les chercheurs et la communauté soignante au sein d'espaces partagés. Nous préconisons de créer des comités régionaux qui permettraient de coordonner les actions de recherche autour des axes qui semblent prioritaires aux acteurs susmentionnés. Ils apporteraient aussi une aide à la construction de projets de recherche, y compris par la mise à disposition de moyens humains pour les structures qui en sont dépourvues (assistant de recherche clinique, statisticien, médecins de santé publique...)¹. Il est important dans de telles instances de veiller à ce que les chercheurs, les professionnels de santé, mais aussi les usagers puissent participer pleinement aux décisions. Ces comités régionaux auraient en charge à l'échelle régionale :

- l'élargissement de l'accès à la formation en recherche pour les professionnels qui le souhaitent ;
- l'encouragement à la multiplication des liens, en priorisant les projets interdisciplinaires, par exemple, ou en encourageant les équipes de recherche multisites ;
- la mise à disposition des moyens humains et matériels nécessaires aux projets soutenus ;
- la suggestion d'axes de recherche prioritaires sur le territoire régional, tant au regard des besoins épidémiologiques identifiés que des politiques de nationales ;
- le fléchage des financements publics en fonction de ces priorités, en favorisant les financements pérennes plutôt que les appels à projets.

1. « La recherche en psychiatrie : état des lieux et orientations », ITMO Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie, mars 2013, p. 25.

Investir financièrement à la hauteur des enjeux

Le sous-financement chronique de la recherche en psychiatrie a été largement documenté, aussi bien par ses acteurs que par la Cour des comptes¹. Elle est en outre trop centrée sur les aspects biomédicaux au détriment des projets interdisciplinaires. La recherche est pourtant cruciale, aussi bien pour affiner la compréhension des troubles que pour augmenter les leviers thérapeutiques, améliorer l'organisation

des soins et évaluer les dispositifs sur le plan médico-économique. La part du budget public de la recherche en santé alloué à la psychiatrie est de seulement 4 %, alors qu'elle représente 14 % du budget de la santé, et que la Fondation Fondamental chiffre à 109 milliards d'euros par an le coût de la psychiatrie en France². En complément des aspects organisationnels évoqués plus tôt, il paraît donc impératif de consentir un effort financier important, à la hauteur des enjeux, en veillant à une répartition plus pertinente et en ciblant les recherches interdisciplinaires.

1. Voir *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan Psychiatrie et santé mentale (2005-2010)*, Cour des comptes, 20 décembre 2011, Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, op. cit., et « La recherche en psychiatrie : état des lieux et orientations », article cité.

2. Karine Chevreul, Amélie Prigent, Aurélie Bourmaud, Marion Leboyer, Isabelle Durand-Zaleski, « The cost of mental disorders in France », *Eur. Neuropsychopharmacol.*, août 2013, pp. 879-886.

Conclusion

Les chantiers à mener pour la transformation de la psychiatrie française sont nombreux et pourraient paraître titanesques. Pourtant, l'heure est plus que jamais à l'espoir : l'ensemble des acteurs se mobilise, les propositions fusent, les initiatives se multiplient, le contexte est porteur. Il suffit de définir un horizon commun selon des valeurs partagées et de se donner les moyens humains, financiers et politiques de l'atteindre. En guise de conclusion, nous pouvons reprendre ces mots d'Henri Ey, écrits il y a près d'un demi-siècle mais plus que jamais d'actualité :

De telles réformes, si elles ne constituent rien de plus que ce qui est voulu depuis longtemps par la plupart des psychiatres, exigent cependant un enthousiasme et une opiniâtreté qui doivent caractériser le renouveau psychiatrique que nous attendons tous. Elles exigent aussi beaucoup de réflexion et de préparation car elles ne s'accommoderaient pas d'une trop hâtive improvisation. Enfin elles exigeront de puissants moyens matériels.

Bibliographie

Michel Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale*, ministère de la Santé et des Solidarités, 2016

Marine Lardinois, Marine Gilsanz, Nicolas Lunel et Deborah Sebbane, « Trois associations nationales connectées (ANEMF, AFFEP, AJPJA) : une première enquête nationale transgénérationnelle pour relever le défi d'une psychiatrie moderne et attractive », Congrès français de psychiatrie 2021, Montpellier, décembre 2021

Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Paris, Fayard, 2018

Ministère des Solidarités et de la Santé, « Vers un remboursement des séances de psychologues dès le printemps 2022 – MonPsy », 2022

Boris Nicolle et Christophe Gauld, « Le concept d'injustice épistémique en psychiatrie : quels apports, de la clinique à la classification des troubles mentaux ? », *Annales médico-psychologique, revue psychiatrique*, 23 janvier 2021

Antoine Pelissolo et Boris Vallaud, « Il est urgent de faire de la santé mentale et de la psychiatrie une grande cause du prochain quinquennat », *Le Monde*, 6 septembre 2021

Florian Porta Bonete, *Implication des élus locaux dans les politiques de santé mentale*, mémoire, université de Bordeaux, 2020

« Emmanuel Macron annonce 30 mesures pour faire face à "l'urgence" en psychiatrie », *Santé mentale*, 29 septembre 2021

