



HAUT-COMMISSARIAT
AU PLAN

*Liberté
Égalité
Fraternité*

STRATÉGIE

n° 17

Juin 2024

LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES ET PSYCHOLOGIQUES : UN ENJEU MAJEUR POUR NOTRE SOCIÉTÉ

AVANT-PROPOS DE FRANÇOIS BAYROU



L'importance des troubles psychiques ou psychologiques dans notre société est de plus en plus manifeste et pénalisante, pour les personnes individuelles que nous sommes, comme pour l'ensemble de notre communauté nationale.

C'est d'abord une question qui concerne personnellement chacun d'entre nous. La recherche d'un certain bien-être, d'un équilibre de vie, est une exigence de chaque jour. Un tel équilibre n'est pas autre chose que l'accomplissement d'une bonne santé mentale. Ensuite parce que nous sommes tous confrontés à l'approfondissement des problèmes et des souffrances psychiques et psychologiques dans notre société. Nous sommes nombreux à avoir été saisis de désarroi face aux difficultés psychiques rencontrées par une personne de notre entourage, et plus encore par le parcours du combattant que représente, trop souvent, la prise en charge de ces troubles. Cela est d'autant plus vrai depuis la pandémie de Covid-19, qui a affecté les corps mais aussi les esprits : pendant le confinement de mars 2020, la prévalence des troubles anxieux ou dépressifs a doublé et n'a pas retrouvé, depuis, les niveaux d'avant crise.

À titre individuel, notre équilibre psychologique ou psychique peut être altéré par de nombreux facteurs. L'évolution rapide de certaines pratiques aux effets délétères bien établis, comme la consommation de stupéfiants, ou aux effets plus ambigus comme l'omniprésence des écrans au détriment de l'écrit, bouleverse nos existences. Le climat d'incertitude qui domine nos vies, au niveau individuel et collectif, pèse lourd, de la perspective d'une nouvelle pandémie à l'horizon de la guerre aux frontières de l'Europe, ou encore les transformations du climat. D'ailleurs, ces phénomènes ne sont pas propres à la France, et la dégradation de la santé mentale dépasse largement nos frontières.

Comment ne pas être préoccupé plus encore par la situation des jeunes Français ? Un enfant sur huit, entre 6 et 11 ans, présenterait au moins un trouble de santé mentale. Le suicide est ainsi la quatrième cause de mortalité chez les adolescents entre 15 et 19 ans. Dans une autre tranche d'âge, il est même devenu la première cause de mortalité pour les jeunes femmes qui deviennent mamans entre le moment de la conception et l'année qui suit l'accouchement.

Ces faits, dans leur brutalité, nous donnent à voir les déséquilibres de notre société tout entière. N'est-il pas raisonnable d'estimer que dans une société qui va bien, dont les membres ont confiance dans l'avenir et dans la solidarité qui les lie, l'équilibre psychologique de chacun est meilleur ? Inversement, peut-on croire que des enfants et des jeunes qui grandissent dans un état d'anxiété voire de dépression peuvent croire en un avenir meilleur pour eux et leur pays ?

Les enjeux sont donc considérables. Et cela, sans compter le coût pour nos finances publiques du traitement de la santé mentale, qui représente le premier poste de dépenses de l'assurance maladie, plus de 25 milliards d'euros, devant les cancers, devant les maladies cardio-vasculaires. En incluant les coûts indirects, d'après l'OCDE, les troubles de la santé mentale représenteraient plus de 4 % de notre PIB.

Dans le même temps, nous sommes confrontés à une situation complexe. La démographie des personnels de santé est préoccupante et pourrait se dégrader encore dans les années à venir.

Les structures d'accueil sont souvent saturées, en particulier dans certains territoires. Le taux de psychiatres libéraux peut varier selon un rapport de 1 à 40, de la Meuse à Paris. La coordination entre les acteurs de la prise en charge de la santé mentale, qui relèvent des professions médicales comme du champ du social, est souvent insuffisante. On pourrait ainsi continuer l'énumération des difficultés et obstacles à une prise en charge convenable.

Pourtant il n'y a aucune fatalité en la matière. La France peut s'appuyer sur un héritage précieux : celui d'un véritable service public de la santé mentale. L'organisation dont s'est doté notre pays, la sectorisation, était construite autour d'une ambition : sortir de l'aliénation dont étaient victimes les personnes atteintes de maladies psychiatriques, donner à chacun un égal accès à un accompagnement face à ses difficultés d'ordre psychique dans le but de permettre le rétablissement des patients dans leur vie quotidienne par une prise en charge à la fois médicale et sociale. Cette ambition, qui fait honneur à notre pays, nous devons la garder intacte, comme boussole de notre action.

C'est donc à un vaste plan d'ensemble qu'il s'agit d'aboutir, à la dimension de l'enjeu qui est devant nous.

Ce plan stratégique doit tout d'abord viser à changer le regard sur les troubles psychiques ou psychologiques. Les préjugés sur ces troubles doivent être surmontés car ils enferment les personnes dans une culpabilité qui, trop souvent, les empêche d'entrer dans un parcours de prise en charge. Il nous faut au contraire agir le plus tôt possible et mettre les moyens nécessaires dans la prévention des troubles psychiques, dès le plus jeune âge. Pour les enfants et les adolescents en particulier, il faut donner accès à des lieux d'écoute et de parole, pour identifier au plus tôt les premiers signes de dégradation de la santé mentale. Cela suppose de mieux former les professionnels de santé et des services sociaux au repérage précoce des troubles et au suivi des personnes nécessitant des soins particuliers. La coordination de ces différents acteurs doit enfin être rendue possible par un appui résolu sur les outils prévus, en particulier au niveau local.

La démarche que propose cette analyse du Commissariat au plan est ambitieuse mais elle consiste avant tout à s'appuyer sur l'existant et à mobiliser tous ceux, si nombreux, qui œuvrent aujourd'hui sur le territoire en faveur du bien-être psychique de nos concitoyens, afin d'être ensemble plus efficaces. Car la réponse à ces problèmes passe nécessairement par une prise en compte fine des réalités du terrain.

La présente étude stratégique est ainsi une première illustration du travail conjoint conduit par le Haut-commissariat au Plan dans le cadre méthodologique du Conseil national de la Refondation. On ne résoudra pas la crise que traverse la prise en charge de la santé mentale par une approche descendante qui, partie de la capitale, irriguerait le reste du territoire national. Parce que les forces et les contraintes sont multiples et diverses selon les lieux, il est nécessaire d'opérer un renversement de l'approche habituelle et de faire vraiment dialoguer réalités du terrain et décisions générales.

À travers l'organisation de trois Conseils nationaux de la Refondation (CNR) territoriaux, nous avons voulu mettre en œuvre cette nouvelle stratégie d'action publique, au bénéfice de tous, avec la conviction qu'une politique nationale peut être conçue hors de la capitale. De nombreux entretiens, de nombreuses rencontres publiques ont ainsi nourri et enrichi la réflexion, donné corps à des sigles abscons, incarné par des expériences humaines les recommandations issues de multiples rapports, souligné leurs limites concrètes et les espoirs qu'elles suscitent. C'est là toute la richesse, toute la promesse de cette démarche.

SOMMAIRE

Avant-propos de François Bayrou	3
Introduction	7
I – La question de la santé mentale, un enjeu majeur pour notre société tout entière.	9
1. <i>La question de la santé mentale renvoie à une grande diversité de situations et concerne de fait une part substantielle de la population française.</i>	9
(a) Par la nature même des troubles et de leur impact sur le patient, la santé mentale doit être entendue de manière large et appréhendée globalement, dans ses dimensions médicale et sociale.....	9
(b) La dégradation de la santé mentale concerne une part substantielle de la population française.....	11
2. <i>Les besoins en matière de santé mentale constituent un enjeu majeur pour notre pays, notamment d'un point de vue économique, et se sont encore accrus depuis la crise sanitaire.</i> .	13
(a) Le coût social de la santé mentale : un enjeu économique majeur	13
(b) La crise du Covid a conduit à une augmentation sensible des besoins de la population en matière de soins.	15
3. <i>Si les troubles relevant de la santé mentale sont un phénomène diffus dans la population française, ils ont une prévalence notable à des âges particuliers de l'existence et affectent plus spécifiquement certaines catégories de la population.</i> . .	17
(a) Des situations de fragilité particulière : les enfants exposés à la violence et les parturientes.	17
(b) L'adolescence et le grand âge, deux périodes de fort risque pour la santé mentale....	18
(c) Les troubles psychiques sont susceptibles d'affecter davantage certaines catégories de la population.	20
II – Le traitement des troubles de santé mentale s'appuie sur une organisation territoriale spécifique, construite autour d'un réseau d'acteurs multiples qui assurent la gradation des soins.	23
1. <i>Le « secteur » : une organisation territorialisée originale et innovante du service public de la santé mentale.</i>	23
(a) Les principes fondateurs du secteur	23
(b) La mise en place du secteur en France	24
(c) Une mise en œuvre délicate	25
2. <i>Le système français de prise en charge de la santé mentale mobilise, au-delà du secteur, une pluralité d'acteurs et de structures visant à offrir des parcours de soins adaptés.</i> . .	26
3. <i>Des professionnels nombreux mais mal répartis sur le territoire.</i>	31
(a) La répartition territoriale des différentes professions de santé mentale : des chiffres en apparence rassurants mais des risques réels dans la durée.....	31
(b) L'efficacité du secteur repose sur la complémentarité des expertises médicales et médico-sociales, ce qui nécessite une démographie des professionnels suffisante et bien répartie sur tout le territoire.	35
(c) Le déficit actuel d'attractivité de la profession de psychiatre est un signal à prendre en considération.....	37

III – Un système souvent réformé qui peine encore à tenir ses promesses	39
1. <i>La formation des médecins et des psychiatres devrait davantage privilégier une conception globale et intégrée du traitement des troubles psychiques.</i>	39
2. <i>L'« avant-première-ligne » démunie.</i>	40
3. <i>Une première ligne qui ne remplit pas assez sa fonction d'adressage.</i>	41
4. <i>Les échecs de la gradation dans le parcours de soins</i>	44
5. <i>La discontinuité du parcours de soins faite de suivi à domicile : autre faille du système.</i> ..	46
IV – Pour un vaste plan d'ensemble associant l'intervention au plus tôt et la coordination renforcée des acteurs	48
1. <i>L'importance d'agir en amont à 3 niveaux : développer la prévention, mieux former les professionnels et mettre l'accent sur l'intervention précoce</i>	48
(a) <i>Changer le regard sur les troubles de santé mentale : un préalable à toute embellie</i>	48
(b) <i>Améliorer la formation de tous les acteurs de la santé mentale.</i>	49
(c) <i>Mettre l'accent sur les plus jeunes.</i>	50
2. <i>Reconstruire le parcours de soins par une coordination renforcée entre les acteurs</i> ...	52
(a) <i>Établir une prise en charge graduée des troubles de santé mentale avec une meilleure coopération entre les professionnels.</i>	52
(b) <i>Améliorer la gouvernance sur tout le territoire.</i>	55
(c) <i>Des dispositifs innovants à soutenir et à encourager.</i>	57
V – Plan d'action	60
Annexes	62
Annexe 1 : Liste des sigles utilisés.....	62
Annexe 2 : Réformes en matière de santé mentale	65
Annexe 3 : Zoom sur le Béarn	66

INTRODUCTION

Le système français de traitement de la santé mentale est le fruit d'un long cheminement, de l'exclusion et l'enfermement des « fous » à la mise en place d'une politique d'intégration des personnes atteintes d'un handicap psychique. Cette évolution a été marquée par des points de bascule, de la mise en place des asiles au début du XIXe siècle à la désinstitutionnalisation après la Seconde Guerre mondiale et à la politique de secteur à partir de 1960.

Chacun de ces jalons a donné lieu à un élargissement progressif de la notion de santé mentale, la France s'inscrivant de la sorte dans un mouvement international : l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »¹. La santé mentale apparaît ainsi à la croisée de l'accompagnement des personnes et de l'équilibre collectif de la société.

Faisant progressivement de la santé mentale une condition d'accès à l'autonomie et non plus la seule absence de maladie, la société dans son ensemble, en raison de l'importance croissante des questions de santé mentale, a vu un nombre toujours plus important d'acteurs impliqués dans le suivi des troubles psychiques.

L'enjeu est en effet considérable. Enjeu humain d'abord, alors que la pandémie de Covid a révélé et accentué la grande fragilité d'une partie non négligeable de citoyens, en particulier parmi les adolescents et jeunes adultes. Enjeu pour le système de santé et médico-social, dont l'organisation actuelle paraît à bien des égards à bout de souffle. Enjeu financier enfin, dans la mesure où la prise en charge des troubles psychiques a un coût important : elle représente un coût global estimé à plus de 100 milliards d'euros par an, les chiffres ne cessant d'augmenter depuis la crise sanitaire.

La présente étude vise à dresser un état des lieux de la crise de la santé mentale et de la psychiatrie en France, en analysant ses causes profondes et en proposant des solutions concrètes pour améliorer la prise en charge des patients, le bien-être de la population et faciliter le travail des soignants. Nombre de travaux ont déjà été conduits sur cette question, sans que leurs recommandations n'aient été suivies d'effets. C'est pourquoi le Haut-commissariat au Plan s'attache à revaloriser certaines de ces préconisations et en propose de nouvelles pour offrir une perspective de transformation plus que jamais nécessaire.

¹ Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale (aide-mémoire no. 220), 2001.

Zoom sur le Béarn : l'opportunité d'un diagnostic ciblé utile à une réflexion à l'échelle nationale

Notre réflexion sur la santé mentale à visée nationale s'est également nourrie de l'expérience locale grâce à l'implantation d'une antenne du Haut-commissariat au Plan à Pau. Il s'agissait d'appréhender, au sein d'une ville moyenne de 80 000 habitants, les problématiques concrètes relatives à la prise en charge de la santé mentale et ce, grâce à la rencontre de nombreux acteurs de terrain qui nous ont livré leur expérience et nous ont fait part de leurs recommandations. Les entretiens menés sur le territoire palois ont été complétés par la mise en place d'un Conseil national de la refondation dédié à la santé mentale, qui s'est concrétisé par l'organisation de trois rencontres : la première réunissait les médecins-psychiatres et infirmiers du public comme du privé, la seconde était élargie à tous les acteurs des champs sanitaire et médico-social de la prise en charge de la santé mentale. La troisième a été consacrée à une présentation des premières propositions issues des consultations. Si le territoire de Pau bénéficie d'une démographie médicale relativement favorable, il illustre néanmoins de nombreux enjeux observés à l'échelle nationale. C'est pourquoi les observations de terrain font l'objet d'une annexe qui en retrace les principaux enseignements.

I – LA QUESTION DE LA SANTÉ MENTALE, UN ENJEU MAJEUR POUR NOTRE SOCIÉTÉ TOUT ENTIÈRE.

1. *La question de la santé mentale renvoie à une grande diversité de situations et concerne de fait une part substantielle de la population française.*

- (a) Par la nature même des troubles et de leur impact sur le patient, la santé mentale doit être entendue de manière large et appréhendée globalement, dans ses dimensions médicale et sociale.

La question de la santé mentale appelle à distinguer trois notions différentes, ainsi d'ailleurs que les distingue le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015² :

- **La santé mentale positive** recouvre le « bien-être », l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir des individus dans leurs rôles sociaux.
- **La détresse psychologique réactionnelle** est induite par des situations éprouvantes et des difficultés existentielles et n'est pas forcément révélatrice d'un trouble psychique³. Dans la majorité des cas, la personne en détresse psychologique ne nécessite pas de soins spécialisés, à moins que la personne ait été, en amont, mal accompagnée, pouvant ainsi la faire basculer dans une maladie ou multiplier les difficultés sociales. À noter que lorsqu'elle est temporaire et fait suite à un événement stressant, la détresse psychologique est considérée comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique.
- **Les troubles psychiatriques**, sont de durée variable, plus ou moins sévères ou handicapants et se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères (CIM10 ou DSM-V⁴), à des actions thérapeutiques ciblées et relèvent d'une prise en charge médicale.

La différence entre handicap mental et handicap psychique est reconnue officiellement en France par la loi sur le handicap du 11 février 2005. On associe le terme de **handicap mental** aux handicaps résultants d'une déficience intellectuelle qui limitent les activités de la personne en perturbant les fonctions cognitives (mémorisation, accès au langage, etc.)⁵. Le **handicap psychique** est, quant à lui, associé à des « troubles psychiatriques » donnant lieu à des atteintes comportementales et menant à une marginalisation de la personne. Les handicaps psychique et mental peuvent parfois être cumulés.

² Direction générale de la santé (DGS). Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, 2012.

³ Cette notion de « bien-être » a déjà pu être évoquée dans des textes internationaux comme la Charte d'Ottawa (1986) où la promotion de la santé ne relève plus seulement du secteur sanitaire. Elle ne se borne plus seulement à préconiser l'adoption de modes de vie sains qui favorisent la bonne santé, l'ambition est désormais de viser le bien-être complet de l'individu. Ainsi, « pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu et s'y adapter ».

⁴ La classification internationale des maladies (CIM) est une classification statistique non exclusivement médicale codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures publiés par l'OMS. Le chapitre 5 de la CIM-10 est relatif aux « troubles mentaux et du comportement ». Il existe aussi la version américaine, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), qui a pour objectif de classifier et catégoriser les troubles mentaux, de les homogénéiser en adoptant un langage commun, et ce, partout dans le monde. La 5^{ème} édition, le DSM-5, a suscité des interrogations en raison de l'adoption de critères plus larges pour le diagnostic des maladies mentales, ce qui ferait entrer dans le domaine de la pathologie des personnes qui ne sont pas considérées actuellement comme malades.

⁵ Mazeau Michèle, *Troubles cognitifs, Déficience Mentale, Troubles spécifiques des apprentissages : un mot peut en cacher un autre, Contraste*, vol 22-23, no. 1-2, 2005, pp. 187 à 207.

Il faut noter que cette distinction est une spécificité française, elle n'existe pas dans la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé de l'OMS (CIF). **En raison de leur différence de traitement dans le système français, cette note n'aborde pas l'accompagnement du handicap mental.**

Aspects	Handicap mental	Handicap psychique
Caractère des troubles dans le temps	Stable	Évolutif
Déficiência intellectuelle associée	Oui	Non
Prise en charge médicamenteuse	Très modérée	Souvent indispensable
Origine des troubles	Identifiée (traumatisme, anomalie génétique, accident cérébral)	Non identifiée
Âge d'apparition des troubles	Naissance ou petite enfance (sauf cas d'accident ou maladie)	Adolescence ou âge adulte

La spécificité des pathologies mentales provient du fait « qu'elles peuvent affecter tout à la fois, les idées (délire, hallucination), les émotions (angoisse, tristesse, etc.), et les sentiments moraux (honte, culpabilité) »⁶. La santé mentale est donc spécifique en ce qu'elle concerne, à travers la souffrance psychique, la sociabilité de l'être humain. De fait, dans ce domaine particulier de la médecine et dans ce domaine uniquement, la santé et la sociabilité de l'être humain sont indissociables, les pathologies dites « mentales » sont en même temps des troubles fonctionnels de la sociabilité.

La psychiatrie est, quant à elle, la spécialité médicale de la santé mentale, qui traite spécifiquement des maladies mentales. **Les enjeux de santé mentale et de psychiatrie sont donc à la fois distincts et complémentaires** : enjeu global pour la première, en raison de l'intrication du sanitaire et du social, médical pour la seconde. Cependant, les maux psychiatriques relevant du soin sont également des questions sociales qui traversent toute la société : l'école, le travail et l'emploi.

En effet, les premiers symptômes d'une pathologie nécessitant une prise en charge psychiatrique dans un parcours de soins adapté peuvent renvoyer à un mal-être dont le traitement, en première intention, relevait du domaine psycho-social. Mais par ailleurs le parcours de soins psychiatrique, y compris pour des pathologies lourdes, consiste pour l'essentiel à une intégration sociale du malade et à sa contribution à la vie de sa communauté.

C'est à une acception étendue de la santé mentale que renvoie également la définition retenue par l'Organisation Mondiale de la Santé. L'organisation internationale caractérise ainsi la santé mentale comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté »⁷. Cette position inscrit la psychiatrie au cœur du système social et prend acte du fait qu'elle ne peut apporter seule l'ensemble des réponses nécessaires à ceux qui sont confrontés à des maladies mentales.

C'est pourquoi **le Haut-commissariat au Plan invite à appréhender la question de la santé mentale dans sa globalité et non par son seul aspect médical, dont relève la psychiatrie.**

L'adoption d'une approche intégrée appelle à considérer les déterminants sociaux, économiques et culturels qui influent sur le bien-être mental de la population française. Les professionnels du médico-social, tels que les psychologues, les infirmiers, les travailleurs sociaux,

⁶ Ehrenberg, Alain. « Santé mentale et société », *Cahiers français*, vol. 426, no. 2, 2022, pp. 16-25.

⁷ Organisation mondiale de la santé, Santé mentale : renforcer notre action, 2022, *Santé mentale : renforcer notre action (who.int)*

les éducateurs, et d'autres acteurs non spécialisés en psychiatrie, jouent un rôle crucial dans la prévention, l'éducation et le soutien continu en matière de santé mentale. En élargissant la perspective au-delà du modèle curatif, cette approche favorise une compréhension plus complète des défis que pose la santé mentale et encourage des interventions précoces et préventives qui ne peuvent être réduites au seul domaine de la psychiatrie.

(b) La dégradation de la santé mentale concerne une part substantielle de la population française.

En raison de la conception large de la santé mentale qu'impose la nature des troubles concernés, **les problèmes liés à la santé mentale affectent une large partie de la population française.**

En effet, on estime qu'aujourd'hui, **une personne sur trois souffre d'un trouble psychique⁸ à un moment de sa vie, et qu'environ deux millions de Français sont pris en charge chaque année en psychiatrie⁹.** Selon les chiffres de l'Observatoire sur la santé mentale, en 2021 **la psychiatrie aurait été la spécialité la plus consultée après la médecine générale**, avec un peu plus de 370 000 téléconsultations, soit 6,4 % de l'ensemble des téléconsultations¹⁰.

Par ailleurs, bien au-delà des troubles relevant de la psychiatrie, environ un quart de la population consomme en France des anxiolytiques, antidépresseurs, somnifères et autres psychotropes¹¹, faisant des Français **les plus gros consommateurs de psychotropes au monde**. Ce chiffre, qui doit interroger sur la pertinence du traitement apporté aux troubles, **révèle de manière objective l'existence d'un besoin de soins qu'expriment de manière très large les Français** et qui constitue donc un réel enjeu de santé publique.

Quelles sont les maladies psychiques les plus fréquentes en France ?

Les troubles les plus fréquemment rencontrés dans la population française sont la dépression, les troubles bipolaires, la schizophrénie, les troubles anxieux et les addictions¹².

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquent puisqu'environ 5 % à 15 % de la population française traverse un épisode dépressif au cours de sa vie. Aujourd'hui, on estime que 3 % des enfants de 3 à 17 ans sont touchés par cette maladie, et cette prévalence augmente de 10 % à 15 % chez l'adolescent¹³. Elle est aussi importante chez les personnes âgées. La dépression se définit par deux aspects : des symptômes caractéristiques et leur durée qui doit être d'au moins 15 jours avec un retentissement sur la vie personnelle, professionnelle et sociale des patients.

Le trouble bipolaire est une maladie psychique chronique responsable de dérèglements de l'humeur disproportionnés dans leur durée et leur intensité avec le plus souvent une alternance d'états d'exaltation et de dépression. En France, entre 1 % et 2,5 % de la population seraient atteints de troubles bipolaires, soit entre 650 000 et 1 600 000 personnes¹⁴.

La schizophrénie est un trouble psychotique dont les symptômes peuvent être « positifs » (les idées délirantes, le sentiment de persécution ou toute variété d'hallucinations sensorielles pouvant toucher l'ensemble des sens), « négatifs » (l'émoussement affectif et émotionnel), ou encore « cognitifs »

⁸ Nicolle, Boris, *Réinvestir la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique*. Fondation Jean-Jaurès, mai 2022.

⁹ DREES. Les établissements de santé en 2019, 2021, p. 92.

¹⁰ L'Observatoire-Place de la Santé (Mutualité Française). Les 10 chiffres clés de l'Observatoire, 2021, <https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/les-contributions-au-debat-public/sante-mentale/>.

¹¹ D'après le système national des données de santé (SNDS).

¹² Institut du Cerveau, *Les maladies psychiatriques*, <https://institutducerveau-icm.org/fr/maladies-psychiatriques/>

¹³ Institut du Cerveau. *La dépression : causes, mécanismes, symptômes et traitements*, dernière mise à jour en février 2024, <https://institutducerveau-icm.org/fr/depression/>.

¹⁴ Haute Autorité de Santé (HAS). *Troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours*, juin 2014, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-06/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf.

(désorganisation globale de la pensée associée à des troubles de la mémoire ou de l'attention)¹⁵. Environ 600 000 personnes sont atteintes en France. La maladie débute généralement chez l'adolescent ou le jeune adulte, avec un âge de déclenchement des premiers symptômes entre 15 et 25 ans.

Les troubles anxieux sont définis par une anxiété forte et durable chez une personne sans lien avec un danger ou une menace réelle, qui perturbe son fonctionnement normal et ses activités quotidiennes. Il existe six types de troubles anxieux (l'anxiété généralisée, le trouble panique, les phobies spécifiques, l'agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale, le trouble d'anxiété de séparation) aux symptômes très variables d'une personne à l'autre. 15 % des adultes de 18 à 65 ans présenteraient des troubles anxieux sévères sur une année donnée, et 21 % en présenteront au cours de leur vie¹⁶. La fréquence en serait deux fois plus élevée chez la femme que chez l'homme.

L'addiction est une pathologie qui se caractérise par une dépendance à une substance ou une activité. Elle peut concerner le tabac (nicotine), l'alcool, le cannabis, les opiacés (héroïne, morphine), la cocaïne ou encore les amphétamines et dérivés de synthèse. Il y a aussi des addictions sans substance telles que le jeu pathologique (jeux de hasard et d'argent), cliniquement reconnu comme une dépendance comportementale dans les classifications diagnostiques internationales (DSM-5). En France, parmi les substances licites, l'alcool et le tabac demeurent les produits les plus consommés. En 2020, 25,5 % des adultes (11-75 ans) fument tous les jours (12 millions d'individus) et 10 % boivent quotidiennement de l'alcool (5 millions de personnes). Parmi les substances illicites, le cannabis reste de loin la substance la plus consommée, avec 1,3 million de consommateurs réguliers (et 18 millions d'expérimentateurs). Au niveau européen, la France se distingue par le haut niveau de consommation des jeunes (équivalent à celui observé aux États-Unis et au Canada). La cocaïne est le deuxième produit illicite le plus consommé, avec 600 000 consommateurs dans l'année (et 2,1 millions d'expérimentateurs)¹⁷. Les addictions peuvent avoir des objets divers, dont la liste s'étend sans cesse. À ces dépendances classiques et reconnues (drogues, alcool, tabac, jeux d'argent) s'ajoutent les dépendances à internet, aux achats, au sport, au sexe, au travail. On estime que ces addictions, encore peu quantifiées, touchent près de 6 % de la population. En 2019, l'OMS a reconnu le trouble du jeu vidéo comme maladie de l'addiction¹⁸.

De manière générale, la majeure partie des personnes affectées par un trouble psychiatrique souffrent en parallèle d'une maladie physique chronique, ce qui en complique le repérage et leur prise en charge¹⁹. Ces personnes risquent ainsi de voir leur espérance de vie se réduire de 10 à 20 ans en fonction des troubles considérés²⁰. Selon les résultats d'une étude menée par des chercheurs britanniques et présentés lors du 31^{ème} congrès européen de psychiatrie qui s'est tenu en mars 2023 à Paris²¹, les troubles mentaux seraient à l'origine d'un vieillissement accéléré : les personnes souffrant de maladie mentale auraient un profil métabolique plus ancien que celui attendu pour leur âge.

