

Un rapport exprime une prise de position officielle de l'Académie nationale de médecine. L'Académie dans sa séance du mardi 4 juin 2019, a adopté le texte de ce rapport par 91 voix pour, 8 voix contre et 4 abstentions.

Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale.

MOTS CLES : PSYCHIATRIE, RECHERCHE, OFFRE DE SOINS, STIGMA.

KEY WORDS: PSYCHIATRY, RESEARCH, HEALTHCARE PROVISION, STIGMA

Jean-Pierre. OLIÉ (rapporteur), au nom d'un groupe de travail ¹ rattaché à la commission V (**Santé Mentale-Neurosciences-Addictions**)

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts avec le sujet abordé.

RÉSUMÉ

Les malades mentaux demeurent les invisibles de nos sociétés, la maladie mentale restant marquée, dans notre imaginaire collectif, par l'étrangeté et l'idée du handicap. Trop nombreux sont ceux qui paient un lourd tribut à la stigmatisation et au renoncement thérapeutique. Pourtant des progrès considérables ont déjà été accomplis durant les 50 dernières années. L'identification des désordres neurobiologiques sous-jacents à ces maladies, la mise en évidence du poids de l'environnement dans leur déclenchement annoncent des avancées majeures en matière de recherche et surtout de traitement.

Les données de l'épidémiologie, le poids et le coût des maladies mentales rendent indispensable une évolution radicale des investissements en recherche et dans l'organisation graduée de l'offre de soins. Pour la psychiatrie du XXI^{ème} siècle, l'objectif n'est plus de prendre en charge et d'accompagner les malades mais de guérir les maladies mentales.

Membres du groupe de travail : F. SALAT-BAROUX, A. DURRLEMAN, C. BARTHÉLÉMY, B. BIOULAC, J.-F. ALLILAIRE, L. COLLET, L. DEGOS, B. FALISSARD, R. GAILLARD, P. NETTER

Pour y parvenir, une mobilisation nationale et internationale à l'image de celle qui fut engagée il y a quelques années contre le cancer est indispensable.

SUMMARY

Mental patients are as invisible in our societies, the mental illness remaining under the mark of strangeness and irreversible disability. However progresses have been made during the last 50 years which suggest from the identification of biological disorders the recognition of markers able to improve diagnosis criteria and therapeutics. So it becomes possible to anticipate next improvement in our abilities to cure mental disorders. Too many patients pay a heavy price for therapeutical renunciation. Epidemiological data, burden and cost of mental disorders justify a radical change in research investments and the gradual organization of healthcare provision.

I- Le constat

- (Annexe 1 jointe : du déni au stigma)

Déni et découragement

Après 50 années de progrès dans les soins et les thérapeutiques des maladies mentales, le constat est cruel : le regard porté sur ces maladies par notre société reste partagé entre peur et stigmatisation, rejet et incompréhension.

Les maladies mentales demeurent marquées du signe d'un destin sans espoir auquel ne pourrait échapper la personne qui en est frappée. La représentation du malade est celle d'une radicale étrangeté porteuse de dangerosité. Les malades et leurs familles portent cette stigmatisation : révéler sa maladie ou un traitement psychiatrique n'est pas chose aisée. La maladie mentale demeure une maladie qu'encore il faut taire.

On continue collectivement à détourner le regard de ces invisibles de nos sociétés avec pour seul horizon l'accompagnement du handicap généré par la maladie. Certains soignants finissent par être gagnés par le sentiment ambiant selon lequel l'on ne saurait guérir de telles pathologies. Ceci est la cause d'une perte de chances pour nombre de malades. C'est une des raisons de la crise actuelle de la psychiatrie.

Les maladies mentales ne sont pas l'affaire de quelques-uns mais de la société dans son ensemble. Une personne sur trois souffrira de troubles mentaux au cours de sa vie. Toutes les familles sont concernées. La question de la maladie mentale n'est pas une abstraction. Elle est celle des personnes en détresse, exclues de la vie sociale, victimes d'inégalités face aux soins et à l'espérance de vie.

Malgré cela, c'est un déni collectif qui perdure.

Qui sait que les malades mentaux ont une espérance de vie de 15 ans inférieure à la moyenne nationale ? Cette surmortalité n'est pas le seul fait de causes externes (accident, suicide) : elle résulte de pathologies cardiovasculaires, métaboliques ou cancéreuses qui n'ont pas reçu les traitements nécessaires parce que la maladie mentale entrave l'accès aux soins. Pourtant, cette surmortalité est réduite pour les malades recevant un traitement psychotrope adapté à leur état. Qui sait aussi que la psychiatrie est le premier poste de dépenses de l'assurance-maladie, loin devant les maladies cardiovasculaires et le cancer ? Qui a conscience qu'en France le coût annuel des troubles psychiques dépasse 110 milliards d'euros ?

Notre système de soins et de prise en charge est marqué par un insoutenable paradoxe en matière de psychiatrie. La collectivité y consacre des moyens très importants et les dispositifs de prise en charge ne cessent de s'ajouter. Malgré cela, les personnes atteintes de maladie mentale accèdent difficilement à des soins. Méconnaissance et déni de la maladie retardent diagnostic et traitement souvent de plusieurs années alors que la précocité des soins conditionne le pronostic.

Ainsi, au stade de l'apparition des premiers symptômes il n'existe pas de dispositifs coordonnés d'orientation. Education Nationale, services sociaux, médecine du travail ne remplissent pas suffisamment la fonction qui devrait être la leur. Les malades ou leurs familles n'ont pas de point de premier contact tel une ligne téléphonique nationale, donnant conseils et orientations lors de l'apparition des premiers symptômes. Même le médecin généraliste est en difficulté : le taux d'orientation des médecins généralistes vers des médecins psychiatres est en France l'un des plus faibles d'Europe. Familles et malades en attestent : l'entrée dans le soin pour une pathologie mentale se fait trop souvent à l'occasion d'une crise et d'un passage en service d'urgences. Et après la réponse immédiate, le malade est fréquemment mal suivi, sinon renvoyé à lui-même et à sa famille.

Enfin, les personnes atteintes de maladie mentale sont les plus éloignées du monde du travail. Selon l'IGAS, 60 % d'entre elles percevraient une allocation adulte handicapé. Ce sont également elles qui rencontrent le plus de difficultés dans l'accès au logement, condition préalable à une insertion sociale et à un suivi médical.

Des perspectives de progrès considérables

Bien sûr, les maladies mentales ne sont pas des maladies exactement comme les autres parce qu'elles se manifestent par des comportements et un fonctionnement psychique dont le caractère pathologique ne peut aujourd'hui être confirmé ou infirmé par un indice radiologique ou biologique.

Des changements importants sont cependant en cours. L'héritabilité des maladies mentales et leur agrégation familiale sont désormais bien établies. L'identification de marqueurs biologiques caractérisant une symptomatologie avancée et ouvre la voie du progrès vers une médecine personnalisée plus efficace. Ainsi, les maladies mentales peuvent rejoindre les maladies dont le traitement est guidé par des critères paracliniques indicateurs des mécanismes physiopathologiques déterminant la maladie.

En terme de traitement, cerveau et psyché sont les deux substrats des maladies mentales, les deux cibles des thérapeutiques biologiques et psychologiques qui ont apporté la preuve de leur efficacité. Les programmes de recherche doivent aussi éclairer la part psychique qui participe à la composition psycho-comportementale plus ou moins douloureuse du trouble mental. Connaître les processus biologiques déterminant un dysfonctionnement comportemental ou émotionnel est l'avancée qui guidera le choix thérapeutique, ponctuel ou durable, pertinent pour la personne. De même que mesurer les effets d'une thérapeutique sur l'indice biologique déviant en conditionnera les éventuels ajustements. Le traitement des maladies mentales peut désormais passer du stade d'un traitement symptomatique tel l'aspirine sur la fièvre à des thérapeutiques ciblant les dysfonctions neurobiologiques.

Une mobilisation nationale pour la santé mentale

Le progrès médical ne pourra cependant donner sa pleine mesure si la chape de plomb de la stigmatisation et des préjugés n'est pas renversée par un discours politique porté au plus haut

niveau de l'Etat, à l'image de ce qui a été fait au début des années 2000 pour la lutte contre le cancer, qui connaissait alors les mêmes dénis et les mêmes rejets.

Ainsi qu'il a été rappelé, les maladies mentales peuvent être plus complexes que d'autres maladies. Mais il ne saurait y avoir de malades moins égaux que d'autres dans la prévention, l'accès aux soins et les progrès de la recherche.

Il y a tout juste 10 ans l'Office parlementaire des politiques de santé concluait que « *la psychiatrie en France est à un tournant de son histoire. Elle peut sortir définitivement de l'obscurité ou elle a été placée pour devenir une des médecines de pointe et nous permettre de faire face au défi majeur de santé publique que représente la santé mentale* ».

Il n'est que temps d'agir !

II- Se redonner l'ambition de guérir : la recherche en psychiatrie doit devenir une priorité de santé publique

(Annexe 2 jointe : la recherche en psychiatrie)

Plusieurs facteurs majeurs justifient de placer la recherche en psychiatrie au rang de priorité :

- la fréquence, le poids, le coût des maladies mentales ;
- l'insuffisante organisation des prises en charge de ces pathologies que de meilleures connaissances en particulier épidémiologiques et médico-économiques aideront à faire évoluer ;
- la meilleure compréhension des déterminants de nos comportements, émotions, cognitions est un formidable potentiel de progrès dans la connaissance de l'Homme aussi bien que d'avancées médicales et sociales ouvrant l'ambition de guérison.

Malgré une faiblesse de moyens qui singularise notre pays, un potentiel de très haut niveau

La faiblesse des moyens alloués à la recherche en psychiatrie dans notre pays est un constat maintes fois signalé et un handicap majeur. Le faible nombre de PU-PH en psychiatrie générale et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA) est un indice significatif. On comptait en 2017 : 88 PU-PH en psychiatrie générale (soit 1 pour 25 étudiants comparativement à 1 PU-PH

pour 4 étudiants en neurologie ou cardiologie...) et 36 PU-PH en PEA (avec 9 facultés de médecine sans PU-PH en PEA).

Le financement de la recherche en santé mentale et psychiatrie est notablement inférieur à ce qu'il est ailleurs : 4,1% du budget alloué à la recherche médicale contre 6% en Espagne, 7% au Royaume Uni, 10% en Finlande, 16% aux USA. Ceci permet de comprendre qu'en termes de publications produites par la psychiatrie notre pays n'est qu'au 7^{ème} rang des pays européens alors qu'il occupe le 3^{ème} rang pour les neurosciences (qui reçoivent 20% du budget de la recherche médicale). Pour autant, 131 équipes de recherche travaillent dans des domaines en lien avec les maladies mentales. Ainsi en 2017 plus de 500 articles ont été publiés y compris des articles « highly cited » et « hot papers ». Il existe bel et bien un potentiel de recherche en psychiatrie qu'il faut soutenir et amplifier.

