



# QUEL AVENIR POUR LA SANTÉ MENTALE ?

La synthèse du

LAB

## PRÉSENTATION DE « PLACE DE LA SANTÉ – LE LAB »

Créé par la Mutualité Française en partenariat avec trois think tanks généralistes, la Fondation pour l'Innovation Politique (Fondapol), Terra Nova et la Fondation Jean-Jaurès, « Place de la Santé – le Lab » est un lieu de réflexion et de prospective. A la fois expert et transpartisan, il vise à alimenter le débat public dans une démarche transparente sur des sujets stratégiques discutés en France ou à l'étranger, liés à la santé et à la protection sociale. Les contributions font l'objet d'analyses publiées régulièrement sur un site Internet dédié ([placedelasante.mutualite.fr](http://placedelasante.mutualite.fr)). Chaque débat donne lieu à une synthèse, elle aussi mise en ligne. Le résultat de ces réflexions donne lieu à une « note de tendance », véritable outil d'aide à la compréhension des grandes questions qui traversent la thématique traitée.

Les diagnostics présentés et les options proposées n'engagent pas la Mutualité Française, pas plus que l'une de ses mutuelles adhérentes ou les think tanks partenaires. Ils constituent seulement le résultat de débats pluriels mêlant des experts internes (salariés, militants, élus) et externes (think tanks notamment) à la Mutualité Française.

### Les think tanks partenaires

FONDATION POUR  
L'INNOVATION  
POLITIQUE  
*fondapol.org*

La Fondation pour l'innovation politique (Fondapol) contribue au pluralisme de la pensée et au renouvellement du débat public en produisant des expertises et des recommandations dans une perspective libérale, progressiste et européenne.



Terra Nova est un think tank progressiste indépendant ayant pour but de produire et diffuser des solutions politiques innovantes en France et en Europe.



Fondation politique reconnue d'utilité publique, la Fondation Jean-Jaurès est indépendante, sociale-démocrate et européenne. À la fois think tank, acteur international et centre d'histoire, elle agit au service de tous ceux qui défendent le progrès et la démocratie dans le monde.



# ÉDITO

## Contribuer au débat

**Séverine SALGADO,**  
**Directrice générale de la Mutualité Française**

Enjeu sanitaire et social majeur, dont l'importance s'est imposée avec la crise sanitaire du Covid, la santé mentale demeure le « parent pauvre » des politiques de santé publique. L'élaboration de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, en 2014, et la mise en place des projets territoriaux de santé mentale, en 2016, n'ont pas réussi à corriger significativement les carences de notre système en matière de prévention et de prise en charge de ces troubles.

L'engagement mutualiste en faveur de la santé mentale est ancien et prend des formes variées, comme en témoignent par exemple les nombreuses actions de prévention positive que mène le mouvement mutualiste ou l'important réseau des établissements mutualistes dédiés à la prise en charge des patients concernés. Dans la continuité des réflexions et propositions élaborées à l'occasion du Ségur de la santé, la Mutualité Française s'est emparée plus spécifiquement de la question de la santé mentale.

Avec « Place de la santé - le Lab », la Mutualité Française, fidèle à son ADN d'acteur du mouvement social, a souhaité ouvrir l'espace des réflexions à une multiplicité d'acteurs : think tanks, Unafam, responsables d'établissements et de filières mutualistes, hospitaliers, psychiatres, économiste et géographe. Je tiens à vous remercier, toutes et tous, du temps consacré et de vos analyses, que cette synthèse retrace. Ces échanges sont venus nourrir notre Observatoire, paru en juin de cette année et les dix propositions que la Mutualité Française a formulées pour contribuer au nécessaire débat public en faveur de la santé mentale.

# Sommaire

## ■ 1 ■

**Pour une meilleure intégration  
dans la médecine de premier recours**

## ■ 2 ■

**Quels leviers pour l'offre  
et l'organisation des soins ?**

## ■ 3 ■

**La dépression, mal méconnu des personnes âgées**

## ■ 4 ■

**Vers la fin programmée de la pédopsychiatrie ?**

## ■ 5 ■

**Synthèse des travaux et focus sur Financement  
et restes à charge**

# 1 POUR UNE MEILLEURE INTÉGRATION dans la médecine de premier recours

INTERVENANTS

## **Angèle MALÂTRE-LANSAC**

Directrice déléguée à la santé de l'Institut Montaigne, auteure du rapport Santé mentale : faire face à la crise (Institut Montaigne, décembre 2020)

## **Marie-Jeanne RICHARD**

Présidente de l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques), organisation dont la Mutualité Française est partenaire

## RÉSUMÉ

Premier poste de dépenses de l'Assurance maladie devant les maladies cardiovasculaires et les cancers, la santé mentale est l'angle mort de la santé publique. Oubliée de la crise sanitaire, alors que ses effets, délétères mais prévisibles, sont massifs. Le constat est sévère : insuffisance de la prise en charge et de l'accompagnement, cloisonnement de la médecine du corps et de la médecine psy, manque de coopération entre le somatique et le psychiatrique, organisation très éclatée de la psychiatrie, prise en charge trop hospitalo-centrée des troubles psychiatriques. Pour y répondre, il faut une coordination entre médecine générale et santé mentale, notamment en intégrant celle-ci dans la médecine de premier recours. Qu'il s'agisse de « troubles psychiques » ou de « pathologies lourdes, un continuum est nécessaire. Expérimenté à l'étranger, le modèle des « soins collaboratifs », qui repose sur une coopération entre un médecin généraliste, un care manager (profil infirmier) pour le suivi du patient, et un psychiatre référent qui apporte son expertise à distance au médecin de premier recours, est une piste prometteuse.

Les conséquences délétères de la pandémie de Covid19 sur la santé mentale des Français ont mis sur le devant de la scène les insuffisances du secteur de la prise en charge et de l'accompagnement de la santé mentale. Les mutuelles interviennent de longue date en la matière. Leurs Unions régionales mènent des actions de prévention à destination de populations ciblées. Certaines mutuelles incluent des remboursements et services dans leurs contrats. Les établissements et services de soins mutualistes en santé mentale sont présents sur l'ensemble du territoire. Au travers de ses établissements, la MGEN a ainsi été, dans ce domaine, pionnière dans la recherche et l'innovation.

Toutefois, dans le contexte actuel de crise sanitaire, la santé mentale devient, dans son large spectre, un enjeu de société tel, qu'il devient crucial de la sortir de l'angle mort, du trou noir, de la santé publique. La Mutualité Française entend jouer un rôle actif dans les débats sur ce sujet central, dont un jalon sera sans doute les états généraux de la santé mentale, que les pouvoirs publics ont programmés en juillet 2021.

La notion de santé mentale recouvre la promotion du bien-être, la résistance au stress, la prévention des troubles psychiques, le traitement et l'accompagnement des personnes atteintes de ces troubles.

Les maladies psychiatriques touchent chaque année une personne sur cinq, soit 12 millions de Français. Première cause de handicap dans le monde, la santé mentale touche chaque année en France, 20% de la population.

Par rapport à la population générale, l'espérance de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans et leur taux de mortalité est 3 à 5 fois supérieur (OMS 2015).

Sur le plan de la prise en charge, la santé mentale (maladie psychique ou traitement chronique par psychotrope) représentait déjà, avant la crise sanitaire, le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie (14,5%), devant le cancer (11,5%) ou les maladies cardiovasculaires, soit près de 21 milliards d'euros en 2018.

## **Pour une meilleure intégration de santé mentale dans la médecine générale**

L'entrée dans le parcours de soins est déterminante.

La coordination entre médecine générale et santé mentale est un enjeu majeur pour une bonne prise en charge.

La médecine générale est aujourd'hui en première ligne dans la prise en charge de la santé mentale. Elle représente 60% des premières consultations pour ce motif et donne lieu à 90% des prescriptions de psychotropes. Pour autant, les patients ne sont pas correctement intégrés dans le système de prise en charge spécialisée, ce qui peut expliquer des retards de prise en charge adaptée (le retard au diagnostic est plutôt de l'ordre de 8 à 10 ans pour les troubles bipolaires, de 2 à 3 ans pour les troubles du spectre autistique).

## **Une nécessaire intégration de la santé mentale dans la médecine de premier recours**

La situation actuelle se caractérise par un manque cruel de liens entre les médecins généralistes et les spécialistes de la santé mentale. Culturellement et fonctionnellement, la médecine du corps et la médecine psy sont cloisonnées. Le taux d'adressage entre médecins généralistes et psychiatrie est le plus faible d'Europe, du fait d'un manque de communication et de coordination mais aussi d'une forte stigmatisation et de la faiblesse de l'accès aux soins spécialisés en psychiatrie.

## **Pour une meilleure intégration de la médecine générale dans la prise en charge des patients souffrant de troubles dits « légers » et ou « modérés »**

L'idée est que le patient en médecine générale soit dépisté et pris en charge le plus tôt possible. Cette approche intégrée et populationnelle suppose une meilleure formation des médecins et de leur environnement ainsi qu'un renforcement des ressources à disposition des médecins généralistes. Le modèle « des soins collaboratifs », éprouvé au niveau européen et international et qui a démontré toute sa pertinence, constitue une piste d'évolution prometteuse. Il repose sur un triptyque : le travail entre un médecin généraliste, un care manager (profil infirmier) pour le suivi du patient, et un psychiatre référent qui apporte son expertise à distance au médecin de premier recours. Les psychologues ainsi que l'ensemble des ressources (sociales, associatives, etc.) sont également mobilisés pour assurer une prise en charge globale des patients. L'infirmier coordinateur, au cœur du modèle, assure la coordination entre les acteurs et permet d'apporter une intensité des soins nécessaire à une bonne prise en charge ainsi qu'à l'engagement des patients.