¹⁵ Institut du Cerveau. Schizophrénie : symptômes, causes, tests et traitements, dernière mise à jour en octobre 2021, <https://institutducerveau-icm.org/fr/schizophrénie/>.

¹⁶ HAS. Guide médecin relatif aux affections psychiatriques de longue durée, juin 2007, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.

¹⁷ Observatoire français des drogues et des tendances addictives. *Drogues et addictions : chiffres clés*, 2022

¹⁸ OMS. *Trouble du jeu vidéo*, 22 octobre 2020, <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/gaming-disorder>.

¹⁹ Institut Montaigne. *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

²⁰ Nicolle, Boris. *Réinvestir la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique*, Éditions Fondation Jean-Jaurès, mai 2022.

²¹ Lewis, Cathryn et Julian Mutz. « Molecular ageing clocks – making the links between mental illness and shorter lifespans », King's College London, 5 mai 2023, <https://www.kcl.ac.uk/molecular-ageing-clocks-making-the-links-between-mental-illness-and-shorter-lifespans>.

Plusieurs hypothèses quant aux déterminants principaux de la surmortalité des personnes avec des troubles psychiques ont été avancées dans la littérature internationale²². Elles incluent d'une part, la présence accrue de facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, notamment d'ordre comportemental, telles qu'une forte consommation de tabac, une grande sédentarité ou une moindre observance aux traitements. D'autre part, les personnes vivant avec un trouble psychique sévère sont exposées aux effets secondaires des médicaments psychotropes. Il a d'ailleurs été rappelé récemment, que **ces personnes sont moins bien prises en charge d'un point de vue somatique que le reste de la population en général**, notamment en terme d'accès aux soins et aux médicaments, aux dépistages et à la qualité des soins délivrés²³.

2. Les besoins en matière de santé mentale constituent un enjeu majeur pour notre pays, notamment d'un point de vue économique, et se sont encore accrues depuis la crise sanitaire.

(a) Le coût social de la santé mentale : un enjeu économique majeur

La santé mentale représente un poids considérable d'un point de vue économique : **avec un coût global de près de 25 milliards d'euros en 2021 (soit 12,4 % des dépenses totales), les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « traitements psychotropes (hors pathologies) »²⁴ constituent le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie en France** (devant les cancers, 22,6 milliards d'euros et les maladies cardio-vasculaires, 19,4 milliards d'euros). En 2021, un peu plus de 2,7 millions de personnes ont été prises en charge pour une pathologie psychiatrique²⁵. En France, le coût moyen de prise en charge des maladies psychiatriques est de 6 304 euros par personne²⁶. En 2021, **le premier poste de dépenses au sein des « maladies psychiatriques » correspond aux « troubles névrotiques et de l'humeur » pour un montant de près de 7 milliards d'euros²⁷, qui inclut les hospitalisations, les prestations en espèces (dont indemnités journalières) et les soins de ville (soins de médecin, médicaments etc.)²⁸.**

Par ailleurs, **les dépenses affectées aux patients repérés par une prise chronique de traitements psychotropes (au moins 3 délivrances dans l'année) ont augmenté de 2,7 % en 2020 puis de 8,2 % en 2021**, alors que les années précédentes, cette hausse ne dépassait pas 1,3 %. Cette augmentation s'explique par une forte hausse des effectifs de nouveaux patients en 2020, liée à l'épidémie de Covid-19 et aux effets des confinements successifs²⁹.

²² Berg, Thomas, et al. « Correlates of Continued smoking versus cessation among survivors of smoking-related cancers », *Psychooncology*, vol. 22, no. 4, 2012, pp. 799-806.

²³ Tribune collective, « Psychiatrie: il faut mettre fin aux inégalités d'accès aux soins pour les personnes hospitalisées », 13 juillet 2023, *Le Monde*

²⁴ On entend par « pathologies psychiatriques » un groupe qui comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Concernant les traitements psychotropes, il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques.

²⁵ Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Maladies psychiatriques. Data ameli, https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20psychiatriques.

²⁶ *Ibid.*

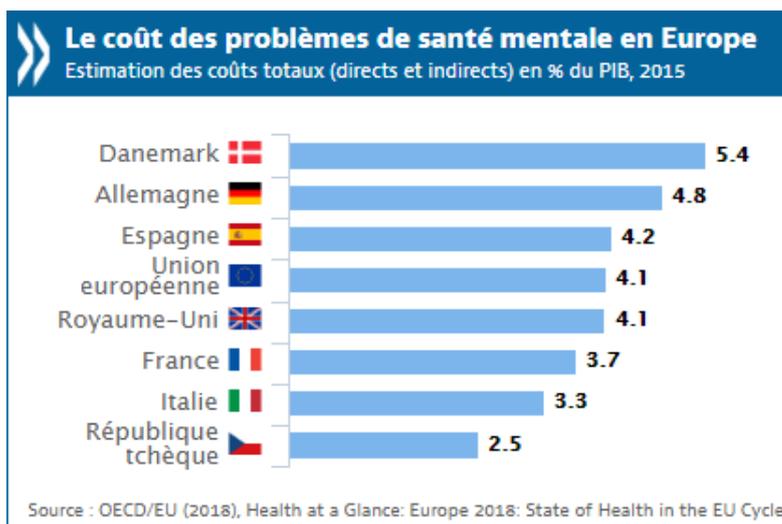
²⁷ Assurance maladie, « Personnes prises en charge pour troubles névrotiques et de l'humeur en 2021 », 2023 https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2021_fiche_troubles-nevrotiques-et-de-l-humeur.pdf

²⁸ *Ibid.*

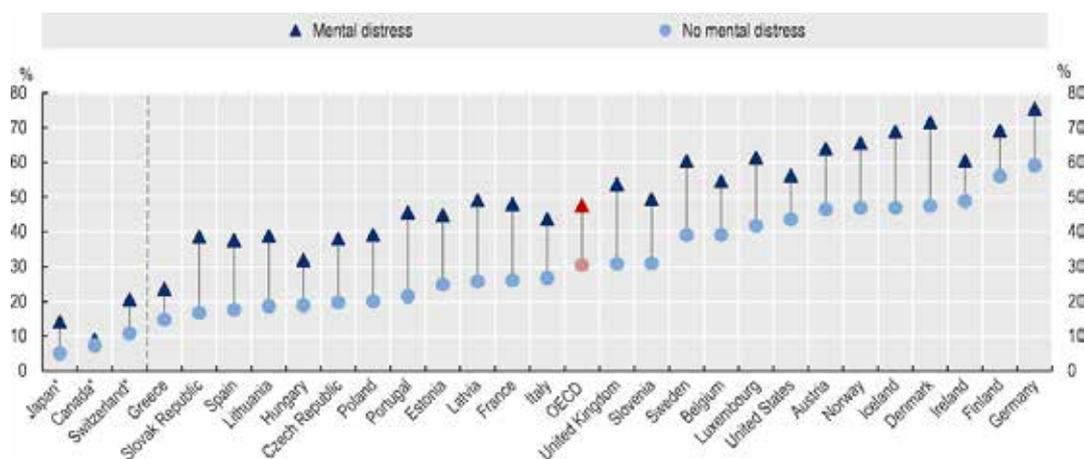
²⁹ Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Maladies psychiatriques. Data ameli, https://data.ameli.fr/pages/pathologies/?refine.patho_niv1=Maladies%20psychiatriques.

De plus, en intégrant les coûts indirects – liés notamment à la baisse de productivité et de qualité de vie qui en découle – la dépense annuelle en santé mentale atteindrait les 163 milliards d'euros en 2018³⁰ contre 109 milliards d'euros en 2007. Ces chiffres incluent les coûts liés aux maladies somatiques associées aux maladies psychiatriques, ainsi que les conséquences économiques et sociales de ces maladies : baisse de la qualité de vie, perte de revenus, périodes d'inactivité, invalidité et réduction de l'espérance de vie³¹.

Ce phénomène n'est pas observé qu'en France : dans l'OCDE, les coûts économiques et sociaux liés à la santé mentale se situaient à plus de 4 % du PIB³² (2015) tout comme dans l'Union européenne qui avance pour la même année un coût estimé à 4 % du PIB soit un montant supérieur à 600 milliards d'euros³³.



Une santé mentale dégradée est un facteur déterminant sur le taux d'absentéisme et la productivité au travail. Le graphique suivant montre la prévalence des absences pour cause de maladie chez les personnes avec et sans détresse psychologique (% de travailleurs absents au moins une fois au cours de l'année précédente, 2012-16).



Source : OCDE (2022), *Promoting Health and Well-being at Work*.

³⁰ Laidi, Blampain-Segar, et al. « The cost of mental health: Where do we stand in France? », *European Neuropsychopharmacology*, vol. 69, avril 2023, p. 87-95 et interview d'Isabelle Durand-Zaleski (co-auteurice de l'étude précitée) : <https://www.fondation-fondamental.org/en-2023-nous-estimons-le-cout-direct-et-indirect-des-maladies-psychiatriques-en-france-163-milliards>.

³¹ Dans un rapport thématique relatif à l'organisation des soins psychiatriques et aux effets du plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2010 » publié en 2011, la Cour des comptes estimait le coût économique et social des pathologies relevant de la psychiatrie à 107 milliards d'euros en 2010.

³² Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). Le coût des problèmes de santé mentale, 2023, <https://www.oecd.org/coronavirus/fr/les-donnees-dechiffrees/le-cout-des-problemes-de-sante-mentale>.

³³ OCDE. *Health at a Glance : Europe 2018 : State of health in the UE Cycle*, Editions OCDE, 2018.

Ainsi, entre 2012 et 2016, « **près de la moitié (47,6 %) des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans l'OCDE avaient été absentes du travail au moins une fois au cours de l'année précédente**, contre un peu moins d'un tiers (30,4 %) des personnes qui n'en souffrent pas »³⁴. L'impact économique sur le marché de travail s'élèverait à 1,5 % du PIB dans les pays européens.

Dans son étude sur la grande transformation du travail³⁵, le Haut-commissariat au Plan avait déjà fait part de la situation préoccupante des salariés français, qui considèrent à hauteur de 60 % que leur travail avait des conséquences négatives sur leur santé mentale et à hauteur de 39% (34% à l'échelle de l'Union européenne) que leur santé ou leur sécurité est menacée du fait de leur travail. La note souligne par ailleurs le coût du stress au travail pour les actifs, les entreprises et le système de santé ainsi que la croissance du surmenage dans l'ensemble de la population active. Selon l'OCDE, **50 % des travailleurs français ont été absents au moins une fois pour cause de détresse psychologique entre 2012 et 2016** (voir graphique ci-dessus).

Si le niveau des dépenses consacrées aux soins de santé mentale a augmenté dans les pays de l'OCDE ces dix dernières années, la part des dépenses totales de santé allouées à la santé mentale est restée inchangée, et a même diminué dans certains pays³⁶ malgré le poids économique et social croissant des maladies concernées.

(b) La crise du Covid a conduit à une augmentation sensible des besoins de la population en matière de soins.

Si la crise sanitaire du Covid-19, par son ampleur inédite, a mis en lumière les questions de santé mentale, elle en a surtout accentué l'urgence. En effet, l'isolement social, les perturbations économiques, les préoccupations liées à la santé, provoqués par la crise du Covid-19 ont entretenu une pression psychologique générale ont contribué à une augmentation des troubles mentaux partout dans le monde.

Au cours de la première année de la pandémie, **la prévalence mondiale de l'anxiété et de la dépression a augmenté massivement, de 25 % selon une note scientifique de l'OMS³⁷**. Ce document montre que la crise sanitaire a particulièrement affecté la santé mentale des jeunes et qu'ils sont, de manière disproportionnée, à risque de comportements suicidaires et autodestructeurs. Il y est également indiqué que les femmes ont été plus gravement touchées que les hommes et que les personnes ayant des problèmes de santé physique préexistants étaient plus susceptibles de développer des troubles mentaux pendant cette période.

Par ailleurs, de nombreuses publications relèvent aujourd'hui une amplification par l'épidémie de Covid-19 de la souffrance psychique. L'enquête CoviPrev³⁸ menée par Santé Publique France depuis le 23 mars 2020, atteste des dynamiques à l'œuvre dans le pays en matière de santé mentale. Ainsi, en mars 2020, **les premiers indicateurs retenus montrent dès le premier confinement une dégradation sensible de la satisfaction de vie** qui s'effondre à 66,3 % (contre 84,5 % hors épidémie). Parallèlement, différents indicateurs sont eux aussi, à ce moment-là en hausse notable : les signes d'anxiété sont estimés à hauteur de 26,7 % (contre 13,5 % avant la crise du Covid-19)³⁹, les syndromes dépressifs évalués à 19,9 % (contre 9,8 % avant la crise du Covid-19), et les problèmes de sommeil sont relevés pour 61,3 % de la population (contre 49,4 % avant la crise du Covid-19).

³⁴ OCDE. Le coût des problèmes de santé mentale, 2023, <https://www.oecd.org/coronavirus/fr/les-donnees-dechiffrees/le-cout-des-problemes-de-sante-mentale>.

³⁵ Haut-commissariat au Plan, *La grande transformation du travail : crise de la reconnaissance et du sens du travail*, p.38

³⁶ Le coût des problèmes de santé mentale, 2023, <https://www.oecd.org/coronavirus/fr/les-donnees-dechiffrees/le-cout-des-problemes-de-sante-mentale>.

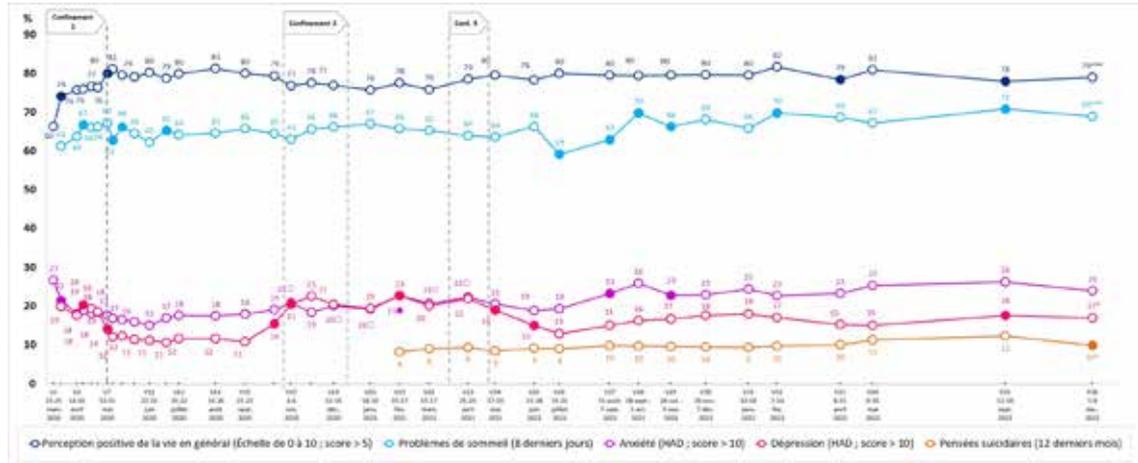
³⁷ OMS. Mental Health and COVID-19 : Early evidence of the pandemic's impact, 2022, https://www.who.int/publications/j/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief_Mental_health-20221.

³⁸ Santé publique France. CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19, 2020, <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>.

³⁹ Rapport d'information n°304 (2021-2022), Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale, Sénat.

De plus, les rédacteurs de l'enquête soulignent que **plus d'un an après le début de la pandémie, les différents aspects analysés demeurent à des niveaux très supérieurs à la situation observée hors épidémie** : ainsi, en décembre 2022, 24 % des Français montrent toujours des signes d'un état anxieux (+10 points par rapport à 2017)⁴⁰, 17 % montrent des signes d'un état dépressif (+7 points), 10 % ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année (+5 points).

Figure. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, septembre 2023



Source : enquête CoviPrev, Santé Publique, France

Il convient de noter que cette dégradation de la santé mentale paraît s'inscrire dans la durée. En attestent les chiffres d'octobre-novembre 2021 :

Part de Français qui présentent des états anxieux



Part de Français qui présentent des états dépressifs



Source : Rapport d'information n°304 (2021-2022), Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale, Sénat

⁴⁰ Sénat. Après le choc de la crise sanitaire, réinvestir la santé mentale, 15 décembre 2021.

3. Si les troubles relevant de la santé mentale sont un phénomène diffus dans la population française, ils ont une prévalence notable à des âges particuliers de l'existence et affectent plus spécifiquement certaines catégories de la population.

- (a)** Des situations de fragilité particulière : les enfants exposés à la violence et les parturientes.

Aujourd'hui, en France, il est difficile d'estimer le nombre exact d'enfants vivant avec un trouble de santé mentale. En effet, les troubles mentaux sont difficiles à détecter chez les tout-petits et peuvent évoluer différemment d'un enfant à l'autre. Néanmoins, selon une première étude nationale publiée en juin 2023 par Santé Publique France, **13 % des enfants scolarisés de 6 à 11 ans présentent au moins un trouble probable de santé mentale**. Plus précisément, 5,6 % des enfants présentent un « trouble émotionnel probable », c'est-à-dire un trouble anxieux (anxiété de séparation, anxiété généralisée, phobies spécifiques) ou dépressif. 6,6 % des enfants présentent un « trouble oppositionnel probable » (une humeur particulièrement colérique, un comportement querelleur ou provocateur). Enfin, 3,2 % présentent un trouble persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité (TDAH) probable⁴¹.

De plus, d'après le rapport de l'ONU *Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants* (2020)⁴², **les violences subies pendant l'enfance peuvent avoir des implications profondes sur la santé mentale à long terme**. En effet, les traumatismes vécus durant cette période peuvent altérer le développement cognitif et émotionnel, influençant la manière dont les individus perçoivent le monde et interagissent avec leur environnement. Cette violence peut être vécue « en ligne et hors ligne, au domicile, à l'école ou au sein de la communauté. » Chaque année, la moitié des enfants du monde, **soit au moins un milliard d'entre eux, connaissent la violence**. Le rapport fait état du risque d'être victime de violence pour tous les enfants et particulièrement pour « les enfants placés sous protection de remplacement, ceux qui n'ont pas d'identité juridique, ceux qui vivent ou travaillent dans la rue, ceux en situation de handicap, ceux qui vivent dans la pauvreté, ceux qui sont issus de minorités ethniques, religieuses ou linguistiques, des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres et des enfants en situation de déplacement, qu'ils soient migrants, réfugiés ou déplacés dans leur propre pays ». **Par ailleurs, les données concernant 24 pays montrent que la violence sexuelle pendant l'enfance touche entre 8 % et 31 % des filles et entre 3 % et 17 % des garçons**⁴³.

Outre son coût humain, l'ONU souligne que **cette violence a de lourdes conséquences économiques**. En effet, **le coût économique mondial de la violence à l'égard des enfants est estimé à 7000 milliards de dollars**. « Rien qu'aux États-Unis, les coûts induits tout au long de la vie des victimes avérées de maltraitance pendant leur enfance représentaient un fardeau économique de 428 milliards de dollars en 2015 ». Dans la région de l'Asie de l'Est et du Pacifique, ce coût représente entre 1,4 % et 2,5 % du PIB annuel de la région. En ce qui concerne la France, le coût économique annuel des violences sexuelles faites aux enfants a été estimé à 9,7 milliards d'euros⁴⁴ par la Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (Ciivise).

Les problèmes de santé mentale les plus fréquemment signalés à la suite de violences contre des enfants relèvent de trois catégories : les troubles comportementaux et émotionnels, les problèmes cognitifs et les troubles de l'attitude, les problèmes à long terme.

⁴¹ Santé publique France, « Premiers résultats de l'étude Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine », juin 2023.

⁴² Bureau de la Représentante spéciale du Secrétaire général chargée de la question de la violence à l'encontre des enfants (ONU), *Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants*, 2020.

⁴³ *Ibid.*

⁴⁴ Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants (Ciivise), *Violences sexuelles faites aux enfants : le coût du déni*, 2023.

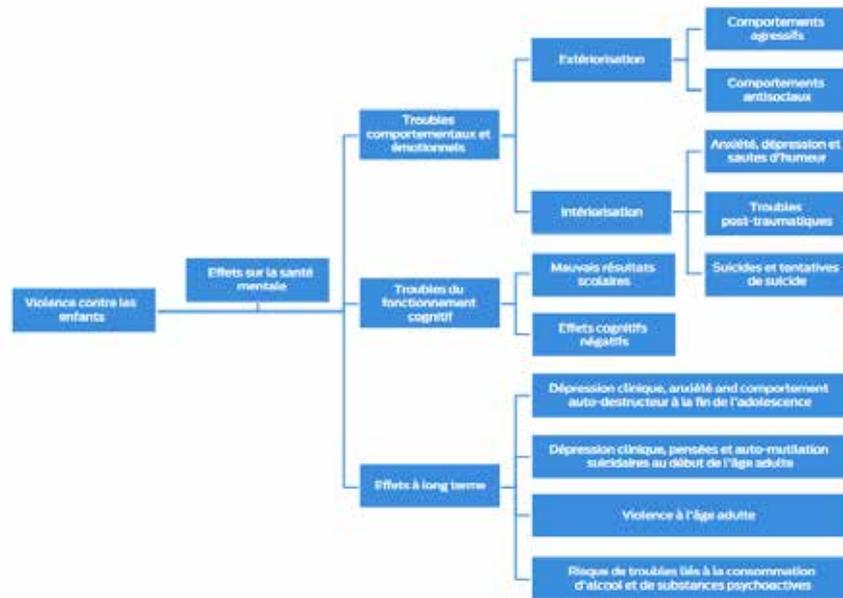
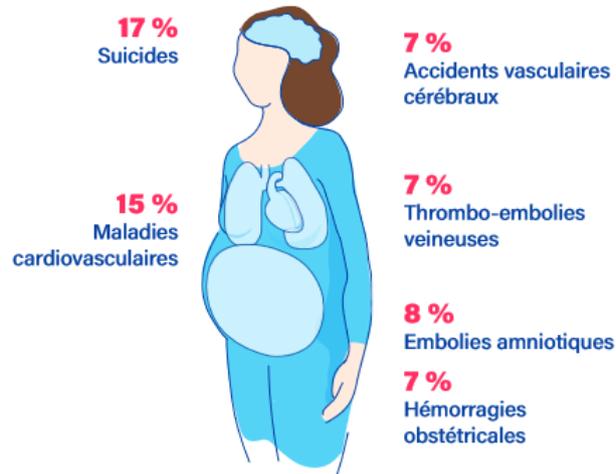


Figure 1 : Vue d'ensemble des principaux effets de la violence sur la santé mentale
Source : Professeure Ghizlane Benjeloun

Source : « Blessures cachées : les effets de la violence sur la santé mentale des enfants », ONU, 2020.

Soulignons aussi que les parturientes sont particulièrement exposées aux troubles psychiques, au point que le suicide est devenu la première cause de mortalité chez les jeunes mères, d'après une étude conjointe de l'Inserm et de Santé Publique France⁴⁵.

Principales causes des décès maternels (de la conception jusqu'à 1 an après l'accouchement)



Source : Inserm, Santé Publique France

(b) L'adolescence et le grand âge, deux périodes de fort risque pour la santé mentale

L'adolescence se distingue comme un période de la vie au cours de laquelle les troubles de santé mentale ont tendance à se manifester de manière plus prononcée. Ainsi, à l'échelle mondiale,

⁴⁵ Santé publique France, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles*, avril 2024, <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>.

un jeune âgé de 10 à 19 ans sur sept souffre d'un trouble psychique (ce qui représente 14 % de la charge mondiale de morbidité dans cette tranche d'âge), et le suicide est la quatrième cause de mortalité chez les adolescents plus âgés (de 15 à 19 ans)⁴⁶. En France, en 2021, on estime que 15 % des 10-20 ans ont eu besoin de suivi ou de soin et que 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 derniers mois.

Plusieurs études démontrent que c'est principalement à l'adolescence qu'apparaissent les troubles schizophréniques et les troubles bipolaires. En effet, 75 % des affections psychiatriques débuteraient avant l'âge de 25 ans⁴⁷. Par ailleurs, près de la moitié des troubles psychiques (anorexie mentale, boulimie, dépression, névrose obsessionnelle, troubles obsessionnels compulsifs, autisme, etc.) commenceraient même avant l'âge de 14 ans⁴⁸. De manière plus précise, d'après l'OMS⁴⁹ les troubles émotionnels sont fréquents chez les adolescents. Ainsi, les troubles anxieux (qui peuvent prendre la forme de crises de panique ou d'une inquiétude excessive) sont les plus répandus dans cette tranche d'âge et sont plus fréquents chez les adolescents plus âgés que chez les adolescents plus jeunes. « On estime que 3,6 % des jeunes de 10 à 14 ans et 4,6 % des jeunes de 15 à 19 ans souffrent d'un trouble anxieux. D'après les estimations, la dépression frappe 1,1 % des adolescents âgés de 10 à 14 ans et 2,8 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans ». En revanche, selon ce même rapport de l'OMS, les troubles du comportement sont plus fréquemment observés chez les jeunes adolescents que chez leurs pairs plus âgés. En effet, le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) se manifeste chez 3,1 % des individus âgés de 10 à 14 ans et chez 2,4 % de ceux âgés de 15 à 19 ans. Parallèlement, les troubles de la conduite, dont les comportements provocateurs ou destructeurs sont un symptôme, sont observés chez 3,6 % des jeunes de 10 à 14 ans et chez 2,4 % des jeunes de 15 à 19 ans. Les troubles de l'alimentation et la psychose, apparaissent généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Par ailleurs, de nombreux comportements à risques pour la santé (consommation de substances psychoactives ou comportements sexuels à risque) débutent à l'adolescence.

À l'autre bout de la pyramide des âges, les personnes âgées constituent elles aussi un public aux réalités complexes et aux fragilités souvent négligées. En effet, selon l'OMS, d'ici 2030, une personne sur six dans le monde aura 60 ans ou plus (soit 1,4 milliards de personnes et 2,1 milliards en 2050) et environ 14 % de cette population vit avec un trouble psychique⁵⁰. Ces affections représentent 10,6 % de l'incapacité totale chez les personnes âgées. Les estimations sanitaires mondiales pour 2019 montrent qu'environ un quart des décès par suicide (27,2 %) concernent des personnes âgées de 60 ans ou plus. L'isolement et la solitude, qui touchent environ un quart des personnes âgées, sont d'importants facteurs de risque de développer des problèmes de santé mentale à un âge plus avancé. Il en va de même pour la maltraitance des personnes âgées, qui comprend toute forme d'abus physique, verbal, psychologique, sexuel ou financier, ainsi que la négligence. Une personne âgée sur six est victime d'actes de maltraitance souvent de la part d'aidants. Cette maltraitance peut conduire à la dépression et à l'anxiété.

Il apparaît clairement que ces différentes périodes de vie sont cruciales dans l'émergence des troubles psychiques. Néanmoins, un accent particulier doit être mis sur l'adolescence, phase de développement d'importance cruciale où les fondations de la santé mentale sont posées et les premiers signes de fragilité et de troubles peuvent apparaître. En comprenant et en reconnaissant l'importance de cette période, une vigilance à l'égard de la santé mentale des adolescents peut être renforcée et la société peut orienter ses efforts vers des bonnes politiques de détection précoce.

⁴⁶ OMS. Santé mentale des adolescents, 2021, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

⁴⁷ Fédération pour la Recherche sur le Cerveau. Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement, <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>.

⁴⁸ Ibid.

⁴⁹ OMS, Santé mentale des adolescents, 2021, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.

⁵⁰ OMS. Santé mentale et vieillissement, 2023, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.

(c) Les troubles psychiques sont susceptibles d'affecter davantage certaines catégories de la population.

(i) Une forte prévalence de troubles psychiques au sein des catégories socio-professionnelles les moins aisées

Des inégalités sociales de santé sont communément observées dans de nombreux pays, les catégories sociales les plus désavantagées étant généralement les plus à risque en termes de santé⁵¹. On observe ce même constat pour les troubles de santé mentale : **les catégories les plus basses dans la hiérarchie sociale présentent les prévalences les plus élevées de troubles de la santé mentale**. En effet, selon l'enquête *Santé mentale en population générale : images et réalités*⁵², « les prévalences d'épisodes dépressifs varient entre 5 % et 9,5 % selon les catégories socio-professionnelle et le sexe et entre 9 % et 17 % pour les troubles d'anxiété généralisée. Globalement, les femmes et les personnes appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées sont les plus concernées par ces troubles ».