Des pistes de recherche prometteuses ouvrant vers la perspective de guérisons

Les objectifs prioritaires de la recherche en psychiatrie sont l'identification des mécanismes neurobiologiques conditionnant la vulnérabilité et la transition vers la maladie ainsi que l'identification des déterminants environnementaux de ces anomalies. La recherche en neurosciences fondamentales ou cognitives a apporté la preuve de sa pertinence dans le champ des maladies mentales que des dysfonctionnements neuronaux provoquent ou accompagnent.

Plusieurs catégories de biomarqueurs font l'objet de travaux des équipes de recherche à travers le monde : biologiques, génétiques, épigénétiques, électrophysiologiques, cognitifs, et en neuroimagerie. Ceci concerne les maladies telles que troubles du spectre autistique et schizophrénies, troubles bipolaires et autres troubles de l'humeur, addictions et troubles des conduites alimentaires... La neuroinflammation apparaît comme un élément physiopathologique possible dans certaines affections à connotation immuno-psychiatrique. Cette approche est en voie d'être une ouverture vers un diagnostic plus précis avec des conséquences thérapeutiques prometteuses. Ceci est déjà le cas pour des situations d'anomalies métaboliques ou génétiques (syndrome du 22q11) dont l'identification permet de réorienter le diagnostic et les thérapeutiques de patients jusque-là considérés impossibles à traiter.

Ces recherches neurobiologiques aideront à une compréhension des mécanismes d'action de thérapeutiques aussi bien psychologiques que médicamenteuses ayant apporté la preuve de leur

efficacité. Les médicaments antidépresseurs, les antipsychotiques, les sels de lithium (capables de prévenir les récurrences de maladie bipolaire) n'ont pas livré une totale connaissance de leurs modalités d'action. Il s'agit désormais de choisir un médicament psychotrope non plus comme antidépresseur ou anxiolytique mais comme correcteur du mécanisme conditionnant le trouble dépressif ou le trouble anxieux : telle est l'ambition qui doit guider le soutien aux travaux de recherche en psychiatrie.

Des molécules dont on ne connaissait pas les effets psychotropes s'avèrent utiles pour des pathologies jusqu'ici résistantes telle la kétamine (utilisée en anesthésie générale et dans la thérapeutique de certaines douleurs) pour traiter certains états dépressifs : ceci pose la question des voies neurobiologiques soutenant les actions des antidépresseurs et au-delà les mécanismes régulant les émotions. Un autre exemple est fourni par les techniques de stimulations cérébrales (y compris par voie neurochirurgicale) qui ont montré une efficacité sur des symptômes psychiques jusque-là incurables : comprendre les cibles neuronales de ces thérapeutiques est une fenêtre ouverte sur la compréhension du psychisme humain.

La recherche en sciences humaines et sociales est aussi nécessaire pour implémenter des interventions de promotion de la santé psychique, mesurer la qualité des dispositifs au service des malades. Elle doit notablement être renforcée. Les méthodologies de l'épidémiologie analytique permettront de mesurer le poids de facteurs environnants précoces ou plus tardifs sur la santé mentale ou au contraire sur les symptômes de maladie mentale : notre pays manque cruellement de telles données notamment en PEA. De même qu'il est de bon sens d'évaluer l'efficacités d'actions psychologiques ou sociales sur le devenir des personnes qui en bénéficient.

III- Repenser la prise en charge : l'offre de soins doit évoluer profondément dans un double objectif de meilleur accès aux soins et de prise en charge graduée et cohérente des patients

(Annexe 3 jointe : organisation de l'offre de soins en psychiatrie)

La situation de l'offre de soins en psychiatrie impose une interrogation collective : sommes-nous décidés à en finir avec les renoncements dont sont victimes trop de malades, privés de chances de traitements pourtant à portée de main ?

Sommes-nous décidés à nous donner comme ambition de guérir les maladies mentales ? Sommes-nous capables de faire évoluer nos dispositifs de protection sociale pour permettre aux malades de s'engager dans la voie d'une véritable intégration sociale ?

Sommes-nous capables de faire évoluer notre système de soins en l'ouvrant aux initiatives et à l'implication des malades eux-mêmes, de leurs familles et de leurs proches ?

Une organisation des soins longtemps en pointe et aujourd'hui très fortement à la peine

L'offre de soins en psychiatrie souffre de trois faiblesses principales :

- son illisibilité du fait de l'enchevêtrement des structures et outils : CPT, GHT, subdivision universitaire, secteur psychiatrique... ;
- l'insuffisance des collaborations entre professionnels de santé et acteurs sociaux conduisant à des ruptures de trajectoires des suivis de patients ;
- une inégalité territoriale majeure dans l'accès aux soins.

La conséquence est qu'il s'écoule souvent plusieurs années entre l'apparition des premiers signes de la maladie mentale et la mise en route d'un traitement adéquat après qu'un diagnostic a été posé.

Le problème ne réside pas dans une insuffisance globale de moyens. La France est le 3^{ème} pays de l'OCDE en nombre de médecins psychiatres (15,2 pour 100.000 habitants). La psychiatrie est le premier poste de dépenses de l'assurance-maladie. Notre pays dispose d'une offre importante de soins en psychiatrie, à la fois publique et privée, ambulatoire et hospitalière (environ 50.000 lits), avec de multiples dispositifs d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Notre pays ne manque pas non plus d'une capacité d'innovation en psychiatrie. Il y a plus de 50 ans, notre système de soins a su être profondément innovant et anticipateur en structurant l'offre publique en psychiatrie selon une modalité territoriale (environ 70.000 habitants), appelée sectorisation, et donnant mission à une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux) d'assurer la prévention, les soins ambulatoires et hospitaliers et la réinsertion. Cette offre en psychiatrie générale a été complétée d'une offre en PEA pour environ 210.000 habitants (inter-secteur). Cette sectorisation a permis un développement des soins ambulatoires (80 % des patients sont désormais exclusivement traités en ambulatoire) et une fermeture de plus de la moitié des lits d'hospitalisation en psychiatrie.

Notre organisation de soins doit cependant s'adapter à un contexte nouveau : l'évolution des pathologies et des exigences de la population, la complexité croissante des données scientifiques empêchant la polyvalence d'une seule équipe, les modifications des structures d'accompagnement social des personnes handicapées.

A cela s'ajoute la problématique des zones de « déserts médicaux » marqués par un déficit de médecins généralistes aussi bien que de psychiatres et d'autres spécialistes. Le nombre de psychiatres pour 100.000 habitants varie du simple au quadruple selon les départements, avec un écart encore plus important entre zones urbaines et rurales. L'offre en psychiatrie privée est également très inégalement répartie : 1/3 des départements n'ont aucune offre d'hospitalisation privée en psychiatrie. Selon le rapport Aubert sur le financement du système de santé, les écarts de dotation par habitant en matière de dépenses de psychiatrie atteignent 40 %.

Le rôle-clef du médecin généraliste à affirmer et à soutenir

La réorganisation de notre offre de soins passe par une attention particulière au rôle du médecin généraliste.

Quelle que soit la situation locale, il revient au médecin généraliste de jouer son rôle de sentinelle en repérant les symptômes révélateurs d'une souffrance psychique, qui peuvent annoncer une entrée dans la maladie mentale appelant des soins spécialisés. Concernant les maladies mentales, leur fréquence à tous les âges de la vie (jusqu'à 30 % des consultations de médecine générale relèveraient de la psychologie et de la psychopathologie) donne au médecin généraliste ce rôle de première ligne.

La formation psychiatrique du médecin généraliste est donc un enjeu majeur, ainsi que l'a récemment souligné la Ministre de la Santé qui souhaite que soit accompli un stage en psychiatrie par tout futur médecin. Celui-ci doit notamment apprendre à utiliser les outils utiles pour orienter le diagnostic : critères diagnostiques sous forme de listes de symptômes caractérisant une maladie aussi bien qu'échelles d'évaluation quantitative d'un état pathologique.

Une articulation à renforcer avec d'autres acteurs

Le médecin généraliste doit être assisté dans son rôle en matière de psychiatrie. Il faut qu'il puisse s'appuyer sur des relais et compétences nécessaires. Ceci peut supposer, au sein des maisons médicales, la présence d'infirmiers ou de psychologues pour les personnes nécessitant un soutien psychologique.

Les demandes d'écoute et d'aide psychologique actuelles sont de plus en plus considérables. Il faut y répondre mais sans courir le risque d'une démedicalisation qui entraînerait des retards dans le repérage d'une maladie débutante. Les maladies mentales se manifestent, en effet, le plus souvent entre 15 et 30 ans. Dépister un début de pathologie bipolaire ou psychotique, un trouble des conduites (addiction, trouble des conduites alimentaires) est une des missions du médecin généraliste.

Pour cela, ce dernier doit aussi être aidé au sein des communautés pluri-professionnelles de territoire. A ce titre, il paraît essentiel que soit mis en place un service téléphonique dédié qui servira à programmer le rendez-vous nécessaire pour une concertation professionnelle ou une consultation psychiatrique dans un délai de temps rapproché. Une offre de consultation psychiatrique au sein des hôpitaux locaux ou des maisons médicales est ainsi à encourager.

Avec les médecins généralistes, les missions des Maisons des adolescents ont un rôle majeur. Ces structures offrent une capacité d'intervention décisive à un moment de haut risque, voire d'entrée dans la maladie. Leur position dans notre système sanitaire nécessite qu'elles réunissent des compétences larges pour le dépistage des maladies à leur début et leurs traitements, pour l'orientation universitaire et professionnelle des plus vulnérables, pour l'éducation de tous à la santé. Ceci ne peut se concevoir qu'en active articulation avec les acteurs des systèmes sanitaires, éducatifs et professionnels. Il faut donc confronter la position et les missions de ces structures afin d'en assurer l'homogénéité en renforçant leurs missions de

proximité dans la prévention et le dépistage précoce des maladies mentales débutant à l'adolescence.

Une prise en charge à réorganiser dans une logique de réponse graduée aux besoins de soins et d'accompagnement global

La structuration de l'offre de soins depuis le médecin généraliste, les soutiens psychologiques par des professionnels formés à cela, les Maisons des adolescents et les structures spécialisées en psychiatrie (première ligne et recours type HU) permettront de faire bénéficier ceux qui en ont besoin des soins adaptés à leur état, en prenant en compte les avancées de la recherche, par une utilisation raisonnée des thérapeutiques ayant apporté la preuve de leur efficacité. Ainsi pourra-t-on passer d'une position de renoncement-accompagnement à une ambition de guérison.