Ce mode d'organisation intégré permet un accès plus direct aux soins, une amélioration des soins somatiques comme psychiatriques, et aboutit à une meilleure satisfaction des soignants et des patients par une approche moins stigmatisante.

## **Placer le patient et son entourage au centre de la prise en charge**

La prise en charge de la santé mentale se caractérise par une entrée trop lente dans le système de soins. La nature progressive des troubles et leur méconnaissance s'accompagnent d'une perte de confiance des familles, voire de l'installation d'un sentiment d'impuissance, aussi bien des patients, que leurs proches ou des professionnels de santé.

Face à une organisation de la psychiatrie très éclatée et qui ne semble pas être au cœur des politiques publiques de santé, on constate une prise en charge trop hospitalo-centrée. La majorité des patients 93% ont fait un séjour, voire plusieurs, en milieu hospitalier avec un recours à l'hospitalisation sans consentement pour 65% des cas. Par ailleurs, l'absence de pratique du « aller vers » en ambulatoire entraîne une rupture du parcours de soins et l'installation progressive d'un handicap, cause de désinsertion sociale.

## Construire une (R)évolution de la santé mentale

- **Former / informer le grand public** pour faire face aux premiers signes de fragilité est un enjeu de premier ordre. Des campagnes nationales d'information et le déploiement de premiers secours en santé mentale seraient à mobiliser pour y parvenir.

**Il est capital également de développer la formation** des professionnels, médecins généralistes dans leur relation aux spécialistes et plus généralement les professionnels de l'éducation au contact des jeunes.

**Enfin, une prise en charge rapide**, souple, dans un environnement non stigmatisant, pourrait être proposée dans les espaces de santé pluridisciplinaire, dont la Mutualité Française a promu la mise en place dans le cadre du Ségur de la Santé. Renforcer les lieux d'accueil non médicalisés (maisons des adolescents) et de centres de dépistage et de prise en charge des psychoses émergentes font également partie des évolutions souhaitables.

- **Prévenir la crise et limiter les ruptures de soins** impliquent l'élaboration de plans favorisant l'éducation thérapeutique du patient, et des dispositifs d'accompagnement pour un parcours de vie sans rupture après évaluation de l'impact des troubles sur la vie quotidienne (bilan social: école, emploi, logement, ressource, enfants..). La construction de Plan de crise conjoint et de directives anticipées en psychiatrie y contribue également. Pour une gestion des situations d'urgences psychiatriques, il conviendrait de déployer des équipes mobiles de crise, de mieux adapter l'organisation des CMP (Centre Médico Psychologique), pour permettre des accueils non programmés et la création de centres d'accueil et de crises.
- **Le défi de la déstigmatisation doit être relevé.** La maladie mentale se soigne. Or la stigmatisation retarde l'entrée dans la prise en charge. Et la stigmatisation a aussi des impacts sur les aides et les acteurs du soin et de l'accompagnement.
- **Soutenir l'entourage est indispensable** car la perte de la santé mentale d'un membre de la famille induit trop souvent une rupture dans le déroulement de la vie. C'est le cas pour près de la moitié des personnes concernées.

L'aidant ne peut pas être exclu de la prise en charge. 84% des aidants déclarent que leurs proches ne bénéficient d'aucun service d'accompagnement. Au-delà de la nécessité d'informer et de former (pair-éducation famille), c'est une véritable stratégie de soutien des fratries et des jeunes aidants qui doit se mettre en place.

## Prendre en compte la question des âges

Les parcours de vie font apparaître des moments particuliers de fragilité au moment de l'adolescence, avec des troubles psychiques liés à la construction de la personnalité, ou dans le grand âge avec les maladies dégénératives. Des pathologies qu'il convient d'aborder de façon spécifique, par une politique d'accès aux soins dédiés pour les plus jeunes, les précaires et les sans-abris, pour les personnes incarcérées, ainsi que par une approche des comorbidités en Ehpad par exemple.

Cela n'est possible que dans la perspective d'un continuum facilitant la fluidité des parcours et l'absence de rupture de soins ou de droits.



Sur ce sujet, une consolidation des structures comme les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et les Centres Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP) est indispensable à la prise en charge des enfants.

Qu'il s'agisse de « troubles psychiques » ou de « pathologies lourdes, un continuum est nécessaire.

La Haute Autorité de santé (HAS) a souligné, dans un récent rapport, le manque de coopération entre le somatique et le psychiatrique, ainsi que le retard de la France sur ce point.

## **La santé mentale au temps du Covid19**

La santé mentale est l'un des grands oubliés de la première phase de la crise sanitaire. Ses effets délétères, pourtant prévisibles (voir des études de la Fondation Jean-Jaurès, mars 2020), sont massifs auprès des publics fragilisés, jeunes, chômeurs et précaires. Mais pas seulement. S'ajoutent des détresses professionnelles à reconnaître en tant que telles comme le burn-out et le stress au travail, et au sein de l'espace familial, avec les violences faites aux femmes ou l'inceste.

Par ailleurs, le risque de troubles psychiques semble augmenter chez les personnes qui ont contracté la Covid particulièrement en situation de comorbidité (Parkinson).

Seule une prise en charge coordonnée peut appréhender ces larges phénomènes qui vont du risque psycho-social à la prise en charge psychiatrique. Pour y parvenir, il faut soutenir la médecine générale.

La période de crise sanitaire doit nous amener à interroger l'organisation du système de prise en charge de la santé mentale en France, son efficience, en particulier dans l'articulation des secteurs publics et privés.

Ce travail est indissociable d'une meilleure connaissance d'un champ jusque-là encore trop peu documenté dans ces aspects sociologiques, au besoin, par une approche « genrée » des problématiques sociétales.

### ***Pour aller plus loin***

- *Institut Montaigne : Santé mentale : faire face à la crise*
- *IRDES : Atlas de la santé mentale en France*
- *Cour des comptes : L'organisation des soins psychiatriques*
- *Santé Mentale : L'Igas recommande de redéfinir le statut des CMP (santementale.fr)*
- *Unafam : Semaines d'information sur la santé mentale*
- *Haute Autorité de Santé (HAS) : Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration*

**Pierre MARTIN**

Directeur des établissements de santé mentale du Grand Paris-Groupe MGEN

**Denis MATHIEU**

Psychiatre, Directeur médical des établissements de santé mentale du Grand Paris-Groupe MGEN

**Marc-Olivier PADIS**

Directeur des études de Terra Nova

**Christine PASSERIEUX**

Chef du Pôle de psychiatrie au Centre Hospitalier de Versailles,  
Professeur de psychiatrie à l'UFR Simone Veil – Santé de l'Université  
de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines

## RÉSUMÉ

En France, la prise en charge en santé mentale est complexe, souvent trop cloisonnée, alors qu'interviennent de nombreux acteurs. Cette situation nuit à l'efficacité de l'organisation des soins. Pour améliorer la prise en charge, il convient de distinguer les troubles mentaux « fréquents » et les troubles mentaux « sévères et persistants ».

La première catégorie recouvre les troubles anxieux et dépressifs et les abus de substances. Un modèle s'impose : celui des « soins collaboratifs » ou care management, dans une approche globale et proactive, incluant notamment dépistage et évaluation systématique des résultats. La catégorie des troubles mentaux sévères et persistants englobe des troubles schizophréniques et psychotiques, des états délirants chroniques, des troubles bipolaires, ainsi que certains troubles graves de la personnalité. Pour ces pathologies, le modèle préconisé est celui du « rétablissement », impliquant une synergie entre les soins et l'accompagnement, afin d'atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité de vie des patients. Les soins sont proposés s'ils sont utiles à la personne pour la réalisation de son projet de vie (études, emploi, etc).

## **Complexité de l'offre en santé mentale en France**

En France, l'offre de prise en charge en santé mentale est complexe, souvent cloisonnée, notamment à travers la nature des acteurs : publique, privée, libérale, sanitaire ou médico-sociale. Une telle organisation ne facilite pas le parcours de soins et d'accompagnement. Les difficultés de chaînage entre ces acteurs ont pour conséquence d'augmenter les ruptures de soins et d'accompagnement. L'offre peut cependant être appréhendée selon deux approches celle de la psychiatrie, qui se caractérise par des parcours de soins et d'accompagnement complexes pour les troubles « sévères » ; et celle de la santé mentale, correspondant à des troubles psychiques dits « légers » ou « modérés ».

Plusieurs réponses concourent à la prise en charge des patients : la médecine de premier recours, souvent limitée au seul médecin généraliste, et une offre spécialisée, elle-même segmentée en psychiatrie libérale ou publique, avec différentes modalités de prise en charge : à temps plein, à temps partiel et en ambulatoire.