Par exemple, **les ouvriers se disent être moins heureux et ont plus de troubles de santé mentale, comme de l'anxiété, que les personnes ayant un haut statut socio-économique (comme les cadres d'entreprises)**^{53/54}. Aux États-Unis, le constat est le même. En effet, une enquête menée auprès de 34 000 Américains⁵⁵ révèle que le quart de la population aux revenus les plus modestes présente une prévalence de diagnostics dépressifs, 1,44 fois supérieure à celle du quart le plus fortuné. Cette corrélation entre statut socio-économique et trouble de la santé mentale transcende les frontières nationales et s'observe à tous les stades de la vie.

Il convient de noter que **le manque de ressources matérielles ne suffit pas à expliquer pourquoi la relation entre le statut socio-économique et la santé mentale se révèle plus prononcée dans les pays développés que dans les nations les moins prospères**. Les études mettent en exergue **l'importance de l'expérience subjective du statut socio-économique dans la compréhension de ce phénomène**. Les individus nourrissent des attentes quant à leur niveau de vie et lorsque celles-ci demeurent insatisfaites, elles exercent une influence néfaste sur la santé mentale. Cette constatation est corroborée par une étude⁵⁶ selon laquelle **la satisfaction personnelle est corrélée directement au bien-être subjectif, donc à la santé mentale, indépendamment du niveau de vie ou du statut socio-économique objectifs**. Ainsi, dans les nations prospères qui valorisent la consommation, les individus incapables d'atteindre certaines normes matérielles sont davantage insatisfaits et donc moins heureux.

Corrélation entre le risque suicidaire et le type d'activité professionnelle exercée

Une étude de la mortalité par suicide conduite par l'InVS⁵⁷ a démontré que les différences de risque suicidaire selon l'emploi, la catégorie socio-professionnelle et le secteur d'activité sont révélatrices d'inégalités concernant la santé mentale. Si un risque suicidaire est décrit pour 7 % des hommes et 10 % des femmes occupant un emploi, 3,2 % des cadres présentent un risque suicidaire contre

⁵¹ Murcia, Chastang, et al. « Différences sociales dans les troubles de santé mentale en population salariée : résultats issus de l'enquête Samotrace », *Santé Publique*, vol. 23, no. HS, 2011, pp. 59-73.

⁵² Ruiz, Claire, et Laurence Kurkdjian. « La santé mentale en population générale : images et réalités. Premiers résultats en région PACA », *L'information psychiatrique*, vol. 83, no. 10, 2007, p. 821-826.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ Le statut socio-économique se définit comme la position sociale d'un individu au sein de la société, en fonction de ses ressources économiques, sociales, culturelles et humaines.

⁵⁵ Sareen, Jitender, et al. « Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. », *Archives of general Psychiatry*, vol. 68, no. 4, 2011, p. 419-427.

⁵⁶ Diener, Harter, et al. « Wealth and happiness across the world: Material prosperity predicts life evaluation, whereas psychosocial prosperity predicts positive feeling. », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 99, no. 1, p. 52-61.

⁵⁷ Cohidon, Rabet, et al. (Santé publique France). *Surveillance de la santé mentale au travail. Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008, 2016*, <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/pays-de-la-loire/documents/rapport-synthese/2016/surveillance-de-la-sante-mentale-au-travail.-le-programme-samotrace.-volet-en-entreprises.-regions-centre-pays-de-la-loire-et-poitou-charentes-20>.

5,7 % des techniciens, 6,7 % des professions intermédiaires de l'administration des entreprises, 7,5 % des cadres de la fonction publiques, 8,3 % des ouvriers qualifiés, 11,8 % des employés de la fonction publique et 12,7 % des ouvriers non qualifiés⁵⁸.

En outre, selon les données de la Dares (2015)⁵⁹, un quart des individus ayant traversé une période de chômage entre 2006 et 2010 présentent des symptômes d'épisodes dépressifs. Pour un salarié, l'expérience de problèmes de santé, notamment sur le plan mental, peut contribuer à la survenue du chômage. Cependant, il est également à noter que le chômage peut exercer une influence néfaste sur la santé mentale en raison de l'insécurité et du stress qu'il engendre. Les deux orientations causales cohabitent et peuvent même renforcer mutuellement leurs impacts respectifs.

(ii) Une forte prévalence de troubles psychiques parmi les personnes en situation de précarité

Selon l'étude SaMentA⁶⁰ menée en France à l'hiver 2009, **32 % des personnes sans domicile fixe interrogées en Ile-de-France présentent un trouble psychiatrique sévère (schizophrénie et autres troubles psychotiques, dépression majeure et troubles bipolaires)**, alors que ces troubles ne touchent que 5 % de la population générale. En effet, les conditions précaires de vie à la rue et la rupture sociale renforceraient les risques de développement des troubles psychiques avec des états psychotiques (13 % contre 2 %) et des états dépressifs graves (7 % contre 4,2 %), bien plus présents qu'au sein de la population générale.

Divers profils caractérisent la population des personnes sans-abri, parmi lesquelles figurent un nombre significatif d'individus souffrant de troubles psychiques. Ce phénomène peut être attribuable, dans un premier temps, à des expériences traumatisantes, notamment celles vécues par les exilés au cours de leur parcours migratoire. Au-delà des réactions immédiates à ces traumatismes, des troubles psychiques peuvent également se manifester au cours de l'enfance chez des individus qui n'ont pas pu établir des liens durables avec un environnement stable. À titre d'illustration, **le rapport de la Fondation Abbé-Pierre sur l'état du mal-logement en 2019 met en lumière la corrélation entre une enfance perturbée et la précarité : un quart des personnes sans domicile fixe sont d'anciens enfants placés ayant bénéficié de l'aide sociale à l'enfance⁶¹.**

L'exclusion sociale et l'isolement des personnes sans-abri rendent plus complexes la détection et la prise en charge de leurs troubles psychiques. Marginalisées, ces personnes peuvent rencontrer des obstacles significatifs pour accéder aux services de santé mentale, compromettant ainsi la reconnaissance et la gestion adéquate de leurs besoins. Leur détection est pourtant un enjeu majeur. Selon une étude, le dispositif « Un chez soi d'abord », qui consiste à loger des personnes sans abri et atteintes de troubles psychiques, a diminué de 50 % leur durée d'hospitalisation⁶². Un logement permet de les soigner chez elles et de les rétablir sans qu'il soit nécessaire (jusqu'à un certain point) de les hospitaliser, le tout avec un très bon rapport coût-efficacité tant du point de vue médical que social. À noter que le public de l'étude est plutôt jeune (38 ans d'âge moyen) et particulièrement vulnérable. En effet, les personnes interrogées ont passé en moyenne 8 ans sans domicile et 4 ans et demi à la rue, souffrent toutes d'une pathologie psychiatrique sévère et sont considérées par les médecins comme sévèrement à gravement malades.

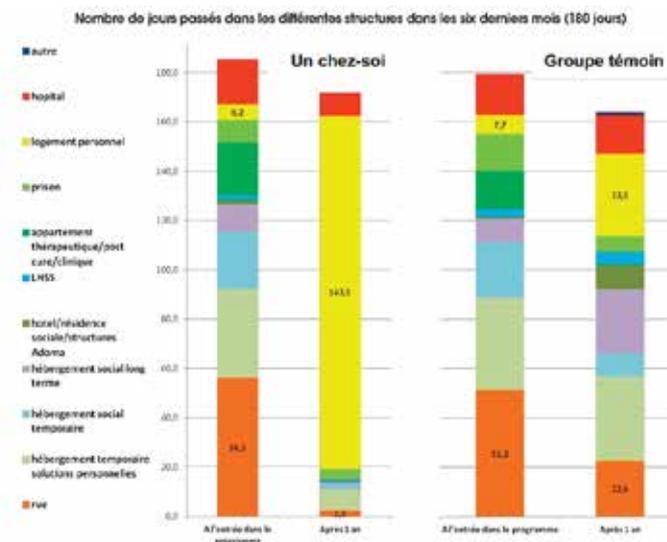
⁵⁸ Dans sa note sur la grande transformation du travail, le Haut-commissariat au Plan a souligné l'importance du burnout et de risque suicidaire chez plusieurs catégories de métiers, et notamment les agriculteurs, les soignants et les avocats, pp. 39-40.

⁵⁹ Mette, Corinne. « Chômage et santé mentale, des liens ambivalents », *Dares Analyses*, no. 67, septembre 2015.

⁶⁰ Laporte, Le Méner, et al. « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel en Île-de-France : l'enquête Samenta de 2009 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2015, no. 36-37, pp. 693-697.

⁶¹ Fondation Abbé Pierre. *L'État du mal-logement en France*, 2019.

⁶² Estecahandy, Pascale. « Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement », *La Santé en action*, 2020, no. 451, pp. 46-49.



Source : « Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement », *La Santé en action*, 2020

En 2015, soit quatre ans après le début de l'expérimentation, plus de 85 % des personnes sont toujours logées et suivies. Le recours aux droits, l'accès à des ressources et l'inscription auprès d'un médecin traitant sont effectifs pour la quasi-totalité d'entre elles. En parallèle, les ruptures de prise en charge ou les situations de crise sont moins fréquentes, plus courtes et d'une gestion simplifiée pour l'ensemble des acteurs. L'ensemble des personnes ont renoué avec leurs entourage, amis ou famille, et 20 % ont une activité professionnelle ou sont en formation⁶³.

(iii) Une forte prévalence de troubles psychiques parmi les détenus

La prévalence des maladies mentales dans les prisons françaises est un phénomène souvent dénoncé, relevé par diverses études. En effet, les conditions de détention, souvent caractérisées par la surpopulation, l'isolement et la promiscuité peuvent aggraver les problèmes de santé mentale préexistants ou déclencher de nouveaux troubles chez les détenus. Ainsi, une étude de 2006 révélait que 24% des personnes entrant en prison présentaient des troubles psychotiques⁶⁴. Parmi ceux qui sont suivis par le Service Médical Psychiatrique Régional (SMPR), très majoritairement des hommes, jeunes, célibataires et en grande difficulté sociale, les troubles de la personnalité prédominent (un tiers des cas) ainsi que les conduites addictives (un quart). 12 % ont des troubles névrotiques ou anxieux, 8 % souffrent de psychose et 7 % de troubles de l'humeur.

Une étude⁶⁵ plus récente se penche sur l'état psychique des détenus à leur sortie de prison, qui constitue un élément crucial de la réinsertion sociale. Ainsi, parmi les personnes ayant participé à l'étude, **les deux tiers des hommes détenus en maison d'arrêt et les trois quarts des femmes sortant de détention présentent, à leur sortie, un trouble psychiatrique ou lié à une substance addictive**. L'étude permet également de caractériser la sévérité de ces troubles psychiques à la sortie : 32,3 % des hommes et 58,8 % des femmes sont considérés comme modérément à gravement malades, tandis que le risque suicidaire est estimé à 27,8 % pour les hommes et 59,5 % pour les femmes, avec un risque élevé estimé respectivement de 8,2 % et 19,1 %.

Face à l'ampleur des enjeux liés à la santé mentale, la France s'est dotée d'une organisation originale, à la fois par les ambitions affichées et les moyens mis en œuvre. Cependant, elle peine aujourd'hui à tenir toutes ses promesses.

⁶³ « Un chez-soi d'abord : accompagner les personnes sans abri vers et dans leur logement », *La Santé en action*, 2020.

⁶⁴ Falissard, Rouillon, et al. Étude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison, étude DGS, 2004.

⁶⁵ Thomas, Fovet, et al. (Direction générale de la Santé, Santé publique France, Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie). *La santé mentale en population sortante : une étude nationale*, décembre 2022, p.50.

II – LE TRAITEMENT DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE S'APPUIE SUR UNE ORGANISATION TERRITORIALE SPÉCIFIQUE, CONSTRUITE AUTOUR D'UN RÉSEAU D'ACTEURS MULTIPLES QUI ASSURENT LA GRADATION DES SOINS.

1. *Le « secteur » : une organisation territorialisée originale et innovante du service public de la santé mentale.*

(a) Les principes fondateurs du secteur

La sectorisation est la pierre angulaire de l'organisation de l'offre de soins et de la politique de la santé mentale en France depuis plus de 60 ans (voir annexe n°2). C'est la circulaire du 15 mars 1960 qui instaura officiellement la mise en place de la **sectorisation de la psychiatrie publique** en France. Cette dernière prendra progressivement forme, à travers plusieurs textes réglementaires et une véritable reconnaissance législative intervenant vingt-cinq ans plus tard en 1985 (loi n° 85-572 du 25 juillet 1985).

Les principes fondateurs de la sectorisation étaient les suivants : **donner à tous accès aux soins de proximité à travers un maillage territorial comportant des secteurs géographiques délimités, assurant une continuité des soins réalisée par et sous la responsabilité d'une même équipe, fédérée autour d'un psychiatre chef de service hospitalier, avec une indissociabilité de la prévention, de la cure, de la post-cure, de l'adaptation et de l'hospitalisation - qui finalement ne devient qu'une étape de traitement.**

L'objectif de la sectorisation pouvait alors se résumer de la sorte :

- La continuité de la prise en charge ;
- La pluridisciplinarité de la prise en charge ;
- La proximité et l'égalité de traitement des patients *via* la mise en place d'un découpage géographique en secteurs psychiatriques.

Quelques éléments de contexte historique

Avant 1945, l'organisation de la psychiatrie en France reposait sur le modèle asilaire encadré par la loi d'assistance aux aliénés du 30 juin 1838, ayant comme principe d'écarter les malades du reste de la société. Cette loi est l'aboutissement de la lutte menée par Pinel puis Esquirol, précurseurs de la psychiatrie en France. Elle vise à instaurer un accompagnement plus humain des personnes atteintes de maladies mentales, en créant un statut juridique pour les internés, en distinguant placement volontaire et placement d'office et en instaurant une organisation départementale des soins, autour d'un établissement situé dans chaque département. La localisation de la plupart des hôpitaux psychiatriques en France aujourd'hui, souvent situés en périphérie des villes, découle d'ailleurs de cette loi. Au milieu du XX^{ème} siècle, à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, s'opère une prise de conscience des défauts du système asilaire combinée à de nouvelles découvertes médicamenteuses. La psychiatrie connaît alors des changements révolutionnaires ayant des conséquences profondes.

Pendant l'Occupation, le psychiatre Lucien Bonnafé rencontre François Tosquelles,⁶⁶ réfugié républicain espagnol et « figure du désaliénisme, responsable de la psychiatrie

⁶⁶ Nevoux, Jacques. « Hommage à Lucien Bonnafé. 15 octobre 1912-14 mars 2003 », *VST – Vie sociale et traitements*, vol. 116, no. 4, 2012, p. 140-142.

et de la généralité de Catalogne »⁶⁷. Lors de cette rencontre, les prémices du secteur sont réalisées. Sous cette impulsion, une jeune génération de psychiatres réunis à Paris au sein des Journées psychiatriques nationales organisées par Bonnafé lui-même en 1945 puis en 1947 eut pour aspiration de révolutionner la psychiatrie⁶⁸ en la rendant plus humaniste, notamment par le biais d'une politique de sectorisation psychiatrique qui, comme le rappelle Jean-François Bauduret, avait comme principe fondateur de « séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu naturel »⁶⁹.

Sur fond d'un virage vers le libéralisme et la décentralisation dans la médecine, l'organisation nationale de la psychiatrie « et son corps de médecins fonctionnaires » furent considérés comme étant un terrain fertile pour les « plans d'équipement sanitaire et social lancés à partir du milieu des années 1950 ». De cette manière, « la politique de sectorisation est conçue d'un point de vue technique d'abord comme un **outil au service de cet effort planificateur** »^{70/71} très en vogue dans la période d'après guerre et la future circulaire rendra le secteur effectivement maître de l'organisation et de la planification de la psychiatrie au niveau de chaque territoire.

Avec cette démarche, **la France se dote d'une organisation des soins particulièrement innovante**, conduisant à favoriser les prises en charge en ambulatoire et à réduire les capacités hospitalières. **L'approche française s'est inscrite ainsi dans une tendance internationale de désinstitutionnalisation de la psychiatrie**, en vogue dans différents pays occidentaux (Italie, Royaume-Uni, États-Unis...) et largement prônée à l'époque par l'OMS. La remise en cause de la prise en charge hospitalière des maladies mentales devait avoir pour corollaire la prise en charge au plus proche de la vie de la personne et son maintien au sein de la société.

(b) La mise en place du secteur en France

Concrètement, la circulaire de 1960 prévoit un découpage territorial en « secteurs » géographiques précisément délimités, chacun couvrant en principe 70 000 adultes et 20 000 enfants et adolescents rattachés à un hôpital psychiatrique désormais chargé de la planification et de l'organisation des soins pour assurer la meilleure adéquation entre l'offre et la demande d'une population territorialisée. **Ainsi le secteur devient à la fois la clé de voûte de la politique de santé mentale, avec une prise en charge de toutes les problématiques psychiques, et l'unité principale de coordination et d'organisation de la délivrance des soins.** De cette manière, chaque citoyen dépend de services psychiatriques déterminés en fonction de son lieu d'habitation qui ont le devoir de le prendre en charge le cas échéant⁷². Chaque citoyen reste toutefois libre de s'adresser à une structure du secteur public ou du secteur privé.

En 2021, il existait environ 800 secteurs de psychiatrie pour adultes et environ 300 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent⁷³. Aujourd'hui, chaque secteur est composé

⁶⁷ Jean-Luc Roelandt et Laurent El Ghazi. « Santé mentale et citoyenneté : une histoire française », *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 7, 2015, p. 539-548.

⁶⁸ Ey, Henri. « La psychiatrie française de 1900 à 1950 », *L'information psychiatrique*, vol. 90, no. 8, 2014, pp. 691-697.

⁶⁹ Bauduret, Jean-François. « Plus de 60 ans de sectorisation psychiatrique : de l'esprit des textes à la réalité des pratiques », *Pratiques en santé mentale*, vol. 68, no. 4, 2022, p. 11-17.

⁷⁰ Henckes, Nicolas. « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Esprit*, no. 3-4, 2015, pp. 28-40.

⁷¹ Il est à noter que la circulaire préconisait la construction d'hôpitaux psychiatriques car il manquait des lits.

⁷² Chaque citoyen a néanmoins le libre choix de s'adresser à une structure de secteur public ou du secteur privé. Même si chaque patient ou patiente relève d'un secteur géographique déterminé en fonction de son domicile, il ou elle conserve la liberté de choisir son soignant ou sa soignante

⁷³ Pelissolo, Antoine. « La situation de la psychiatrie en 2022 », *Les Tribunes de la santé*, vol. 71, no. 1, 2022, pp. 61-70.

de divers services – établissements de santé publics⁷⁴ et privés⁷⁵ – proposant une palette de soins⁷⁶ et une prise en charge à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire. Ces services se sont progressivement installés en dehors des murs de l'hôpital au sein d'établissements pluridisciplinaires s'inscrivant dans la logique et l'esprit de la circulaire de 1960 afin de favoriser les soins au plus près du lieu de vie des personnes. La prise en charge est assurée par des équipes pluri-professionnelles composées de psychiatres, de psychologues ou encore d'infirmiers chargés d'assurer les missions de prévention (dépistage précoce), de soins (médicaux, psychothérapie, assistance), de post-cure (suite de soins après une hospitalisation) ainsi que la réadaptation et la réinsertion des patients. Ces activités sont menées en parallèle des services proposés par les professionnels libéraux (spécialistes ou non) en ville et les services sociaux et médico-sociaux.

La Cour des comptes relève que la délimitation géographique des secteurs a eu lieu au cours des années 1970 et que l'évolution démographique a, depuis lors, « bouleversé certains territoires » autant au niveau de la taille que par le type de population et les besoins correspondants. En effet, les délimitations géographiques ont peu été modifiées et cela fait « apparaître des différences considérables dans la population couverte » avec une incidence sur la prise en charge et le suivi des patients. Toujours selon la Cour, une « redistribution des moyens » serait nécessaire afin de redresser l'adéquation entre l'offre et la demande sur un territoire donné⁷⁷.

À noter que le décret n° 86-602 du 14 mars 1986 instaura trois types de secteurs : les secteurs de psychiatrie générale (adultes), de l'infanto-juvénile, et de la psychiatrie pénitentiaire. La réforme des autorisations de l'activité psychiatrique de 2022 a remplacé ces trois secteurs par quatre mentions : la psychiatrie de l'adulte, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie périnatale et les soins sans consentement.

Cette nouvelle répartition avait pour objectifs :

- a) le renforcement de la sécurité et la qualité des soins et des pratiques en psychiatrie ;
- b) l'amélioration de l'accessibilité aux soins et les parcours de soins ;
- c) le renforcement des coopérations entre acteurs sur un même territoire ;
- d) la clarification des prises en charge en cohérence avec la réforme du financement de la psychiatrie⁷⁸.

(c) Une mise en œuvre délicate

Le principe d'une approche intégrée visant à privilégier le traitement ambulatoire de la santé mentale, dans une logique d'inclusion sociale du patient, paraît unanimement admis. Cependant, cette approche ambitieuse bute parfois sur des difficultés qui ne doivent pas être mésestimées.

En effet, l'extension du champ de la santé mentale à l'ensemble des troubles qui affectent l'état psychique des individus conduit à substituer le « care » (prendre soin) au soin médical proprement dit. Cette approche conduit ainsi à faire de la psychiatrie une composante de la santé mentale et à faire reposer le rétablissement sur une palette très large d'intervenants, au-delà du psychiatre et de ses équipes.

⁷⁴ Selon la DREES (2021) dans son rapport sur les établissements de santé, le secteur public dispose de 66 % des capacités d'hospitalisation à temps complet ou partiel (lits et places) et de la quasi-totalité de l'offre ambulatoire de psychiatrie.

⁷⁵ À but non-lucratifs et lucratifs (les derniers étant en croissance rapide ces dernières années).

⁷⁶ L'offre de soins varie d'un secteur à un autre au niveau de la composition des équipes, le nombre de structures, les soins proposés et les délais d'attente.

⁷⁷ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021, p. 82.

⁷⁸ Instruction n° DGOS/R4/2022/257 du 2 décembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations de l'activité de psychiatrie.

De manière concomitante, considérer les pathologies psychiques comme un handicap fait peser sur les acteurs du champ social une responsabilité importante : celle de mener à bien l'insertion et l'autonomie des patients.

En visant à « séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu naturel », l'hospitalisation en psychiatrie ne doit plus constituer qu'une étape du traitement et doivent donc être développées en amont des actions de prévention (dispensaires d'hygiène mentale, suivi à domicile) et en aval des actions de réadaptation (foyers de postcure) et d'insertion (ateliers protégés).⁷⁹

À cet égard, l'organisation autour du « secteur » vise précisément à ce que l'ensemble des acteurs qui interviennent en amont ou en aval du parcours de soins soient mobilisés pour le rétablissement du patient. Une circulaire du 14 mars 1990 précise ainsi que « le secteur psychiatrique constitue pour la psychiatrie publique le mode d'organisation privilégié permettant aux établissements hospitaliers [...] de mettre à disposition d'une population résidant sur une aire géographique donnée une gamme de prestations diversifiées de prévention, de diagnostic, de soins et de réinsertion [...] au sein desquels **le centre médico-psychologique assure une fonction de pivot**. L'équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier constitue, dans chaque secteur, la base de cette organisation »⁸⁰.

Précisant le rôle du psychiatre et la place de la psychiatrie, cette même circulaire indique qu'il « est important de bien situer le rôle des équipes spécialisées du secteur psychiatrique vis-à-vis de l'ensemble des acteurs de santé et acteurs sociaux de la communauté. Bien évidemment il n'appartient pas aux spécialistes de la psychiatrie de se substituer aux soignants auxquels a recours la population en raison de problèmes de santé mentale ni de médicaliser tout problème social. »⁸¹.

En filigrane se dessinent les difficultés de mise en œuvre concrète des grands principes de la sectorisation, notamment en ce qui concerne l'établissement de liens étroits entre les équipes de secteur et les professionnels de premier recours responsables au quotidien du suivi des patients.

2. Le système français de prise en charge de la santé mentale mobilise, au-delà du secteur, une pluralité d'acteurs et de structures visant à offrir des parcours de soins adaptés.

La psychiatrie de secteur a profondément évolué depuis la circulaire de 1960 en passant de l'*hospitalocentrisme* à la désinstitutionnalisation afin de maintenir les personnes au plus près de leur lieu de vie. L'offre s'est diversifiée avec une prépondérance de l'ambulatoire au sein duquel les soins sont multiformes. Le secteur n'assurant finalement qu'une partie de l'offre des soins, qui comprend également les professions libérales, les cliniques privées et des établissements publics ne relevant pas du secteur même si « la politique de soins psychiatriques s'est principalement intéressée au dispositif sectorisé » selon l'IGAS⁸².

Le système français de prise en charge des troubles de santé mentale se caractérise donc par une très grande pluralité d'organisations, de financements, de structures, de modalités de soins, d'accompagnements et de professionnels relevant de pratiques et de spécialités diverses. Les prises en charge s'articulent autour des trois niveaux d'accès dans lesquels s'inscrivent les différents professionnels de la santé mentale :

- Le premier niveau, appelé « système de soins primaires », est celui du médecin généraliste ou de certains intervenants comme la protection maternelle et infantile (PMI), les psychologues, la médecine scolaire ou la médecine du travail. Il est non spécialisé et est en principe celui de l'entrée dans le système de soins ;

⁷⁹ Bauduret, Jean-François. « Plus de 60 ans de sectorisation psychiatrique : de l'esprit des textes à la réalité des pratiques », *Pratiques en santé mentale*, vol. 68, no. 4, 2022, p. 11-17.

⁸⁰ Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

⁸¹ *Idib*.

⁸² Inspection générale des affaires sociales (IGAS). *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960* (tome 1), novembre 2017, p. 17.

- Le deuxième niveau est celui de la spécialité, en l'occurrence psychiatres et services de psychiatrie. C'est le niveau vers lequel sont adressés les patients qui le nécessitent, en raison de la sévérité de leur trouble ;
- Le troisième niveau est le niveau de « sur-spécialité » : il correspond à un accompagnement par des services spécialisés de psychiatrie hospitaliers et des centres dits de référence⁸³.

Ces niveaux de prises en charge reposent sur une offre libérale de ville et une offre d'établissements de santé principalement publics, prises en charge assurées par des équipes pluridisciplinaires. Ces équipes comprennent notamment des professionnels du médico-social, du social chargé des accompagnements du handicap psychique, des psychiatres, des médecins généralistes libéraux et des psychologues.

Ainsi, il existe de nombreux professionnels pluridisciplinaires avec des variations marquées en termes de formations (sciences sociales, sciences humaines, sciences thérapeutiques), de spécialités (psychiatrie, psychanalyse, psychothérapie), de modes d'exercice (public, libéral) et de statuts (diplôme d'état, agréments, inscriptions RPPS/ADELI requis, ordres...). Ces professions peuvent souvent être mal connues et confondues comme, à titre d'exemple, le terme « psy », mélangeant psychologue, psychiatre, psychanalyste, etc. Pour une personne confrontée à des problèmes de santé mentale, il peut être difficile de se retrouver parmi un si large panel d'acteurs. Il est à noter que PSYCOM, organisme national d'informations sur la santé mentale, répertorie de manière très claire sur son site internet l'ensemble des métiers en santé mentale ainsi que les formations et les compétences correspondantes requises pour exercer. Une meilleure compréhension du rôle de chaque professionnel permet aux personnes de faire un choix éclairé et de tirer profit des soins complémentaires proposés qui peuvent favoriser leur rétablissement.

C'est tout le sens des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Depuis 2016 et la loi de modernisation du système de santé, ces projets ont vocation à répondre aux enjeux de santé mentale à partir d'un diagnostic partagé par l'ensemble des parties prenantes sur un territoire donné. Le projet territorial associe les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'Assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale. Il prend la forme d'une part d'un diagnostic des besoins du territoire, d'autre part de fiches récapitulant les actions menées localement (« fiches-actions »). C'est l'agence régionale de santé (ARS) qui assure la couverture de tout son territoire par des PTSM et leur conformité au cahier des charges établi au niveau national par la Direction Générale de la Santé.