Pour cela, l'offre publique de soins psychiatriques aussi bien que l'offre privée doivent être restructurées :

-la mission de prévention et de première orientation avec le rôle-clef du généraliste revêt un caractère prioritaire. Elle doit se traduire par la coopération entre les acteurs sanitaires et sociaux en lien avec les familles et en partenariat avec la Maison des adolescents présente dans chaque département ;

- la mise en place de plateformes de 2^{ème} recours s'avère une nécessité pour les cas les plus lourds. Elle suppose la réunion des compétences techniques indispensables (notamment neuropsychologique, cognitivo-comportementaliste, remédiation cognitive, psychodynamique...) pour faire le choix de la thérapeutique biologique. Elle doit s'appuyer aussi sur des psychothérapeutes, médecins ou non-médecins, capables de mettre en œuvre le traitement psychologique que le diagnostic psychiatrique appelle ;

-des structures de 3^{ème} recours régionales (notamment HU) doivent être identifiées pour les cas les plus complexes nécessitant un plateau technique (clinique, neuropsychologique, biologique, neuro-imagerie...), du type des centres experts ou centres d'excellence thérapeutique. Ces structures doivent également être évaluées sur leur capacité à animer les actions de recherche dans leur environnement ;

- enfin, le traitement médical ne doit pas être dissocié de l'accompagnement social (logement, formation, insertion sociale...). Il faut aller vers une prise en charge du malade, personnalisée et coordonnée entre les acteurs sanitaires et sociaux. L'objectif est l'élaboration, pour les malades les plus graves, d'**une ordonnance de vie** sur la base d'un diagnostic médical et social personnalisé et sa mise en œuvre par la coordination des différents acteurs (système de soins, départements, services de l'Etat...).

Lorsqu'elle est présente au plan local, l'offre privée doit être mise en mesure de participer à cette offre de soins coordonnée et graduée.

IV- Former pour mieux agir : il faut améliorer à la fois la connaissance générale des maladies mentales et les formations des professionnels

(Annexe 4 jointe : l'enseignement)

Agir à tous les niveaux

Apprendre à connaître les symptômes annonciateurs d'une maladie mentale n'est pas seulement nécessaire aux médecins et aux personnels soignants. Cet objectif doit aussi concerner la population dans son ensemble et les familles de patients. L'amélioration du niveau d'éducation sanitaire est un facteur décisif pour l'efficacité du système de soins : l'ignorance nourrit le stigma.

Mieux former les futurs professionnels sanitaires et sociaux

Les volumes d'enseignement de la psychiatrie aux futurs infirmiers ont été progressivement réduits ces dernières années. Il faut inverser cette tendance. Ces enseignements devraient, au moins en partie, être partagés avec les futurs travailleurs sociaux, ce qui serait de nature à faciliter les coopérations nécessaires pour répondre aux besoins des malades les plus complexes.

Tout futur médecin doit avoir une connaissance de la clinique et des traitements psychiatriques, en particulier des psychotropes dont le bon usage n'est aujourd'hui pas atteint. La durée de formation des futurs psychiatres doit passer de 4 à 5 ans comme cela est le cas ailleurs en Europe et comme l'a récemment demandé l'Académie Nationale de Médecine.

La formation des futurs psychologues et psychothérapeutes doit être reconsidérée pour une véritable professionnalisation de ces métiers. La place du psychothérapeute est de fait essentielle et cela, à plusieurs titres :

-soutien psychologique nécessitant une connaissance clinique, une capacité d'écoute empathique et de conseil auprès du patient et une capacité de coopération avec le médecin ;

-application d'une technique psychothérapique codifiée à laquelle le psychothérapeute a été formé, pertinente pour traiter une situation pathologique définie, sans pour autant que cela induise, *ipso facto*, leur reconnaissance en qualité de profession de santé. Ce type de psychothérapie suppose une prescription de nature médicale à la mise en œuvre de ce traitement et une évaluation médicale au terme.

La diversité des formations des psychologues dans les facultés de sciences humaines appelle d'évidence, en tout état de cause, d'importantes réformes pour que ces professionnels deviennent pleinement acteurs du soin psychiatrique : la maquette des enseignements théoriques de base doit mettre en avant les aspects cliniques, les outils d'évaluation clinique et les méthodologies en regard des diverses techniques psychothérapiques et de leurs résultats. Une formation pratique clinique sur une durée suffisante (pas moins de 12 mois à temps plein) en structure de soins habilitée pour la formation des futurs psychiatres est indispensable. Des formations complémentaires pour des psychothérapies spécifiques doivent éventuellement donner droit au titre.

V - En conclusion : un nouvel élan indispensable

Chaque année, un rapport sur la psychiatrie a été demandé par les autorités publiques. Ces rapports d'excellente qualité n'ont pas changé la situation de la psychiatrie.

Depuis des années, les organismes de recherche ANR et INSERM ont mis en place des actions ponctuelles de financements fléchés vers la recherche en psychiatrie : ceci n'a pas modifié la situation de la recherche en psychiatrie.

Durant les derniers mois, les professionnels de la psychiatrie ont manifesté mécontentement et découragement en demandant davantage de considération et de moyens financiers. Lorsque des

financements ont été ponctuellement octroyés pour répondre à une urgente nécessité , ils n'ont pas réellement fait évoluer la situation de la psychiatrie

Dès sa prise de fonctions au printemps 2019, le délégué à la santé mentale et à la psychiatrie a indiqué constater une « paupérisation » de la psychiatrie. La psychiatrie est, en effet, pauvre des désorganisations institutionnelles qui la traversent et de la difficulté collective à accorder le soutien que ses acteurs méritent pour que les maladies mentales rompent avec un fatum aussi néfaste qu'injustifié.

Faut-il pour autant renoncer ?

Certainement pas. Mais ce que montre ce constat, c'est que la psychiatrie ne pourra retrouver le chemin du progrès que si elle sort de l'invisibilité et de l'indifférence collective pour devenir une cause de mobilisation nationale portée par l'ambition d'inclure les malades dans la société et de les guérir.

Cette conviction essentielle constitue le fondement commun des différentes recommandations que formule l'Académie Nationale de Médecine.

Proposition de méthode et Recommandations de l'Académie Nationale de Médecine pour un Plan National pour la Santé Mentale et la Psychiatrie.

Aucune action ponctuelle ne pourrait satisfaire l'ambition imposée par la situation de la psychiatrie dans notre pays : une mobilisation nationale s'impose ,à l'instar de ce que fut le plan cancer, adossée à une méthode et une approche exhaustives.

Une vaste concertation associant médecins, psychologues, professionnels de santé, acteurs sociaux, représentants des patients et des familles devrait en être le préalable.

Sur cette base, une équipe pluridisciplinaire pourrait être chargée de proposer aux pouvoirs publics une stratégie d'ensemble, allant de la recherche aux soins et à l'insertion sociale.

Pour mettre en œuvre ce plan et sensibiliser la société à la réalité des maladies mentales, il faut une structure visible et totalement dédiée, un Institut National pour la Santé Mentale et la Psychiatrie.

Sans préjuger de ce que seraient les principales mesures d'un plan national, l'Académie nationale de médecine considère qu'il devrait prendre en compte les 5 priorités suivantes.

1-Placer la recherche en psychiatrie au rang de priorité nationale et internationale.

Plusieurs actions sont nécessaires pour rattraper le retard subi par notre pays malgré une histoire riche et la présence de compétences réelles :

- ***Un soutien durable des instituts de recherche INSERM, CNRS, CHU , Universités et agences de moyens par la mise en œuvre d'appels d'offres fléchés.*** L'identification de marqueurs de vulnérabilité et/ou de maladie mentale est désormais à portée de main, ce qui justifie d'en faire une priorité de la recherche en psychiatrie ;
- ***La formation et le recrutement d'enseignants chercheurs en santé mentale et psychiatrie*** conditionneront le caractère pérenne des réseaux et coopérations nécessaires pour les recherches en neurobiologie, épidémiologie et sciences humaines et sociales appliquées à la psychiatrie ;
- ***L'effort national de recherche doit s'inscrire dans une démarche globale.*** A l'occasion de la Présidence française du G7, la priorité de la recherche en psychiatrie doit être portée à l'échelle internationale comme une voie de progrès médical et social pour tous les pays.

2-Mettre en place un dispositif de première écoute et d'orientation s'appuyant sur un réseau renforcé de Maisons des adolescents.

Pour accélérer les prises en charge et la première orientation dès l'apparition des difficultés, il convient de mettre en place un maillage des acteurs de terrain s'appuyant sur un dispositif national. A ce titre, la mise en place d'un service et d'un numéro régional ou national pour les malades et leur famille apparaît essentielle pour fédérer les acteurs et accélérer les prises en charge.

Dans ce cadre, les missions des Maisons des adolescents, qui devront effectivement être présentes dans chaque département, devront être confortées pour :

- ***mener de larges actions d'éducation à la santé mentale*** en lien avec les acteurs de l'Education Nationale, de l'Université et le représentant départemental de la MILDECA ;

- **contribuer activement au *dépistage des maladies mentales débutantes*** et à la mise en œuvre des traitements nécessaires en coopération avec les acteurs sanitaires du département ;
- ***assurer la publication annuelle d'un bilan d'activité*** permettant une évaluation de la structure et une action d'information-dé-stigmatisation vers le grand public.

3-Eriger l'éducation de la population et des professionnels sociaux et sanitaires à la santé mentale et aux signes des maladies mentales au rang de priorité.

Pour les futurs professionnels sanitaires :

- ***la formation des futurs infirmiers doit retrouver un volume d'enseignement théorique et pratique en rapport avec l'ampleur de la morbidité des maladies mentales.*** Les infirmiers qui le souhaitent doivent pouvoir acquérir un complément de formation leur donnant une spécialisation qui leur permettra d'être des partenaires pour les différents intervenants au sein des maisons médicales et des hôpitaux locaux ;
- ***la formation à la psychiatrie des futurs médecins doit également être amplifiée ;***
- ***la formation des psychologues doit être réorganisée pour devenir pleinement une formation professionnalisante clinique et thérapeutique.*** Ceux qui ont acquis une compétence en un type de psychothérapie efficace pour traiter une ou des maladies mentales doivent acquérir un droit au titre.

Des actions de sensibilisation du plus grand nombre à la maladie mentale devront être conduites dans la durée. C'est la clé de la dé-stigmatisation et d'une mobilisation nationale pour ériger la psychiatrie en cause nationale.

4-Soutenir le rôle sentinelle du médecin généraliste pour la détection des maladies mentales et l'orientation des patients vers une offre de soins graduée du soutien psychologique à la prise en charge des cas les plus complexes.