En 2018, 340 000 patients ont été hospitalisés à temps complet dans 552 structures psychiatriques, dont 63% ont une activité exclusive de psychiatrie. Parmi eux, 82 000 ont été hospitalisés sans consentement. 131 patients ont été hospitalisés à temps partiel. Un peu plus de 2 millions de personnes ont reçu des soins ambulatoires, notamment au sein des centres médico-psychologiques (CMP).

En France, la psychiatrie publique est « sectorisée » selon un découpage géographique précisément délimité ; chaque secteur couvrant, en principe 70 000 adultes. Ce découpage territorial correspond aux soins psychiatriques hospitaliers et extrahospitaliers, avec consultations d'établissements publics généraux ou spécialisés publics et établissements du secteur privé à but non lucratif.

Par ailleurs, l'offre des établissements privés à but lucratif, en croissance depuis quelques années, est également présente, quoique limitée, avec des implantations très variables selon les régions. Les psychiatres libéraux en ville représentent l'autre composante de l'offre, en croissance sensible.

A cette offre sanitaire s'ajoute l'offre médico-sociale, très diverse, dans la mesure où les personnes avec handicap psychique sont accueillies dans presque toutes les catégories d'établissements ou services médico-sociaux. Dans cette offre complexe, souvent en silo, entre le premier recours et la prise en charge spécialisée, ainsi qu'entre le secteur public et le secteur privé, l'émergence de nouveaux services ou organisations susceptibles de fluidifier les parcours apparaissent donc comme une nécessité. Quels sont ces nouvelles initiatives à porter ?

## **La réponse aux besoins de santé mentale doit structurer l'organisation des soins**

On estime que 40 à 60 % des personnes souffrant de troubles psychiatriques ne reçoivent aujourd'hui aucun soin. Leur espérance de vie est réduite de 12 à 20 ans. Ce constat effectué dans le monde entier a été confirmé et précisé en France par de récents travaux de l'IRDES. Les comorbidités avec les pathologies somatiques sont la règle plutôt que l'exception : deux-tiers des patients psychiatriques souffrent également d'une pathologie chronique, souvent sévère, cardiovasculaire, broncho-pulmonaire, diabétique. 30 % des patients qui souffrent d'une maladie chronique ont également un trouble psychiatrique. Pour penser

l'organisation des soins, il faut donc se référer à des types de pathologies, ou à de grandes catégories de troubles. Sur la base de critères cliniques et surtout épidémiologiques, il convient de distinguer les troubles mentaux fréquents et les troubles mentaux sévères et persistants.

Les troubles mentaux fréquents recouvrent les troubles anxieux et dépressifs et les abus de substances. La comorbidité est extrêmement fréquente avec les pathologies somatiques. Ces troubles constituent jusqu'à 40% de la patientèle du médecin généraliste. 80 % des épisodes dépressifs majeurs sont pris en charge par le seul généraliste. Celui-ci a un rôle-clé dans l'accès aux soins : premier prescripteur de psychotropes, il initie entre 70 et 90 % des traitements antidépresseurs. Toutefois, la qualité des soins est très variable, du fait du manque de formation du médecin généraliste sur ce champ, ainsi que des contraintes de sa pratique.

La coordination entre la médecine générale et la psychiatrie n'est pas bonne. Une étude a montré que le taux d'« adressage » d'un généraliste à un psychiatre compte parmi les plus faibles d'Europe (Viviane Kovess, 2004). Outre les facteurs culturels, les causes de cette situation relèvent pour partie de l'organisation des soins. Les recommandations de bonnes pratiques accordent une place importante aux psychothérapies structurées, dont l'absence de remboursement limite l'accès.

La relation médecin généraliste/psychiatre doit, dans certaines situations, intégrer la nécessité d'une évaluation psychiatrique. A défaut, il y a un risque de chronicisation des pathologies.

Un modèle s'impose : celui des soins collaboratifs ou care management, dans une approche globale et proactive, incluant notamment dépistage et évaluation systématique des résultats.

Une autre possibilité d'intégration des pratiques consiste dans la promotion de l'exercice partagé au sein des maisons de santé pluridisciplinaires, avec la présence d'un psychiatre. L'objectif ultime serait une approche systémique globale, qui consisterait à proposer des soins psychiatriques au sein même de la prise en charge de premier recours, en intégrant dans l'équipe pluriprofessionnelle de la maison de santé un professionnel en santé mentale, supervisé à distance par un psychiatre, à l'instar du care manager dans les pays anglo-saxons. Une telle fonction n'existe pas aujourd'hui en France ; elle pourrait être confiée à un infirmier de coordination psychiatrique ayant une formation en santé mentale.

Les troubles mentaux sévères et persistants. Il s'agit des troubles schizophréniques et psychotiques, des états délirants chroniques, des troubles bipolaires, ainsi que de certains troubles graves de la personnalité et de certaines dépressions très chroniques et très sévères, ou de certains troubles anxieux sévères. La prévalence de ces troubles sur la vie entière est beaucoup moins importante, de l'ordre de 5% en population générale. Ces troubles sont moins fréquents, mais la charge en soins est très importante, en particulier en hospitalisation. Les personnes atteintes sont essentiellement suivies dans le secteur public, à plus de 80 %, et c'est pour elles qu'a été pensée l'organisation des soins en psychiatrie de secteur.. Cette organisation a pour but d'offrir un lieu de référence et de prise en charge pour les patients demandant une prise en charge soutenue. Elle constitue toutefois une réponse insuffisante, caractérisée par un manque d'efficacité, ainsi qu'une réelle perte de chance pour les patients victimes de troubles chroniques et récidivants. Aujourd'hui, ce sont des personnes qu'il est difficile de guérir, au sens de l'éradication des symptômes et de la rémission fonctionnelle totale.

Dans ce contexte, il conviendrait d'opérer un virage ambulatoire du suivi intensif, avec les moyens nécessaires pour permettre le maintien en autonomie, accompagné d'une attention particulière au respect des droits et du principe d'auto-détermination des patients ; on orienterait ainsi le système de santé vers les principes du modèle du « rétablissement ». Ce modèle correspond à un changement de paradigme qui implique une synergie entre les soins et l'accompagnement, afin d'atteindre les objectifs d'amélioration de la qualité de vie des patients.

La mise en œuvre des soins correspondrait à une réponse globale à tous leurs besoins de santé. Dans un tel modèle, on ne proposerait des soins que lorsqu'ils sont légitimes ou pensés comme utiles par la personne pour la réalisation de son projet de vie (études ou emploi par exemple). Cette organisation complexe et difficile à mettre en œuvre correspond à l'un des objectifs des projets territoriaux de santé mentale : permettre la coordination de tous les acteurs d'un espace donné pour répondre à l'ensemble des besoins.

## **La mise en place des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) est récente, mais produit déjà des avancées en termes de coopération**

Cette approche de la prise en charge en santé mentale montre bien la pertinence du concept de soins collaboratifs préconisé par Angèle Malâtre-Lansac (Institut Montaigne) et concrètement déployé au sein du Pôle de psychiatrie du Centre hospitalier de Versailles par le Professeur Christine Passerieux, ainsi qu'à travers la structuration, par la MGEN et la FEHAP, des PTSM d'Ile de France.

Toutefois, les parcours de soins doivent être différenciés : si les soins collaboratifs trouvent toute leur pertinence pour les pathologies légères et modérées, comme les troubles anxieux et dépressifs, les soins en psychiatrie de secteur restent à privilégier pour les troubles sévères, tels que la schizophrénie.

Peut-on envisager la possibilité d'une contrainte dans l'exercice d'une démarche collaborative ?

Il est avéré qu'une part importante des placements se réalisent sans le consentement du patient. C'est donc en amont, par l'éducation à la santé mentale à l'école et, plus largement, que l'on peut éviter l'aggravation des troubles et, en aval, par un accompagnement à la sortie de l'hospitalisation, que l'on pourra réduire ce phénomène. Cette stratégie est appliquée avec succès dans certains pays étrangers. Au demeurant, les thérapeutes sont peu prescripteurs d'hospitalisation sans consentement.

Un point d'entrée dans le système de prise en charge qui pourrait être amélioré en favorisant notamment l'accès aux psychologues

Moment crucial, l'entrée dans le dispositif de soins s'effectue trop souvent par les urgences, alors que cela n'est pas la solution. Par ailleurs, les centres médico-psychologiques (CMP) sont engorgés faute de moyens, alors que le recours au médecin généraliste pourrait constituer une solution.

Les psychologues pourraient en partie porter cette mission. C'est pourquoi, il convient de favoriser l'accès aux psychothérapies, en veillant à la qualité de l'intervention, la formation de ces professionnels étant aujourd'hui très hétérogène. Une plus grande lisibilité est nécessaire dans ce domaine, et les liens entre l'hôpital et l'Université de psychologie restent à construire.

## **Une implication de l'environnement du patient pour une prise en charge globale**

Avec le logement et le travail, le rôle des familles est déterminant. Un travail en inclusion est nécessaire afin d'éviter toute rupture de liens, notamment avec les parents. Rendre les familles compétentes est un enjeu de premier ordre, par l'information sur l'impact de la maladie dans la vie des patients. L'adhésion à une forme d'éducation thérapeutique crée les conditions d'un rôle positif de l'environnement familial (cf. groupe « Profamille » à destination des aidants de patients atteints de schizophrénie).