Le schéma d'organisation du PTSM des Pyrénées-Atlantiques permet de prendre la mesure de la multiplicité des acteurs concernés, en même temps que la nécessité d'articuler les expertises pour répondre aux besoins du territoire.

⁸³ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021, p. 36.



Source : Projet territorial de santé mentale des Pyrénées-Atlantiques

Cette pluralité d'intervenants vise à permettre une diversité de prises en charge, adaptée aux différentes pathologies psychiatriques et à leur stade d'avancement. Les hôpitaux (établissements publics spécialisés, hôpitaux généraux, CHU, établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)) ont ainsi mission d'organiser le parcours des soins pour les personnes résidant au sein de leur secteur d'exercice, comprenant des lits d'hospitalisation ainsi qu'une multiplicité des services « hors les murs ».

Ainsi, l'organisation de soins de chaque secteur s'articule-t-elle autour de différents types de prise en charge des patients :

(i) *Prise en charge à temps complet*

- **L'hospitalisation à temps complet** accueille des enfants, des adolescents et des adultes, au sein d'hôpitaux publics comme privés d'intérêt collectif. Cette prise en charge est réservée aux personnes requérant des soins intensifs et se trouvant dans des situations aiguës. Les lieux de soins sont animés par une équipe pluri-professionnelle de psychiatres, infirmières et infirmiers, aides-soignants, psychologues, travailleuses et travailleurs sociaux, etc. L'hospitalisation à temps plein représente l'activité principale des prises en charge à temps complet (91 % des prises en charge en moyenne entre 2008 et 2019⁸⁴). La DREES relève que ce niveau de prise en charge est majoritaire en psychiatrie générale (adultes) et il est à noter qu'en psychiatrie pénitentiaire le nombre de lits à temps complet a été multiplié par deux entre 2008 et 2019 sur fond de grandes disparités régionales pour la prise en charge de ce segment et d'augmentation de la population carcérale. La capacité de prise en charge à temps complet a diminué (6,1 % entre 2008 et 2019) dans le secteur public et privé à but non-lucratif (au contraire du secteur privé à but lucratif, + 3000 lits entre 2008 et 2019) ce qui reflète la volonté des pouvoirs publics de proposer d'autres formes de prise en charge (à temps partiel, en ambulatoire) dans le but de rapprocher les personnes de leur lieu de vie⁸⁵.

En parallèle de l'hospitalisation à temps complet se sont développées des alternatives telles que les centres de post-cure, les appartements thérapeutiques, l'accueil familial thérapeutique et l'hospitalisation à domicile en nombre limité⁸⁶, avec le risque que la prise en charge n'entraîne un éloignement géographique de la famille ou des proches⁸⁷.

(ii) *Prise en charge à temps partiel*

Cette prise en charge a lieu dans des structures médicalisées ou non. Elle s'appuie principalement sur 29 200 places en hôpital de jour et de nuit⁸⁸ mais aussi sur des ateliers thérapeutiques.

- **L'hospitalisation de jour** accueille des personnes qui, bien qu'autonomes et pouvant vivre à l'extérieur, nécessitent des soins pendant la journée (sur jours ou demi-journées). C'est une alternative à l'hospitalisation à temps complet qui permet au patient de rester dans son environnement tout en prévenant des épisodes de crise. Les soins sont prodigués par une équipe soignante (psychiatres, psychologues, etc.) et peuvent compter des activités thérapeutiques (art-thérapie, ateliers manuels et fitness etc.). En 2019, l'hospitalisation de jour représente plus de 95 % des prises en charge à temps partiel, majoritairement dans les établissements publics. C'est également le niveau de prise en charge le plus important en psychiatrie infanto-juvénile.⁸⁹
- **L'hospitalisation de nuit** est un moyen de permettre aux patients d'avoir une vie professionnelle et sociale le jour suivie d'une prise en charge en fin de journée et d'une surveillance médicale de nuit. Etant donné que le patient passe moins de vingt-quatre heures au sein de ces structures, cette prise en charge est considérée comme étant à temps partiel. Les capacités de prise en charge en hospitalisation de nuit ont fortement reculé, avec 365 places de moins de fin 2008 à fin 2019 (-24 %), essentiellement dans les établissements publics⁹⁰.
- **Les ateliers thérapeutiques** sont des lieux de soins occupationnels et thérapeutiques destinés aux personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés qui ont pour but de fournir des repères institutionnels, d'activités et de lien social.

⁸⁴ Sterchele, Charline. « L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales », *Les Dossiers de la DREES*, no. 112, septembre 2023, p.9.

⁸⁵ *Ibid.*

⁸⁶ Coldefy, Magali. « Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes », *Revue française des affaires sociales*, no. 2, 2016, pp. 21-30.

⁸⁷ Coldefy, Magali et Coralie Gandré. *Atlas de la santé mentale en France*, Irdes, mai 2020.

⁸⁸ DREES. *L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*, 2022, p. 107.

⁸⁹ Coldefy, Magali et Coralie Gandré. *Atlas de la santé mentale en France*, Irdes, mai 2020.

⁹⁰ Sterchele, Charline. *L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie : évolutions de 2008 à 2019 et disparités territoriales*, *Les dossiers de la DREES*, septembre 2023, p. 3.

(iii) *L'ambulatoire*

Ces prises en charge sont réalisées dans un lieu et un temps hors hospitalisation et sont structurées autour de consultations et de démarches d'accompagnement au plus près du lieu de vie des patients avec un accent sur la continuité des soins. Les Centres médico-psychologiques (CMP) et les CATTP (Centres d'Accueil Thérapeutique à temps partiel) sont animés par des équipes pluri-professionnelles comprenant psychologues, psychiatres, infirmiers, éducateurs, assistants de service social, ergothérapeutes, etc. Le nombre des patients traités en ambulatoire par les secteurs de psychiatrie ne cesse d'augmenter. Ce niveau de prise en charge concerne cinq fois plus de patients (2 980 patients pour 100 000 habitants en 2020, après 3 159 en 2019) que l'hospitalisation à temps complet ou partiel (582 patients pour 100 000 habitants en 2020, après 629 en 2019)⁹¹. En 2017, l'IGAS soulignait⁹² que sur les deux millions de prises en charge par le secteur (contre 700 000 en 1989), le dispositif ambulatoire accueille 1,6 millions de patients (560 000 en 1989) dont une grande partie a fait l'objet d'une prise en charge au sein des CMP.

- **Le Centre médico-psychologique (CMP)**, présent au niveau de chaque secteur, est un lieu pivot du secteur psychiatrique qui coordonne tous les actes de soins en ambulatoire. Au sein des CMP sont proposées des consultations médico-psychologiques et sociales en milieu ouvert à toute personne en difficulté psychique. Le cas échéant, les CMP orientent des personnes vers des structures plus adaptées telles que l'hôpital de jour ou de nuit, unité d'hospitalisation psychiatrique ou CATTP. Il existe plus de 2 000 unités de CMP en psychiatrie générale et plus de 1 500 unités⁹³ en psychiatrie infanto-juvénile, elles assurent 59 % des actes de prise en charge ambulatoires⁹⁴. Comme cela a été rappelé lors des Assises de la santé mentale en 2021, les CMP font face à une demande de soins croissante. Les délais pour obtenir un rendez-vous sont importants et tendent à s'allonger ce qui peut constituer une barrière à l'accès aux soins et à une prise en charge rapide et efficace. Comme évoqué précédemment, la situation est particulièrement difficile pour les CMP infanto-juvéniles (CMP-IJ), avec des délais allant parfois jusqu'à un an pour bénéficier d'un suivi. Les Assises de la santé mentale ont également constaté que le nombre moyen d'enfants pris en charge, par structure et par an, a augmenté de 17 % entre 1997 et 2016, avec un nombre de structures relativement stable⁹⁵.
- **Le Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel** est un lieu de soin public non-intensif et non-médicalisé porté sur des actions thérapeutiques (soutien et thérapie de groupe) constituant une étape intermédiaire entre l'hôpital de jour et un CMP. Adressé à des personnes (enfants et adultes) vivant à domicile, ces structures visent la socialisation, la réinsertion sociale et l'autonomie en travaillant sur la communication et l'estime de soi. Les CATTP représentent 13 % des actes de prise en charge ambulatoire⁹⁶ à travers 1800 centres⁹⁷ à l'échelle nationale.

Cette organisation doit permettre « d'une part de garantir théoriquement un accès permanent aux soins psychiatriques, ambulatoires ou hospitaliers partout en France sans obstacles financiers du fait de la gratuité des soins (enjeu majeur pour les pathologies souvent associées à une grande précarité socio-économique) et, d'autre part, d'établir une continuité des prises en charge dans le temps et équitable en fonction du lieu d'habitation, condition *sine qua non* pour le bon traitement de pathologies chroniques ou à rechutes, traitements généralement de longues durées »⁹⁸. Cependant des disparités territoriales existent, en termes d'accès aux soins, pour toutes les formes de psychiatrie (générale, infanto-juvénile ou pénitentiaire)⁹⁹, ce qui peut avoir pour conséquence des prises en charge tardives, une dégradation de l'état de santé mentale et enfin des résultats cliniques moins favorables par la suite.

⁹¹ DREES. *Les patients suivis en psychiatrie*, 2022, p. 114.

⁹² IGAS. *Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient*, juillet 2020, p. 3.

⁹³ Conseil économique social et environnemental (CESE). *Améliorer le parcours de soin en psychiatrie*, 2021, p. 16.

⁹⁴ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*, février 2021, p. 41.

⁹⁵ Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse des Assises de la santé mentale 2021 *Une ambition refondée pour la santé mentale et la psychiatrie en France*, septembre 2021, p. 39.

⁹⁶ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie*, février 2021, p. 41.

⁹⁷ DREES. *L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé*, 2022, p. 106.

⁹⁸ Pelissolo, Antoine. « La situation de la psychiatrie en 2022 », *Les Tribunes de la santé*, vol. 71, no. 1, 2022, p. 61-70.

⁹⁹ <https://www.psycom.org/comprendre/le-retablissement/les-soins/organisation-des-soins>

Notons que, s'il est difficile d'identifier précisément les bascules de moyens entre les différents modes de prise en charge, la baisse des lits d'hospitalisation en psychiatrie a été massive depuis la mise en place du secteur. En effet, **la France comptait 137 535 lits de psychiatrie générale en 1975 contre 54 546 en 2016¹⁰⁰, 51 455 en 2020¹⁰¹**. La psychiatrie infanto-juvénile disposait de 7 391 lits d'hospitalisation tous détenus par des établissements publics et privés à but non lucratif en 1975 contre 2 365 dans l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie (publics, privés à but lucratif et non lucratif) en 2016¹⁰² et 2 244 en 2020¹⁰³.

On doit donc faire le constat d'une réduction considérable des moyens en ce qui concerne l'hospitalisation pour raisons psychiatriques. Or, faute de données unifiées, il est très difficile de déterminer si la fermeture de lits a pu correspondre à une bascule de moyens vers les autres types de prise en charge, ou si l'on a assisté à une réduction nette des moyens alloués à la santé mentale.

3. Des professionnels nombreux mais mal répartis sur le territoire.

(a) La répartition territoriale des différentes professions de santé mentale : des chiffres en apparence rassurants mais des risques réels dans la durée.

(i) En ce qui concerne les psychiatres :

En 2021, **la France enregistre l'une des densités de psychiatres parmi les plus élevées d'Europe avec 23 psychiatres pour 100 000 habitants**, ce qui la situerait à la 4^{ème} place des 27 États de l'Union européenne et à la 4^{ème} place parmi les pays de l'OCDE en termes de densité pour 1000 habitants¹⁰⁴. En 2023, selon la Drees¹⁰⁵, le pays compte 15 582 psychiatres en exercice. Ces professionnels exercent dans des structures diverses : 25 % sont en libéral, 12 % exercent leur activité d'une manière mixte (une partie de leur activité en libéral et l'autre à l'hôpital), 51 % exercent exclusivement à l'hôpital quand 4 % sont des salariés hospitaliers non-exclusifs et 8 % des salariés non-hospitaliers exclusifs.

Ainsi, la France présente une démographie de psychiatres en apparence satisfaisante par rapport à ses voisins. La situation est néanmoins susceptible de devenir problématique en raison du manque d'attractivité de la profession et de la baisse du temps médical par médecin. L'offre de soins ne suffirait plus à répondre aux besoins de la population^{106,107}.

Cela est en partie dû à des facteurs démographiques et de répartition géographique. Les professionnels de santé sont d'une part vieillissants et d'autre part mal répartis sur le territoire¹⁰⁸. Les nouvelles générations de médecins aspirent à un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle et à de nouveaux modes d'exercice de leur métier (temps partiel, salariat plutôt que pratique libérale) ce qui diminue le temps médical par médecin.

¹⁰⁰ IGAS. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques : 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, novembre 2017, p. 170.

¹⁰¹ DREES. *Les établissements de santé*, 2022, p. 107.

¹⁰² IGAS. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques : 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, novembre 2017, p. 192.

¹⁰³ DREES. *Les établissements de santé*, 2022, p. 107.

¹⁰⁴ OCDE. *Ressources en santé : Médecins par catégories*. OCDE.Stat, 2023, <https://stats.oecd.org/Index.aspx?lang=fr>.

¹⁰⁵ DREES. *Démographie des professionnels de santé*, 2023, <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

¹⁰⁶ Propos de Frank Bellivier, délégué ministériel à la Santé mentale et à la psychiatrie au Congrès de l'Encéphale, le 20 janvier 2023

¹⁰⁷ Les délais d'attente déclarés pour des premiers rendez-vous apparaissent longs. En effet, le délai moyen (hors urgence) est estimé à plus de 67 jours (21 en psychiatrie et 11 en psychiatrie infanto-juvénile). Moins d'un CMP sur deux déclare un délai de moins d'un mois, selon l'ARS.

¹⁰⁸ Ministère des Solidarités et de la Santé. Dossier de presse *Renforcer l'accès territorial aux soins*, 13 octobre 2017, https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/acces_aux_soins_dp_vdef_131017.pdf.

La formation universitaire des psychiatres dure, a minima, 10 ans. Elle commence par les deux cycles généraux d'études médicales (un 1^{er} cycle de 2 ans communément appelé « externat » puis un 2^{ème} de 3 ans correspondant à « l'internat ») et se termine par une spécialisation en psychiatrie générale (proposant en option des enseignements en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la personne âgée) et la soutenance d'une thèse d'exercice, sanctionnées par l'obtention d'un **diplôme d'État de docteur en médecine** et d'un **diplôme d'études spécialisées (DES) en psychiatrie**.

Plusieurs tendances démographiques peuvent être dégagées à l'horizon 2030 selon les professions de santé concernées :

Simulation prospective sur le nombre de psychiatres

En 2023, la France compte 15 582 psychiatres en exercice¹⁰⁹.

À partir des données de la DREES, le nombre de professionnels qui partiront à la retraite entre 2024 et 2030 est de l'ordre de 2 500¹¹⁰. Ce chiffre sera une constante des deux différents scénarios qui se dessinent ci-après :

Scénario A : la tendance réelle observée → À horizon 2030, environ 2 500 psychiatres seront partis à la retraite. Toutefois leur départ aura été, en partie, compensé par l'entrée de nouveaux professionnels sur le marché du travail. En effet, la moyenne des places de psychiatres pourvues à l'université sur la période 2021 - 2023 (multipliée par 7)¹¹¹, donne une arrivée de près de 3 400 nouveaux médecins d'ici à 2030¹¹². En y retranchant le nombre de retraités prévus, on obtient un excédent d'environ 900 praticiens. **Si la tendance actuelle se prolonge, il y aurait donc près de 900 psychiatres supplémentaires en France à horizon 2030, soit un total d'environ 16 500 psychiatres à l'échelle nationale.**

Scénario B : tous les postes en sortie d'université ouverts pour des psychiatres sont pourvus → À horizon 2030, 2 500 psychiatres seront partis à la retraite. Toutefois, comme dans le scénario A, le départ de ces derniers aura été, en partie, compensé par l'entrée de nouveaux professionnels sur le marché du travail. La moyenne des places ouvertes à l'université sur la période 2021 - 2023 permet d'envisager l'arrivée d'environ 3 800 nouveaux médecins psychiatres d'ici 2030¹¹³. En y retranchant le nombre prévu de retraités, on obtient environ 1 300. **Si tous les postes en sortie d'université étaient pourvus, il y aurait donc près de 1 300 psychiatres supplémentaires sur le marché du travail à horizon 2030 par rapport à la situation actuelle, soit un total d'environ 16 900 psychiatres à l'échelle nationale.**

Cependant, en raison de la baisse du temps médical par médecin, cette hausse pourrait ne pas compenser la hausse des besoins. En effet plusieurs facteurs tirent à la baisse le temps médical par médecin : la féminisation croissante de la profession (en 2021, on compte 62 % de femmes parmi les médecins de moins de 40 ans et, parmi les 7 900 nouveaux inscrits en 2021 à l'Ordre, 58 % sont des femmes¹¹⁴), le recul de l'activité libérale au profit d'autres types d'exercice (le nombre

¹⁰⁹ DREES. *Démographie des professionnels de santé*, 2023, <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

¹¹⁰ D'après les données de la DREES, on compte aujourd'hui en France 1 803 psychiatres sur la tranche d'âge 60-64 ans et 1 784 sur la tranche 55-59 ans. Si l'on se base sur l'âge moyen de départ à la retraite de 65 ans, 2 517 psychiatres partiront à la retraite lors des sept prochaines années ($1803 + ((1784/5)*2) = 2 517$). Ces calculs se basent sur l'hypothèse que le nombre de psychiatres qui dépasseront les 65 ans durant les sept prochaines années et qui continueront à travailler sera équivalent au nombre de psychiatres de plus de 65 ans qui sont aujourd'hui en activité et qui prendront leur retraite dans les sept prochaines années.

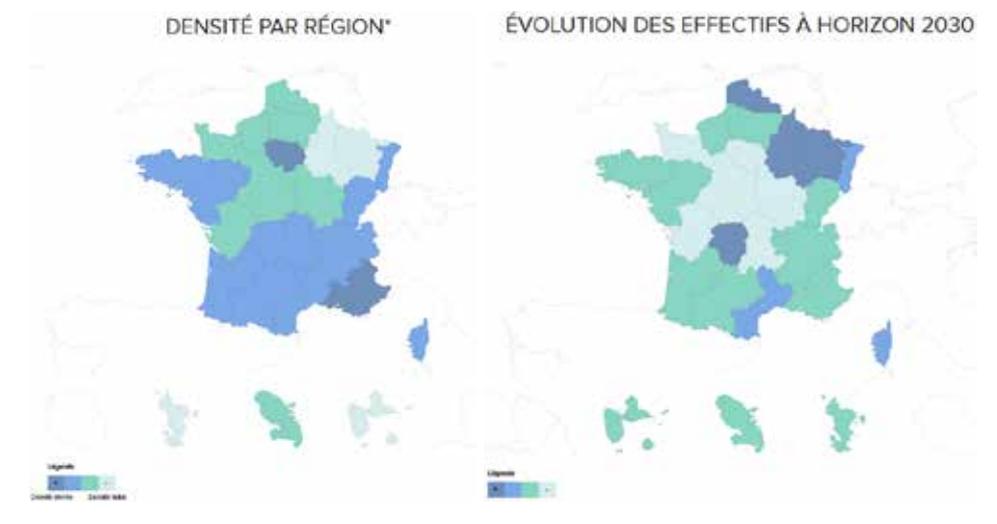
¹¹¹ Le chiffre 7 représente les années de 2024 à 2030.

¹¹² D'après le site de l'Étudiant qui recense ces informations directement auprès des facultés. En 2021, il y avait 532 postes (71 non pourvus), en 2022, 539 postes (34 non pourvus) et en 2023, 553 postes (67 non pourvus). À noter que l'ouverture du *numerus clausus* n'a – pour l'instant – pas eu l'effet escompté dans la mesure où entre l'année 2022, année de suppression de ce dernier et l'année 2023, les postes ont certes augmenté, mais ceux non pourvus également.

¹¹³ *Ibid.*

¹¹⁴ DREES. « Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutiques ? », *Les Dossiers de la DREES*, no. 76, mars 2021.

de psychiatres exerçant en libéral a baissé de 27% entre 2012 et 2021 et ceux qui exercent en libéral sont en majorité des hommes¹¹⁵) ou encore l'augmentation du travail à temps partiel sont des tendances de fond qui contribuent à diminuer le temps médical disponible, y compris pour un nombre stable de médecins.



(ii) En ce qui concerne les psychologues :

Au 1^{er} janvier 2023, le répertoire ADELI¹¹⁶ dénombre **88 647 psychologues** dont 74 195 âgés de moins de 62 ans. **30 %** des psychologues répertoriés exercent en **libéral** et **26 %** en tant que **salariés hospitaliers**.¹¹⁷

Peuvent faire usage professionnel du titre de psychologue et exercer en tant que tel après inscription au répertoire ADELI les titulaires :

- d'une **licence et d'un master 2 en psychologie** (dont la validation est subordonnée à l'entreprise d'un stage de 500 heures minimum) ou de diplômes étrangers reconnus comme équivalents ;
- du diplôme de psychologue délivré par l'école des psychologues praticiens de l'Institut catholique de Paris ;
- du **diplôme d'État de psychologie scolaire** (détenu par les psychologues de l'Éducation nationale, délivré à l'issue d'une formation accessible sur concours ouvert aux titulaires d'une licence et d'un master 2 en psychologie) ;
- des **diplômes d'État de psychologue du travail et de conseiller d'orientation** – psychologue délivrés par le Conservatoire national des arts et métiers (bac+2).

Les psychologues peuvent ensuite choisir d'accompagner leur titre de qualificatifs libres d'usages (psychologue clinicien, cognitif, du développement, psychologue psychanalyste, psychologue psycho-praticien...).

Le nombre de psychologues a plus que doublé entre 2012 (41 323) et 2023 (88 647)¹¹⁸. Dans l'intervalle, ce sont en moyenne un peu plus de **4 000 psychologues** qui se sont inscrits au répertoire ADELI chaque année.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Les psychologues ne disposeront plus d'un numéro d'identification au sein d'ADELI mais du Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) dès le début de l'été 2024.

¹¹⁷ DREES. *Démographie des professionnels de santé*, 2023, <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

¹¹⁸ Ibid.

D'après France Stratégie, à l'horizon 2030, 40 000 emplois supplémentaires seraient créés dans les professions paramédicales, auxquelles se rattachent les psychologues¹¹⁹.

(iii) En ce qui concerne les médecins généralistes :

En 2023, la France compte **89 335 médecins généralistes en activité de moins de 68 ans**. Selon les estimations de la Drees, 22 333 de ces derniers partiraient à la retraite d'ici 2030, ce qui abaisserait le chiffre national à 67 002. Toutefois, cette baisse serait atténuée par le nombre de nouveaux médecins généralistes sur le marché du travail d'ici là. En faisant la moyenne des places pourvues à l'université¹²⁰ entre 2021 et 2023 (multipliée par 7) = + 25 130. **À tendance continue (en moyenne 3 590 nouveaux médecins généralistes par an), la France compterait plus de généralistes à horizon 2030 avec 92 132 professionnels en activité.**

(iv) En ce qui concerne les autres professions concernées

De nombreux autres professionnels interviennent dans le suivi des troubles psychiques : infirmiers, psychomotriciens, ergothérapeutes, orthophonistes... Leur formation, leurs qualifications et leurs statuts sont très divers. A titre d'exemple, nous retenons ici les infirmiers et psychomotriciens.

Les infirmiers

Jusqu'en 1992, la formation des infirmiers en soins généraux était distincte de celle des infirmiers destinés à travailler en psychiatrie, bien que se déroulant toutes deux sur 3 ans et au sein d'un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI). La 1^{ère} formation était sanctionnée par l'obtention d'un diplôme d'État d'infirmier (DEI) : la 2^{nde}, spécialisée, par un diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP). **En 1992, cette dernière a été supprimée, des apprentissages propres à l'infirmier en milieu psychiatrique ont été ajoutés au programme des études en soins infirmiers généraux et les titulaires d'un DEI ont été autorisés à travailler dans les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale.** Ainsi, avant 1992, pour exercer en psychiatrie ou en santé mentale un infirmier avait nécessairement suivi 400h d'enseignements théoriques spécifiques et effectué 280 heures de stage clinique en psychiatrie, contre 100h de cours dédiés et 350 heures de stage clinique depuis.

Les infirmiers exerçant depuis au moins 3 ans peuvent, depuis la création du **diplôme d'État infirmier en pratique avancée (IPA) mention psychiatrie et santé mentale** en 2018, suivre une formation spécialisée de 2 ans comprenant 6 mois de stage.

Au 1^{er} janvier 2021, le répertoire ADELI comptait **764 260 infirmiers** – soit des détenteurs d'un DEI – dont 637 644 ont moins de 62 ans. **64 %** sont des **salariés hospitaliers**. On dénombrait, à la même date, **709 cadres infirmiers psychiatriques** – titulaires d'un DEI qui, justifiant de 4 ans d'exercice minimum, ont suivi une formation d'un an au sein d'un des 40 Instituts de formation des cadres de santé puis obtenu un certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique - dont **92 % de salariés hospitaliers** (659).¹²¹

¹¹⁹ France Stratégie, *Les métiers en 2030*, 2020.

¹²⁰ Chiffres publiés par l'Étudiant sur la période 2021-2023 à savoir : 3280 postes en 2021, 3634 en 2022 et 3856 en 2023, avec aucun poste non pourvu.

¹²¹ DREES. *Démographie des professionnels de santé*, 2023, <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

Les psychomotriciens

Les psychomotriciens rééduquent des patients confrontés à des difficultés psychologiques vécues et exprimées corporellement en agissant sur leurs fonctions psychomotrices, notamment au moyen de techniques de relaxation dynamique, d'éducation gestuelle, d'expression corporelle ou plastique et par des activités rythmiques, de jeu, d'équilibration et de coordination.

Au 1^{er} janvier 2023, on dénombre **17 067** psychomotriciens, dont 14 807 âgés de moins de 62 ans. Près de **30 %** ont une activité **libérale** ou **mixte** (5 085) et **24 %** sont **salariés hospitaliers**.¹²²

Les psychomotriciens sont titulaires d'un **diplôme d'État de psychomotricien** obtenu à l'issue de **3 années d'études post-bac** au sein d'un institut de formation en psychomotricité (IFP). **Le concours d'accès à ce dernier a été supprimé** : depuis la rentrée 2020, l'accès aux études de psychomotricité s'effectue par l'intermédiaire de **Parcoursup**. La formation des psychomotriciens comporte des **enseignements théoriques** (en santé publique, pédagogie, psychologie, psychiatrie notamment), des **modules théorico-cliniques et pratiques** dédiés à la psychomotricité ainsi que **680 heures de stages**.¹²³

- (b) L'efficacité du secteur repose sur la complémentarité des expertises médicales et médico-sociales, ce qui nécessite une démographie des professionnels suffisante et bien répartie sur tout le territoire.

Malgré une situation globale favorable au regard des autres pays de l'OCDE en ce qui concerne la densité de psychiatres, **la prise en charge de la santé mentale en France est marquée par de fortes disparités territoriales**. En effet, régulièrement souligné par les différents rapports et comme analysé précédemment, « si le secteur de la psychiatrie mis en place dans les années 1960, avec une équipe pluridisciplinaire en charge de la prévention, du soin et de la réinsertion des personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'un territoire géographiquement défini, a longtemps constitué un cadre organisationnel ou fonctionnel commun, **les capacités d'accueil et les moyens humains, mais également les pratiques organisationnelles sont très disparates**. À ces disparités propres au secteur psychiatrique s'ajoutent **des disparités d'implantation de l'offre de soins non sectorisée**, mais aussi des structures et services d'hébergement et d'accompagnement médico-social et social des personnes en situation de handicap psychique. Cet ensemble aboutit à des situations très diversifiées en matière d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie entre les territoires »¹²⁴.