Ceci suppose :

- ***un effort de formation des futurs médecins généralistes et de formation continue des médecins en activité ;***
- ***la possibilité pour le médecin généraliste de s'appuyer et coopérer avec des professionnels, infirmiers et/ou psychologues, capables d'apporter un soutien psychologique aux personnes en demande ;***
- ***une inscription de cette offre de soins de première ligne dans une organisation psychiatrique graduée comprenant : un deuxième niveau de psychiatrie libérale ou publique sectorisée s'appuyant sur une plate-forme dotée des outils nécessaires à un diagnostic conduisant à l'orientation thérapeutique adéquate ; un troisième niveau régional s'appuyant sur un plateau technique (clinique, neuropsychologique, biologique, en neuro-imagerie ...) du type des centres experts ou des centres d'excellence thérapeutique centrés sur les cas les plus sévères ou résistants ; les équipes pluri-professionnelles de secteur de même que les professionnels psychiatres libéraux ont vocation à travailler en lien étroit avec ces plateaux techniques régionaux.***

5-Créer un Institut National pour la Santé Mentale et la Psychiatrie comme catalyseur d'une ambition nationale.

A l'image de l'InCa pour le cancer, l'Institut devra être l'outil de la mise en œuvre d'un plan national pour la psychiatrie avec une attention particulière à la structuration des réseaux de recherche et de soins en vue d'une généralisation des bonnes pratiques et de l'accès de tous et en tout lieu à des soins et des prises en charge d'excellence. L'Institut devra également jouer un rôle central en terme de diffusion de la connaissance des maladies mentales auprès de la population.

La réussite d'un tel institut suppose une adhésion de la communauté psychiatrique : il doit être mis en place en étroite partenariat avec, notamment, les professionnels hospitalo-universitaires de la psychiatrie.

L'Institut devra également **lancer la mise en place de projets pilotes de coordination des acteurs au plan local**. A ce titre, dans le cadre territorial des départements-candidats, les différents acteurs (système de soins, départements, régions, services de l'Etat, associations...) pourraient s'engager dans **la mise en place des ordonnances de vie permettant aux malades les plus touchés d'avoir accès à un traitement personnalisé ainsi qu'à une prise en charge sociale susceptibles de favoriser l'indispensable insertion dans la vie collective**.

Ces projets pilotes conduits par les acteurs sanitaires et sociaux ainsi que financiers devront faire l'objet d'une évaluation externe sur une base médicale mais aussi économique : l'enjeu est de **démontrer que l'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge permettra de dégager des marges de manœuvre financières**.

Personnalités auditionnées

J.M. Aubert (DREES), C. Barthélémy (INSERM Tours), F. Baup (J.Bost), M. Bensoussan (syndicat psychiatres français), F. Curt (DGHOS), J.M. Danion (CME Strasbourg), T. Deroche (DGHOS), O. Drevon (FHP), A. Ehrenberg (sociologue), F. Emmanuelli (IGAS), J.N. Fichet (FEHAP), P. Grazziani, (CNU Psychologie), O. Guillin (UMD Rouen), E. Hirsch (ITMO), C. Jalfré (internes psychiatrie), R. Jardri (INSERM,Lille), M. Laforcade (ARS Nouvelle Aquitaine),B.Lavallart (Min.Universités) M. Leboyer (Fondamental, Créteil), O. Lyon-Caen (CNAM), M.A. Meyer (infirmière), M.R. Moro (CNUP), C. Muller (conférence CME CHS), A. Perrin (FEHAP), F. Rea (J.Bost), M. Rebazt (internes), M. Richard (UNAFAM), Z. Ryet (FHF), F. Schechter (IGAS), N. Skurnik (GHU Psychiatrie, Paris), A. Tardjamany (CNAM), P. Thomas (CHU Lille).

Dans le cours de la rédaction de ce rapport des échanges ont eu lieu avec :G.Couillard (Conseiller Santé Matignon)M.Fontanel (Conseiller Santé Elysée),M.Wonner(chargée de mission ,Assemblée Nationale).

Dans le cadre d'un déplacement dans le département du Nord le 19 mars 2019 :

Jean-René Lecerf (Président du Conseil Départemental), Yves Dusart (Vice-Président, Enfance, Famille, Jeunesse), Sophie Le Flamanc (Directrice de Cabinet), Benjamin Hus (Directeur Général des Services), Jean-Pierre Lemoine (Directeur Général Adjoint Solidarité), Laurence Lecomte (Conseillère en stratégie santé, Direction Générale Adjointe Solidarité) et Patricia Delorme (Directrice Enfance, Famille, Jeunesse).

Annexe 1 : du déni au stigma

Un défi à relever...

L'héritabilité (sur-représentation dans une même famille) des pathologies mentales est bien établie en particulier pour l'autisme, la bipolarité ou les conduites suicidaires, mais aucune anomalie génétique spécifique n'a pu à ce jour être mise en évidence. Il s'agit davantage d'une constellation de facteurs de risques génétiques et épigénétiques qui, dans certaines conditions de vie (l'environnement), s'expriment sous la forme d'une maladie mentale.

Des anomalies cérébrales sont mises en évidence chez les personnes souffrant de maladie mentale, mais aucune n'est suffisamment spécifique et sensible pour servir de marqueur confirmant ou même orientant le diagnostic clinique.

Ces perturbations cérébrales ne sauraient faire ignorer le fonctionnement psychique qui participe à une symptomatologie psycho-comportementale plus ou moins douloureuse, plus ou moins étrange : ces symptômes sont les cibles de thérapies biologiques et psychologiques qui ont apporté la preuve de leur efficacité.

Aujourd'hui, le diagnostic de la maladie mentale est donc exclusivement clinique. Ceci est d'autant plus problématique que la psychiatrie est la discipline médicale où la pratique d'un deuxième avis spécialisé est sans doute la moins répandue. Les successives propositions de l'Association américaine de Psychiatrie à travers les classifications dites DSM ⁽²⁾ basées sur des items consensuels, indispensables pour les études épidémiologiques et la recherche, n'ont pu aboutir à des outils cliniques garantissant une exactitude diagnostique : le diagnostic repose sur un ensemble d'éléments diachroniques et synchroniques reconnus par l'expérience du clinicien. Soigner les maladies mentales demeure donc dans le champ du défi, ce qui ne signifie pas, loin s'en faut, une impossibilité.

S'ajoutent d'autres singularités de la psychiatrie : la nécessité parfois de contraindre aux soins, c'est-à-dire de prendre une décision dans l'intérêt du patient sans son consentement ; la frontière souvent ténue entre mal-être psychique et troubles mentaux ; l'impact des événements de vie précoces ou tardifs.

Les malades mentaux sont également atteints dans leur corps.

En France, le taux de suicides est au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE avec 14 suicides pour 100.000 habitants, soit plus de 9.000 morts par an.

Les malades mentaux ont une espérance de vie de 15 ans inférieure à la moyenne nationale ⁽³⁾. Cette surmortalité n'est pas seulement due à des causes externes (accident ou suicide) : le retard d'accès à des soins somatiques, notamment pour les maladies diabétiques ou cardiovasculaires, en est un déterminant.

²DSMV (traduction française), Elsevier-Masson, 2015, 1175 p.

³IRDES, Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères ; une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée, questions d'économie de la santé, n° 237, septembre 2018, 6 p.

Il est démontré qu'un traitement par médicaments antipsychotiques ou antidépresseurs bien conduit corrige cette réduction de la durée de vie : l'amélioration de l'état mental facilite l'accès aux soins ⁽⁴⁾ tout comme elle protège du risque suicidaire.

L'ampleur des maladies mentales.

Aucun système de santé ne peut ignorer l'importance croissante des maladies mentales au plan social et économique. La fréquence de ces pathologies (prévalence vie entière supérieure à 20 %), les arrêts de travail occasionnés (première cause d'arrêt de travail), les situations de handicap mental et psychique qui peuvent en être la conséquence, les dépenses générées (premier poste de dépense avant les cancers et les maladies cardiovasculaires) manifestent cette importance. Selon un récent rapport de la Cour des Comptes, la France consacre chaque année 110 milliards d'euros à la prise en charge des maladies mentales.

La psychiatrie : une spécialité maltraitée ?

Au cours du dernier demi-siècle, les soins en psychiatrie ont considérablement progressé, rendant possible un virage ambulatoire qui s'est accompagné d'une réduction du nombre de lits d'hospitalisation (de 120.000 à 40.000) .Une démarche de plus en plus inclusive est désormais possible pour un maintien, dans la cité et au cœur de leurs relations sociales, de la grande majorité des malades et pour une réinsertion pour ceux que la maladie avaient éloignés de leur environnement familial ou professionnel. Mais le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), au mois de mars 2019, mentionne que le nombre de décisions de soins psychiatriques sur décision du Représentant de l'Etat a doublé entre 2006 et 2017.

Il n'en demeure pas moins vrai que, depuis plus d'un demi-siècle, la psychiatrie a acquis un temps d'avance sur les autres spécialités médicales en structurant son offre publique de soins sur le territoire géographique (secteur psychiatrique) pour y mener des actions de prévention et une politique de continuité des soins à la charge d'une équipe professionnelle multidisciplinaire.

Pour le grand public, la psychiatrie reste pourtant une discipline médicale fascinante et difficilement comprise. Elle est peu considérée du fait de son faible niveau technologique.

⁴Quality of medical care and excess of mortality in psychiatric patients: a nation wide register-based study in Sweden, BMJ Open, 2012, 2 (1), 000778.

L'objet de la psychiatrie est de reconnaître et de soulager les symptômes psychiques et/ou comportementaux concomitants de dysfonctions cérébrales et d'une trajectoire subjective façonnée par l'histoire de la personne. Cerveau et psyché sont les deux cibles des thérapeutiques des maladies mentales. Cette complexité est volontiers perçue comme imprécise par ceux qui attendent de la médecine fondée sur des preuves (« evidence-based medicine »), une causalité simple.

Un constat...

Le stigma de la maladie mentale est très répandu, renforcé par l'auto stigmatisation portée par les malades eux-mêmes qui ne souhaitent pas laisser connaître la nature de leur maladie : de fait, pour la majorité des patients, faire son « coming-out » à propos d'une pathologie ou d'un traitement psychiatrique n'est pas chose aisée. Il en va de même des familles. Ceci explique l'absence, bien souvent, de militantisme des malades et de leurs familles : ce frein à la déstigmatisation est aussi une entrave à un engagement au profit de programmes de recherche, comme ce fut le cas pour d'autres pathologies au premier rang desquelles le SIDA.