## **Le Projet Territorial de Santé Mentale et l'offre de la MGEN-Groupe VYV en Ile-de-France**

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a introduit un nouveau dispositif de déclinaison de la politique de santé mentale, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Ce dispositif, qui associe l'ensemble des acteurs d'un territoire concerné par la santé mentale, a comme objectif de favoriser la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale de la personne, dans son milieu de vie ordinaire, de structurer la coordination de l'offre sanitaire et d'accompagnement social et médico-social, ainsi que de déterminer le cadre de la coordination de second niveau.

Le PTSM 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'Etat concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé (CLS) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

En Ile de France, dans le droit fil des orientations stratégiques nationales et régionales (« Ma santé 2022 » et le PRS Ile de France validé en 2018), l'ARS a validé, en décembre 2020, le principe d'un PTSM par département. S'agissant du PTSM des Hauts-de-Seine, une Communauté psychiatrique de territoire (CPT) est en cours d'élaboration, avec un travail commun et partagé entre tous les acteurs. A ce stade, ce PTSM a déjà réalisé plusieurs actions, notamment la relocalisation progressive de l'offre sur le département, à l'instar des secteurs de Neuilly-sur-Seine et de Courbevoie, ainsi que le déploiement de centres de proximité avec la mise en œuvre d'un centre support et d'un Hôpital de jour en gérontopsychiatrie intersectoriel, pour lequel la MGEN se positionne.

Deux exemples d'initiatives et de réflexions portées par la MGEN traduisent son engagement au sein du PTSM des Hauts de Seine :

La création de la plateforme à destination des personnes présentant des pathologies spécifiques (patients « borderline », ou présentant des troubles psychiques en lien avec le travail).

Cette plateforme, en lien avec le médecin du travail ou la DRH, propose des diagnostics, de l'orientation et des prises en charge, le cas échéant à distance, pour des situations définies. Un infirmier en pratique avancée (IPA) réceptionne la demande sur la plateforme, complète les informations avec passation éventuelles de tests. Lors d'une revue de dossiers, l'IPA expose la situation, et sous la supervision du psychiatre référent, une prise en charge est proposée. Cette proposition associe, selon les cas, des soins via la plateforme, ou en présence sur un site partenaire ou un site extérieur. Une évaluation est faite en fin de prise en charge. Tout au long du processus, l'IPA et le psychiatre référent font des retours aux RH ou à la médecine du travail, en accord avec la personne. La plateforme permet ces échanges, tous les intervenants y inscrivent leurs évaluations et actions.

## **Le projet d'une ambulance de psychiatrie**

Partant du constat que les soins préhospitaliers constituent une difficulté importante pour les acteurs des soins de santé mentale et débouchent souvent sur une hospitalisation qui pourrait être évitée, la MGEN examine la possibilité de création d'une ambulance de psychiatrie composée de deux infirmiers et d'un chauffeur. Cette équipe, sous la supervision à distance d'un psychiatre coordinateur, évaluerait la situation du patient, afin de l'orienter de manière pertinente vers un service adapté du secteur. Ce dispositif permettrait de mieux accompagner la prise en charge par l'équipe de l'ambulance. Le partage des dossiers, par le système d'information « Ter-esanté », sur le territoire couvert par l'ambulance permettrait également de mieux connaître le parcours du patient pris en charge.

La régulation pourrait être définie soit par un Centre de régulation spécifique, ou bien en lien avec le SAMU.

**Dr Christine CHANSIAUX-BUCALO**

Chef de Pôle du Département de Médecine Gériatrique et Soins Palliatifs,  
Centre hospitalier Rives de Seine

**Michel DEBOUT**

Membre fondateur et membre du Bureau de la Fondation Jean Jaurès

**Mme Claude MONTUY-COQUARD**

Directrice de la filière médico-sociale – Aésio Santé

## RÉSUMÉ

Si la démence sénile, notamment la maladie d'Alzheimer, constitue la forme la plus grave et la plus connue du vieillissement cérébral, les troubles dépressifs restent sous-estimés, sous-diagnostiqués, et donc mal pris en charge. Or, leurs conséquences sont lourdes et peuvent parfois aboutir au suicide de la personne. Trois moments-clés de bascule de la personne âgée dans des syndromes dépressifs sont identifiés : la retraite, le passage dans l'état de dépendance et l'entrée en institution, auxquels s'ajoute la maltraitance. L'isolement social, accentué par la crise sanitaire de la Covid19, est un des facteurs de fragilisation psychique. Lutter contre la dépression des personnes âgées nécessite de sortir des approches en silos et d'inventer des approches coordonnées (entre généralistes et psychiatres/psychologues, et associations par exemple). En amont, la prévention passe par un changement de regard sur le vieillissement, et par le respect de la capacité de décision de la personne âgée. Les innovations doivent être mises au service de la prise en charge, sans se substituer à la présence indispensable des soignants : innovations technologiques, comme la robotique et la télémédecine ; innovations sociales, notamment en offrant des solutions de répit et d'accompagnement pour les aidants.



## **Augmentation des pathologies dues à l'âge, et notamment des troubles mentaux, corollaire du vieillissement de la population**

La France est confrontée à un vieillissement de sa population : avec aujourd'hui 13 millions de personnes âgées de 65 ans et plus, qui représenteront plus de 27% de la population en 2050.

Cette évolution s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des pathologies liées à l'âge, parmi lesquelles celles qui relèvent de la santé mentale occupent une place importante. La démence sénile (notamment la maladie d'Alzheimer) constitue la forme la plus grave et la plus connue de vieillissement cérébral, mais d'autres troubles, moins identifiés, comme la dépression, frappent le sujet âgé.

La représentation de la personne âgée dans la société est paradoxale : on vénère la sagesse de l'Ancien, mais les personnes âgées séniles gênent, font l'objet d'une infantilisation (notamment dans les discours, la publicité), quand elles ne sont pas mises à l'écart de la société, ou victimes de discrimination due à l'âge [1], ou encore de maltraitance sociale (fort taux de précarité des personnes âgées). La crise sanitaire a accentué l'isolement des personnes âgées, et a entraîné certains traumatismes liés au manque affectif, ou à l'impossibilité d'avoir pu accompagner un proche mourant.

Il est admis qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale, mais ces maladies sont souvent « sous ou sur diagnostiquées » et donc « sous mal traitées ». En gériatrie, on constate trois types de populations :

- Sujets âgés vieillissants avec des troubles cognitifs et comportementaux ;
- Population avec des troubles dépressifs diffus ;
- Personnes vieillissantes ayant eu des troubles psychiques, mais n'ayant plus la prise en charge adaptée.

Trois moments-clés de bascule de la personne âgée dans des syndromes dépressifs ou des troubles cognitifs peuvent être identifiés : le passage à la retraite, le passage à l'état de dépendance et l'entrée en institution (parfois au décès du proche aidant), auxquels s'ajoute la survenue de maltraitance (physique, psycho-relationnelle, négligence, abus de médicaments, etc). Les pertes successives (perte de sa jeunesse, perte du travail, perte de la bonne santé, perte de l'autonomie, perte des proches, pertes de son indépendance) sont des facteurs majeurs de dépression.

Sous-estimée, et sous-diagnostiquée, la dépression des personnes âgées peut entraîner le suicide, dans des proportions beaucoup plus importantes que chez les jeunes. La santé mentale a un impact sur la santé physique et réciproquement. Les problèmes de santé mentale sont souvent mal repérés, mal traités, stigmatisés.

Les réponses passent par la nécessaire évolution du regard que porte la société sur l'âge, avec une attention particulière pour le vieillissement dans le handicap, ainsi que pour la maltraitance des personnes âgées.

## **Prise en charge contrastée des soins psychiatriques et insuffisante des aidants**

Face à cela, la prise en charge est contrastée : les troubles cognitifs bien identifiés sont correctement pris en charge mais les troubles dépressifs diffus sont souvent sous-diagnostiqués et pas mal pris en charge. Cet accès inégal aux soins psychiatriques entraîne des désocialisations parfois complètes, voire le suicide des personnes, alors que la prévention aurait pu l'éviter.

L'offre en prévention est importante, mais méconnue et sous utilisée, notamment par les médecins généralistes. Les gériatres, mais aussi les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ou les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) peuvent contribuer à soutenir les généralistes et à faire connaître les dispositifs existants.

En outre, la situation des proches (aidants, accompagnants familiaux) est insuffisamment prise en compte, hormis par les gériatres. Le plan grand âge a permis de développer, dans le cadre des troubles cognitifs, des plateformes d'appui aux aidants qui s'adressent aujourd'hui à tous les aidants, mais qui sont encore mal connues des professionnels et du grand public. Pas assez considérés, les aidants s'épuisent et peuvent devenir maltraitants. Selon l'OMS, 1 personne âgée sur 6 serait victime de maltraitance, notamment en établissement[2]. Une étude a montré que « le stress chronique touchant les personnes s'occupant d'une personne de leur entourage atteinte par une maladie d'Alzheimer induit un vieillissement accéléré qui pourrait leur faire perdre entre 4 à 8 années d'espérance de vie par rapport à celles qui ne vivent pas cette épreuve » [3].