Ainsi, les chiffres de la Drees attestent **d'une sur-dotation de certains départements (Est parisien, Côte d'Azur) et une sous-dotation des départements ruraux (Eure, Indre, Jura, Lot, Orne, Haute-Saône)** : 24 % des médecins spécialistes exercent en région Île-de-France, territoire où vit 18 % de la population¹²⁵, au détriment de régions limitrophes moins bien dotées (Centre, Picardie). **Tous les Français ne sont pas égaux face au manque de médecins**. La pénurie de médecins est d'une part, perçue différemment selon la localisation géographique¹²⁶ : tandis que 75 % des habitants d'agglomération de plus de 100 000 habitants pensent qu'il est facile d'avoir accès à des soins médicaux, ils ne sont que 57 % au sein des agglomérations de moins de 20 000 habitants. Les Français qui résident dans les régions où la densité de population est la plus faible ont un parcours de santé moins aisé, notamment en Normandie (54 % jugent l'accès aux soins difficile), en Centre-Val de Loire (49 %) et en Bourgogne-Franche Comté (46 %).

¹²² *Ibid.*

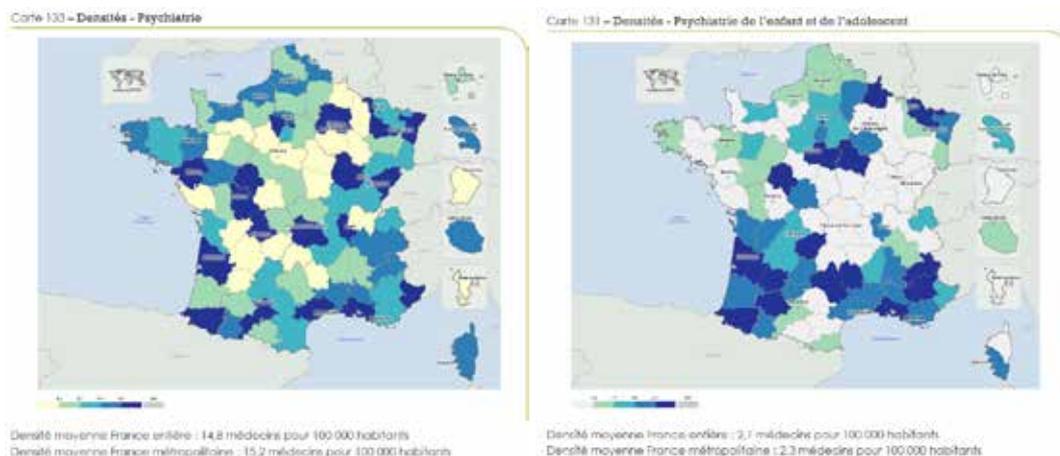
¹²³ Arrêté du 7 avril 1998 relatif aux études préparatoires au diplôme d'État de psychomotricien.

¹²⁴ Coldefy, Magali et Charlene Le Neindre (IRDES). *Les disparités territoriales d'offre et de soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique*, décembre 2014.

¹²⁵ Conseil national de l'Ordre des médecins. *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales*, 2022, p. 226-233.

¹²⁶ Fondation April. *Les Français et le renoncement aux soins*, 2018.

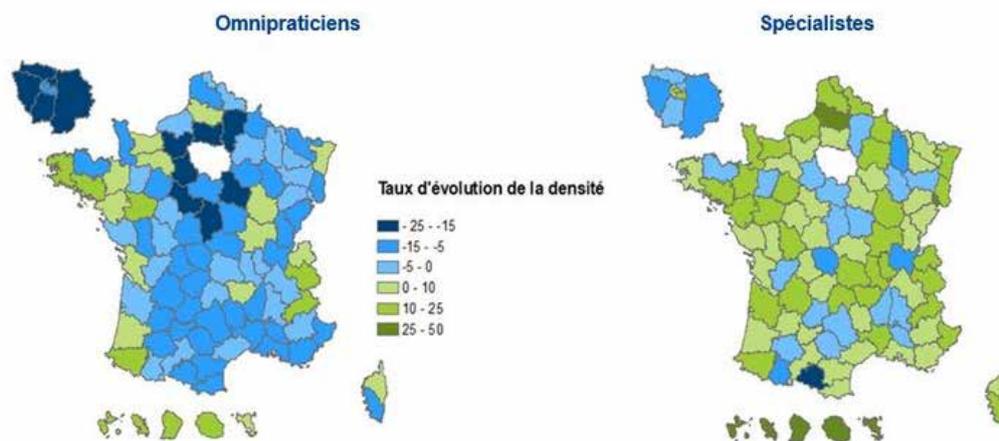
D'autre part, certains publics sont plus exposés au risque de pénurie de médecins au premier rang desquels les personnes qui ne disposent pas de complémentaire santé (48 % ont renoncé à se soigner) et les femmes, notamment de 50 ans et plus (42 %).



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins.
Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales. 2022.

Plus particulièrement, entre 2012 et 2022 la densité de médecins généralistes baisse (-8 %) au niveau national, mais les évolutions sont très contrastées selon les départements. En effet, le département dont la densité a crû le plus fortement est la Guadeloupe (+24 % sur les dix dernières années). Viennent ensuite la Martinique et les Hautes-Alpes (+20 %) chacun), le Morbihan (+18 %), et la Savoie (+17 %). A contrario, l'Île-de-France concentre de fortes décroissances : les huit départements qui composent la région connaissent tous une baisse d'au moins 15 %. Au total, 78 départements sur 96 enregistrent une diminution de leur densité de médecins généralistes en 2022¹²⁷.

Carte 2 • Taux d'évolution des densités des médecins entre 2012 et 2022



Note : Les données représentées pour Mayotte sont celles de 2013 et 2022, les données 2012 n'étant pas disponibles.
Sources : RPPS 2022, ASIP-Santé ; estimations de population 2012 et 2022, Insee ; traitements Drees. ©geofla 2019.

Par ailleurs, selon la Cour des comptes, « plusieurs organismes ont établi des constats périodiques sur la répartition territoriale des médecins généralistes et des diverses catégories de spécialistes libéraux (...) et le taux variait en 2011 dans un rapport de 1 à 40 entre les territoires les moins équipés que sont les territoires de Pontivy/Loudéac (1,8) et de la Meuse (1,9) qui proposaient tous deux moins de deux psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de 16 ans et plus, et le territoire le mieux pourvu et le plus urbanisé, Paris (76,0). »¹²⁸

¹²⁷ DREES. Démographie des professionnels de santé, 2023, <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

¹²⁸ Cour des comptes. Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, février 2021, p. 48.

Concernant les psychologues, en 2022, l'Île-de-France est la région qui en compte le plus grand nombre avec 16 000 psychologues. Les territoires de Guyane (195) et Mayotte (61) sont ceux qui en dénombrent le moins. L'âge moyen de ces derniers est d'environ 45 ans¹²⁹ et 35 % des psychologues de France exercent en libéral ou ont une activité mixte. 21 % sont des salariés hospitaliers et 44 % travaillent dans le privé¹³⁰.

Cette situation très disparate soumet ces professions, et notamment celle de psychiatre, à de fortes tensions. En effet, une pénurie de psychiatres hospitaliers (30 % des postes en psychiatrie ne sont pas pourvus dans les hôpitaux publics¹³¹) est mise en lumière par la demande grandissante de prise en charge. Selon la secrétaire générale de la Fédération française de psychiatrie Isabelle Secret-Bobolakis, les difficultés de recrutement à l'hôpital public « commencent à se faire ressentir en région parisienne où, dans un pôle de psychiatrie, sur 15 départements de médecins psychiatres, seulement cinq sont remplacés, dont trois en intérim ». Ce manque de moyens humains trouve son origine dans la crise que traverse l'hôpital public depuis plusieurs années, mais aussi dans une crise de vocation qui perdure depuis plusieurs années en psychiatrie.

(c) Le déficit actuel d'attractivité de la profession de psychiatre est un signal à prendre en considération.

Les problèmes de recrutement des psychiatres au sein de l'hôpital public renvoient au **manque d'attractivité de la profession pendant les études de médecine¹³²**. **Alors que tous les postes en psychiatrie étaient pourvus en 2010 et 2011, une tendance inverse s'est installée où on constate que la spécialité ne parvient plus à remplir l'ensemble de ses postes d'internes, avec 4 % des offres non pourvues en moyenne à la suite de l'Examen de Classement National (ECN).** En 2019, 17 % des places d'internes en psychiatrie sont restées vacantes, 11 % en 2020¹³³, 13,2 % en 2021.

Ainsi, la psychiatrie a été, sur l'année 2020-2021, l'une des spécialités les moins attractives auprès des futurs internes (avec la gériatrie, la santé publique et la médecine du travail)¹³⁴, alors même qu'en 2023 c'est la spécialité qui ouvre le plus de places derrière la médecine générale et cette tendance se poursuit depuis plusieurs années¹³⁵. Deux tiers des externes pensent d'ailleurs que choisir la psychiatrie reviendrait à faire une croix sur la médecine conventionnelle, indique un sondage mené en 2021 par l'Affep auprès de 800 étudiants de deuxième cycle¹³⁶.

En plus de la représentation biaisée qu'ont les étudiants de la psychiatrie (56 % des étudiants en médecine pensent qu'un interne en psychiatrie a probablement des « antécédents personnels psychiatriques » ou qu'il est « bizarre » selon une enquête menée par l'Affep en 2015¹³⁷), les cours et les stages précédant l'internat ont des conséquences sur le choix de cette spécialisation. Si lors de l'externat, certains stages sont obligatoires comme les urgences, la médecine générale ou la chirurgie, la psychiatrie n'en fait pas partie. En effet, « deux étudiants sur cinq ne font aucun stage en psychiatrie », relève l'ancien président de l'Association nationale

¹²⁹ DREES. *Démographie des professionnels de santé*, 2023. <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>.

¹³⁰ Statista. Nombre de psychologues en France au 1^{er} janvier 2022 par région, <https://fr.statista.com/statistiques/588982/psychologues-region-france/>.

¹³¹ David, Romain. « Près de deux ans après les assises de la psychiatrie, le secteur de la santé mentale toujours en état d'urgence », *Public Sénat*, 23 mai 2023.

¹³² Institut de psychiatrie. *Enquête Choisir psychiatrie*, 2021.

¹³³ France Culture, *Psychiatrie, la crise des vocations*, 17 juin 2021.

¹³⁴ Bluteau, Pauline. « Médecine : les spécialités le plus demandées par les futurs internes en 2023 », *L'Étudiant*, 18 septembre 2023.

¹³⁵ 534 postes en psychiatrie au total (deuxième spécialité avec le plus d'offres) en 2021, 527 en psychiatrie en 2020.

¹³⁶ Affep. *Sondage Attractivité de la psychiatrie*, 2020, <https://www.affep.fr/storage/2020/11/2019-2020-Attractivite%CC%81-de-la-psychiatrie-aupre%CC%80s-des-externes.pdf>.

¹³⁷ Sebbane, Deborah. « Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés », *L'information psychiatrique*, vol. 91, no. 5, 2015, p. 417-426.

des étudiants en médecine de France (Anemf)¹³⁸. Or, 70 % des étudiants qui ont fait un stage en psychiatrie rapportent que « la rencontre avec les patients ainsi que les discussions avec les équipes ont modifié positivement leur perception de cette spécialité »¹³⁹. Les sondés ont soulevé un autre écueil : **la formation théorique, qui, avec ses cours magistraux, reste peu adaptée à l'enseignement de la psychiatrie** lors des trois dernières années d'études du tronc commun, en externat. « L'intervention, dans les cours, de patients experts, qui disposent du savoir expérientiel sur les troubles, le vécu des soins et le parcours de rétablissement, permettrait un véritable changement dans l'appréhension de cette spécialité. Cela rendrait réel et concret auprès des étudiants le fait qu'une personne qui souffre de troubles psychiques peut se rétablir »¹⁴⁰.

Afin d'explorer les déterminants de l'attractivité de la psychiatrie, l'ANEMF (Association Nationale des Etudiants en Médecine de France), l'Affep (Association Fédérative Française des Étudiants de Psychiatrie) et l'AJPIA (Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues) ont conduit la première enquête nationale transgénérationnelle (#ChoisirPsychiatrie) en 2021 dans le but d'identifier et d'actionner les leviers du changement. Les résultats sont intéressants : 1 interne sur 3 juge sa formation théorique insatisfaisante ou très insatisfaisante, et 1 interne sur 5 juge difficile voire très difficile d'accéder à ses demi-journées de formation hebdomadaire¹⁴¹. Par ailleurs, 80 % d'entre eux jugent l'enseignement des psychothérapies insuffisant tout comme l'éthique en santé (56 %). Pour rappel, la formation aux psychothérapies fait partie des motivations à choisir la spécialité pour deux tiers des étudiants avant le choix de spécialité. Aujourd'hui devenus internes, 86 % déclarent que c'est une motivation pour travailler en psychiatrie et 96 % prévoient de se former spécifiquement à une technique de psychothérapie selon l'enquête¹⁴².

C'est dans ce contexte, que depuis la rentrée de septembre 2022, le diplôme d'études spécialisées (DES) en psychiatrie a évolué avec une nouvelle maquette de formation en cinq ans. L'arrêté du 3 mars 2022¹⁴³ fixe ainsi de nouveaux objectifs au DES, **passant « d'une formation à la psychiatrie générale » à celle de « médecins spécialistes en psychiatrie de l'adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent »**. Deux semestres de stages ont ainsi été ajoutés à la formation.

Cette nouvelle maquette **introduit aussi trois nouvelles options** : la psychiatrie de la personne âgée (pour les internes qui auront choisi le parcours adulte), la psychiatrie légale et la psychiatrie périnatale. La psychothérapie bénéficie d'au moins 80 heures dédiées sur les 5 ans de cursus. Et les stages seront plus diversifiés : ils pourront être hospitaliers, extrahospitaliers, en exercice libéral, à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police.

Les problèmes de recrutement en psychiatrie ne se limitent pas à la France et il y a peu de pays où ce phénomène n'existe pas selon l'association mondiale de la Psychiatrie¹⁴⁴ (World Psychiatric Association).

¹³⁸ Jeannot, Guillemette. « Pourquoi la psychiatrie attire moins les étudiants en médecine », *Franceinfo*, 17 mars 2022, https://www.franceinfo.fr/sante/psycho-bien-etre/sante-mentale/temoignages-pourquoi-la-psychiatrie-attire-moins-les-etudiants-en-medecine_5000574.html.

¹³⁹ *Ibid.*

¹⁴⁰ *Ibid.*

¹⁴¹ Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF), Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP) et Association des jeunes psychiatres et jeunes addictologues (AJPIA). *Enquête #ChoisirPsychiatrie*, mai et juillet 2021, <https://www.affep.fr/wp-content/uploads/2021/12/Presentation-CFP-ChoisirPsychiatrie.pdf>.

¹⁴² *Ibid.*

¹⁴³ Arrêté du 3 mars 2022 portant modification de l'organisation du troisième cycle des études de médecine, de maquettes de formation de diplômes d'études spécialisées et création d'option et de formations spécialisées transversales.

¹⁴⁴ Association Mondiale de Psychiatrie. *World Psychiatric Association Position Statement on Recruitment in Psychiatry*, *World Psychiatry*, vol. 16, no. 1, février 2017, p. 113.

III – UN SYSTÈME SOUVENT RÉFORMÉ QUI PEINE ENCORE À TENIR SES PROMESSES

Rompant de manière novatrice avec la démarche asilaire et l'enfermement systématique au profit d'une approche inclusive et systémique, les politiques publiques de santé mentale ont été bâties autour de principes structurants qu'il convient de soutenir et de pérenniser, afin de garantir l'égalité et la continuité de la prise en charge des patients.

En effet, le traitement des troubles de la santé mentale fait toujours l'objet de carences et de faiblesses. Il s'agit tout d'abord de mesurer l'ampleur du changement de paradigme à l'œuvre depuis 1960, les défis qui en résultent pour la formation des psychiatres, les problèmes structurels se posant aux différentes étapes, dès avant l'entrée dans un parcours de soins, depuis la prévention, puis lors de la détection, jusqu'à la prise en charge de la souffrance psychique et la mise en place d'un suivi impliquant des structures médico-sociales.

1. La formation des médecins et des psychiatres devrait davantage privilégier une conception globale et intégrée du traitement des troubles psychiques.

La formation universitaire des psychiatres et plus largement des médecins peut être interrogée. **En effet, les études de médecine sont ancrées dans le paradigme du soin et de la guérison, qui repose sur une approche médicale fondée sur la scientificité des processus et des résultats.**

« Malgré son fantastique essor de 1960 à 1980, la psychiatrie a été fragilisée dès 1984, quand l'internat de psychiatrie a été rattaché à l'internat de médecine traditionnelle, ce qui a eu pour conséquence de diminuer le nombre de candidats recrutés de 150 à 15 dans certaines régions sanitaires. Cette dynamique s'est accompagnée d'un attrait de plus en plus exclusif des psychiatres universitaires pour la neurobiologie alors que, de leur côté, certains « psys » médiatisaient un discours éducatif et normatif à bien des égards éloignés des fondements de la psychanalyse. Ces deux options, qui apparaissent aujourd'hui au premier plan, comportent toutes deux des écueils et poussent la psychiatrie vers des frontières contradictoires qui expliquent grandement le malaise qu'elle traverse »¹⁴⁵.

Ce regard porté par deux chercheurs à la fin des années 2000 pose la question de la marginalité de la psychiatrie dans le champ des disciplines médicales. Cela peut être mis en lien avec le rattachement quasi exclusif de la psychiatrie aux neurosciences dans la formation universitaire. Ce phénomène s'explique par les critères d'évaluation des universitaires dans la progression de leur carrière, qui reposent sur les publications scientifiques dans des revues à fort facteur d'impact. En cela, les neurosciences seraient plus « rentables » que les sciences sociales. Pourtant, le travail du psychiatre au quotidien renvoie davantage à une approche clinique qu'à des expérimentations neuroscientifiques.

Cette disjonction contribue à creuser un fossé entre les études de médecine (et leurs évaluations) et les stages et mises en situation au sein des structures hospitalières en psychiatrie. L'étudiant en médecine est généralement confronté à un métier auquel il est peu préparé. Cela nourrit le manque d'attractivité évoqué précédemment et entretient une image très négative renvoyée par la formation en psychiatrie. L'étudiant en médecine n'est pas non plus formé à coordonner une équipe pluridisciplinaire dans le cadre d'un parcours de soins, mais plutôt à appliquer une posologie médicamenteuse dans le cadre d'une pathologie identifiée (trouble bipolaire, paranoïa, schizophrénie, etc.). Il ne connaît pas les métiers avec lesquels il va devoir travailler, il n'est pas formé au management d'équipe.

¹⁴⁵ Gansel, Yanis et Danet, François. « Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine », *L'information psychiatrique*, vol. 83, no. 4, 2007, p. 303-310.

En d'autres termes, il n'a pas conscience du principe de rétablissement et de l'approche systémique indispensable à la mise en place du parcours de soins. Il n'est pas préparé à considérer qu'il va devoir renvoyer dans le champ social un individu qui va rester « malade » ou handicapé et qui va avoir besoin non seulement d'un psychiatre, mais d'une équipe qui réunisse expertises médicale et médico-sociale pour l'aider et accompagner son autonomie. Par ailleurs, l'étudiant en médecine est encore moins préparé à la psychiatrie libérale mais il va pouvoir, dans ce contexte, choisir son approche plus librement.

C'est en partie ce malaise et ces tensions qui conduisent aujourd'hui la psychiatrie universitaire à ne pas réellement s'inscrire dans le changement de paradigme à l'origine de la politique de secteur. D'une part ce changement la fragilise en l'intégrant dans la santé mentale et en noyant son action dans un parcours de soins qui la dépasse largement, et d'autre part, la domination des neurosciences dans la formation des futurs médecins ne leur permet pas de connaître et de comprendre les métiers avec lesquels ils vont devoir interagir. Cela concerne les psychiatres mais aussi les médecins généralistes dont l'image imprécise de la psychiatrie ne simplifie pas l'adressage des patients.

2. L'« avant-première-ligne » démunie

En premier lieu, il convient de se pencher sur ces « acteurs indirects » de la santé mentale, qui sont confrontés de façon quotidienne aux troubles psychiques des personnes qu'ils côtoient dans le cadre de l'exercice de leur métier au sein de la cité. Ils sont enseignants, agents municipaux, policiers, animateurs au sein d'un centre social, gendarmes, agents de restauration ou ATSEM dans une école... Cette « avant-première ligne » comme nous pourrions l'appeler, composée de citoyens non-professionnels de la santé mentale, se dit chaque jour confrontée aux troubles psychiques des usagers et n'a le plus souvent aucune formation à leur repérage alors qu'il s'agit d'un maillon absolument essentiel de la chaîne, celui qui permet l'identification des « signaux faibles », révélateurs d'un désordre psychique dont le repérage précoce maximise les chances de réussite de la prise en charge.

La plupart des acteurs de cette « avant-première ligne » auditionnés par le Haut-commissariat au Plan ont confié s'être sentis très démunis face à la manifestation des troubles car non dotés d'outils concrets. Ils nous ont expliqué avoir compté sur l'expérience d'un collègue plus ancien pour acquérir une formation « sur le tas » afin d'appréhender ce public compliqué, et s'être forgé leur propre *modus operandi* de façon progressive et totalement empirique. Cette « avant-première ligne », consciente des enjeux de sa position déterminante au regard de l'entrée en parcours de soins, ne comprend pas d'être exclue du processus de détection du fait de son absence de formation et déplore aussi des difficultés de communication, voire une totale absence de contact avec les médecins au moment où ils doivent faire face aux troubles de santé mentale des publics dont ils s'occupent.

En annexe - Zoom sur le Béarn et sur les difficultés d'une avant-première-ligne : les professions du maintien de l'ordre

En outre, la difficulté est aggravée par une stigmatisation tenace des troubles de santé mentale, conduisant souvent les personnes qui en sont atteintes ainsi que leurs familles à les minimiser voire à les nier. Or comment envisager la cohérence d'un parcours de soins ainsi que son succès si l'entrée dans ce parcours est retardée par un mauvais repérage et une formation insuffisante ? Une enquête de l'UNAFAM¹⁴⁶ pointe à ce titre les retards de diagnostics. Elle rejoint les chiffres annoncés dans les rapports nationaux¹⁴⁷ (8 à 10 ans de retard pour les troubles bipolaires notamment) et quantifie la stigmatisation dans la présentation de la maladie. Si seulement

¹⁴⁶ Viateau, Priolet, et al. « La crise et l'urgence psychiatrique vécues par les familles », *Pratiques en santé mentale*, vol. 67, no. 3, 2021, p. 45-54.

¹⁴⁷ Institut Montaigne. *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

40 à 60 % des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui prises en charge, c'est que l'accès aux soins est extrêmement difficile¹⁴⁸.

Par exemple, bien que l'adolescence se révèle une période critique dans le développement où l'émergence des troubles psychiques revêt une importance très particulière, force est de constater que la détection de ces derniers souffre, encore aujourd'hui, d'un retard conséquent. Ainsi, selon le professeur Maurice Corcos, psychiatre et chef de service du département de psychiatrie de l'adolescent à l'Institut mutualiste Montsouris, **les adolescents français arriveraient en consultation en moyenne 2 à 3 ans après les premiers symptômes inquiétants.**

3. Une première ligne qui ne remplit pas assez sa fonction d'adressage

Une fois les signaux faibles détectés, on constate également **un manque de lisibilité et de gradation dans l'offre des soins psychiatriques en France, entraînant trop souvent un défaut d'accès aux soins.** Concrètement, des failles existent dans le processus d'adressage : le parcours de soins peut même être qualifié de « parcours du combattant » en raison de la méconnaissance des circuits d'accès aux soins par les patients, leurs familles et même, ce qui est plus préoccupant encore, les médecins. Cette difficulté majeure est également pointée par le psychiatre Boris Nicolle dans une note pour la Fondation Jean Jaurès : « *les patients ne savent pas où consulter, les acteurs de première ligne ont du mal à les orienter, les professionnels de deuxième et troisième lignes peinent à accueillir toutes les personnes qui leur sont adressées* »¹⁴⁹.

L'accès aux soins n'est en effet pas suffisamment balisé à toutes les étapes, notamment au niveau de la « première ligne » **où les médecins généralistes doivent jouer le rôle de relais vers la prise en charge spécialisée.** En effet le Collège de Médecine Générale déplore que les soins de santé primaires ne soient pas suffisamment représentés dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) **et plaide pour une pleine intégration du médecin généraliste à ce projet afin de développer un travail coordonné en équipes pluri-professionnelles dès le repérage des troubles**¹⁵⁰. Les généralistes traitent aujourd'hui plus de 60 % des premières consultations liées à la santé mentale. 20 à 30 % de leur patientèle présente une souffrance psychique et ils prescrivent 75 à 90 % des antidépresseurs et anxiolytiques¹⁵¹.

Ainsi, malgré la signature d'une Charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie en 2014, **la France reste le pays d'Europe avec le plus faible taux d'adressage du généraliste vers le psychiatre.** La HAS soulignait en 2018 que le taux d'adressage de patients en dépression à des psychiatres était de 5 %¹⁵². Déjà en 2007, ce constat était soulevé par une enquête ESEMeD qui chiffrait le taux d'adressage des patients en souffrance psychique à un spécialiste à 22,2 % contre 55,1 % en Italie et 52,8 % aux Pays-Bas¹⁵³. **La majorité des généralistes disent avoir des relations difficiles, voire inexistantes avec les psychiatres.**

Avec une consultation d'une durée moyenne de 16 minutes, une formation dédiée aux troubles psychiques quasi-inexistante et une absence de liens directs avec les psychiatres, l'intégration des médecins généralistes au sein de la chaîne de soins est encore insuffisante. Pour autant le généraliste jouit d'un capital de confiance important auprès de ses patients qui auront tendance à préférer que ce soit lui qui prenne en charge leurs troubles psychiques, ce qui s'avère à la fois moins stigmatisant et beaucoup plus rapide que de se diriger vers un spécialiste¹⁵⁴. **L'effet collatéral de cette prise en charge, compte tenu notamment de l'insuffisante connaissance des outils courants de**

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ Nicolle, Boris. *Réinvestir la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique*, Éditions Fondation Jean-Jaurès, mai 2022.

¹⁵⁰ Collège de Médecine Générale et Fédération Nationale des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (FCPTS). Communiqué de presse Santé mentale : les professionnels de proximité en première ligne : « Le bon professionnel au bon moment pour le bon patient », 6 novembre 2023, <https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/11/CP-FCPTS-CMG-20231106.pdf>.

¹⁵¹ Institut Montaigne. *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020.

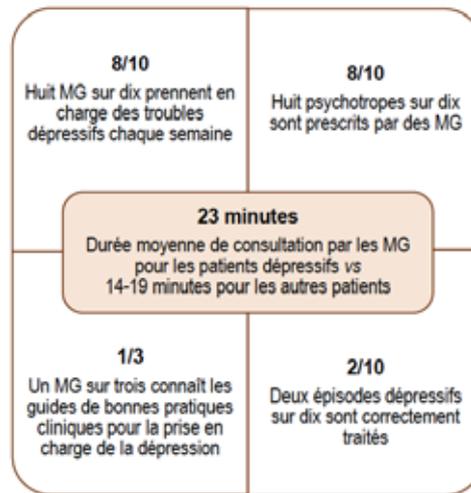
¹⁵² Haute Autorité de Santé. *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrants de troubles mentaux*, 2018.

¹⁵³ Kovess-Masfety, Alonso, et al. (ESEMeD/MHEDEA). « Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries », *Psychiatric Services*, vol. 58, no. 2, 2007, p. 213-220.