De plus, exportés dans le langage grand public, les intitulés des catégories nosographiques psychiatriques deviennent péjoratifs : « hystérique », « paranoïaque », « schizophrène » sont des qualificatifs négatifs voire des insultes...

La représentation des maladies mentales oscille entre le déni (elles ne seraient rien d'autre qu'un malaise psychologique momentané ou durable) et la folie, caractéristique d'un individu incompréhensible et imprévisible, incurable et définitivement différent.

Des conséquences jusqu'en milieu professionnel.

Le monde du soin n'échappe pas à ce phénomène de la stigmatisation : en milieu hospitalier non spécialisé, la psychiatrie n'est pas une priorité. Au contraire, elle est le plus souvent délaissée au profit de spécialités plus technologiques. Ceci s'illustre par le fait qu'au cours des dernières années, les décisions politiques au plus haut niveau ont fait subir à la psychiatrie une réduction des dotations financières particulièrement défavorable comparativement à l'évolution observée pour les disciplines dites médico-chirurgicales. Durant les derniers mois, cette maltraitance

financière a généré des manifestations d'insatisfaction, voire de colère, de la part de professionnels d'hôpitaux publics spécialisés en psychiatrie.

Pourquoi le stigma ?

Les causes de ce stigma des maladies mentales sont multiples : absence de marqueur biologique et d'explication physiopathologique simple de ces pathologies, difficulté à comprendre et à admettre une maladie qui altère le plus profondément humain de la personne à savoir ses aptitudes à penser, décider, aimer, se comporter face à autrui... Qu'une maladie puisse ainsi compromettre ce qui définit l'identité, et pis encore que cette compromission puisse être le fait d'un dysfonctionnement du corps, en l'occurrence du cerveau, est peut-être une blessure trop grande pour les hommes pour qu'ils ne cherchent pas à la cacher.

Que faire ?

De multiples campagnes d'information grand public (spots télévisés, semaine de la santé mentale, journée européenne de la dépression, semaine du cerveau...) ont été menées : il y a eu de belles réussites, mais cela n'a pas répondu aux attentes. Pis encore, à intervalles réguliers, le traitement médiatique de quelque drame humain consécutif à un acte criminel commis par un malade mental pérennise la représentation liant maladie mentale et dangerosité. Il est pourtant démontré que le malade mental n'est pas plus dangereux que quiconque à la condition que sa maladie soit identifiée et soignée comme elle doit l'être. Le malade mental est au contraire plus souvent victime de maltraitances ou d'agressions.

Les progrès des connaissances sont une condition décisive de levée du stigma, comme ils le furent pour d'autres pathologies, tuberculose ou cancers.

L'engagement des associations et des familles de patients sera déterminant pour qu'évolue cette représentation négative de la maladie mentale.

L'exemple britannique d'un engagement de la famille royale pour affirmer que les troubles psychiques peuvent frapper n'importe lequel d'entre nous montre la voie à suivre : il faut que les plus hautes autorités, les plus médiatiques également, s'emparent du sujet pour qu'évolue l'image des maladies mentales. C'est cette démarche symbolique qui peut changer le regard de notre société sur les malades mentaux.

Annexe 2 : La recherche en psychiatrie et santé mentale

✓ Constat

La recherche en psychiatrie et santé mentale est depuis son origine bicéphale : la biologie lui vient de ses origines médicales, les sciences humaines et sociales du fait de l'importance de la relation médecin malade et de la place essentielle des psychothérapies. Le vingtième siècle a démontré à quel point cette dualité était réelle.

Ainsi, une part importante de la recherche s'appuie sur les neurosciences pour aller vers une meilleure compréhension du fonctionnement du système nerveux en situation normale et pathologique.

En effet, cette approche doit permettre de produire des outils, en particulier des biomarqueurs, pour le diagnostic, le pronostic et le suivi thérapeutique et, au-delà d'aller vers une médecine personnalisée. C'est naturellement qu'elle intégrera les avancées scientifiques et les progrès technologiques.

La recherche par les neurosciences inclut, au sens large, la recherche fondamentale, la recherche préclinique et appliquée et la recherche translationnelle. A ces démarches s'ajoute la recherche épidémiologique.

Au-delà des neurosciences un accent particulier doit être mis sur la recherche en sciences humaines et sociales. Celle-ci s'efforcera de découvrir et d'implémenter les meilleures interventions de santé. A cette fin, elle mesurera la qualité des services sanitaires et sociaux en prenant en compte les contextes et les approches socio-culturelles et socio-économiques.

Dans cet esprit, la recherche qu'elle soit neuroscientifique, épidémiologique ou en sciences humaines et sociales, doit contribuer à améliorer la prévention des troubles mentaux et à promouvoir les interventions dans le domaine de la santé mentale avec une priorité donnée à la pédopsychiatrie

✓ Structuration

Une cartographie nationale de la recherche en psychiatrie (MESR, AVIESAN) met en évidence un vivier de grande qualité mais les équipes de niveau international ne sont pas assez nombreuses. De plus, elles sont peu coordonnées. La communauté scientifique doit se souder et un décloisonnement entre recherche, soin et prise en charge apparaît indispensable.

En outre, le personnel de recherche plein temps affecté à ces équipes fait défaut, ceci étant lié en grande partie au manque d'appels d'offre ciblés en psychiatrie.

Dans ce contexte, diverses initiatives structurantes en psychiatrie de l'adulte et de l'enfant témoignent de la volonté de la communauté scientifique de s'organiser, en lien avec des équipes cliniques, afin de

- renforcer les synergies et la production de données de qualité interoperables
- accélérer la production de connaissances
- soutenir des projets innovants
- assurer une diffusion rapide des connaissances dans le cadre de formations ainsi que par l'association aux usagers

Parmi les plus représentatives de ces actions structurantes :

- le réseau de la Fondation Fondamental regroupant 43 centres dits centres experts menant des recherches biologiques dans les troubles bipolaires, schizophréniques et autistiques de l'adulte
- le réseau GDR(CNRS) de l'Institut de Psychiatrie soutenu par la Fondation Denicker regroupant 30 centres dits d'excellence thérapeutique
- le Labex Biopsy qui propose un cursus MD-PhD
- le réseau en addictologie
- le réseau « Autisme « Aviesan » regroupant plus de 50 équipes labellisées

Certaines priorités nationales ont été financées dans le cadre des « Équipements d'avenir ». Citons

- l'IHU-A-ICM, Paris, intégrant la psychiatrie
- l'Institut CESAME Lyon, piloté par la Fondation Neurodis
- le Labex Biopsy, Paris
- le Labex Brain, Bordeaux
- le Laboratoire SANPSY, Bordeaux
- le Labex Cortex neuroéconomie, Lyon
- la cohorte « Psycho » i-Share, Bordeaux

De plus, des axes thématiques ont été identifiés comme devant être soutenus en priorité de la biologie moléculaire aux sciences psychologiques et sociales, avec pour cible la prévention et l'intervention précoce chez l'adolescent et l'adulte jeune, ainsi que dans les troubles du neuro-développement du très jeune enfant.

Toutes ces initiatives de structuration et de priorisations thématiques pourraient constituer la base d'une action nationale fédérative sous la forme d'un Institut Fédératif National pour la Psychiatrie et la Santé Mentale à l'image de l'INCa.

✓ Financement

Il était habituel de lire que la part du budget de la recherche en santé allouée à la psychiatrie et à la santé mentale représentait, jusqu'en 2007 de 1,9 à 2%. Une évaluation plus récente fait ressortir que cette part, entre 2007 et 2011, est passée à 4,1% (données ministérielles). Elle demeure, cependant, toujours inférieure à des pays avancés tels l'Espagne : 6%, le Royaume-Uni : 7%, la Finlande : 10%, les Etats-Unis : 16%. De plus, ce budget est très inférieur à celui de la recherche en neurosciences qui s'élève à plus de 20% de la part du budget de la recherche en santé. Il n'est donc pas surprenant que la France, en termes de publications relevant de la recherche en psychiatrie se situe en 7^e position européenne, alors qu'elle occupe le 3-4^{ème} rang européen pour les publications en neurosciences.

Cette situation est pour partie le reflet du fait que peu d'unités INSERM, CNRS, CEA ont une thématique prioritaire affichée en psychiatrie même si au sein de ces unités il faut noter une augmentation du nombre d'équipes, souvent excellentes, impliquées dans cette recherche. En effet, une étude récente révèle l'existence de 131 équipes travaillant dans des domaines en lien avec les maladies mentales ce qui est corroboré par la publication internationale, en 2017, de 512 articles émanant d'équipes françaises (dont des « highly cited et hot papers »).

A cette fragilité s'ajoute plusieurs facteurs, il n'y a pas assez d'enseignants-chercheurs ou de chercheurs bénéficiant d'une double formation : psychiatrie/neurosciences, psychiatrie/épidémiologie, psychiatrie/ psychologie cognitive, psychiatrie/sciences humaines et sociales. De plus, le nombre de PU-PH en psychiatrie ne représente que 2,4% des PU-PH (chiffre encore plus faible en pédopsychiatrie). Il y a très peu de MCU-PH et un très faible nombre de chefs de clinique autant d'éléments qui affaiblissent la dynamique de recherche en psychiatrie. Ceci correspond, aussi, au fait que peu d'universités priorisent la recherche dans ce champ disciplinaire. Enfin, il existe un nombre insuffisant de sites ou plateformes qui stockent, et gèrent des données complexes et développent des méthodes statistiques ou des aspects méthodologiques propres à la recherche en psychiatrie et santé mentale.

Une analyse, conduite par le ministère de la recherche, fait ressortir un certain nombre d'éléments à prendre en considération pour le futur. Le budget total pour la recherche en psychiatrie provenant de l'ANR, de 2013 à 2018, s'élève à 33 millions d'euros et concerne 90 projets. Ces derniers portent sur les thématiques suivantes : un premier ensemble qui inclut dépression, trouble bipolaire, schizophrénie (44%), un autre comprenant troubles du

développement et autisme (30%), ensuite viennent les addictions (18%), les troubles alimentaires (4,4%). Les approches se référant aux sciences humaines et sociales sont inexistantes dans cette répartition... Le montant alloué à chaque projet est de l'ordre de 350 à 450 K€uros. Enfin, la psychiatrie et en particulier la pédopsychiatrie apparaissent comme thématiques prioritaires dans le cadre du budget des PHRC, émanant du ministère de la santé. Même si cet effort n'est pas négligeable, soit pour l'ANR (18 projets pour 6,6 millions d'euros par an) et un nombre limité de PHRC sur 3 à 5 ans, il reste faible si on le rapporte au poids et au coût des maladies mentales pour la société : 107 milliards d'euros soit un tiers des dépenses de l'Etat. De plus, le nombre et la diversité des projets font que l'effort perd de son efficacité par « un effet saupoudrage ».