## **Pour des approches coordonnées, intégrant la prévention,**

Il est impératif de mieux identifier les troubles psychiques des personnes âgées et de dresser un état des réponses actuelles et de celles qui devraient se développer (prévention, prise en charge en établissement et à domicile) face à une population en expansion. Les solutions à apporter sont autant structurelles que logistiques, autant communicationnelles que sociologiques.

La prévention est déterminante pour anticiper la dépression de la personne âgée (alimentation, activités physiques, interactions sociales), éviter le risque de maltraitance, tout autant que le risque suicidaire (voir sur ce point les études de la Fondation de France).

Il est nécessaire de sortir des approches en silos et d'inventer des approches coordonnées / intégrées prenant en compte tous les facteurs, notamment la prévention, afin de :

- Changer le regard de la société sur les personnes âgées (pour lutter contre la stigmatisation / infantilisation), notamment par :
- Le maintien de liens humains au-delà du lien social avec la personne âgée : le développement de la téléconsultation est positif, mais ne doit pas se substituer à la consultation en présentiel ;
- Une proximité avec les personnes âgées, qui ne formulent pas de demande par elles-mêmes
- Le respect de la liberté du sujet âgé : ne pas choisir à sa place au prétexte qu'il est âgé (ex. « chèque liberté » pour un voyage au moins une fois par an, au choix et au goût de la personne âgée elle-même)

- Favoriser l'innovation :
- Innovations sociales, notamment pour offrir des solutions de répit et d'accompagnement pour les aidants (ex. plateformes de répit prévues par le plan Alzheimer pas encore assez développées sur les territoires) ;
- Innovations technologiques, notamment à travers le développement de la robotique et de la télémédecine pour les soins psychiatriques des personnes âgées dans des zones où l'accès aux soins est difficile ; la création d'outils ludiques de réalité augmentée (escape games, casques de réalité virtuelle) et des outils de socialisation connectés, afin de réduire l'isolement (robot Parrot positif contre l'anxiété, ou la prise en charge de la douleur, etc...), tout en veillant à ce qu'ils ne se substituent pas aux relations humaines ;
- Innovations psychologiques: créer des conciergeries pour garder un animal domestiques ; alors que la présence de l'animal domestique auprès des personnes âgées a un effet thérapeutique, l'un des points bloquants pour l'entrée en institution est de venir avec un animal (Voir Rapport de Terra Nova) ;
- Innovations pédagogiques, notamment par la labellisation des Services d'aide à domicile (SAD), dont les personnels sont insuffisamment formés aux prises en charge des personnes âgées avec des troubles psychiques et qui pourtant sont souvent les seuls services présents auprès de personnes en perte d'autonomie physique et psychique et par la mise en place d'un système de certification encadré par les instances.

La mise en place de formations labellisées, centrées sur les pratiques (pas seulement théoriques), dans le cursus de l'évolution de carrière (levier pour lutter contre le difficile recrutement de jeunes, via des VAE sur les troubles psychiques, sur la nutrition, ou sur les troubles moteurs) serait une grande avancée pour les soignants, pour les aidants ou les auxiliaires de vie. Il faut aussi permettre aux professionnels de changer de statut et de découvrir les trois secteurs : domicile, EHPAD, hôpital.

- Informer et former :
- Les professionnels :
- Bien former les médecins généralistes ;
- Améliorer la coordination entre généralistes, gériatologues, et psychiatres/psychologues ;
- Mettre en place une formation labellisée concrète des professionnels au repérage précoce des fragilités : prendre en compte le faible niveau de formation des soignants dans les messages de formation ;
- Les aidants, dans le cadre de Groupes de parole ;
- Les aidants, les soignants ou les auxiliaires de vie, sur les maladies cognitives, afin de prévenir la maltraitance, notamment par la mise en place d'un « Gault et Millau » ou d'un « TripAdvisor » des intervenants en ehpad et à domicile ;
- Les associations, comme « Allo Maltraitance des personnes âgées » (ALMA).

## L'exemple de la filière médico-sociale d'Aésio Santé, en région Rhône-Alpes-Auvergne

Quelques initiatives menées par ce gestionnaire mutualiste, notamment autour de la télémédecine, de la formation des professionnels en EHPAD, de la problématique des personnes en situation de handicap psychiques vieillissantes, des nouvelles pratiques avec des infirmiers en pratiques avancées.

Constats sur la prise en charge en établissement et à domicile

- Entrée en institution à 90 ans en moyenne (+ 3 ans en deux ans)
- 64% des entrants présentent des troubles cognitifs
- 10 lignes de prescription en moyenne par résident à l'entrée en institution
- Accès aux soins difficile : 1 à 6 mois en moyenne
- Espérance de vie réduite de 13 à 16 ans pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques
- Santé mentale :
  - 1<sup>er</sup> cause de handicap dans le monde
  - 2<sup>e</sup> rang mondial des pathologies après les maladies cardio-vasculaires
  - 1<sup>er</sup> poste des dépenses d'assurance maladie en France (20 Milliards d'€).

Les solutions mises en place par le groupe Aésio complètent les prises en charges classiques : Certaines ne sont pas spécifiquement adaptées aux personnes âgées, mais est-il possible d'échafauder des propositions répondant exclusivement à cet état de fait ?

- Dimension médicale : développement d'alternatives non médicamenteuses (hypnose, cohérence cardiaque, sophrologie) ; Développement de la télémédecine avec médecins psychiatres et de la télé expertise
- Axe prévention : le repérage des fragilités du sujet âgé par la « box des fragilités » (prédiction)
- Dimension physiologique : programme de recherche sur chrono-nutrition, activité physique adaptée et son incidence sur le système nerveux autonome
- Dimension psychologique (robot PARO introduit sur certaines prises en charge), luminothérapie pour la qualité de l'éveil et du sommeil, travail sur les troubles du sommeil avec un expert, respect des cycles du lever et du coucher et introduction d'une démarche de suivi de la qualité du sommeil
- Dimension sociale : développement de programmes culture-santé pour maintenir l'accès à la culture, développement d'actions intergénérationnelles
- Mise en place d'ateliers d'aide aux aidants par la création d'une plateforme de répit
- Création du label « Cité des aînés », concept innovant qui entend répondre à tous les besoins de la personne âgée en termes de santé, bien être, lien social, hôtellerie et restauration, développé à Saint Etienne, Montpellier et Valence et sera proposé dans d'autres villes (projet en cours)

Difficultés persistantes : Inégalités d'accès aux soins (mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire, barrières financières, délais d'attente longs) ; Problème de passage aux urgences et à l'hospitalisation liés au mauvais diagnostic, à une mauvaise orientation, à mauvais traitement ; Dépassements d'honoraires importants chez les psychiatres libéraux ; Absence de prise en charge des psychologues ; Manque de coordination entre généralistes et psychiatres ; Pas de prévention pour les personnes atteintes de troubles sévères (moins de recours aux soins somatiques, moins de qualité de prise en charge) ; Personnes très isolées face à leur perte d'autonomie physique et cognitive.

## **Propositions de solutions à débattre**

- Améliorer la coordination entre médecine de ville – hôpital et médico-social
- Valoriser les initiatives (médiateurs de santé pairs, patients experts)
- Mener des expérimentations de remboursement pour faciliter l'accès aux soins
- Donner un rôle plus important au 1er recours
- Faciliter l'accès aux psychothérapies
- Proposer une meilleure formation des professionnels
- Développer des outils numériques, pour sécuriser les prises en charge, faciliter les diagnostics, mieux repérer, faciliter l'accès aux soins, en particulier aux ressources médicales (experts) sur les territoires
- Développer l'animal-thérapie
- Faciliter la création de nouveaux métiers (IPA, « care manager », etc)
- Favoriser les échanges d'information entre les professionnels de santé (e-santé, télésurveillance)
- Développer la prévention du suicide.

[1] Rapport de l'ONU sur l'âgeisme.

[2] voir à cet égard le rapport de Michel Debout, 2002, éd Ecole nationale de la santé publique (2003).

[3] Amanda K. Damjanovic, Yinhua Yang, Ronald Glaser, Janice K. Kiecolt-Glaser, Huy Nguyen, Bryon Laskowski, Yixiao Zou, David Q. Beversdorf et Nan-ping Weng, « Accelerated telomere erosion is associated with a declining immune function of caregivers of Alzheimer's disease patients », Journal of Immunology, septembre 2007.

# 4 VERS LA FIN PROGRAMMÉE de la pédopsychiatrie

INTERVENANTS

## **Pr Maurice CORCOS**

Psychiatre, Chef de département de Psychiatrie de l'adolescent du jeune adulte – Institut Mutualiste Montsouris, Professeur de psychiatrie infanto-juvénile à l'Université Paris-Descartes

## **Dominique REYNIÉ**

Directeur Général de la Fondation pour l'innovation politique, Professeur des universités à Sciences Po Paris

## RÉSUMÉ

La prise en charge de la santé mentale des jeunes est confrontée à un redoutable « effet ciseaux ». D'un côté, les troubles psychiques, qui concernent entre 10 et 15 % des enfants, s'accroît. La crise du Covid est venue augmenter cette tendance. A ce constat s'ajoute une agrégation de facteurs de vulnérabilité (précarité, compétition scolaire, violence technologique, anticipations morbides sur le futur...) dont les premières victimes sont les jeunes générations. De l'autre, le secteur de la pédopsychiatrie se trouve en déshérence : désaffection des professionnels de santé pour ce secteur, délais d'attente exponentiels pour accéder aux soins, recours majeurs et trop rapides aux traitements médicamenteux au détriment d'une prise en charge sur le long terme, pourtant nécessaire.