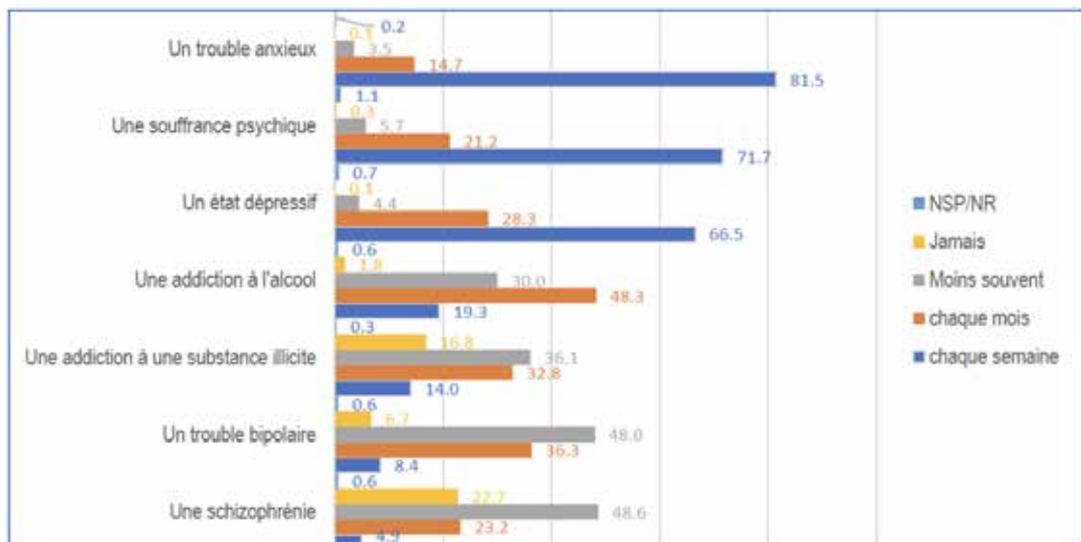
¹⁵⁴ *Ibid.*

diagnostic et du défaut d'adressage à un spécialiste, est la prescription de psychotropes comme seul traitement, avec 40 % de délivrances uniques et un traitement d'une durée inférieure à 6 mois pour près de 80 % des patients, ce qui tend à montrer que la réponse n'était pas adaptée¹⁵⁵.

Quelques chiffres clés de la prise en charge des troubles de la santé mentale par les médecins généralistes



Fréquence de prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques par les MG



Source : H. Dumesnil et al. « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de généralistes français ». L'information psychiatrique 2015/5 (Vol 90), p. 341-352.
Lecture - 71,7 % des médecins interrogés ont déclaré prendre en charge, chaque semaine, au moins un patient présentant une souffrance psychique, 66,5 % ont pris en charge, chaque semaine, au moins un patient souffrant de dépression.
Notes - Les étiquettes des fréquences inférieures à 1 % ne sont pas présentées.
Champ - Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.
Traitement : ORS-IDF, revue de la littérature

Source : Institut Paris Région. Observatoire régional de santé.
« Santé mentale en Ile-de-France » Mars 2020.

En ce qui concerne la prise en charge des troubles plus modérés, il est à noter que les médecins généralistes ne sont pas plus enclins à adresser leurs patients à un psychologue. Seuls 14 % des patients bénéficiant de psychothérapies rapportent y avoir été adressés par leur médecin traitant¹⁵⁶.

¹⁵⁵ IGAS. *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution*, octobre 2019, p. 18.

¹⁵⁶ Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN) et OpinionWay. *Les français et la santé mentale*, 2014, https://www.mgen.fr/fileadmin/documents/5_Le_groupe_MGEN/Communiqués_de_presse/2014/20141204_Enquete_MGEN_OpinionWay_sante_mentale.pdf.

La collaboration des généralistes avec les psychologues ne se révèle par conséquent pas meilleure qu'avec les psychiatres en raison d'une faible connaissance réciproque des rôles et compétences de chacun¹⁵⁷.

Là encore on peut souligner la difficulté des psychologues à trouver leur place dans le dispositif de soins alors même qu'ils représentent une ressource essentielle pour une prise en charge ambulatoire des troubles modérés et légers face à la saturation des services psychiatriques¹⁵⁸. Cela s'explique en grande partie par le frein que représente le non-remboursement par la Sécurité sociale des consultations ambulatoires en psychologie. Certes, le dispositif récent « MonSoutienPsy », anciennement appelé « MonParcoursPsy », prévoit une série de 8 séances de consultation avec un psychologue libéral (la première à 40 euros et les suivantes à 30 euros) sur adressage du médecin, prises en charge à 60 % par l'Assurance maladie et à 40 % par la complémentaire santé¹⁵⁹. Ce dispositif vise à remédier au faible taux d'adressage et à établir une coordination entre médecins et psychologues en intégrant pleinement ces derniers dans le parcours de soins en tant que maillon indispensable à la prise en charge des troubles légers et modérés. Néanmoins, il est à noter que peu de spécialistes y adhèrent compte tenu des conditions de tarification jugées trop désavantageuses pour eux et d'un suivi jugé trop court pour le patient qui en bénéficie.

En annexe - Zoom sur le Béarn : exemple de collaboration pour une approche de soin globale

Autre indice fort du dysfonctionnement du parcours de soins psychiatriques : la prise en charge des troubles psychiques des mineurs. Ce secteur plus récent de la psychiatrie semble souffrir d'une manière encore plus aiguë des carences du parcours de soins en termes de détection et d'adressage, carences détaillées dans un rapport du Sénat en 2017¹⁶⁰. Selon l'OMS¹⁶¹, les pathologies de l'adulte apparaissant pour plus de 50 % dès l'âge de 14 ans, le bénéfice à agir le plus en amont possible est évident. En effet, **le repérage précoce conditionne le pronostic et la qualité de vie future.** « Les 5 premières années de la maladie sont considérées comme une phase critique au cours de laquelle les chances de rémission sont les plus grandes et la réponse aux traitements la meilleure. »¹⁶²
Les professionnels de première ligne que sont notamment les psychologues et infirmiers de l'Éducation nationale ont donc un rôle déterminant à jouer dans cette détection mais ils ne sont pas assez nombreux pour accompagner ceux de l'« avant-première ligne » : en 2022, on dénombrait 1 médecin scolaire pour 12 800 élèves¹⁶³ et moins d'1 psychologue scolaire pour 1 000 élèves en 2020¹⁶⁴.

Par ailleurs, la diffusion d'un guide de repérage des troubles psychiques en 2013 (actualisé en 2017) ne semble pas avoir permis d'améliorer la situation de manière significative dans les différentes structures de prise en charge de l'enfance : Protection maternelle et infantile (PMI), Aide-sociale à l'enfance (ASE), Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Éducation nationale... Cette dernière, pourtant dotée d'un arsenal conséquent de dispositifs¹⁶⁵, ne remplit pas encore pleinement son rôle d'accompagnement et d'orientation quand les équipes pédagogiques sont confrontées aux troubles psychiques des élèves. En dépit de conventions signées en 2016 avec les maisons d'adolescents, ces différents organismes peinent dans leurs missions tant elles pâtissent d'une insuffisante coordination avec les spécialistes de la psychiatrie¹⁶⁶. La PJJ doit même faire face

¹⁵⁷ IGAS. *Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution*, octobre 2019, p. 19.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ Le Premier ministre Gabriel Attal a annoncé en avril 2024 une valorisation à 50 euros pour le psychologue et jusqu'à douze séances remboursées par an. L'accès direct à un psychologue, sans adressage préalable par un médecin, a également été avancé.

¹⁶⁰ Sénat. *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, 4 avril 2017.

¹⁶¹ OMS. *Santé des adolescents et des jeunes adultes*, avril 2023.

¹⁶² Institut Montaigne. *Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français*, octobre 2014, p. 31.

¹⁶³ Assemblée nationale. *La médecine scolaire et la santé à l'école*, mai 2023, p. 48.

¹⁶⁴ Direction de l'évaluation de la prospective et de la performance (Ministère de l'Éducation nationale). *Géographie de l'école, 2021-2022*.

¹⁶⁵ L'inspecteur d'académie des Pyrénées-Orientales, François-Xavier Pestel, a, lors de son audition par le Haut-commissariat au Plan, présenté une arborescence très dense faisant état de plusieurs dispositifs de prise en charge des troubles psychiques en milieu scolaire et de soutien aux personnels pour cette prise en charge. Pour autant, les enseignants auditionnés insistent sur leur difficulté à obtenir une aide quand ils se tournent vers leur hiérarchie pour la prise en charge des troubles psychiques d'un élève.

¹⁶⁶ Sénat. *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, avril 2017, p. 211.

à des obstacles statutaires qui compromettent l'intervention de conseillers techniques pédopsychiatres ou psychiatres auprès de chaque direction inter-régionale¹⁶⁷.

L'étude Enabee, première photographie de la santé mentale des enfants en France

L'enjeu de la santé mentale des enfants est primordial. En témoignent les résultats de l'étude Enabee, présentée en juin 2023 par Santé Publique France. Cette étude, la première enquête nationale portant sur **le bien-être des enfants scolarisés en France métropolitaine**¹⁶⁸, révèle que **13 % des élèves de l'élémentaire (de 6 à 11 ans) présentent un « trouble probable » de santé mentale, ce qui équivaut à presque 4 enfants sur une classe de 30 personnes**¹⁶⁹. « Nous ne sommes pas surpris, mais les chiffres sont suffisamment importants pour conduire à s'interroger sur ce sujet, pour lequel nous ne disposons d'aucune donnée jusqu'à présent », soulignait Stéphanie Monnier-Besnard, épidémiologiste et cheffe de projet de l'étude Enabee lors de sa présentation en juin 2023. Cette étude devrait être reconduite, permettant ainsi de suivre l'évolution des indicateurs, d'évaluer l'impact d'événements éventuels et d'engager des actions de prévention à destination de ce public.

De cette dégradation de la santé mentale chez les mineurs résulte une augmentation considérable de la consommation de psychotropes. **Cette dernière est nettement plus élevée que la moyenne européenne**¹⁷⁰. Elle a doublé entre 2010 et 2021 chez les mineurs et a progressé – entre 2014 et 2021 – de 155,5 % pour les hypnotiques, 78,1 % pour les psychostimulants, 62,6 % pour les antidépresseurs et 48,5 % pour les antipsychotiques¹⁷¹. Ce phénomène est notamment mis en lumière par un rapport du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, publié en mars 2023¹⁷² qui met en garde sur **un risque de substitution des soins de première intention** – à savoir des aides psychothérapeutiques, éducatives et sociales – par des traitements médicamenteux.

En annexe - Zoom sur le Béarn : la prise en charge des troubles psychiques en milieu scolaire

4. Les échecs de la gradation dans le parcours de soins

Un rôle du généraliste mal défini, un relais inégal avec le psychologue ou le psychiatre selon le degré de gravité des troubles détectés, un système de tarification plutôt dissuasif... Autant d'éléments signant **l'absence de gradation au sein du parcours de soins**. La Cour des comptes pointe la difficile entrée dans le parcours de soins en soulignant la diminution des consultations en ville de psychiatres et pédopsychiatres libéraux, les enfants et adolescents ne représentant même que 7 % de la patientèle des psychiatres de ville¹⁷³. Outre le fait qu'ils ne soient pas financièrement accessibles à toutes les familles, les spécialistes qui exercent en libéral offrent des délais d'attente importants¹⁷⁴.

¹⁶⁷ Ibid.

¹⁶⁸ Santé Publique France, *Santé mentale : premiers résultats de l'étude Enabee chez les enfants de 6 à 11 ans scolarisés du CP au CM2*, <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants>

¹⁶⁹ À noter que cette prévalence est du même ordre que ceux observés dans d'autres pays en Europe sur la même tranche d'âge.

¹⁷⁰ Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, *Quand les enfants vont mal : comment les aider ?*, 7 mars 2023, p. 44.

¹⁷¹ Ibid., p. 47.

¹⁷² Ibid., p.2-4.

¹⁷³ Cour des comptes. *La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser*, mars 2023, p. 19.

¹⁷⁴ Ibid., p. 38.

Ainsi les patients peuvent engager leur parcours de soins par différents point d'entrée :

- **Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)**

Les portes d'entrée les plus courantes sont alors les CMP, les CMP-IJ et CMPP (centres médico-psychologiques, centres médico-psychologiques infanto-juvéniles et médico-psychopédagogiques) de secteur en dehors des crises, et le service des urgences en cas de crise. Les CMP offrent un accès gratuit à des orthophonistes, psychologues, psychomotriciens et psychiatres. Cependant, comme le souligne le Conseil économique social et environnemental (CESE) dans son rapport sur la question en mars 2021¹⁷⁵, l'accès à l'offre sectorisée fait certes tomber les barrières financières mais elle est en pratique d'un accès « extrêmement difficile » en raison de l'engorgement des CMP, ce qui se traduit par des délais d'obtention de rendez-vous trop longs. En effet, l'organisation des soins psychiatriques décrite ci-dessus a montré ses limites et les insuffisances du dispositif : d'après les données exhaustives sur les activités de psychiatrie analysées pour 2018, les services spécialisés relevant des établissements comptent dans leur patientèle une part significative de troubles légers ou modérés. L'examen des diagnostics fait apparaître qu'en 2018, **au moins un tiers des entretiens en CMP concernent des patients qui pourraient relever des soins de « première ligne »**, si le médecin généraliste disposait de l'appui d'un psychiatre, libéral ou hospitalier sectorisé ou d'un infirmier en pratique avancée spécialisé du sujet¹⁷⁶. La Cour des comptes dénonce quant à elle une activité des CMP-IJ concentrée à près de 50 % sur l'accueil-évaluation au détriment du suivi individualisé au long cours : ils ne parviennent donc pas à assurer en totalité le suivi des troubles psychiques plus sévères qui sont nécessaires en sortie d'hospitalisation¹⁷⁷. En 2011, la Cour des comptes évoquait un délai supérieur à un mois pour une première consultation dans 20 % des secteurs de psychiatrie adulte et dans 60 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile¹⁷⁸. En 2017, l'IGAS a constaté une attente maximale de trois mois entre la prise de contact et le premier rendez-vous avec un psychiatre de CMP adulte¹⁷⁹.

En annexe - Zoom sur le Béarn : un praticien hospitalier exerçant en CMP

- **Les urgences et l'hospitalisation**

Les délais de prise en charge rallongés tant dans le public que dans le privé laissent les situations s'aggraver jusqu'à la crise qui conduit aux urgences. Faute d'un élargissement de la permanence des soins psychiques aux professionnels de ville et aux cliniques privées, **les urgences de l'hôpital public représentent l'autre porte d'entrée dans le parcours de soins¹⁸⁰, dans un contexte de surcharge et de forte dégradation des conditions d'accès aux urgences.** La part de l'entrée dans les soins par le biais d'un service hospitalier d'urgences est relativement importante alors qu'elle devrait au contraire être faible en psychiatrie, dans la mesure où les signaux précurseurs d'une « crise » sont généralement progressifs et pourraient être perçus par les familles et les patients s'ils étaient formés à cette détection¹⁸¹.

Le passage par les urgences conduit trop souvent à l'hospitalisation qui ne repose dans ce cas sur aucun projet de soin. Ce recours aux hospitalisations par défaut, en particulier sans consentement¹⁸², est largement dénoncé¹⁸³. Il s'inscrit en faux avec le travail de coordination entre acteurs de la santé mentale (sociaux, médico-sociaux, du secteur libéral et associatif...) pour favoriser une

¹⁷⁵ CESE. *Améliorer le parcours de soins en psychiatrie*, mars 2021, p. 19.

¹⁷⁶ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021, p. 12.

¹⁷⁷ Cour des comptes. *La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganiser*, mars 2023, p. 8.

¹⁷⁸ Cour des comptes. *L'organisation des soins psychiatriques*, décembre 2011, p. 26.

¹⁷⁹ IGAS. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 (tome 1)*, novembre 2017, p. 31.

¹⁸⁰ Cour des comptes. *La pédopsychiatrie : un accès et une offre de soins à réorganisation*, mars 2023, p. 33.

¹⁸¹ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021.

¹⁸² Irdes. « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'économie de la santé*, no. 222, février 2017, p. 3.

¹⁸³ *Ibid.*

évolution du patient vers le rétablissement au sein de son environnement et non pas en hospitalisation de longue durée¹⁸⁴. Au lieu d'une orientation vers une sortie durable grâce à un parcours de soins étudié, l'hospitalisation de longue durée tend à prévaloir au détriment d'un séjour plus bref destiné à faire accepter un traitement¹⁸⁵. L'hôpital resterait alors le lieu principal de la prise en charge, au détriment de l'alliance thérapeutique censée associer les autres acteurs du parcours de soins, en particulier les CMP¹⁸⁶.

Au total, la Cour des comptes déplore **un manque d'outils juridiques pour rendre obligatoires des dispositifs de coordination pluridisciplinaire et de suivi des patients**¹⁸⁷. À défaut, ont fleuri des « boîtes à outils » sans qu'une réelle cohérence soit établie entre les éléments de leur contenu : PTSM, CPTS, CLSM, GHT... Les multiples acronymes coexistent sans que les professionnels et encore moins les usagers puissent cerner la manière dont ces dispositifs s'articulent, leur portage dans la durée n'étant pas toujours assuré. Il en résulte encore un manque de lisibilité mis en relief par les différents rapports institutionnels ainsi que par les professionnels présents lors des 3 rencontres CNR organisées par le Haut-commissariat au Plan.

5. *La discontinuité du parcours de soins faute de suivi à domicile : autre faille du système*

Les ruptures de suivi sont fréquemment dénoncées par les associations de familles de patients¹⁸⁸. **Pourtant, depuis 2020, la Haute Autorité de Santé (HAS) a mis en place un référentiel de certification des établissements de santé prenant en compte la qualité et la continuité des soins.** À ce titre, les établissements doivent établir pour les patients qui en ont besoin un projet de parcours complet intégrant les secteurs médico-social et social, et prévoir la mise en place de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie, la psychiatrie libérale et la médecine générale de ville.

De nombreux rapports soulignent également **l'importance de « l'aller vers »,** notamment pour les patients souffrant des troubles les plus sévères. **En principe, la psychiatrie de secteur, territorialisée, devrait proposer des visites à domicile et ainsi tisser des liens avec l'entourage.**

Or l'accueil et les soins à domicile sont ressentis comme une difficulté par les familles. En effet, 68% des aidants déclarent avoir besoin de relais par un professionnel et d'un soutien administratif dans l'hébergement de leur proche malade. Dans le même sens, une étude ancienne indiquait que même si plus de huit personnes interrogées sur dix étaient prêtes à soigner un proche considéré comme dépressif à la maison, elles étaient aussi environ sept sur dix à confier que sa présence était une charge en particulier quand aucun accompagnement n'était proposé à la famille et au patient de retour en milieu ordinaire¹⁸⁹.

L'interruption du traitement et l'absence de suivi sont ainsi les principales causes des rechutes et des hospitalisations en urgence (souvent sans consentement). La discontinuité du parcours représente un risque encore accru dans le cas de patients fragiles qui évoluent dans la précarité, tout particulièrement lorsqu'ils n'ont pas de logement. En effet, les interactions entre troubles psychiques et précarité sont complexes : ces deux facteurs s'aggravent mutuellement et le cumul des deux entrave l'accès aux soins et aux droits car les personnes concernées ne sont pas toujours en mesure de pouvoir formuler une demande d'aide ou de soins et nourrissent souvent des réticences et des craintes par rapport aux dispositifs existants.

¹⁸⁴ Nicolle, Boris. Réinventer la psychiatrie : une urgence sanitaire, un défi démocratique, Editions Fondation Jean-Jaurès, mai 2022.

¹⁸⁵ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021, p. 70.

¹⁸⁶ *Ibid.*

¹⁸⁷ *Ibid.*

¹⁸⁸ Dans son intervention aux Journées nationales Santé mentale France, Emmanuelle Saint-Macary, représentante de l'UNAFAM64, évoquait les difficultés vécues par les familles de patients atteints de troubles sévères à leur sortie d'hospitalisation faute de continuité dans le suivi.

¹⁸⁹ Baromètre UNAFAM 2023.

Enfin le taux de ré-hospitalisation est considéré comme un autre indicateur important de la qualité des soins : il caractérise la rechute, la détérioration de l'état de santé du patient ou la décompensation¹⁹⁰. D'après une étude menée en région Nord-Pas-de-Calais, 40,9 % des patients étaient ré-hospitalisés dans l'année, dont un sur cinq dès les trois premiers mois. S'agissant des patients souffrant de schizophrénie, ce risque est multiplié par 1,72, soit un taux estimé à 70,3 % selon la Cour des comptes¹⁹¹.

Les soins psychiatriques sans consentement : indice d'un parcours dysfonctionnel

Depuis la loi du 4 mars 2002, le code de la santé publique postule que le consentement aux soins est une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique (article L1111-4 du code). La possibilité d'imposer des soins en l'absence de consentement constitue donc une exception de la spécialité psychiatrique. Elle vise à répondre à des situations où les personnes sont en incapacité de consentir aux soins en raison d'une conscience altérée de leurs troubles ou des besoins de soin alors que leur état psychique nécessite des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale.

En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année. Une hausse sensible du recours à ces soins est constatée entre 2012 et 2021¹⁹².

La réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » entrée en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 modifiant les modalités de soins sans consentement en psychiatrie et cinq ans après la loi de modernisation de notre système de santé énonçant une volonté d'encadrement et de réduction de ces pratiques. En 2020, force est de constater que ces pratiques connaissent un fort accroissement et leur ampleur reste cependant plus élevée qu'avant la crise sanitaire malgré une baisse en 2021¹⁹³.

Des recherches internationales démontrent qu'en France, ce recours est l'un des plus élevés d'Europe et que son taux d'augmentation depuis dix ans figure parmi les plus marqués. Cet accroissement s'expliquerait en partie par l'extension de la durée des soins psychiatriques sans consentement hors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et par l'augmentation du recours au mode d'admission pour péril imminent qui facilite l'admission dans un contexte d'urgence et décharge les tiers de cette démarche difficile. Malgré les évolutions législatives visant à mieux encadrer et à permettre un état des lieux régulier des soins sans consentement (décret du 23 mars 2022), le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, en charge de la surveillance des établissements avec une activité de psychiatrie autorisés à délivrer des soins sans consentement, n'a cessé d'alerter sur le recours accru à ce type de prises en charge¹⁹⁴.

¹⁹⁰ Plancke, Laurent, et al. « La réhospitalisation en psychiatrie. Facteurs individuels, facteurs organisationnels », *Santé Publique*, vol. 29, no. 6, 2017, p. 829-836.

¹⁹¹ Cour des comptes. *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, février 2021, p. 66.

¹⁹² Coldefy, Magali et Coralie Gandré. « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé*, juin 2022.

¹⁹³ *Ibid.*

¹⁹⁴ Contrôleur général des lieux de privation de liberté. *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Editions Dalloz, 2020.

IV – POUR UN VASTE PLAN D'ENSEMBLE ASSOCIANT L'INTERVENTION AU PLUS TÔT ET LA COORDINATION RENFORCÉE DES ACTEURS

1. *L'importance d'agir en amont à 3 niveaux : développer la prévention, mieux former les professionnels et mettre l'accent sur l'intervention précoce*

(a) **Changer le regard sur les troubles de santé mentale : un préalable à toute embellie**

Mener des campagnes étendues de sensibilisation sur la santé mentale, destinées à éduquer les citoyens sur la variété des troubles et des pathologies en ciblant particulièrement les lieux dédiés à la famille et à l'enfance.

En France, des campagnes de sensibilisation ont été menées avec succès pour diverses problématiques de santé publique telles que le tabagisme ou la conduite sous l'influence d'alcool et de substances illicites. Toutefois, force est de constater qu'il existe **un déficit significatif en termes de campagnes grand public concernant la santé mentale.**

Améliorer la prise en charge des malades passe par de la prévention à tous les niveaux¹⁹⁵ : primaire (diminution des risques d'entrée dans la maladie), secondaire (dépister et intervenir précocement) et tertiaire (réduction du risque de rechute et d'apparition de handicap à long terme). À ce titre le Haut-commissariat au Plan salue la mobilisation actuelle¹⁹⁶ en faveur d'une **reconnaissance de la santé mentale comme Grande Cause Nationale en 2025**¹⁹⁷. La cause ainsi reconnue se voit consacrer d'importants moyens sur une année complète pour déployer des campagnes de sensibilisation et des actions de prévention en direction du grand public : autant d'éléments favorisant la banalisation et la déstigmatisation des troubles psychiques dont la fréquence accentue la visibilité.

La prévention passe par la mise à disposition d'outils de repérage précoce, qui peuvent donner lieu à des auto-évaluations : des questionnaires simples permettent de faire le point à partir d'indicateurs-clés, à l'image du programme Icope développé vers les seniors pour détecter les signes de dépendance¹⁹⁸ ; leur interprétation peut permettre d'engager une démarche en direction des professionnels concernés.

Objectiver les coûts relatifs à la santé mentale pour nourrir le débat public et les décisions politiques.

L'OCDE fait état d'une corrélation entre l'importante promotion de la santé mentale dans certains pays et la production d'études scientifiques et de données sur la santé mentale et la prévention des troubles psychiques¹⁹⁹.

Au Royaume-Uni et en Australie, des partenariats ont été établis entre pouvoirs publics et entités de recherche spécialisées dans les questions économiques de santé publique²⁰⁰. Ces partenariats ont permis la mise en lumière du rapport coût-efficacité de la promotion et de la prévention en santé mentale tout au long de la vie.

¹⁹⁵ L'urgence de la prévention en psychiatrie. santementale.fr, 25 juin 2014.

¹⁹⁶ Tribune collective. « Il faut faire de la santé mentale une grande cause nationale pour 2025 », *Le Monde*, 10 octobre 2023.

¹⁹⁷ Voir le site internet du Collectif Santé mentale Grande Cause nationale 2025 : <https://www.santementale2025.org>.

¹⁹⁸ Voir le site internet du programme ICOPE : <https://www.icope.fr/je-m-evalue>.

¹⁹⁹ OCDE. *Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*, no. 97, octobre 2017.

²⁰⁰ OCDE. *A New Benchmark for Mental Health Systems*, juin 2021.

La politique de santé mentale en France mériterait d'être enrichie par des études économiques qui, à côté de la recherche clinique, peuvent fournir des éléments d'évaluation spécifiques à la France. À cet égard, les données relatives aux coûts directs et indirects des maladies mentales pourraient être établies et diffusées plus régulièrement, comme cela a été entrepris par l'Unité de recherche clinique en économie de la santé (URC-Eco) de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris et par la Fondation Fondamentale²⁰¹.

(b) Améliorer la formation de tous les acteurs de la santé mentale

Repenser la formation des professionnels de santé pour enseigner le principe du rétablissement et l'approche systémique nécessaires au traitement des troubles psychiques

Le parcours de soins des patients est pour l'instant peu fluide, comme en témoigne le faible adressage du généraliste vers le psychiatre et le recours à des solutions médicamenteuses en première intention. Cela tient en partie à la formation reçue lors des études de santé, qui n'intègre pas suffisamment le paradigme du rétablissement.

Cette approche, qui vise avant tout l'autonomie sociale des patients, implique une collaboration réelle de la médecine et de l'action sociale. Ainsi, le psychiatre doit intégrer dans sa pratique qu'il n'est pas le seul acteur du suivi d'un patient et, qu'au-delà de sa compétence médicale, il remplit une mission de coordination. Ce rôle doit être pleinement intégré dans sa formation.

Il est donc indispensable de **former l'ensemble des médecins au changement de paradigme (rétablissement versus guérison). Le rétablissement doit être présenté comme un objectif de la médecine et l'organisation de la prise en charge globale des troubles psychiques doit être enseignée à tous.** Il est en effet surprenant que la fonction de « care/case manager », de plus en plus intégrée dans le parcours de soins, incombe à un professionnel de santé sans que celui-ci soit formé. Cela signifie :

- **Former les psychiatres, en plus de l'approche des neurosciences, à la dimension sociale des troubles psychiques**, y compris par l'intervention de non médecins ;
- Former les psychiatres au rôle de coordination (management) qui les attend ;
- **Former l'ensemble des médecins au système médico-social** nécessaire pour favoriser ce rétablissement ;
- Présenter à chaque acteur et chaque professionnel de santé sa place dans cette chaîne de soins.