Par ailleurs sur les 33 millions d'euros, un quart provient de l'International (PRCI) et de l'Europe (ERAnet neuron) mais l'essentiel est alloué par les appels d'offres de l'ANR et des programmes spécifiques tel Samenta. Le recours aux fonds européens est très insuffisant. Enfin, la répartition géographique des projets obtenus est en cohérence avec les sites universitaires où la recherche en neurosciences est forte. Il en est de même pour les investissements d'avenir.

La recherche en neuroscience en France est de grande qualité et bénéficie d'une lisibilité importante. Alternativement la recherche en psychiatrie à proprement parler est connue pour sa faiblesse au regard des pays de PIB et de tradition scientifique équivalents. Il faut profiter de cette faiblesse pour penser une recherche en psychiatrie française qui dépasse les clivages que l'on observe entre neurosciences et sciences humaines et sociales. Déjà une démarche, largement initiée par l'ITMO Neurosciences, Sciences Cognitives, Neurologie, Psychiatrie (Aviesan), a fait ressortir la nécessité de structurer et développer l'existant afin de faire émerger une véritable force représentative de la communauté de la psychiatrie et de la santé mentale. Cette force aurait, entre autres, à définir et à coordonner les actions en matière de recherche et serait l'outil de proposition et de dialogue avec les tutelles et les instances nationales et européennes. Cet « outil » prendrait la forme de l'Institut Fédératif National pour la Psychiatrie et la Santé Mentale.

✓ Que proposer ?

Pour se redonner l'ambition de guérir, **la recherche en psychiatrie doit devenir une priorité de santé publique**. A cette fin, elle doit bénéficier d'un soutien financier régulier et en cohérence avec le poids et le coût des maladies mentales pour la société. L'effort budgétaire s'appuiera sur **des appels d'offres spécifiques de l'ANR** (tel Samenta) et **du PHRC** (fléchage psychiatrie /pédopsychiatrie) ou encore des crédits explicitement stratifiés selon le type de recherche (neurobiologique, clinique, épidémiologique, sciences humaines et sociales). De plus, les

équipes de recherche devront mieux s'inscrire dans **les programmes européens** (ERC, ERA net).

Dans cette perspective, l'Etat définira **des plans à thématiques fortes** telles « Mécanismes génétiques et variations individuelles de la réponse au traitement ou Inégalités sociales de santé et inégalités de genre.. ». Ces plans devront mettre en exergue l'importance de **la recherche translationnelle à visée thérapeutique portant sur les biomarqueurs** qu'ils soient génétiques, épigénétiques, cognitifs, électrophysiologiques, en neuroimagerie et aussi ceux de la neuroinflammation. Cette recherche contribuera également à identifier **de nouvelles cibles thérapeutiques**.

Enfin, il sera indispensable d'initier des actions incitatives prenant en compte **le numérique et les technologies innovantes** : remédiation par la réalité virtuelle, stimulation magnétique transcranienne, stimulation cérébrale profonde, interface cerveau-machine, neurofeedback..

Un point majeur concerne **le développement les carrières d'enseignement, de soins et de recherche en milieu hospitalo-universitaire**. En effet, en psychiatrie et surtout en pédopsychiatrie, le taux d'hospitalo-universitaires (PU-PH, MCU-PH, Chefs de clinique) par rapport aux autres champs disciplinaires de la médecine est particulièrement faible. Il sera impératif de corriger cette disparité.. Il faudra développer des formations en psychiatrie (MD, PhD) destinées aux cliniciens et chercheurs intégrant les progrès récents des neurosciences, de la psychologie, des sciences cognitives et des sciences humaines et sociales et enfin disposer, de façon convenable, d'allocations doctorales, de contrats ATIP-Avenir et de contrats d'interface (INSERM-CHU, CNRS-CHU).

La recherche en psychiatrie devra se développer à partir des quelques sites d'excellence existants en édifiant **des réseaux** favorisant la multidisciplinarité et la mise en place de **plateformes méthodologiques de recherche translationnelle et clinique** (CIC de psychiatrie) non seulement dans les CHU mais aussi dans certains CHS. Ces réseaux pourraient aider à l'émergence de nouvelles équipes y compris des équipes-projet pour une durée déterminée sur le mode de celles de l'INRIA.

La création d'un Institut Fédératif National pour la Psychiatrie et la Santé Mentale (INPSM) sur le modèle de l'Institut National du Cancer (INCa) aura pour ambition d'être un accélérateur de progrès en apportant une vision intégrée de l'ensemble des dimensions sanitaire, scientifique, sociale et économique liées à la pathologie mentale ainsi que des différents champs d'intervention : prévention, dépistage, soins et recherche. Plus particulièrement pour la recherche, il s'agira de concourir à la structuration fédérative et au développement de l'existant (fondations, GDR, réseaux, centres d'excellence..). De plus, cet institut définira et coordonnera les actions de recherche (Appels d'offres, Plans..) et initiera

l'innovation scientifique et technologique. Enfin, il représentera la communauté auprès des tutelles et des instances nationales et européennes.

Annexe 3 : Organisation de l'offre de soins en psychiatrie

Rappel historique et bases juridiques

Des aliénés aux malades mentaux et des asiles aux hôpitaux psychiatriques

La loi sur les aliénés du 30 juin 1838⁵ est à l'origine de la première organisation territoriale de l'offre de soins en psychiatrie, en disposant que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département ». Ces « asiles psychiatriques » ont été, le plus souvent, installés à la campagne non point pour exclure les malades mentaux de la société mais pour les protéger du bruit et de l'agitation de la ville.

Ce n'est qu'en 1937 que les asiles départementaux deviendront des hôpitaux psychiatriques avec le décret du 22 janvier 1937 fixant le recrutement et le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Mais le terme « aliéné » ne disparaîtra de la législation française qu'avec la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

De la sectorisation à la carte sanitaire

La circulaire Rucart du 13 octobre 1937⁶ a réorganisé « l'Assistance aux malades mentaux » en créant des dispensaires psychiatriques, avec des consultations externes organisées « soit à l'hôpital psychiatrique du département, soit, pour les principaux centres, par les soins de l'Office public d'hygiène sociale ». Cette circulaire complète l'action de ces dispensaires par celle d'un service social « assuré par une ou plusieurs assistantes spécialisées », et crée également les services ouverts pour « les malades atteints de troubles psychiques qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui n'élèvent pas de protestations à l'égard de leur hospitalisation ». Ces mesures augurent de la sectorisation qui sera créée par la circulaire du 15 mars 1960.

⁵Loi n°7443, Bulletin des Lois n° 581.

⁶Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental.

Il est à relever que la seconde circulaire Rucart du 7 décembre 1938⁷, en révisant le règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques, a « accentué le caractère médical » de ce règlement afin de le mettre « mieux en harmonie avec les progrès accomplis par la science mentale ».

La sectorisation est créée par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Le secteur est défini comme « une aire géographique bien délimitée et proportionnée » à l'importance de l'établissement psychiatrique qui la dessert. Cette sectorisation a pour objectifs « d'entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce », « d'apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récives » et « d'éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel ».

Mais c'est la loi du 25 juillet 1985, portant diverses dispositions d'ordre social, qui consacrera la place du secteur dans l'organisation de l'offre en psychiatrie et instituera un conseil départemental de santé mentale. Cette loi sera complétée par la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, qui intégrera le secteur dans la carte sanitaire « déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques », créée par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Elle précisera également que chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales aura la responsabilité de cette lutte dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés et mettra, à la disposition de la population, des services à l'intérieur de l'établissement mais également en dehors de l'établissement. Cette lutte contre les maladies mentales comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Enfin, l'ordonnance du 4 septembre 2003⁸ caractérise les territoires de santé et précise que les secteurs psychiatriques et les établissements de santé exercent leurs missions de lutte contre les maladies mentales dans le cadre de ces territoires de santé.

Des structures de mise en œuvre de la sectorisation

L'organisation du secteur, correspondant à un bassin de population de l'ordre de 70 000 habitants, a été accompagnée de la création de structures spécifiques telles les hôpitaux de jour,

⁷Circulaire ministérielle du 5 février 1938.

⁸Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

les centres médico-pédagogiques (« CMP »), « unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population⁹ » et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (« CATTP »), « visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe ».

De la distinction entre adultes et enfants

La circulaire du 15 mars 1960 distinguait enfants et adultes ; elle fut complétée par la circulaire du 13 septembre 1961¹⁰ consacrée à l'hospitalisation des moins de 16 ans, qui posait comme principe que le placement à l'hôpital psychiatrique d'un enfant « ne peut intervenir que s'il est effectué dans un service spécialisé, doté de tous les moyens médicaux, psychologiques éducatifs et, le cas échéant, pédagogiques nécessaires à la mise en œuvre des traitements exigés par la nature des troubles dont sont atteints les enfants qui y sont admis ». La sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile a été précisée par la circulaire du 18 janvier 1971¹¹ qui a mentionné que ces secteurs pouvaient « couvrir un secteur plus étendu que celui de la psychiatrie générale de base » et qu'ils devaient correspondre à trois secteurs de psychiatrie générale. La sectorisation en psychiatrie infanto-juvénile a été mise en place par la circulaire du 16 mars 1972¹².

Des politiques spécifiques

Trois plans nationaux de santé mentale se sont succédé depuis 2001. La loi de modernisation de notre système de santé¹³ a créé les programmes territoriaux de santé mentale (PTSM). Les pouvoirs publics ont initié des plans ou des actions spécifiques notamment :

- pour les malades dangereux (unités pour malades difficiles, UMD),
- pour les personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète (unité hospitalière spécialement aménagée, UHSA),

⁹Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

¹⁰Circulaire du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique.

¹¹Circulaire n° 148 du 18 janvier relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

¹²Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents.

¹³Article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

- pour l'autisme (trois plans autisme puis stratégie nationale pour l'autisme ou sein des troubles du neuro-développement),
- pour les addictions (transformation des centres spécialisés de soins aux toxicomanes, CSST, et des centres de cure ambulatoire en alcoologie, CSAPA, en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, CSAPA, ainsi que le plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022).

De plus, des initiatives locales ont contribué à structurer notamment la prise en charge psychiatrique de la personne âgée avec mise en place de dispositifs et d'équipes mobiles d'évaluation des troubles psychiatrique du sujet âgé pouvant être déployés sur le territoire PAERPA (parcours de santé des aînés).

Une organisation de l'offre de soins en trois composantes

L'offre de soins en psychiatrie a la particularité de comporter une composante sectorisée (la plus importante en volume), une composante non sectorisée publique et une composante privée¹⁴.