Marc Scherlinger, Matthieu Tihy, Carine Ali et Thomas C.M. Bienvenu, *Répartition du temps de travail des personnels hospitalo-universitaires*, Presse médicale Form, 1^{er} novembre 2020

Jean Sol et Jean-Yves Roux, *Expertise psychiatrique et psychologique en matière pénale : mieux organiser pour mieux juger*, Rapport d'information n° 432, Sénat, mars 2021

Zachary Steel, Claire Marnane, Changiz Iranpour, Tien Chey, John W Jackson, Vikram Patel et *al.*, « The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013 », *Int. J. Epidemiol.*, vol. 43, n° 2, avril 2014, pp. 476-493

J. Wierzbicki, « Pédopsychiatrie : un secteur en rupture », *Pharmaceutiques*, 2 novembre 2021

Til Wykes, Josep Maria Haro, Stefano R Belli, Carla Obradors-Tarragó, Celso Arango, José Luis Ayuso-Mateos et *al.*, « Mental health research priorities for Europe », *Lancet Psychiatry*, vol. 2, n°11, 1^{er} novembre 2015, pp. 1036-1042

Daniel Zagury, *Comment on massacre la psychiatrie française*, Paris, L'Observatoire, 2021

Table des matières

01	Préambule
03	20 propositions pour réinvestir la psychiatrie
07	Introduction
09	Le territoire, la psychiatrie, la politique
09	Une loi-cadre pour la santé mentale
10	Un cadre clair pour une réforme ambitieuse de la psychiatrie
11	Les quatre fonctions de la psychiatrie
11	Pour une organisation territoriale lisible, démocratique et opérationnelle
13	L'articulation avec l'échelon régional
14	Un pilotage national intégratif et cohérent
15	La psychiatrie face à la société : l'urgence du dialogue
15	Redéfinir les rapports entre la psychiatrie et la société : un nécessaire dialogue démocratique
16	La participation des usagers et de leurs proches, un impératif transversal
18	Médias et psychiatrie : une responsabilité partagée face aux défis
19	École, santé mentale et psychiatrie
19	Psychiatrie et justice : des liens multiples à réorganiser
20	Dialogue bien ordonné commence par soi-même

23	Des soins dignes et efficaces pour tous
23	Le rétablissement comme boussole
24	Sortir de l'hôpital
25	Pour des soins pertinents et gradués
27	Comment réduire le recours à l'isolement et la contention ?
28	Sauver la pédopsychiatrie
29	La question du sens : penser les fonctions, redéfinir les métiers
29	Les fonctions à développer dans les équipes de soins
30	L'opportunité des nouveaux métiers
31	À quoi sert un psychiatre ?
32	Où sont les cadres de santé ?
33	Infirmier en psychiatrie : du rôle de « greffier de la traçabilité du patient » à celui de soignant
34	Psychologues et psychiatrie : le grand flou
35	Réinvestir la recherche en psychiatrie
35	Renforcer les liens entre disciplines complémentaires
36	Ouvrir les activités de recherche et les sanctuariser
37	Créer des espaces communs avec des priorités partagées
38	Investir financièrement à la hauteur des enjeux
39	Conclusion
41	Bibliographie

Collection dirigée par Gilles Finchelstein et Laurent Cohen

© Éditions Fondation Jean-Jaurès
12, cité Malesherbes - 75009 Paris

www.jean-jaures.org

Derniers rapports et études :

03_2022 : Les peuples européens derrière l'Ukraine
Gilles Finchelstein, Amandine Clavaud, Jérémie Peltier

03_2022 : Les Français veulent une présidence omniprésente
Martial Foucault, Philippe Guibert

03_2022 : L'extrême droite contre les travailleurs. Un dialogue social menacé
Samuel Greef, Alain Olive, Johan Sjölander, Emanuele Toscano

03_2022 : Tableau politique de « la France d'après »
Jérôme Fourquet

02_2022 : Temps de travail et temps au travail. Deux enjeux inséparables au cœur du présent
Hélène L'Heuillet, Frédéric Worms, Catherine Pinchaut

02_2022 : Le fer contre le carbone. Doubler la place du train pour une vraie transition climatique
Jean-Pierre Farandou

02_2022 : Contrat jeunesse 2022
Salomé Berlioux (coord.)

02_2022 : Les Européens et l'euro : la perception de la monnaie unique vingt ans après son adoption
Paul Cébille, Théo Verdier

02_2022 : Égalité salariale. Panorama des stratégies efficaces
Katinka Brose, Christine Gräbe, Henrike von Platen

02_2022 : L'urgence du temps long : un nouveau rapport État/entreprises
pour une prospérité durable
Pascal Demurger

01_2022 : Régime parlementaire ou régime présidentiel ? Faire le choix des citoyennes
et des citoyens
Emmanuel Grégoire, Axelle Lemaire, Hugo Le Neveu-Dejault

01_2022 : Quel hôpital en 2030 ?
Ariel Frajerman

 fondationjeanjaures

 @j_jaures

 fondation-jean-jaures

 www.youtube.com/c/FondationJeanJaures

www.jean-jaures.org


Fondation
Jean Jaurès
ÉDITIONS