Hors spécialité, un médecin ne reçoit actuellement que l'équivalent de 25h de formation à la psychiatrie avant l'internat, qui portent sur les troubles, les maladies et leurs traitements, notamment médicamenteux en fonction des différents publics (âge, sexe...), mais n'incluent pas une approche globale des problèmes psychiques et psychiatriques. Or, la mauvaise prise en compte ou l'absence de prise en compte des troubles psychiques a des conséquences négatives sur la prise en charge somatique des patients, quelle que soit la spécialité des médecins. Aussi, un tronc commun plus ambitieux de psychiatrie pour tous les étudiants en médecine serait pertinent. La question du volume horaire, de l'organisation de cette formation et du moment où elle intervient dans le cycle d'études, doit être débattue.

Cela impose **une refonte en profondeur des programmes de médecine** et la nécessité de faire appel, pour former des médecins, à d'autres acteurs non médecins : infirmiers psychiatriques, case managers, travailleurs sociaux, familles, pairs-aidants...

Un travail analogue doit être mené dans la formation des autres soignants (infirmiers, aide-soignants...) et des travailleurs sociaux pour expliquer leur place dans le système. Il n'est en effet pas rare que le case manager soit un infirmier et il ne serait pas aberrant que ce puisse être un travailleur social. Les périodes

²⁰¹ Blampain, Laetitia. *Coût des maladies psychiatriques en France en 2018*, Fondation Fondamentale, URC-ECO octobre 2021, <https://www.santementale.fr/medias/2021/10/Cou%CC%82t-des-maladies-psychiatriques-en-France-2018-Laetitia-BLAMPAIN-13-oct-2021.pdf>.

de formation croisée, par exemple entre infirmiers et éducateurs spécialisés, doivent être promues. Par ailleurs, la formation des infirmiers devrait comporter certains éléments de santé mentale de l'enfant et l'adolescent, alors que les heures de formation en psychopathologie des infirmiers ne comprennent aujourd'hui aucun élément de pédopsychiatrie.

Pour finir, le recours à des personnels retraités volontaires (médecins et/ou infirmiers et professions médicales et paramédicales), dont l'expérience peut être précieuse, pourrait permettre d'accompagner les jeunes professionnels et les étudiants dans leur formation.

Élargir la formation en santé mentale aux non-professionnels de la santé mentale pour une meilleure détection et gestion des situations, au premier chef dans des secteurs-clés : enseignement, guichets d'accueil, police, gendarmerie...

Dans tous les métiers supposant un contact avec des usagers, une formation aux problématiques de santé mentale est essentielle. **La formation aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) garantirait l'acquisition des notions élémentaires pour mieux réagir** face à un interlocuteur manifestant des troubles en particulier dans un contexte de crise et devrait être intégrée dans les cursus préparant à l'exercice des professions les plus exposées : enseignants, agents d'accueil, animateurs... Les collectivités doivent être soutenues pour être en mesure d'offrir cette formation.

(c) Mettre l'accent sur les plus jeunes

Soutenir le développement des services dédiés à la prise en charge des 12-19 ans, classe d'âge charnière où les enjeux en matière de santé mentale sont décisifs et dont la prise en charge nécessite une expertise spécifique.

À l'échelle nationale, le maillage territorial de prise en charge des adolescents et jeunes adultes demeure inégal : face à des régions très généreusement dotées comme les Hauts-de-France, la région PACA, la Corse ou l'Île-de-France, **29 départements français ne sont pas pourvus de services dédiés à la prise en charge psychiatrique des adolescents²⁰²**. L'adolescent en mal-être doit avoir accès à un interlocuteur pour parler de sa situation, des ressources pour comprendre ce qu'il traverse et le cas échéant, un accompagnement dans son environnement immédiat. C'est pourquoi tous les dispositifs, qu'ils soient d'écoute ou de prise en charge des troubles, multiplient les chances d'atteindre un public difficile à toucher au sein duquel le suicide est la deuxième cause de mortalité.

Cette attention particulière portée aux jeunes doit aussi se concrétiser par une meilleure collaboration :

- entre les services médico-sociaux et ceux de l'Éducation nationale en cas de soins à dispenser sur le temps scolaire et nécessitant une prise en charge par une structure médico-sociale. Enfin un effort doit également être fait sur l'orientation et le suivi des étudiants souffrant de troubles psychiques en milieu universitaire : une fois encore la crise sanitaire a révélé la détresse de ces publics et le manque de personnels pour les accompagner ;
- entre les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE) et ceux de psychiatrie infanto-juvénile afin que ces derniers ne se voient pas envoyer des jeunes qui ne relèvent pas d'une hospitalisation au motif que l'ASE est dans la difficulté pour les prendre en charge.

Intégrer des modules de sensibilisation à la santé mentale dans les programmes scolaires en collaboration avec le Ministère de l'Éducation Nationale.

Poursuivre sur la voie de la déstigmatisation suppose une **véritable éducation à la santé mentale** qui reste encore trop souvent lacunaire. Il est nécessaire de doter les jeunes d'outils de compréhension du bien-être psychique dès le plus jeune âge. Une concertation avec l'Éducation Nationale pourrait

²⁰² D'après les recherches effectuées par le Haut-commissariat au Plan à partir des données des établissements de santé dans les départements.

permettre d'agir dans le cadre du **parcours éducatif de santé des élèves²⁰³** : si la santé mentale est **l'un des axes de prévention et d'éducation à la santé, des modules de sensibilisation à la santé mentale pourraient être intégrés aux programmes des enseignements de Sciences et Vie de la Terre**. Cet enseignement pourrait bénéficier du concours des infirmiers, des médecins et des psychologues scolaires et non-scolaires et s'articuler avec les diverses actions de prévention à destination des familles hors temps scolaire (animations, conférences, journées de sensibilisation...). L'intégration de la santé mentale au socle éducatif en matière de santé permettrait de **désamorcer les préjugés grâce à une banalisation du sujet** pour les jeunes générations.

Par ailleurs, la prévention des troubles psychiques et la promotion d'une bonne santé mentale passe par le développement des compétences psychosociales (CPS) (confiance en soi, capacité à communiquer et collaborer...) dès le plus jeune âge. La formation des enseignants doit le prendre en compte, comme y encourage Santé Publique France²⁰⁴.

Consolider la détection périnatale : faire en sorte que les mesures annoncées aux Assises de la santé mentale soient mises en œuvre avec un personnel suffisant et bien formé à la détection des troubles psychiques.

La périnatalité (période qui précède et qui suit immédiatement la naissance d'un enfant) constitue une période déterminante en matière de prévention sanitaire. En effet, c'est le moment décisif auquel doivent se déployer un **maximum d'outils de détection et de dispositifs de suivi pour prendre soin des parents et de l'enfant avant et après la naissance**.

Fragilisés par les questionnements relatifs à l'arrivée d'un premier ou nouvel enfant dans la famille, les parents peuvent voir leur équilibre psychique menacé dans ce contexte. Il arrive également que leurs troubles de santé mentale préexistants s'amplifient dans pareilles circonstances, ce qui influe sur le développement psychique de l'enfant. Il y a sans nul doute un bénéfice à agir le plus en amont possible, ce qui a abouti en 2020 au lancement du projet national de repérage et de suivi des « 1000 premiers jours »²⁰⁵, de la grossesse aux 2 ans de l'enfant. **La santé mentale fait partie des vulnérabilités à identifier.**

Cela suppose que les sages-femmes ou gynécologues chargés de ces consultations aient reçu une formation adéquate. Dès lors, les centres de PMI sont un lieu privilégié de détection et d'adressage de ces troubles.

Faire en sorte que les 3 consultations médicales obligatoires des enfants à 3, 6 et 12 ans fassent une place plus importante à la santé mentale et qu'elles puissent avoir lieu en milieu scolaire ou en CMPP.

L'école offre un terrain privilégié pour l'intervention précoce puisqu'elle permet de suivre les enfants grâce à l'obligation de scolarité de 3 à 16 ans. Il faut profiter de cette obligation scolaire et renforcer les procédures de dépistage sur cette période stratégique.

²⁰³ Ministère de l'Éducation nationale. *Le parcours éducatif de santé*, <https://www.education.gouv.fr/le-parcours-educatif-de-sante-11786>.

²⁰⁴ Santé Publique France. *Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2001, 2022.*

²⁰⁵ Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. *Présentation : Qu'est-ce que les 1000 premiers jours de l'enfant ?*, <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000premiersjours-presentation-24.08.21.pdf>.

- (i) *Intégrer la détection des troubles psychiques aux objectifs des visites médicales et de dépistage obligatoires en grande section de maternelle et en classe de 6^{ème}*

Au sein de leur école, les enfants font l'objet entre 3 et 4 ans (niveau petite section maternelle) d'une visite médicale et de dépistage obligatoire par un professionnel de santé du centre départemental de protection maternelle et infantile (PMI). Cette visite, prévue depuis un arrêté de 2021, s'ajoute à deux autres visites à l'école : l'une en grande section maternelle pour précéder l'entrée au cours préparatoire (5-6 ans), l'autre en classe de 6^{ème} (12 ans). Ces visites sont respectivement menées par un médecin scolaire et par l'infirmier scolaire du collège.

Ces 3 visites visent notamment à repérer « des situations relevant de la protection de l'enfance, en particulier les risques ou les faits de violences physiques, psychologiques ou sexuelles subies par l'enfant, y compris dans la sphère familiale ». Cependant, seul l'infirmier chargé de la 3^{ème} visite (niveau collège) a la consigne formelle de détecter « l'expression éventuelle de difficultés ou de signes de souffrance psychique ».

Il serait donc pertinent que les deux premières visites médicales visent également, à l'instar de la troisième visite, à détecter des fragilités psychiques ou des troubles de santé mentale.

- (ii) *Instituer une visite médicale et de dépistage obligatoire à destination des élèves en classe de CE2*

En outre, le schéma actuel ne prévoit aucune visite médicale du CP au CM2. Il semble ainsi judicieux d'envisager une visite de plus à mi-parcours de la scolarité en école élémentaire, autrement dit en classe de CE2. Cependant, face à l'actuel manque d'infirmiers et plus encore de médecins scolaires, il arrive déjà que le caractère systématique des trois visites déjà prévues subisse quelques entorses consistant à ne convoquer que les élèves signalés par les enseignants comme pouvant présenter des soucis de santé. Augmenter le nombre des visites médicales sans un accroissement significatif du nombre de personnels médicaux scolaires ne serait pas réaliste.

On peut également assigner dans ce processus de dépistage un rôle décisif aux CMPP afin de tirer profit de leur lien privilégié avec l'Éducation Nationale, gage d'une parfaite coordination. **Ainsi, avec 4 visites obligatoires à des âges clés entre 3 et 16 ans, on peut supposer qu'un important travail de détection précoce pourra être accompli sur cette période décisive** marquée par l'explosion des troubles de déficit attentionnel et d'hyperactivité (TDAH) et les ravages de l'addiction des plus jeunes aux écrans.

2. Reconstruire le parcours de soins par une coordination renforcée entre les acteurs

Pour que l'entrée dans un parcours de soins puisse s'effectuer dans de meilleures conditions, il est aujourd'hui nécessaire de redéfinir ce parcours dont le manque de clarté constitue un réel obstacle pour les patients, leurs familles et les professionnels concernés. **La définition claire des étapes du parcours et l'identification, à chacune d'entre elles, des professionnels pertinents** constitue un préalable.

- (a)** Établir une prise en charge graduée des troubles de santé mentale avec une meilleure coopération entre les professionnels

Actuellement, en raison d'une insuffisante gradation, les troubles convergent le plus souvent vers le CMP quelle que soit leur intensité, créant ainsi un goulot d'étranglement et des délais excessifs de prise en charge. Or les parcours doivent être bâtis selon une **échelle distinguant de manière individualisée les troubles légers, modérés et sévères ; elle constitue une condition pour limiter l'engorgement des CMP.**

Réaffirmer la place des médecins généralistes dans le parcours de soins pour garantir un accès aux soins de qualité et améliorer la prise en charge des troubles de santé mentale.

(i) *Faciliter l'adressage par les médecins généralistes*

Le lien de confiance noué entre le patient et son médecin traitant constitue un atout précieux grâce auquel le patient peut s'engager dans un parcours de soins en santé mentale. Cependant, cela suppose que le généraliste travaille en coordination avec les autres spécialistes vers lesquels il peut pratiquer un adressage éclairé. Afin de ne pas réduire le traitement à une prise en charge non spécialisée, le médecin généraliste doit s'inscrire dans un réseau de soins, composé notamment de psychologues et de psychiatres. Cela suppose que **les médecins généralistes trouvent leur place au sein des PTSM**, dont ils sont aujourd'hui majoritairement absents.

La mise en place d'un numéro de téléphone dédié au contact direct du généraliste avec un psychiatre « référent »²⁰⁶, comme envisagé par Michel Laforcade dans son rapport relatif à la santé mentale, peut constituer une option souple et sécurisante.

(ii) *Intégrer les consultations menées par les médecins généralistes en vue de prodiguer des soins psychiques de 1^{er} niveau à la liste des consultations complexes bénéficiant d'une tarification spécifique plus incitative*

Dans la mesure où les consultations « à dominante psy » durent plus longtemps que les rendez-vous classiques, on peut imaginer qu'elles puissent faire l'objet d'une révision à la hausse de leur tarification afin d'inciter les médecins généralistes à jouer pleinement leur rôle de premier maillon du parcours de soins en santé mentale.

Cela pourrait passer par **l'inscription des consultations à visée « psy » dans les consultations complexes**, qui peuvent faire l'objet d'une tarification spécifique. Pour les infirmiers, instaurer une tarification spécifique pour les interventions en santé mentale, souvent complexes, apparaît également nécessaire.

Mieux intégrer les psychologues au parcours de soins en santé primaire et en santé mentale, pour assurer une prise en charge plus globale et efficace des patients.

Le déploiement d'un parcours de soins gradué implique un renforcement du rôle des psychologues dans le suivi des troubles modérés. Si l'expérimentation du dispositif « MonSoutienPsy » - anciennement « MonParcoursPsy » - s'est avérée prometteuse, sa généralisation s'est heurtée à la réticence des psychologues à y adhérer pour plusieurs raisons, en premier lieu la tarification des séances.

Une revalorisation de l'acte lui-même équivaldrait à une meilleure reconnaissance du travail fourni par ces professionnels. En outre, **le nombre limité de séances prises en charge par l'Assurance maladie** pourrait être relevé afin de laisser la durée du suivi à l'appréciation du professionnel. Les annonces du Gouvernement en date du 6 avril 2024 (revalorisation de la tarification de 30 à 50€, augmentation du nombre de séances de 8 à 12 et suppression de l'obligation d'adressage par le médecin traitant pour la prise en charge financière) témoignent d'une évolution à poursuivre.

Si la reconnaissance des psychologues comme professionnels de santé est loin de constituer une piste consensuelle au sein même de cette profession, la nécessité d'explorer les moyens de revaloriser le rôle des psychologues dans la prise en charge des troubles légers et modérés fait l'unanimité.

²⁰⁶ Laforcade, Michel. *Rapport relatif à la santé mentale*, octobre 2016, p. 27.

Soutenir le développement de la pair-aidance en santé mentale en encourageant d'une part la mise en place de programmes de formation spécifiques pour les pairs aidants et d'autre part en promouvant la reconnaissance officielle du rôle des pairs aidants dans les structures de soins en santé mentale.

La pair-aidance, c'est-à-dire **l'accompagnement par des individus ayant eux-mêmes vécu des troubles mentaux**, représente une approche prometteuse dans le parcours des soins en santé mentale. En 2022, l'OMS soulignait que **la pair-aidance renforce le lien entre les personnes affectées par des troubles mentaux et les services de santé mentale, favorisant des parcours de soins plus inclusifs et centrés sur la personne²⁰⁷**. Le pair aidant peut être **bénévole, dans le cadre d'une association d'usagers par exemple, mais il peut aussi être salarié dans un service de santé mentale ou travailler en indépendant.**

Une revue systématique de la littérature²⁰⁸ portant sur l'intervention de pairs aidants sur la prise en charge de sujets souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie et bipolarité, **montre un réel bénéfice sur le rétablissement, la qualité de vie, le fonctionnement social, la santé physique et les hospitalisations en psychiatrie des patients qui en bénéficient.** Les résultats soulignent également que pour favoriser l'intégration des pairs aidants, il est utile que les soignants soient informés de leur rôle dans le parcours de rétablissement.

Les pairs aidants doivent de leur côté bénéficier d'une formation complète, avoir un rôle défini, et être supervisés, de préférence par un autre pair aidant. **Les GEM (groupes d'entraide mutuelle) constituent un cadre structurant, particulièrement adapté au portage de la pair-aidance**, sur lequel les politiques publiques de santé mentale peuvent s'appuyer. Définis dans le code de l'action sociale et des familles comme des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société, les GEM sont des dispositifs d'entraide entre pairs, constituant un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires.

Accorder une véritable place dans le parcours de rétablissement en santé mentale aux associations de familles de patients et ce dès la détection de la maladie.

Les associations de familles de patients jouent également un rôle crucial dans l'amélioration du parcours de soins en santé mentale, **offrant un soutien indispensable aux proches des individus touchés par des troubles mentaux.** Cependant, elles sont encore trop souvent mises de côté dans le parcours de rétablissement du patient. Le Baromètre Unafam (2021)²⁰⁹ indique que **71 % des proches aidants ont le sentiment de ne pas être suffisamment accompagnés dans le parcours de soins.** Plus de la moitié des répondants déclarent ne pas avoir bénéficié d'un programme de soutien alors que la maladie de leur proche a des conséquences considérables sur leur vie. Pour plus d'un aidant sur 3, la maladie du proche a conduit à un passage à temps partiel, une absence de promotion et d'évolution ou à un départ précoce à la retraite.

Mettre en place des centres d'accueil, d'information et d'orientation, guichets uniques dédiés à la santé mentale dont l'écoute et l'orientation seraient les missions premières.

Quand le dialogue avec les collectivités locales est suffisamment installé sur un territoire, la démarche partenariale pourrait se traduire par la création d'un centre d'accueil, d'information et d'orientation dédié à la santé mentale. Ce centre favoriserait ainsi la meilleure entrée possible dans un parcours de soins.

²⁰⁷ OMS. *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble*, 2022, p. 9.

²⁰⁸ Quiles, Renelleau, et al. « Efficacité des interventions de pair aidants (schizophrénie, trouble bipolaire). Revue systématique de la littérature », *L'Encéphale*, vol. 48, no. 6, 2019, p. 674-681, <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700622000677>.

²⁰⁹ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). *Dossier de presse Baromètre Unafam 2021*, p. 16, <https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/11-2022/barom%C3%A8tre%202021.pdf>.

Fruit d'une co-construction entre les collectivités (commune, département et région) et le tissu médico-social local, ce type d'espace est appelé à devenir le lieu privilégié d'accueil, d'information, et d'orientation. Il est également susceptible d'accueillir conférences, rencontres avec des GEM, des pairs-aidants et des travailleurs sociaux ou encore des permanences de spécialistes pour des premières consultations.

Le rôle de ces centres serait aussi de soulager les CMP, qui jouent trop souvent une fonction de tri et d'accueil de première instance.

Développer la fonction de coordonnateur de parcours de soins afin de consolider le travail en réseau entre le sanitaire et le médico-social.

La coordination entre les acteurs de la prise en charge est essentielle pour éviter les ruptures de traitement pour les patients hors hospitalisation. **Or, le psychiatre ne peut assurer un pilotage effectif pour chaque patient.** Les dispositifs d'aide à la coordination (DAC) actuels, soutenus par l'ARS ont été instaurés pour permettre une fluidification des parcours de santé complexes et une bonne organisation des prises en charge. Grâce à un outil numérique de coordination, les professionnels partagent en continu l'information autour d'un patient, disposent des informations nécessaires à son suivi et sont avisés en temps réel de ses passages en hospitalisation. Ces DAC ne sont cependant pas suffisants.

Confier à un coordonnateur la gestion du parcours de soins réintroduirait le lien humain indispensable à une bonne articulation entre les acteurs et à un accompagnement individualisé du patient. Ces fonctions pourraient être exercées par des infirmiers de CMP dont la bonne connaissance du secteur garantirait l'efficacité ou par des psychologues ayant reçu une formation spécifique.

Améliorer la réponse médicale en situation de crise ou d'urgence psychique : repenser l'articulation forces de l'ordre/corps médical pour prendre en charge les individus en crise afin de répondre à la détresse des familles et garantir la sécurité et l'ordre publics.

La coordination entre les forces de l'ordre et le corps médical dans le cas d'une urgence psychique est souvent problématique, en raison, d'une part, de l'identification insuffisante des situations d'urgence psychique par les forces de l'ordre, et, d'autre part, du manque de prise en charge par les professionnels de santé mentale des cas identifiés.

Dans les forces de l'ordre, le manque de formation relative aux problématiques de santé mentale (détection, diagnostic premières attitudes) est essentiellement compensé par l'expérience des agents. Celle-ci conditionne la manière dont va se dérouler l'intervention et l'évaluation rapide de la dangerosité de l'individu, donc de la nécessité de faire intervenir le corps médical pour une prise en charge médicale et non strictement sécuritaire. Or, le lien entre les forces de l'ordre et le corps médical n'est pas systématique. C'est dans ces situations que le manque de lits d'hospitalisation, et de personnel, ainsi que la disparition des services d'urgences psychiatriques posent le plus de problème. Mais ils ne peuvent justifier les **refus de prise en charge, essuyés par les forces de l'ordre de la part du corps médical.**

(b) Améliorer la gouvernance sur tout le territoire

Créer un délégué interministériel à la santé mentale.

En raison de la transversalité des enjeux de santé mentale, il paraît pertinent **que le délégué ministériel de la santé mentale auprès du ministre chargé de la Santé et de la Prévention devienne délégué interministériel afin de faciliter le dialogue entre les acteurs de la gouvernance.** En effet, l'articulation entre le sanitaire et le médico-social étant désormais incontournable, cette délégation élargie pourrait favoriser la coordination des différents ministères mobilisés.

Conserver les outils existants (CPTS, CLSM et PTSM) en veillant à leur mise en œuvre opérationnelle.

Si certains dysfonctionnements subsistent, il paraît plus judicieux de s'interroger sur le suivi des politiques publiques initiées qui mobilisent ces moyens et ces outils plutôt que de vouloir créer des dispositifs supplémentaires. En effet, les trois piliers prometteurs que sont la CPTS (Communauté professionnelle territoriale de santé), le CLSM (Conseil local de santé mentale), et le PTSM (Projet territorial de santé mentale) devraient permettre à chaque territoire de mener une politique de santé mentale adaptée à la réalité de son terrain.

- Grâce à la structuration en CPTS, les professionnels et acteurs de la santé et du médico-social se coordonnent et travaillent en réseau pour un meilleur accès aux soins, pour un suivi du patient plus étroit et pour le développement de tous les projets et actions de prévention sur leur territoire. Conscient du rôle de moteur que jouent les CPTS, le Président de la République a d'ailleurs souhaité encourager leur création au moyen d'un plan « 100 % CPTS » qui prévoit 19 actions pour en favoriser le déploiement sur l'année 2023 afin que l'intégralité de la population française soit couverte. Un tel outil bien développé est à la fois **une garantie de continuité et de qualité pour le suivi des patients et un socle solide permettant une réelle collaboration entre les professionnels**. Il faudrait donc que les CPTS créées fonctionnent de manière effective et que **la santé mentale compte parmi leurs défis territoriaux**.
- Pour assurer l'efficacité des CLSM, il apparaît nécessaire de réunir deux conditions :
 - o Chaque CLSM doit être doté d'un coordinateur à plein temps pris en charge par l'ARS ;
 - o Afin de garantir que toutes les parties prenantes de la santé mentale sur un territoire soient véritablement impliquées, au-delà des personnels de santé, les collectivités doivent assurer le portage institutionnel des CLSM, par exemple au niveau des directions chargées de la santé.
- Le CLSM fournit **un espace de concertation, de coordination et de co-décision entre les élus locaux, les représentants des usagers, des aidants et l'ensemble des professionnels du territoire concernés par les problématiques de santé mentale** pour définir et mettre en œuvre les politiques locales et les actions correspondant au territoire. Chaque territoire doit se doter d'un CLSM et lui donner une vraie dynamique grâce à des rencontres régulières et un suivi attentif afin de veiller à la concrétisation des décisions. Ils peuvent ainsi être le lieu d'élaboration d'une vision partagée entre professionnels et parties prenantes externes. L'articulation du CLSM et du CLS doit être mieux assurée pour bien coordonner l'ensemble des réponses.
- Enfin le PTSM et ses fiches-actions constituent **la déclinaison pluri-professionnelle concrète de toutes les actions déployées en faveur de la santé mentale sur le territoire, déterminées notamment par le travail partenarial mené au sein des CPTS et des CLSM**. Grâce au cahier des charges qui fixe les caractéristiques des actions, le PTSM prévoit une sorte de « tronc commun » qui permet une harmonisation nationale mais il laisse également une large place à l'adaptation locale. Une évaluation du PTSM permet de veiller à la réalisation de ses objectifs.

Il appartient aux ARS de veiller au caractère opérationnel de ces trois piliers et au suivi pertinent de tous les projets déployés au moyen de feuilles de route.

Systématiser la remontée des expériences locales prometteuses pour qu'elles servent de modèles adaptables à d'autres territoires.

À travers la démarche du Conseil national de la Refondation, le Haut-commissariat au Plan cherche à favoriser la prise en compte des spécificités territoriales. Faire évoluer les politiques

publiques en étant à l'écoute de la base, avec le souci de recueillir la parole et les propositions de ceux qui œuvrent au quotidien au sein des territoires, revient à inverser la direction de cette perspective verticale puisque les idées et initiatives pertinentes repérées dans les territoires remontent au sommet et servent ainsi à irriguer les politiques publiques selon une méthodologie de la transformation et de l'adaptation. **Une reconstruction locale peut ainsi s'opérer en tenant compte des besoins spécifiques d'un territoire, à partir d'un dispositif qui a fait ses preuves ailleurs, dans un contexte différent et selon d'autres paramètres.**

Les 3 piliers évoqués précédemment, CPTS, CLSM et PTSM, apparaissent comme les outils de cette **appropriation locale** par une démarche où s'articulent diagnostic, concertation et co-construction au plus près des besoins locaux.

Cette **méthode « ascendante-descendante »** doit être pérennisée afin que les expériences éparses les plus probantes ne restent pas marginales. **Ces « bonnes pratiques » doivent remonter de la base au sommet puis redescendre par le biais des ARS pour être transposées sur d'autres territoires au moyen des 3 piliers (CPTS, CLSM et PTSM)** qui, confortés dans leurs rôles respectifs, veilleront à une adaptation territoriale adéquate. Les ARS devront aussi veiller à l'alimentation d'un observatoire national des bonnes pratiques, en lui transmettant toutes les initiatives qui portent leurs fruits à l'échelle territoriale et qui seraient susceptibles d'essaimer. L'agence d'appui à la performance (ANAP) pourrait être chargée de la gestion de cet observatoire et du suivi de la bonne adaptation des initiatives localement.

Ces diverses adaptations d'un même modèle pourraient de manière très fructueuse constituer **la matière d'une « revue des cas partagés » (RCP)** afin de diffuser l'expertise, de l'affiner et de l'enrichir.

(c) Des dispositifs innovants à soutenir et à encourager

Poursuivre le développement et l'optimisation des plateformes d'information et d'orientation en santé mentale sur les sites institutionnels et conquérir de nouveaux espaces virtuels.

Avant même d'entrer dans un parcours de soins, une personne porteuse de symptômes d'une maladie mentale recherche souvent les informations disponibles sur les réseaux sociaux et Internet. Pour garantir la qualité de l'information obtenue et éviter les effets délétères de renseignements inexacts et/ou frauduleux, **il est judicieux de poursuivre la démarche déjà engagée au niveau des sites institutionnels pour la création d'espaces dédiés à l'information et à l'orientation en matière de santé.** L'utilisation des « chat bot » pourrait notamment favoriser l'interaction avant l'échange avec un professionnel.