Si la situation est inquiétante, en France comme dans d'autres pays, des pistes d'amélioration sont identifiées. Par exemple : développer la prévention primaire dès la maternité, en périnatalité. Ainsi, des psychiatres et des psychologues sensibiliseraient les jeunes parents à l'importance de la santé mentale. Autres pistes : améliorer la formation des médecins généralistes et des pédiatres, on encore renforcer les moyens dans les zones sous-dotées.

## Un sombre constat : face à la dégradation croissante de la santé des jeunes, la faiblesse du système de santé est criante

Tout aussi inquiétante que celle des personnes âgées, la santé mentale des jeunes (enfants, adolescents et jeunes adultes) est peut-être encore davantage à prendre en compte, car elle concerne toute la société, en impliquant son avenir. Avant la crise sanitaire, les jeunes dans notre pays avaient le sentiment d'être globalement en bonne santé. Cependant, déjà 10 à 15% d'entre eux traversaient des moments très difficiles. Pour les étudiants, la proportion de ceux qui décrivent une difficulté anxieuse et/ou un passage dépressif est de 30 % depuis longtemps. La proportion significative de jeunes qui connaissait un épisode dépressif caractérisé entre 16 et 25 ans a augmenté avec les conséquences de la crise. Par ailleurs, plus de 50% des pathologies psychiques débutent avant 14 ans.

Si les enfants et les adolescents ont jusqu'alors été relativement épargnés par l'épidémie de Covid-19, ils sont en revanche directement touchés par les conséquences des mesures sanitaires prises dans le contexte de la pandémie : augmentation des consultations aux urgences pour situation de crise ; explosion des différents troubles psycho-pathologiques à 14 ans et à 24 ans [1] (troubles anxieux et dépressifs, troubles des conduites alimentaires, tentatives de suicide [2]). Si la crise a mis en lumière cette dimension essentielle de la santé, elle a aussi révélé la faiblesse actuelle des réponses du système de santé, alors que cette préoccupation n'est pas nouvelle. Elle a également balayé la croyance selon laquelle, en temps normal, la société est protectrice des individus, du fait notamment des mécanismes de solidarité et de prise en charge, mais la crise sanitaire a révélé des problèmes que nous n'avions pas vu ou pas voulu voir (violences intra familiales, etc), ainsi que la dégradation continue des moyens d'y faire face depuis 20 ans.

## Un « effet ciseaux » catastrophique

La santé mentale des jeunes est confrontée à un « effet ciseaux » catastrophique :

- D'une part, une croissance de la prévalence des troubles psychiques et une multiplication de facteurs sociaux pathogènes ;
- D'autre part, une désorganisation vertigineuse des soins pédopsychiatriques, se caractérisant notamment par une désaffection des professionnels de santé (y compris les infirmiers, éducateurs, différents médiateurs) pour les métiers de la pédopsychiatrie et la perte de la moitié des praticiens entre 2007 et aujourd'hui.

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des temps de transition, de construction de l'identité et d'acquisition de l'autonomie ; tous les travaux publiés à ce sujet depuis une cinquantaine d'années démontrent la vulnérabilité (comme la créativité) potentielle des jeunes à cette période de la vie. Or, la réponse apportée aux troubles mentaux des jeunes, source de destructivité, n'est pas du tout à la hauteur :

- Cécité sur les faits réellement générateurs des troubles de la personnalité (narcissisme, ...), et sur le fait que les pathologies psychiatriques se transmettent d'une génération à l'autre (carences, abus sexuels, etc.) ;
- Inadaptation de la formation universitaire ; bon nombre de formations des généralistes sont le fait des laboratoires pharmaceutiques, qui commercialisent ensuite des molécules chimiques ;

- Dispositifs d'accueil saturés, délais d'attente de plus en plus longs dans les unités de crise [3];
- Pénurie croissante du nombre de pédopsychiatres (600 pour 200 000 enfants) : la moitié des pédopsychiatres perdue en 10 ans, avec une moyenne d'âge élevée des pédopsychiatres (61 ans) ;
- Inadaptation des réponses du système malgré des constats partagés depuis plusieurs années (ex : rapport sénatorial de 2017).

## **Dénigrement de la pédopsychiatrie**

L'absence de praticiens spécialisés en pédopsychiatrie est tant bien que mal compensée par des psychiatres pour adultes (peu adaptés aux troubles des enfants et des jeunes et au travail indispensable avec les familles), par des médecins généralistes (très peu formés à ces troubles et pathologies), ou encore par des psychiatres étrangers, qui ne parlent pas forcément correctement la langue (conséquence : les propos exprimés par le patient sont peu ou mal pris en compte et, faute d'agir à partir du discours, c'est la réponse médicamenteuse qui est privilégiée).

La désaffection à l'égard de la pédopsychiatrie et le désarmement de cette spécialité vont aboutir à une crise éthique, en nous ramenant à une « gestion de la folie » mécanique, opératoire, technique, qui ne ressemble plus aux soins. Or, en psychiatrie, il est important de disposer de temps long pour former les pédopsychiatres, et surtout pour la prise en charge des patients (durée de consultation minimum : 1h30... et suivi sur plusieurs mois), qui réclame une attention, un dialogue et du lien pour engrammer réconfort et soutien chez le sujet souffrant. Mais la gestion comptable des moyens et la volonté de soi-disant soigner au moindre coût, la sacrosainte péréquation ratio personnel/patient ont dégradé cette possibilité essentielle du temps comme outil thérapeutique.

Aujourd'hui, plutôt que de recourir à ces méthodes, la tendance consiste à régler les problèmes psychiatriques des enfants ou des jeunes par la chimie médicamenteuse (voir par exemple la flambée de prescription de ritaline [4] pour les hyperactifs), ou, par des approches limitées à une lecture neurologique des pathologies.

Pourquoi ne donne-t-on pas les moyens à la pédopsychiatrie : parce qu'elle est vue comme une spécialité insusceptible de « guérir » les patients, alors qu'elle n'est pas une technologie de la réparation ; un psychiatre doit permettre une contenance de la souffrance et éviter le passage à l'acte de ses patients, mais son ambition à terme est l'autorisation de ceux-ci grâce au développement de leurs ressources internes.

Cette situation, renforcée par les nouvelles maquettes de formation des médecins lors desquelles un seul stage en pédopsychiatrie n'intervient que tardivement, et la suppression récente de postes d'internes dans cette spécialité pourrait faire penser qu'une disparition de la pédopsychiatrie est programmée [5].



## Focus sur la situation des étudiants

Cette très belle mais fragile époque de la vie, avec ses enthousiasmes, ses incertitudes, ses fluidités et ses questions, tend à être saisie dans des dogmes, ou à se voir apporter des réponses mécaniques, notamment par le médicament, alors qu'il faudrait de l'humain et du temps.

Même s'il accorde le plus grand soin à la manière de poser les problèmes, le corps enseignant universitaire n'est plus formé pour savoir comment s'adresser à des jeunes dont l'hypersensibilité s'est accrue et dont l'expression externalisée de la souffrance apparaît plus flagrante, les faisant passer pour des « sauvages » inamendables (terme encore présent dans les questions aux experts judiciaires) pour lesquels la question de sureté prend lieu et place du soin et de l'éducatif. Ceci encore davantage depuis la pandémie, avec des cours en distanciel, et où le constat du vécu de l'enseignant rejoint les problèmes soulevés par le pédopsychiatre..

## La priorité critériologique sur la psychopathologie semble être arrivée à un point de non-retour, où la recherche et la clinique de terrain ne se parlent plus, accroissant la perte de sens et de soin.

La crise actuelle a révélé au grand public l'état de santé des étudiants, ainsi que l'absence de parcours de soins spécifiques accessibles pour les jeunes adultes, ainsi que la quasi-absence d'une politique de prévention primaire et secondaire des difficultés psychologiques pour cette population. La société de plus en plus concurrentielle et de performance, ainsi que des projections de plus en plus négatives sur les opportunités que les jeunes pourront rencontrer, négativité renforcée par les inquiétudes sur le climat, l'état du monde social, politique, amène les nouvelles générations d'étudiants (18-22 ans) de grandes écoles ou de l'Université à montrer des signes d'une extrême fragilité qui sont très peu pris en charge ni du côté du « care » ni du côté du « cure ». Ils font preuve de réactions très émotionnelles sur des questions sociétales abordées en cours, qu'ils perçoivent comme faisant écho à leurs troubles internes (par exemple sur la recomposition des identités et, dans une moindre mesure, sur la souffrance animale, ou sur le réchauffement climatique). Ces constats peuvent en amener certains à retourner l'agressivité sur eux-mêmes. En effet, faute de pouvoir s'imaginer un avenir, de pouvoir imaginer qu'ils peuvent changer la société, beaucoup se retrouvent avec des difficultés psychologiques marquées par des conduites « d'auto-sabotage », voire suicidaires.