La composante sectorisée est constituée d'établissements de santé publics ou privés d'intérêt collectif (ESPIC).

La composante non sectorisée regroupe des établissements publics (notamment certains CHU) et des établissements de santé privés à but lucratif.

La prise en charge du patient peut donc avoir lieu :

- en consultations ambulatoires (centres médico-psychologiques, consultations hospitalières, consultations privées),
- en hospitalisation à temps plein,
- en centres de postcure,
- voire en soins séquentiels : centres d'accueil et de crise d'urgence (CAC), hôpital de jour ou de nuit, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Capacités en psychiatrie

¹⁴Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Rapport IGAS, novembre 2017.

Psychiatrie générale : le développement de l'activité ambulatoire depuis les années 1970 a conduit à une diminution de l'ordre de 60 % du nombre de lits de psychiatrie générale. Le secteur public et les établissements privés à but non lucratif représentent environ les trois quarts des lits et des journées d'hospitalisation à temps plein.

170 établissements psychiatriques privés dispensent 25 % de l'activité psychiatrique nationale alors que 1/3 des départements ne disposent pas d'une offre d'hospitalisation privée. Les établissements privés développent désormais une diversification de leur offre vers l'ambulatoire et vers des centres de soins dédiés à une catégorie pathologique : trouble des conduites alimentaires, trouble bipolaire, pathologie psychiatrique de la personne âgée.

Les capacités d'accueil en hospitalisation partielle sont davantage développées en psychiatrie que dans les autres spécialités médicales et chirurgicales¹⁵. La DREES¹⁶ relève que « 80 % des patients reçus au moins une fois en psychiatrie dans l'année sont pris en charge exclusivement » sous la forme d'une hospitalisation à temps partiel. En 2016, le nombre de places pour une prise en charge à temps partiel était réparti, pour 74,2 %, dans les établissements publics, pour 18,3 % dans les établissements privés sans but lucratif et pour 7,5 % dans les établissements privés à but lucratif¹⁷.

Alors que la densité nationale moyenne d'équipement en lits et en places d'hospitalisation à temps complet est de 140 pour 100 000 habitants¹⁸, il existe de fortes disparités entre les départements, avec une densité plus élevée dans les départements ruraux et du centre de la France.

Les soins ambulatoires présentent également une forte disparité « de 3 structures pour 100 000 habitants en Eure-et-Loir à 23 structures pour 100 000 habitants en Corse du Sud ».

Psychiatrie infanto-juvénile : en trente ans, près de 70 % des lits ont été supprimés¹⁹ alors que le nombre d'hospitalisations a doublé. La part des établissements publics et des établissements

¹⁵Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France, DREES Etudes et résultats, octobre 2018, 1084.

¹⁶Les établissements de santé, Edition 2018, Panoramas de la DREES.

¹⁷Idem.

¹⁸Idem.

¹⁹Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Tome 2 Annexes, Rapport IGAS, novembre 2017.

privés à but non lucratif représente 90 % du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein. L'hospitalisation à temps partiel est plus importante en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie générale avec 67 % des journées d'hospitalisation contre 17 %.

Effectifs de psychiatres

Au 1^{er} janvier 2017²⁰, 12 636 psychiatres exerçaient en France métropolitaine et 283 dans les départements et collectivités d'outre-mer. La majorité avait un mode d'exercice salarié : 63 % en France métropolitaine et 80 % dans les DOM et les COM. La densité moyenne des médecins spécialisés en psychiatrie est de 15,2 pour 100 000 habitants avec des écarts de densité de l'ordre de 1 à 4 selon les départements. Selon les projections de la DREES, le nombre de psychiatres devrait diminuer de l'ordre de 3,3 % jusqu'en 2021 puis augmenter à l'horizon 2040.

Pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, étaient recensés 582 praticiens en France métropolitaine et 9 dans les DOM et les COM avec respectivement 62 % et 89 % en exercice salarié. La densité moyenne des médecins spécialisés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est de 5,5 pour 100 000 habitants avec une forte disparité selon les départements, 15 départements n'ayant aucun pédopsychiatre.

Si la pyramide des âges peut être considérée comme équilibrée en psychiatrie générale avec 29 % des praticiens âgés de 60 ans et plus, et 23 % âgés de moins de 40 ans, elle est très fortement déséquilibrée en pédopsychiatrie avec 80 % des praticiens âgés de 60 ans et plus, ce qui est annonciateur de départs massifs non remplacés.

Postes universitaires en psychiatrie et nombre de postes aux épreuves classantes nationales

Pour l'année universitaire 2018-2019, 528 postes d'internes ont été susceptibles d'être affectés en psychiatrie²¹, auxquels s'ajoutent trois postes offerts aux étudiants ayant signé un contrat d'engagement de service public.

²⁰Atlas de la démographie médicale en France, Conseil national de l'ordre des médecins, Profils comparés : 2007-2017.

²¹Arrêté du 17 juillet 2018 fixant, au titre de l'année universitaire 2018-2019, le nombre d'étudiants susceptibles d'être affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en médecine, par spécialités et par centres hospitaliers universitaires.

En 2017, on relevait 88 PU-PH en psychiatrie, ce qui correspond à un nombre faible pour cette discipline, et seulement 36 PU-PH en pédopsychiatrie. 9 universités françaises étaient dépourvues de PU-PH en pédopsychiatrie²².

De l'évolution nécessaire de l'offre de soins

La diversité de l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie a été relevée dans de nombreux rapports et articles. En 2014, M. Coldefy et C Le Neindre²³ soulignaient qu'en France, « le système de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une diversité des organisations (secteur libéral, secteur hospitalier, secteur médicosocial), des financements (rémunération à l'acte, établissements sous objectif quantifié national, budget global hospitalier), des structures (centres médico-psychologiques, lits hospitaliers, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques...) et des modalités de soins (prise en charge en ambulatoire, prise en charge à temps partiel et prise en charge à temps complet) et d'accompagnement (services d'accompagnement à la vie sociale et d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés, groupes d'entraide mutuelle...) ».

Trois domaines sont particulièrement perfectibles :

-Lisibilité de l'offre : l'IGAS²⁴ considère que la complexité du dispositif de soins est « en passe de devenir illisible » du fait de l'enchevêtrement des outils d'organisation : projet d'établissement de l'hôpital, projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, projet régional de santé, communautés psychiatriques de territoire, projet territorial de santé mentale.

De plus, les territoires ne se recouvrent que très imparfaitement : secteur, groupement hospitalier de territoire, communauté psychiatrique de territoire, territoire de la subdivision universitaire.

Enfin, à cette illisibilité de l'offre s'ajoutent le cloisonnement des financements entre secteurs sanitaire, médico-social et social, ainsi qu'une répartition inégale des moyens.

²²Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Tome 2, Annexes, Rapport IGAS, novembre 2017.

²³M. Coldefy, C. Le Neindre : Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Les rapports de l'IRDES, n° 558, décembre 2014.

²⁴Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Tome 1, Rapport IGAS, novembre 2017.

-Collaboration entre professionnels de santé : le rapport Laforcade²⁵ a constaté que le parcours de soin nécessitait de développer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres en renforçant les liens entre la ville et l'hôpital afin de réduire les ruptures dans ces parcours, de mieux prendre en charge les soins somatiques des usagers de la psychiatrie, de réduire les retards d'accès aux soins et d'améliorer la continuité des soins.

- Egal accès aux soins : les inégalités territoriales sont identifiées d'abord sur les équipements : l'écart des capacités en lits et places pour la psychiatrie générale variait de 1 à 3,5 en 2015²⁶. Ensuite, sur le nombre de professionnels de santé, la densité de psychiatres variait de 1 à 4 en 2016²⁷. Enfin, sur les différences de financement. A ces inégalités territoriales s'ajoutent des difficultés spécifiques à la pédopsychiatrie.

Ainsi, l'accès aux structures de soins peut être difficile et les délais d'attente peuvent être longs, notamment en pédopsychiatrie avec parfois des délais supérieurs à un an²⁸. L'insuffisance de psychiatres dans de nombreux établissements spécialisés en psychiatrie crée aujourd'hui une situation jusque-là inédite.

De plus, alors que le vieillissement de la population constitue un enjeu majeur de santé publique, les relations restent insuffisantes entre les intervenants : EHPAD, services sociaux et médico-sociaux, centres hospitaliers, secteurs psychiatriques et gériatrie.

Enfin, et d'une manière générale, dans l'organisation de l'offre de soins, la place des usagers de la santé mentale mérite d'être renforcée afin qu'ils deviennent des acteurs à part entière du système de santé.

La situation préoccupante de la pédopsychiatrie

Le déficit manifeste en médecins spécialistes et en universitaires en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que les délais d'accès aux soins, ont été soulignés précédemment.

²⁵Rapport relatif à la santé mentale, M. Laforcade, octobre 2016.

²⁶Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Tome 1, Rapport IGAS, novembre 2017.

²⁷Idem.

²⁸Idem.

Dans plusieurs établissements psychiatriques publics, des psychiatres en charge de services hospitaliers de psychiatrie de l'enfant n'ont pas de qualification en pédopsychiatrie. Toutefois, si la clinique psychiatrique est essentiellement commune à l'adulte et à l'enfant, certaines pathologies sont spécifiques à l'enfant et à l'adolescent. Ainsi, les troubles du neuro-développement incluent, selon la classification DSM5²⁹, la déficience intellectuelle, les troubles spécifiques des apprentissages, les troubles moteurs, les troubles de la communication sociale, les troubles du spectre de l'autisme (TSA) et les troubles du déficit de l'attention avec hyperactivité. Des pathologies telles que l'anorexie mentale de l'enfant et le déficit de l'attention avec hyperactivité sont nouvelles par leur fréquence.

Les modalités d'expression de la dépression, du trouble bipolaire ou du trouble anxieux ont des caractéristiques sémiologiques et évolutives spécifiques. Les thérapeutiques à leur opposer appellent une expertise propre au pédopsychiatre qui doit, en outre, avoir une formation spécifique sur le neuro-développement et ses troubles et savoir interagir avec d'autres spécialistes tels que les neuro-pédiatres.

Les Maisons de l'adolescent, théoriquement présentes dans chaque département suite à la conférence de la famille de 2004, constituent un outil pertinent pour l'accès aux soins de cette population. Ces Maisons ont pour mission d'informer, conseiller et accompagner les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes. Toutefois, des missions plus larges devraient être attendues : éducation à la santé et actions de prévention de fléaux tels que les addictions.

La stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022 au sein des troubles du neuro-développement a fait suite à trois plans Autisme. On évalue à environ 5 % de la population française le nombre de personnes présentant en France au moins un des troubles sévères du neuro-développement, soit de l'ordre de 35 000 naissances par an. Parmi eux, les troubles du spectre autistique représentent de l'ordre de 1 % de la population générale, soit 700 000 personnes dont 100 000 jeunes de moins de 20 ans et 7 500 naissances par an.