Il convient également d'aller plus loin en proposant une porte d'entrée adaptée aux usages contemporains, par une présence sur les réseaux (Tik-Tok, X, Instagram, YouTube) : donner la parole à des professionnels capables de présenter les choses dans un langage accessible permettrait de **déstigmatiser les troubles de santé mentale et d'aider les jeunes à les appréhender dans leur propre réalité**, tout en évitant leur exposition à des influenceurs sans compétence médicale réelle.

La mise en place de messages ou de notifications par SMS par sms auprès des adolescents pour leur adresser les informations sur les structures de prise en charge et les lieux d'écoute sur leur territoire est une piste à explorer.

Soutenir et développer les innovations organisationnelles : les dispositifs de soins partagés en psychiatrie (DSPP) à l'image de celui de la Haute-Garonne.

Le dispositif de soins partagés en psychiatrie (DSPP) de la Haute-Garonne est composé d'une équipe pluridisciplinaire de psychiatres, infirmiers et psychologues. Seul le médecin traitant ou un médecin généraliste peut le solliciter à partir des questions qu'il se pose pour la prise en charge de son patient. **Construit sur le modèle des consultations-liaisons avec avis et suivis conjoints pour les troubles mentaux fréquents et les troubles**

somatoformes, ses objectifs sont d'aider les médecins généralistes dans leur diagnostic, d'améliorer l'accès aux soins spécialisés et la qualité globale des soins pour les patients.

Sur un plan pratique, le point de départ est la consultation du patient chez son médecin généraliste qui sollicite alors l'intervention du DSPP en précisant ses questions, ses attentes, comme la place qu'il souhaite occuper dans la prise en charge du problème psychique. Le médecin a un échange systématique avec l'infirmier du DSPP qui s'entretient obligatoirement par téléphone avec son patient. Cette étape lance la démarche d'évaluation et la première réunion clinique avec le psychiatre qui permet d'orienter directement vers la filière spécialisée des patients dont l'état clinique ne relève pas du DSPP (situation d'urgence, risque suicidaire, décompensations psychiatriques aiguës, prise en charge en cours ou récente en psychiatrie, etc.). Si le patient relève de l'intervention du DSPP (75 % des situations), il bénéficie d'une ou plusieurs consultations par le psychiatre du dispositif qui élabore un projet pour son parcours de soins décrit dans le courrier systématiquement adressé à son médecin traitant. Sur indication, les patients peuvent bénéficier de consultations complémentaires auprès de la psychologue du DSPP. Au terme de cette séquence d'évaluation, plusieurs situations peuvent se présenter :

- Le suivi partagé qui permet au médecin généraliste de rester le référent de la prise en charge de son patient avec le soutien du DSPP ;
- La prescription par le psychiatre du DSPP de six séances de psychothérapie structurée, prises en charge par l'Assurance maladie, auprès de psychologues libéraux partenaires ayant signé une convention ;
- L'orientation vers la filière psychiatrique : le DSPP se charge alors de la mise en œuvre auprès de ses partenaires.

Ce dispositif a donné lieu, d'avril 2021 à juin 2023, à près de 3000 demandes enregistrées auprès du DSPP dont près de 70 % ont conduit à des consultations (24 % des patients n'ont pas été reçus au DSPP et réorientés directement)²¹⁰.

Un tel dispositif concrétise un parcours cohérent fondé sur une vision graduée des troubles psychiques. Il repose en effet sur la collaboration entre des professionnels conscients de leur rôle au sein du dispositif, dont la porte d'entrée est clairement identifiée et les étapes du parcours soigneusement balisées pour optimiser l'accompagnement du patient.

Soutenir et développer les innovations organisationnelles : l'apport du conventionnement avec les organismes sociaux.

Pour assurer la cohérence d'un parcours de soins, il est indispensable que le travail partenarial entre le médical et le social soit officialisé par la signature d'une convention. En effet, **le conventionnement garantit le maintien d'un dispositif de coordination au-delà des affinités entre les personnes, souvent à l'origine de la naissance des partenariats. Le conventionnement pérennise la collaboration médico-sociale indispensable à la stabilisation d'un patient au sein de son environnement.**

Soutenir et développer les innovations organisationnelles : les équipes mobiles.

Ces dernières années, de nombreux projets de créations d'équipes mobiles pluridisciplinaires ont vu le jour pour répondre au besoin de prise en charge rapide et courte de troubles psychiques modérés. En complément des **parcours de soins existants, une réponse médicale rapide et limitée dans le temps permet de soulager les structures traditionnelles qui peuvent se consacrer pleinement au suivi de long terme des troubles plus sévères.** Malgré des différences selon les territoires, le caractère resserré de l'équipe

²¹⁰ Présentation du Diagnostic de soins partagés en psychiatrie de la Haute-Garonne (DSPP31), 20 septembre 2023.

permet toujours de conserver une agilité en matière d'action et de coordination interne. Dès lors qu'elles ne se substituent pas aux dispositifs de longue durée mais les complètent et que leur évaluation régulière par l'ARS fait apparaître un bilan satisfaisant en fonction d'indicateurs clairement définis, il convient de renforcer les équipes mobiles et d'en promouvoir la création dans les zones qui en sont dépourvues.

À titre d'exemple, il existe à Bordeaux une équipe mobile pluridisciplinaire « psychiatrie, précarité et migrants »²¹¹ qui se rend dans les structures d'hébergement d'urgence. Elle conseille les travailleurs sociaux pour aborder un public atteint de troubles psychiques et leur propose des formations. D'autre part elle évalue, oriente et accompagne des patients. **Grâce à des compétences particulières dans le suivi des syndromes de chocs post-traumatiques, cette équipe mobile adapte son approche à la population des migrants dont les parcours de vie nécessitent une prise en compte spécifique.**

²¹¹ « Informations sur l'équipe mobile psychiatrie précarité et migrants (EMPP) du centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux », [Retab.fr](https://www.retab.fr), dernière mise à jour en 2020, <https://www.retab.fr/405/page-de-equipe-mobile-psychiatrie-precarite-et-migrants-empp-a-33800-bordeaux>.

V – PLAN D'ACTION

Axe 1. Développer la prévention

- Mener des **campagnes étendues de sensibilisation sur la santé mentale**, destinées à éduquer les citoyens sur la variété des troubles et des pathologies en ciblant particulièrement les lieux dédiés à la famille et à l'enfance.
- Intégrer des modules de **sensibilisation** à la santé mentale dans les **programmes scolaires** et soutenir le **développement des compétences psychosociales dès le plus jeune âge**
- Soutenir la reconnaissance de la santé mentale comme **Grande Cause Nationale 2025**
- Poursuivre le développement des plateformes d'information et d'orientation en santé mentale sur les sites institutionnels, conquérir de nouveaux espaces virtuels et déployer des outils de **repérage des fragilités** en santé mentale
- Etablir et diffuser plus régulièrement les données relatives aux **coûts directs et indirects** des maladies mentales
- Encourager l'élaboration d'une **vision partagée** de la santé mentale par l'ensemble des acteurs dans le cadre des **Conseils locaux de santé mentale (CLSM)**

Axe 2. Améliorer la formation de tous les acteurs de la santé mentale

- Former l'ensemble des médecins au **paradigme du rétablissement**
- **Offrir un tronc commun plus ambitieux de psychiatrie pour tous les étudiants en médecine.** La question du volume horaire, de l'organisation de cette formation et du moment où elle intervient dans le cycle d'études, doit être débattue
- **Renforcer la formation des médecins généralistes sur les questions de santé mentale.** Cela pourrait s'inscrire dans la nouvelle 4^{ème} année de spécialité pour les médecins généralistes
- **Former l'ensemble des médecins au système médico-social** nécessaire pour favoriser le rétablissement
- Former les psychiatres, en plus de l'approche des neurosciences, à la **dimension sociale des troubles psychiques**, y compris par l'intervention de non médecins
- **Former les psychiatres au rôle de coordination** qui les attend
- Introduire une **sensibilisation à la prise en charge des troubles psychiques** dans les formations aux métiers du social
- Elargir la formation aux **Premiers Secours en Santé mentale (PSSM)** aux non professionnels de la santé au contact du public (enseignants, personnel d'accueil, policiers, gendarmes...)

Axe 3. Mettre l'accent sur l'intervention précoce

- **Consolider la détection périnatale** par la formation des sages-femmes et gynécologues impliqués dans le repérage des troubles lors des 1000 premiers jours de l'enfant
- Faire en sorte que les **3 consultations médicales obligatoires** à 3, 6 et 12 ans puissent avoir effectivement lieu.

- Intégrer le **repérage des troubles psychiques** aux objectifs des **visites médicales et de dépistage** obligatoires à **3 ans et à 6 ans**, à l'instar de ce qui se pratique déjà lors de la visite en classe de 6^{ème}
- **Instituer une quatrième visite médicale et de dépistage** à destination des élèves en classe de CE2, à mi-parcours de la scolarité élémentaire
- Soutenir le développement des **services dédiés** à la prise en charge des **adolescents et jeunes adultes (12-16 et 16-25 ans)**

Axe 4. Reconstruire le parcours de soins

(4.1) Établir une prise en charge graduée des troubles de santé mentale avec une meilleure coopération entre les professionnels

- **Faciliter l'adressage par les médecins généralistes** en mettant à leur disposition des **outils de communication régulière avec des psychiatres et des psychologues** comme un **numéro de téléphone dédié** au contact direct d'un médecin généraliste avec un psychiatre référent
- Intégrer les consultations menées par les médecins généralistes en vue de prodiguer des soins psychiques de 1^{er} niveau à la liste des **consultations complexes** bénéficiant d'une **tarification spécifique plus incitative**
- **Etudier l'opportunité de revaloriser la consultation** remboursée par l'Assurance Maladie dans le cadre du dispositif « **MonSoutienPsy** » et de reconnaître les **psychologues** comme **professionnels de santé**
- Mettre en place des **centres d'accueil, d'information et d'orientation**, guichets uniques dédiés à la santé mentale dont l'écoute et l'orientation seraient les missions premières
- Développer la fonction de **coordinateur de parcours de soin**, pouvant être assignée aux infirmiers des CMP ou des psychologues ayant reçu une formation spécifique
- Soutenir le **développement de la pair-aidance** en santé mentale en encourageant la mise en place d'une **formation spécifique** et en **reconnaissant officiellement le rôle des pairs-aidants dans les structures de soins**

(4.2) À l'échelle nationale, repenser l'organisation de la gouvernance

- **Conserver les outils existants** (CPTS, CLSM et PTSM) en veillant à leur mise en œuvre effective par les ARS
- **Pour rendre les CLSM opérants**, faire en sorte :
 - que chaque CLSM soit **doté d'un coordinateur à plein temps pris en charge par l'ARS** ;
 - que **les collectivités assurent le portage institutionnel des CLSM**, par exemple au niveau des directions chargées de la santé.

(4.3) Soutenir les dispositifs innovants et leur déploiement

- Créer un **Observatoire national des meilleures pratiques** des CPTS, les CLSM et les PTSM, alimenté par les ARS et dont la mise en œuvre pourra être confiée à l'ANAP
- Soutenir le **développement des dispositifs de soins partagés en psychiatrie (DSPP)** à l'image de celui de Haute-Garonne
- **Soutenir les démarches d'« aller vers »**, à l'image des équipes mobiles en psychiatrie
- Soutenir le **développement du conventionnement avec les organismes sociaux** et le développement d'équipes mobiles

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des sigles utilisés

ADELI : Répertoire national des professionnels de santé (remplacé par le RPPS en 2024)

Affep : Association Fédérative Française des Etudiants de Psychiatrie

AJPJA : Association de Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues

ANEMF : Association nationale des étudiants en médecine de France

ARS : Agences régionales de santé

ASE : Aide-sociale à l'enfance

ATSEM : Agent territorial spécialisé dans les écoles maternelles

CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

CADA : Centre d'accueil de demandeurs d'asile

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : Centre communal d'action sociale

CeGGID : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

CESE : Conseil économique social et environnemental

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHU : Centre hospitalier et universitaire

CIAS : Centre intercommunal d'action sociale

CIivise : Commission indépendante sur l'inceste et les violences sexuelles faites aux enfants

CIM : Classification internationale des maladies

CJC : Consultations jeunes consommateurs

CLSM : Comité local de santé mentale

CMP : Centre médico-psychologique

CMPEA : Centre médico-psychologique enfants-adolescents

CMP-IJ : Centre médico-psychologique infanto-juvénile

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CSAPA : Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DARES : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DEI : Diplôme d'État d'infirmier

DES : Diplôme d'études spécialisées

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

DSPP : Dispositif de soins partagés en psychiatrie

ECN : Examen de classement national

EN : Éducation Nationale

ESMED : *European Society of Medicine*

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

ESSMS : Etablissement de service social ou médico-social

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GHT : Groupe hospitalier territorial

HAS : Haute Autorité de Santé

IFP : Institut de formation en psychiatrie

IFOP : Institut français d'opinion publique

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OGFA : Organisme de Gestion des Foyers Amitié

OFII : Office français d'immigration et d'intégration

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des Nations unies

PIB : Produit intérieur brut

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PSSM : Premiers secours en santé mentale

PTSM : Projet territorial de santé mentale

RCP : Revue de cas partagés

RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de santé

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SDSEI : Service départemental des solidarités et de l'insertion

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SMPA : Santé Mentale Pays de l'Adour

SPIP : Service pénitentiaire d'insertion et de probation

TDAH : Trouble persistant d'inattention et/ou d'hyperactivité

UNAFAM : Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire

Annexe 2 : Réformes en matière de santé mentale



Annexe 3 : Zoom sur le Béarn

Les difficultés d'une avant-première-ligne : les professions du maintien de l'ordre

Les entretiens menés sur le territoire palois ont souvent mis en lumière une avant-première-ligne en grande difficulté pour appréhender les troubles psychiques de la population. À ce titre, les propos tenus par un commandant de gendarmerie et par un policier municipal entretiennent de grandes similitudes et sont très représentatifs du désarroi fréquemment exprimé. En premier lieu, tous deux insistent **sur le caractère lacunaire de la formation qu'ils ont reçue** : rien dans le cursus de gendarmerie ne semble préparer au repérage pas plus qu'à la gestion des situations où les troubles se manifestent chez les usagers. En ce qui concerne la police, la formation continue paraît très limitée : un gardien de la paix bénéficie de 10 jours de formation tous les 5 ans, toutes thématiques confondues, quand un cadre peut espérer 10 jours tous les 3 ans. Les modules proposés par le Centre national de la fonction publique territoriale ne sont en outre pas forcément adaptés et actualisés. Aucun n'a bénéficié de la formation aux premiers secours en santé mentale (PSSM) et tous deux reconnaissent avoir bâti leur expérience « sur le tas ». Pourtant ils confient être de plus en plus confrontés aux troubles psychiques des usagers accompagnés d'une violence croissante et qui surviennent encore plus fréquemment la nuit. Les familles sont souvent dépassées et ne s'emparent pas des dispositifs d'avant-crise existants. La relation avec le corps médical est compliquée : les médecins qui se rendent sur place et les psychiatres de l'hôpital où un individu est conduit peuvent avoir une appréciation différente de celle des forces de l'ordre quant à la pertinence d'une hospitalisation et préconisent parfois plutôt une garde à vue, ce qui génère de l'incompréhension chez policiers et gendarmes et crée des tensions. Gendarmes et policiers ont parlé d'une seule voix pour exprimer leur souhait d'une meilleure coordination avec les acteurs sanitaires. Ces professions éprouvantes prédisposent également les agents aux troubles psychiques qui résultent parfois des difficultés rencontrées sur le terrain ou d'un accompagnement insuffisant de la pratique professionnelle.

Exemple de collaboration pour une approche de soin globale

Après s'être formée en Suisse, Pauline s'est installée à Salies-de-Béarn comme psychologue libérale « de campagne », comme elle se définit elle-même, où elle exerce depuis bientôt 5 ans. L'essentiel de son activité est constitué par la psychothérapie. Elle ne réalise pas de diagnostic ni de bilan. Sa patientèle est composée à 65 % de femmes pour 35 % d'hommes et elle accepte les enfants à partir de 10 ans. La majorité de ses patients n'a pas de suivi psychiatrique mais la consulte pour des troubles psychiques modérés du quotidien (mal-être, troubles anxieux et dépressifs modérés). Son cabinet se situe au sein d'une maison médicale réunissant une psychologue, une psychomotricienne, un ostéopathe-podologue et une directrice de chantiers d'insertion. Cette association atypique de spécialités variées en zone rurale est l'opportunité de développer un travail partenarial pour le bénéfice d'une population éloignée des grands centres de soin et permet une approche globale tant psychique que corporelle et sociale. En effet, l'entretien mené auprès des membres de cette maison médicale fait ressortir une intéressante collaboration : il advient par exemple que des troubles de santé mentale soient détectés ou suspectés chez les visiteurs venus consulter un autre spécialiste et fassent ainsi l'objet d'un adressage vers Pauline d'une façon simple et naturelle. Le lien de confiance établi avec les patients de cette petite structure ainsi que celui existant entre les spécialistes permettent de surmonter

les réticences liées à la stigmatisation et de lever les freins à la consultation de psychothérapie. La prise en charge s'en trouve facilitée et les patients vont d'un spécialiste à l'autre au sein de la structure. Cette approche globale de soins est également bénéfique aux praticiens qui, en plus d'échapper à la solitude de l'exercice en libéral, envisagent leur spécialité sur le mode d'une complémentarité féconde. Pauline a refusé d'adhérer au dispositif « MonParcoursPsy » car elle le trouve inadapté à la patientèle dans son calibrage et dévalorisant à l'égard des professionnels qualifiés que sont les psychologues, en raison de son mode de tarification. Cela ne l'empêche pas de prendre en charge des patients en difficulté sociale ou financière avec lesquels elle fixe des conditions tarifaires au cas par cas. Indépendamment de la collaboration établie au sein de la maison médicale avec ses collègues, Pauline reconnaît avoir trop peu d'échanges avec des professionnels extérieurs à la structure et aspire à développer le travail en réseau avec les autres psychologues exerçant en libéral, les généralistes, les psychiatres, les CMP et les établissements scolaires.

La prise en charge des troubles psychiques en milieu scolaire

Plusieurs de nos entretiens ont mis en présence des membres de la communauté éducative, tant du premier degré (une directrice d'école, des ATSEM, agents de restauration, directeurs d'accueil périscolaire) que de l'enseignement secondaire (professeurs de lycée, infirmière scolaire en collège) et même de l'administration (Inspecteur d'académie). La prise en charge des troubles de santé mentale confronte tous les acteurs de terrain à des difficultés. Quels que soient les acteurs, ils confient que les formations initiales et continues, lorsqu'elles existent, sont en proportion trop faible et ne les préparent pas à la gestion des situations auxquelles ils font face. Les dispositifs et structures de prise en charge et d'accompagnement existent, comme en témoigne l'impressionnant inventaire fait par l'Inspecteur d'Académie.

L'Éducation Nationale bénéficie en effet de l'offre de soins de secteur (CMP, maison des adolescents, équipes mobiles par conventionnement avec le Centre Hospitalier des Pyrénées qui est l'hôpital psychiatrique tête de réseau du Béarn) mais déploie aussi ses propres dispositifs pilotés par le service départemental des solidarités et de l'insertion (SDSEI) pour la prise en charge selon la nature des troubles. L'infirmière scolaire en collège a très bien décrit le travail constructif qu'elle menait en lien avec l'assistante sociale des services académiques tout en soulignant l'importance de la cohésion de l'équipe au sein de l'établissement et le rôle déterminant joué par le Principal dans la résolution des problèmes rencontrés. Toutefois, les membres de la communauté éducative auditionnés insistent tous sur une mobilisation difficile de ces moyens en cas de repérage, soit parce qu'ils peinent à obtenir un retour faute de disponibilité des professionnels quand ils y font appel, soit parce qu'il leur est répondu que le cas signalé ne relève pas de ces modalités de prise en charge, ou encore parce que la famille, dans le déni, s'y oppose ou ne s'implique pas comme elle le devrait quand elle accepte. Les personnels ont ainsi fréquemment déploré que les démarches se soldent par des échecs et regrettent unanimement que le maintien d'un élève présentant des troubles psychiques en classe sans solution les condamne, ainsi que l'ensemble de la classe, à subir inlassablement les mêmes difficultés. Le plus souvent ce sont les « solutions-maison » qui semblent prévaloir, bâties sur l'expérience et garanties par la solidité des équipes en place.

Expérience d'un praticien hospitalier exerçant en CMP

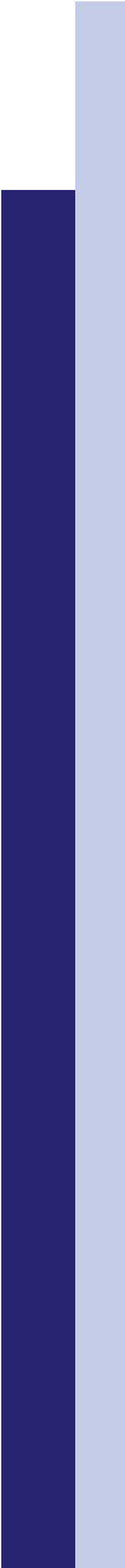
Au sein de l'offre de soin sectorisée, le CMP apparaît souvent comme la porte d'entrée privilégiée dans le parcours quels que soient les troubles de santé mentale. Ce recours systématique, qui ne prend généralement pas en compte le degré de gravité des troubles, aboutit au constat national d'une prise en charge aux délais considérablement rallongés. De nombreux rapports ont en effet pointé l'engorgement de cette structure, aussi avons-nous souhaité nous entretenir avec un psychiatre consultant en CMP afin de cerner la réalité du terrain à travers la perception d'un professionnel directement impliqué dans le dispositif. Le pédopsychiatre qui a bien voulu nous rencontrer est praticien hospitalier de l'hôpital psychiatrique de Pau, tête de réseau de l'unité de soins béarnaise. À ce titre, il intervient sur 3 CMP enfants-adolescents (CMPEA) du Béarn respectivement situés à Pau, Mauléon et Orthez. Il ressort de notre échange que le Béarn est un territoire où les questions de démographie médicale se posent avec nettement moins d'acuité qu'ailleurs en France. En effet, cette région du Sud-Ouest est assez attractive pour séduire encore de jeunes praticiens hospitaliers puisque 75 % des postes de pédopsychiatres sont pourvus, taux bien plus élevé que dans d'autres territoires. Lorsque nous évoquons l'engorgement des CMP et la question des délais de prise en charge, il se veut également rassurant sur son secteur : il faut compter 2 à 3 mois pour obtenir un rendez-vous au CMPEA de Pau et 3 à 4 mois à Mauléon et Orthez, délais encore nettement inférieurs à la moyenne nationale. Le travail en réseau fonctionne de manière perfectible, certes, mais il semblerait qu'une assez bonne articulation soit à l'œuvre sur ce secteur entre l'hôpital psychiatrique, l'hôpital de jour, le CMPEA et l'équipe mobile qui peut quant à elle gérer les interventions rapides sans suivi en se rendant sur place.

Ce dernier dispositif, dont les membres ont été auditionnés par le Haut-commissariat au Plan, entretient une vraie complémentarité avec le CMPEA et permet une évaluation de la situation en amont de la prise en charge proposée par le CMP. La relation avec les médecins généralistes est également mentionnée : ce sont des acteurs centraux du parcours mais le pédopsychiatre insiste sur les réticences que certains nourrissent à l'égard de la psychiatrie. La pédopsychiatrie est moins concernée que la psychiatrie par la pratique des généralistes consistant à prescrire des psychotropes car beaucoup de médicaments n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché pour les mineurs. Néanmoins, le praticien tient à exprimer les plus vives réserves à l'égard de cette pratique dans la mesure où la plupart le font sans diagnostic ni connaissances solides compte tenu du manque de liens avec les psychiatres. Une bonne communication est établie avec les pédiatres de l'hôpital général même si une meilleure formation aux troubles psychiques pourrait l'améliorer. Quant aux psychologues, le pédopsychiatre nous précise qu'il leur délègue les psychothérapies, tout en soulignant que la tarification en libéral représente souvent un frein pour les familles des patients qui en relèveraient. Ses 40 années de carrière dans le public lui permettent de dresser le constat d'une stigmatisation en diminution. Il estime en effet qu'aujourd'hui les familles se tournent plus facilement qu'avant vers un pédopsychiatre. Cependant, il déplore que l'augmentation des moyens alloués ne soit pas proportionnelle à l'accroissement de la démographie des patients.

Le conventionnement médico-social

À Pau, plusieurs exemples de conventionnement médico-social fructueux sont à l'œuvre avec l'hôpital psychiatrique de Pau, favorisant notamment le maintien dans leur logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Parmi ces dispositifs figure celui des bailleurs sociaux initié en 2017. À l'origine, cette démarche partenariale provient de la prise de conscience que l'impayé de loyer d'un logement social pouvait parfois constituer un signal révélateur d'un trouble de santé mentale. La responsable du service recouvrement d'un bailleur social interpelle alors le monde médical sur cette piste de détection et obtient, à force d'opiniâtreté, qu'une convention de travail partenarial soit signée avec l'hôpital psychiatrique, donnant ainsi naissance à un service dédié, distinct de celui en charge du recouvrement : « Accompagnement social et personnalisé » dont elle prend aussitôt la direction. Cette convention permet à ce nouveau service de prendre en charge les locataires ainsi repérés et de se coordonner avec le personnel médical via le cadre de santé mentale pour déployer un accompagnement médico-social avec maintien des patients dans leur logement, selon une méthodologie et au moyen d'outils parfaitement décrits dans l'une des 19 fiches-actions prioritaires du PTSM64²¹². Une autre structure, associative cette fois, dénommée OGFA, est également signataire d'une convention avec l'hôpital psychiatrique, dans le but de développer divers dispositifs à destination des publics fragiles. Déployant une équipe de 250 salariés au service des plus démunis dans des centres d'accueil de jour, résidences et foyers, l'OGFA loge 1000 personnes et en accompagne 4000 sur Pau et le Béarn. Grâce au conventionnement, des personnels qualifiés de l'hôpital (psychiatres et infirmiers en milieu psychiatrique) interviennent ponctuellement ou en assurant des permanences régulières sur les différents sites gérés par l'OGFA, pour le suivi des patients atteints de troubles psychiatriques, notamment pour ceux qui sont logés, à travers le dispositif « un chez soi d'abord » déployé sur un parc locatif entièrement privé.

²¹² Projet territorial de santé mentale des Pyrénées-Orientales, p. 3.



La question de la santé mentale concerne toute la société française. D'une part car chacun est susceptible d'être confronté à une dégradation de son bien-être psychique au cours de sa vie. D'autre part car nous sommes tous amenés à connaître ou à nous occuper, dans le cadre professionnel ou personnel, de personnes souffrant de troubles psychiques. On estime ainsi qu'aujourd'hui une personne sur trois souffre d'un trouble psychique à un moment de sa vie, et qu'environ deux millions de Français sont pris en charge chaque année en psychiatrie. Selon l'Observatoire sur la santé mentale, en 2021 la psychiatrie aurait été la spécialité la plus consultée après la médecine générale.

La crise du Covid-19 a accentué ces tendances. La prévalence des états anxieux ou dépressifs a ainsi doublé lors du premier confinement, sans retrouver, depuis, le niveau d'avant-crise. **C'est particulièrement vrai pour les adolescents et jeunes adultes**, pour qui la dépression et l'anxiété figurent parmi les premières causes de morbidité et d'incapacité.

Cela se traduit par des coûts considérables pour la collectivité : avec un coût global de plus de 25 milliards d'euros en 2021 (soit 12,4 % des dépenses totales), les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « traitements par psychotropes » constituent le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie en France (devant les cancers, 22,6 milliards d'euros et les maladies cardio-vasculaires, 19,4 milliards d'euros).

Pour répondre à ces défis, **un plan d'action ambitieux peut être mis en œuvre.** Il doit associer une réelle politique de prévention à travers la société, ainsi qu'une action de formation de tous les acteurs de la santé mentale. Cela doit permettre une entrée plus précoce dans les parcours de soins des personnes dont la santé mentale est éprouvée. Ces mesures seront le socle sur lequel **reconstruire des prises en charge graduées et efficaces.**