Cette classe d'âge est marquée, davantage qu'auparavant, par l'effet du déclin de l'activité physique sur la santé mentale, mais aussi par une augmentation des phénomènes d'addictions de toutes sortes [6]. Parmi ces addictions, celle liée à la pornographie a des effets puissants sur la construction psychique des jeunes, sur le rapport à soi et à l'autre, sur la violence. Or, c'est un énorme marché, qui représente près de la moitié des ressources du web, mais surtout des algorithmes dont les jeunes sont prisonniers, et ce de plus en plus jeunes (cette addiction peut commencer dès 9 ans avec le smartphone). Cette génération est par ailleurs marquée par :

– Des dérèglements dus à l'hyperactivité, dont le traitement est trop souvent médical (voir note 5 : on ne demande plus à l'école de transformer le comportement de l'enfant pour maîtriser ses pulsions, mais on confie ce rôle au traitement médical),

- La présence massive et constante des écrans [7],
- Des disparités croissantes entre filles et garçons [8],
- Des disparités économiques et sociales, révélées par des conditions de plus en plus précaires économiques et de logement (notamment problèmes des familles monoparentales).

Avec la crise sanitaire, bon nombre de ces jeunes ont le sentiment d'avoir raté leur jeunesse, leur formation. La pathologisation de la société (déjà révélée avec les attentats depuis le 11 mars 2012 à Toulouse) risque de s'aggraver : nous donnons un pouvoir considérable à des discours catastrophistes (« effet Greta » : il n'y a plus aucun futur, il ne faut plus avoir de descendance). Cette transformation de notre société doit être pensée du point de vue de cette détresse. La crise sanitaire va profondément changer le monde ; on sent confusément que plus jamais nous ne reverrons le monde d'avant. Il s'agit du renversement d'une séquence de 40-50 ans, qui incarnait une marche vers le progrès, et d'une humanité en pleine harmonie avec son exigence. La crise a révélé nos faiblesses (pénurie de masques, de respirateurs, impossibilité de création d'un vaccin en France).

La société paraît de plus en plus structurellement pathogène et, en même temps, se défait de manière funeste des dispositifs destinés à traiter les problèmes de pédopsychiatrie. La situation française – si catastrophique soit-elle – est pourtant bien meilleure que dans les autres pays européens (hormis la Scandinavie), et notamment dans les pays du sud.

## **Quelques pistes pour améliorer la situation**

La crise peut être – paradoxalement – une opportunité pour identifier les pistes qui permettraient d'améliorer la prise en charge de la souffrance psychiatrique des jeunes.

Développer la prévention primaire dès la maternité, en périnatalité

Face à cette situation inquiétante, le devenir des jeunes dépend de la précocité du repérage et de la prise en charge : intervenir trop tardivement peut hypothéquer leur avenir. Il faut donc investir dès la maternité et mieux accompagner les parents avec l'intervention de psychiatres et des psychologues.

Déstigmatiser pour encourager la prise de parole et les gestes élémentaires au sein des jeunes générations, à l'instar de la campagne « Time to change » au Royaume Uni.

## **Soutenir la recherche...**

- En remontant des données de santé (voir l'enquête de Santé publique France sur ce point) pour mieux comprendre les maladies, les biomarqueurs, identifier les parcours, et ainsi mieux traiter les troubles lorsqu'ils surviennent ;
- En investissant dans la recherche sur la e-santé et en développant des outils adaptés aux usages des jeunes (comme au Royaume Uni, en Allemagne et dans les pays nordiques).

## **... tout en étant vigilant quant à la neurologie et à la chimie**

Le soutien à la recherche ne doit pas se limiter aux neurosciences et réduire les approches thérapeutiques au schéma : diagnostic/traitement/résultat). Par ailleurs, la neurologie ne peut pas répondre à tous les troubles ; les neurosciences font des promesses qu'elles ne pourront vraisemblablement pas tenir. Penser à l'évaluation des parcours de soins, tenant compte de l'ensemble des dimensions du « care » et du « cure ».

Le plus protecteur contre la maladie mentale c'est le lien aux autres, dès la naissance, ainsi que le temps long à double dimension (dans la vie de la personne, et en termes de prise en charge). D'où l'importance de recherche sur les facteurs environnementaux de vulnérabilité.

## **Renforcer la formation**

La formation, sans laquelle on fait de la gestion de la personne et pas du soin, doit être renforcée, notamment pour les généralistes et les pédiatres, afin de mieux adresser les enfants aux psychiatres, le cas échéant. Il faut aussi développer la formation « premier secours ou recours en santé mentale », notamment auprès des enseignants (modules de 14 h pour aider les enseignants à orienter les jeunes), pour repérer, adopter un comportement adapté et trouver des solutions pour les jeunes. En faisant attention aux effets pervers de ces formations lorsqu'elles ne sont pas complétées par des liens institutionnels forts entre la psychiatrie et l'institution dans laquelle elles sont mises en place (Ecole, Université, etc...).

La formation du personnel soignant dont les infirmiers sera déterminante pour accompagner les patients au quotidien. Par ailleurs, pour les médecins généralistes, il faudra particulièrement faire un effort de validation de module obligatoire (50% de la patientèle des Médecins généralistes a une comorbidité psychologique ou psychiatrique) ; il faut donc particulièrement soutenir ceux qui sont intéressés par ces formations, encore trop liées aux laboratoires pharmaceutiques qui occupent le vide et pas toujours avec une philanthropie.

## **Trouver une meilleure organisation et établir une gradation des soins :**

- En permettant la prise en charge par le médecin généraliste/traitant/ «de famille », dans la pratique de 1er recours, comme pivot du repérage en pédiatrie et auprès des jeunes mamans (notamment pour traiter la dépression post-partum, qui est susceptible d'entraîner des troubles de l'enfant),
- En donnant les moyens aux métiers intermédiaires (psychologues, psychomotriciens, infirmiers), notamment en ouvrant des missions aux infirmiers/infirmières en pratiques avancées (IPA), mention « santé mentale », qui pourraient être un nouveau maillon de la santé mentale des personnes, à condition d'être supervisés par un psychiatre, notamment dans les zones péri-urbaines,
- En revalorisant et en offrant des moyens de formation continue et valorisante pour les professionnels qui accompagnent le pédopsychiatre,

- En coordonnant les infirmières, les généralistes et les psychologues avec les psychiatres,
- En donnant des possibilités de prescription aux IPA, ou aux psychologues,
- En favorisant l'hybridation des accompagnements entre les équipes de psychiatrie et les professionnels de l'éducation, de la protection de l'enfance, de l'accompagnement social et de la protection judiciaire de la jeunesse.

Donner plus de moyens aux zones déshéritées, notamment aux zones péri-urbaines (en Seine Saint Denis), où la santé mentale des jeunes est catastrophique (passages à l'acte, tentatives de suicide), et où toute une série de facteurs entraîne des pathologies (détresse économique, difficultés liées à la langue, proximité avec réseaux religieux radicaux).

Il faudrait créer des hôpitaux dans ces zones, avec des infirmiers et des pédopsychiatres en nombre suffisant, et formés, car on ne peut pas (mal)traiter cela par la prison (40% de dépressifs, 20% de psychotiques en prison).

Supprimer les sources d'addiction, comme pour celle au « porno », en fermant les « puits » d'Orange, de Free et des autres vendeurs des GAFAM, car rattraper les dégâts de la violence scatologique et incestueuse est certainement hors de portée.

[1] 50% des troubles commencent à 15 ans et 75% des troubles se révèlent à 24/25 ans.

[2] Le nombre de passages à l'acte est resté stable, mais le Pr Michel Debout (Fondation Jean Jaurès) fait remarquer que le nombre de morts par suicide a baissé. Les taux de morts dans les troubles alimentaires, tout comme les passages à l'acte violents, n'ont pas bougé.

[3] Selon le Pr Corcos, si le département de psychiatrie de l'enfant et du jeune adulte de l'Institut Mutualiste Montsouris (Paris) dispose de moyens conséquents, c'est très loin d'être le cas de la plupart des services équivalents en zones péri-urbaines et en régions.

[4] Selon le dictionnaire Vidal des médicaments, il s'agit d'un « psychostimulant puissant (...) utilisé pour traiter les déficits de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant de plus de 6 ans. ». Cette molécule a été utilisée massivement aux Etats-Unis.

[5] Voir à ce sujet, l'alerte lancée par un collectif de pédopsychiatres, dont le Pr Corcos est signataire, dans une tribune publiée dans Le Monde du 23 avril 2021.

[6] Voir, à ce sujet, l'intéressante étude sur les addictions publiée en juin 2018 par la Fondation pour l'innovation politique.

[7] Voir, à ce sujet, l'étude CONFÉADO publiée par Santé Publique France le 20 mai 2021, qui montre que la crise du Covid a des effets dépressifs importants chez les jeunes, et que l'excès d'écran a les mêmes conséquences que l'absence d'écran.

[8] Les filles (qui ont eu à s'occuper de l'économie domestique en plus des études, etc) semblent plus touchées que les garçons par les problèmes de santé mentale.