Les deux principales difficultés identifiées dans les précédents plans étaient, d'une part, l'errance diagnostique aboutissant à un diagnostic tardif et conduisant à un retard de prise en charge alors qu'il est établi que les interventions précoces peuvent aider l'enfant à progresser et, d'autre part, un reste à charge élevé en raison d'interventions réalisées par des professionnels non conventionnés (psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes).

²⁹5^{ème} édition de la classification « Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ».

C'est ainsi que la stratégie nationale pour l'autisme a pris, parmi ses engagements, celui d'intervenir précocement auprès des enfants présentant des différences de développement afin de limiter le sur-handicap. A cette fin, la stratégie nationale a proposé la mise en place d'un parcours de soins des 0-6 ans en matière de troubles neuro-développementaux avec, pour actions :

- de « repérer les écarts au développement des très jeunes enfants », ce qui nécessite de former massivement les professionnels concernés au repérage précoce des troubles neuro-développementaux et de les sensibiliser afin d'adresser l'enfant vers le médecin généraliste ou le pédiatre dès les premiers signaux d'alerte,
- de « confirmer rapidement les premiers signaux d'alerte » en « outillant » les médecins de 1^{ère} ligne au travers d'examen obligatoires dès 9 et 24 mois, en lien avec le nouveau carnet de santé, et de les sensibiliser afin, en cas de confirmation des signaux d'alerte, qu'ils adressent l'enfant à des professionnels de 2^{ème} ligne spécialisés sur les troubles du neuro-développement,
- d'« intervenir immédiatement et réduire les délais de diagnostic » en mettant en place une plate-forme d'intervention et de coordination « Autisme TND » de 2^{ème} ligne, « chargée d'organiser rapidement les interventions de différents professionnels libéraux (ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) sans attendre le diagnostic, selon un parcours de soins sécurisé et fluide »,
- de « réduire très fortement le reste à charge pour les familles » en mettant en place « dès 2019, un « forfait intervention précoce » permettant de financer le recours aux professionnels non conventionnés par l'assurance maladie (psychomotricien, bilan neuropsychologique, ergothérapeute...) ».

La loi de financement de la sécurité sociale de 2019, puis le décret du 28 décembre 2018³⁰, ont mis en place le parcours de bilan et d'intervention précoce pour ces troubles. Ces différents niveaux d'offres de soins doivent être rendus visibles pour la population.

³⁰Décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.

La psychiatrie du sujet âgé

La psychiatrie de la personne âgée, ou géronto-psychiatrie, n'a pas rang de spécialité et est insuffisamment développée en regard des besoins actuels et à venir du fait du vieillissement de la population.

Les symptômes émotionnels, anxieux et dépressifs précèdent de plusieurs années les symptômes cognitifs qui, dans certains cas, évolueront vers une pathologie démentielle type maladie d'Alzheimer ou vers les symptômes moteurs qui vont signer une maladie de Parkinson.

L'accompagnement de la personne âgée manifestant un début de perte d'autonomie doit avoir pour mission d'œuvrer à un maintien des capacités préservées par l'âge en s'appuyant sur des stratégies de stimulation psycho-comportementale. Il faut pour cela savoir reconnaître et corriger les symptômes de renoncement, voire de dépression, qui interdiraient la participation à une stimulation des capacités cognitives, affectives et sociales.

De même faut-il savoir répondre à l'émergence de troubles psycho-comportementaux caractéristiques des formes avancées de détérioration intellectuelle et motifs d'institutionnalisation de la personne.

L'évaluation de la qualité du vieillissement cérébral, des conditions de vie les plus adaptées à la personne âgée, l'utilisation des outils thérapeutiques appellent des compétences spécifiques.

Les troubles addictifs

Dans de nombreux lieux du territoire national, les addictions aux substances licites (alcool, tabac) sont traitées à l'hôpital général, les addictions aux substances illicites (cannabis, cocaïne, héroïne, ...) à l'établissement psychiatrique. De réelles avancées ont été obtenues par le dispositif de soins, en particulier grâce à la mise à disposition de produits de substitution des opiacés, de matériels d'injection, et grâce à la mise en œuvre de campagnes d'information et de dépistage d'éventuelles complications infectieuses.

La consommation d'alcool a globalement diminué alors que de nouvelles problématiques de santé publique sont apparues telles que le phénomène du « binge drinking » et l'épidémie de consommation de cannabis et de nouvelles drogues de synthèse. Les actions de prévention

restent trop timides en particulier auprès de populations telles que les jeunes, les enseignants et les professionnels de santé.

Il est à regretter que la Mission Interministérielle de lutte contre les toxicomanies soit relayée au niveau départemental dans une vision exclusive d'ordre public .Il conviendrait qu'existe dans chaque département une cellule ayant mission d'inciter les actions préventives et de coordonner les missions des acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Annexe 4 : L'enseignement

Au regard de leur fréquence et de leurs impacts individuels et collectifs, les maladies mentales sont trop peu enseignées.

Auprès du public

L'amélioration du niveau de connaissances sur le fonctionnement psychique et ses perturbations est un enjeu des prochaines années pour que recule le stigma et soit effectif un dépistage aussi précoce que possible des maladies mentales. On constate qu'il s'écoule aujourd'hui plusieurs années entre l'émergence des premiers symptômes et la consultation qui permet un diagnostic et la mise en route de la thérapeutique d'une maladie mentale. Nulle autre pathologie ne connaît un tel retard, qui a des effets délétères sur le pronostic clinique et social.

L'éducation du public sera d'autant plus efficace qu'elle sera entreprise dès l'école. Les enfants dont la classe accueille des enfants autistes révèlent leurs capacités à s'adapter et à tolérer aujourd'hui et demain les différences psycho-comportementales générées par ces maladies.

Les nouveaux outils d'information et d'éducation sont en mesure de devenir des vecteurs d'informations constructives, notamment pour ce public jeune, sur la protection de la santé mentale et le repérage des pathologies.

Auprès de certains professionnels

En dehors des métiers du soin, certaines professions ont un rôle évident dans le repérage des perturbations psychiques, en particulier les enseignants et les hommes de loi...

Les médias ont aussi un rôle à jouer en continuant à évoluer dans leur présentation des maladies mentales comme ils ont commencé à le faire, par exemple, pour la bipolarité ou les maladies dépressives.

Auprès des patients et de leurs familles

Les programmes de psycho-éducation et d'éducation thérapeutique à l'intention des patients et les programmes de formation à l'intention des familles tels qu'ils existent déjà (notamment Profamille), doivent devenir partout disponibles.

Aux futur(e)s infirmier(e)s

Un volume suffisant d'enseignement et de formation à la psychiatrie est nécessaire pour tout futur professionnel sanitaire.

Ceci vaut pour les futur(e)s infirmier(e)s. Alors qu'avait existé une filière spécifique pour les futur(e)s infirmier(e)s en psychiatrie (dont la compétence était alors limitée à cette spécialité), il a suffi de quelques années, après le passage en 1992 à une formation commune pour l'ensemble de la profession infirmière, pour que le volume d'heures d'enseignement théorique et la durée des stages en psychiatrie imposés soient progressivement réduits à la portion congrue, afin de laisser place à des enseignements et des stages en soins somatiques : moins de 100 heures d'enseignement et moins de 1 mois de stage en psychiatrie sont aujourd'hui requis au cours des 3 années de formation !

Aux futurs médecins

Il faut souhaiter que le caractère obligatoire d'un stage en psychiatrie au cours de la formation des futurs médecins généralistes, tel qu'annoncé par la Ministre de la Santé, soit mis en oeuvre. La pertinence d'une telle mesure est d'évidence si l'on veut bien considérer la fréquence des aspects psychologiques et/ou psychopathologiques de la patientèle à laquelle seront confrontés ces médecins : souffrances et troubles psychiques motivent 30 % des actes de consultation d'un médecin généraliste. Les outils de traitement d'une maladie mentale doivent être maîtrisés par ces médecins qui sont les premiers prescripteurs de médicaments psychotropes.

Aux futurs psychiatres

La durée de formation des futurs psychiatres est actuellement de 4 ans. La séparation de la neuropsychiatrie en neurologie et psychiatrie a abouti à une excessive distanciation entre ces deux spécialités : il faut créer les conditions d'une formation à la clinique psychiatrique pour les futurs neurologues, et réciproquement, comme l'a récemment souligné l'Académie Nationale de Médecine ⁽³¹⁾. La maquette du 3^{ème} cycle des études médicales pour le DES de psychiatrie ne comporte pas cet objectif.

Le passage à un DES de 5 ans (conforme aux recommandations européennes) pour la psychiatrie et pour la neurologie devrait aller de pair avec une obligation de formation à la neurologie pour les futurs psychiatres (à la neuro-pédiatrie pour les futurs psychiatres de l'enfant et de l'adolescent) et avec une obligation de formation à la psychiatrie pour les futurs neurologues. Pour les futurs psychiatres, un apprentissage des techniques psychothérapeutiques est aussi une nécessité à inclure et à structurer dans la maquette du DES.

Une urgente nécessité est de corriger le trop faible nombre d'enseignants en psychiatrie : on compte moins de 100 PU de psychiatrie générale (pour 2.000 internes en psychiatrie) et 36 PU de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent. En comparaison 93 PU de neurologie assurent la formation de 500 internes en neurologie.

Dans les 15 prochaines années, le nombre de personnes de plus de 75 ans sera multiplié par 3. Une formation à la géronto-psychiatrie comme surspécialité n'est hélas pas prévue dans notre pays, au contraire de ce qui existe ailleurs notamment en Angleterre.

Le versant médico-légal de la psychiatrie est également délaissé, ce qui aboutit à une qualité de l'expertise psychiatrique judiciaire reconnue insuffisante. Les enquêtes épidémiologiques révèlent une surreprésentation des maladies mentales dans la population carcérale : environ 10 % des détenus souffrent de schizophrénie alors que cette pathologie affecte environ 1 % de la population générale. Une filière universitaire de psychiatrie médico-légale semblable à ce qui existe pour la psychiatrie de l'enfant et l'adolescent est à mettre en place.

³¹Bull. Acad. Nale de Méd., 2018, 202, n° 1, 15-16.

Aux futurs psychologues cliniciens

La formation des psychologues cliniciens au sein des UFR de psychologie clinique est trop éloignée des structures de soin en particulier hospitalières. Dans de nombreux pays, le cursus des futurs psychologues cliniciens est semblable à celui de l'internat des futurs médecins, et le cursus de psychologie fait partie des études de santé : ceci devrait s'appliquer en France.