# 5

## UN SYSTÈME DE SANTÉ MENTALE coûteux et inefficace à améliorer

INTERVENANTS

### **Magali COLDEFY**

Chercheuse indépendante associée à l'IRDES, qui a co-dirigé avec Coralie Gandré pour l'IRDES, L'Atlas de la Santé mentale en France, paru en mai 2020

### **Carine FRANC**

Economiste de la santé au Centre d'épidémiologie et santé des populations (INSERM), et par ailleurs membre du Collège des économistes de la santé

### RÉSUMÉ

En France, comme dans les pays de l'Union européenne, les dépenses de santé mentale sont en hausse. L'un des facteurs explicatifs de cette tendance est la croissance des dépenses hospitalières. En France en 2018, la santé mentale représentait 14,5% des dépenses totales, soit le premier poste de dépense de l'Assurance maladie. Au sein des pays de l'OCDE, les problèmes de santé mentale génèrent un coût total supérieur à 600 milliards d'euros (4 % du PIB).

En dépit de cette masse financière en expansion, le système français de prise en charge des pathologies mentales souffre de fortes carences. La détection des troubles psychiques est souvent tardive, les prises en charge connaissent des ruptures, le secteur de la pédopsychiatrie est en déshérence et, chez les personnes âgées, les troubles dépressifs sont sous-évalués, donc sous-diagnostiqués. Sans parler des inégalités territoriales d'accès aux soins et des restes à charge élevés. Pour autant, sept pistes d'action sont identifiées pour permettre un financement durable de la santé mentale, afin de gagner en efficacité.

## Thèmes de discussion :

Dépensons-nous mal pour la santé mentale ? Consacrions-nous suffisamment de moyens à ces pathologies (comparativement à ce qui existe dans d'autres pays) ? Quel est le coût économique et social de la pathologie mentale (dépenses formelles et informelles) ? Quels sont les enjeux d'une prise en charge précoce ? Y a-t-il une évolution de la demande de soins ? Comment résoudre la problématique des inégalités territoriales ? Quelle place pour une médecine numérique ? Où en est-on de la réforme du financement du secteur ? Le modèle économique induit-il la nature de la prise de la charge ? Quelles solutions apporter pour les restes à charge des patients (consultations de psychologues et dépassements d'honoraires pour la psychiatrie de ville, la chambre particulière en hospitalisation privée) ?

## Une dépense très élevée

En 2018, la santé mentale représentait 14,5% des dépenses totales, soit près de 23,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie, devant les cancers (16,3 milliards) et les maladies cardio-vasculaires (14,3 milliards). Elle est encore aujourd'hui le premier poste de dépense de l'Assurance maladie. Pour rappel, les dépenses de santé mentale concernent les maladies psychiatriques et l'ensemble des traitements chroniques par psychotropes.

Ce poids important de la santé mentale dans les dépenses d'assurance maladie n'est pas propre à la France. Au sein des pays de l'OCDE, on observe une situation similaire, puisque les problèmes de santé mentale génèrent un coût total supérieur à 600 milliards d'euros (4 % du PIB) dans les 27 pays de l'Union européenne. Et c'est également une tendance à la hausse de ces dépenses qui est enregistrée dans les pays de l'OCDE, évolution « tirée » par les dépenses hospitalières et, dans une moindre mesure, par les dépenses en médecine de ville. A ces dépenses, il convient d'ajouter les coûts économiques et sociaux associés aux troubles psychiques, qui représenteraient, pour l'ensemble des pays de l'OCDE, 2,8 % du PIB.

## Un système trop peu efficace

En dépit de cette masse financière en expansion, le système français de prise en charge des pathologies mentales souffre de fortes carences. Les précédentes éditions du LAB ont mis en lumière des déficits d'efficacité. Notre pays dépense mal en matière de santé mentale : à titre d'exemples, citons une détection des troubles psychiques souvent tardive, une prise en charge trop souvent hospitalo-centrée, un manque de coopération entre acteurs des soins somatiques et psychiatriques, une insuffisance du suivi des patients générant des ruptures de la prise en charge. Cette situation est aberrante, puisque 40 à 60 % des patients concernés ne reçoivent aucun soin en temps voulu et, que l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles mentaux est réduite de 13 à 16 ans !

Une analyse par catégories d'âge aboutit à des conclusions similaires. Du côté des jeunes, alors que les troubles psychiques s'accroissent dans cette population (même hors période Covid), le secteur de la pédopsychiatrie se trouve en déshérence : désaffection des professionnels de santé pour cette spécialité, délais d'attente exponentiels pour accéder aux soins notamment en CMP, recours majeurs et trop rapides aux traitements médicamenteux, au détriment d'une prise en charge sur le long terme ... Du côté des personnes âgées, si les troubles cognitifs sont correctement identifiés et pris en charge, les troubles dépressifs demeurent sous-estimés, donc sous-diagnostiqués et, de fait, mal pris en charge. Or, ces troubles peuvent avoir des conséquences dramatiques, notamment le suicide, dans des proportions plus importantes que chez des jeunes dépressifs.

Ce funeste tableau clinique de la santé mentale n'est malheureusement pas une nouveauté.

Depuis les années 2000, nombre de rapports parlementaires, mais également de la Cour des comptes, du Conseil économique, social et environnemental (CESE), ou de l'IGAS, tirent la sonnette d'alarme. Ainsi, en 2018, le ministère de la Santé et des Affaires sociales, partageant les constats mentionnés plus haut, a également souligné que « la stigmatisation relative aux troubles psychiques est encore trop prononcée. Le contexte est marqué par des inégalités importantes dans l'offre de soins et de professionnels présents sur les territoires, par un gradient social dans la prévalence des troubles et par des réponses hétérogènes mises en œuvre par les territoires ».

Sur le plan financier, le dispositif de prise en charge se traduit par des restes à charge après remboursement la sécurité sociale (RAC AMO) relativement élevés, notamment pour les soins hospitaliers en psychiatrie, de l'ordre de 600 euros en moyenne. Ces RAC AMO sont en grande partie dus aux forfaits journaliers, sachant que la durée moyenne d'hospitalisation est de 70 jours, contre 32 jours pour les autres types d'hospitalisation.

Ce montant cache de fortes disparités : ainsi les 10 % des patients hospitalisés ayant les RAC après remboursement de la sécurité sociale les plus élevés s'acquittent, en moyenne, d'une facture de 1 835 euros ; une somme qui peut atteindre 3 580 euros pour certains patients !

A noter que dans les établissements de soins privés, les RAC AMO sont composés à 80 % de dépassements d'honoraires.

Une partie de ces montants est toutefois remboursée par les organismes d'assurance maladie complémentaire, mais avec toutes les inégalités de couverture qui sont bien documentées. La partie restant à la charge de l'assuré, une fois déduite la prise en charge par le régime obligatoire et le régime complémentaire, peut conduire à un report de soins, voire à un renoncement aux soins, préjudiciable au patient.

### **Quelques axes d'amélioration à développer<sup>3</sup>**

Au regard de cet état des lieux plutôt sombre se pose une légitime question : faut-il continuer à investir dans le système de prise en charge des troubles psychiques, dans son actuel état de dysfonctionnement ? La réponse est positive, mais à condition de réorienter la dépense autour de sept axes :

### **Prévenir les troubles psychiques**

Il s'agit, entre autres, de développer des programmes de soutien à la parentalité, dès le début de la grossesse ; d'investir dans la prévention à la fois du suicide, des addictions, du cyberharcèlement ; de promouvoir des actions d'information et d'éducation à la santé mentale tout au long de la vie.

### **Augmenter le niveau de connaissance sur la santé mentale**

L'objectif est de permettre à l'opinion publique d'accroître sa compréhension des troubles psychiques et mentaux. Il conviendrait d'intégrer l'éducation à la santé mentale dans la formation tout au long de la vie : dans les programmes scolaires, dans la formation des enseignants, des médecins généralistes, des travailleurs sociaux...

### **Favoriser le repérage précoce des troubles**

Les conséquences du retard au diagnostic sont lourdes, tant sur le plan sanitaire que sur le plan social. Intégrer la santé mentale dans les évaluations habituelles de l'état de santé (consultations chez le pédiatre, le gynécologue, le médecin scolaire...) pourrait constituer une des voies pour mieux détecter précocement les troubles psychiques.

### **Orienter les soins et services vers le soutien à l'autonomie du patient**

Il serait positif de développer une approche biopsychosociale des besoins de la personne et soutenir le patient ainsi que son entourage, tout en favorisant sa participation à une vie citoyenne. D'autres mesures pourraient être mises en place, comme un soutien à l'emploi ordinaire, à la scolarité, à la parentalité, ainsi que l'accès et le maintien au logement.

### **Impliquer le patient dans les protocoles de soins**

Entre 50 et 80 % des patients ne respectent pas leur prescription, selon une estimation de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Mais dans le même temps, 81 % d'entre eux veulent participer à part égale avec le corps médical aux décisions les concernant. Cette « cogestion » a de nombreux impacts positifs. Il convient donc de favoriser une « auto-gestion » de la maladie, en y associant également l'entourage, les familles, les aidants.

### **Intégrer la santé mentale dans toutes les politiques**

Il s'agirait de faire de la santé mentale une des priorités des différentes politiques publiques, mais également de créer une Délégation interministérielle à la santé mentale (un niveau interministériel permettrait une meilleure coordination de l'ensemble des secteurs de l'action publique concernés).

### **Favoriser la recherche et la qualité des soins**

Il convient de diffuser les données de preuves et des recommandations de bonnes pratiques ; mesurer l'expérience-patient et inciter à la qualité via des objectifs co-construits avec les usagers.





## CONTACT

.....