

Note pour la stratégie nationale de santé mentale

Alain Ehrenberg, CNSM, CNRS

Principes directeurs de l'action publique en santé mentale : transversalité, décloisonnement, coopération

Le grand changement : les maladies mentales représentaient un enjeu médical pour la société et l'offre de soins en était le pivot, la santé mentale est un enjeu *total*, et pour deux raisons : 1. les problèmes de santé mentale sont *transversaux*, ils dépassent largement le domaine de la psychiatrie et ne relèvent pas seulement de politiques publiques de santé ; 2. la santé mentale elle-même, au sens positif du terme, est une *ressource* pour mieux affronter les contingences de l'existence dans une société exigeant un fort autocontrôle émotionnel et pulsionnel pour s'accomplir dans la vie : elle est un *investissement social*.

La politique de santé mentale, dans laquelle doit s'intégrer la psychiatrie, s'inscrit dans un cadre coopératif large incarné dans les territoires par le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). La spécificité de la santé mentale implique une articulation avec les domaines du social, de l'éducatif, du travail et de l'emploi, du judiciaire et du logement. Le caractère *particulièrement multidimensionnel* des handicaps associés aux troubles mentaux (ils affectent sous des formes diverses et à des degrés variables la vie sociale et personnelle des personnes) exige une telle articulation, notamment pour les personnes en situation de *précarité* qui cumulent des problèmes traversant l'ensemble de ces domaines.

Tout le monde s'accorde pour que l'organisation de l'action soit centrée sur le *parcours individuel* et *les besoins des personnes*. Cette organisation implique le *décloisonnement* (entre ministères et entre les directions générales de chaque ministère, particulièrement celui de la santé et des solidarités, DGS, DGOS, DGCS, jusqu'au terrain le plus local) et la *collaboration* entre toutes les parties prenantes, et tout particulièrement avec les usagers-patients qui doivent être associés à toutes les phases, d'élaboration, de décision, de mise en place et d'évaluation.

Si des progrès sont constatés, le *problème général* est, en s'appuyant sur un ensemble d'innovations ayant fait leurs preuves¹, d'*accélérer* le passage d'un système d'actions où l'on protège, soigne, prend en charge ou accompagne selon des critères de statuts (sanitaire, médicosocial, social), à un système d'actions centré sur les trajectoires individuelles, ce qui implique d'être particulièrement soucieux des transitions.

À une *politique renouvelée* de santé mentale doit donc s'ajouter une *dimension accentuée de décloisonnement*, de l'interministériel au local, pour que les questions de santé mentale soient inscrites dans *toutes* les politiques publiques et ne se limitent pas à la question du soin.

De cette analyse découlent *sept propositions* qui devront être affinées et amendées au cours de la concertation à venir.

1. *Mettre en place la nouvelle organisation territoriale : le PTSM et le panier de services, vecteurs des parcours et de la lutte contre les inégalités territoriales*

Le PTSM doit être une réalité au bout de cinq ans avec un objectif d'augmentation de l'égalité territoriale. Les *missions de la psychiatrie*, adulte et infanto-juvénile, doivent être franchement pensées dans ce cadre décloisonné et le cahier des charges des CMP devra être remanié. C'est là une condition nécessaire pour réduire les ruptures de parcours.

¹ Listés par les missions Michel Laforcade et Jean-Louis Brison/Marie-Rose Moro.

La dynamique en cours avec le décret et l'instruction doit constituer le cadre stratégique permettant à la fois de fluidifier les parcours individuels et de promouvoir une plus grande égalité de l'offre de santé mentale dans les territoires. Celle-ci sera subordonnée à la présence d'une large palette de prestations et de services, à même de répondre aux besoins des personnes concernées et de garantir un accès équitable aux soins mais aussi à l'ensemble de l'accompagnement auquel chacun peut prétendre, quel que soit son lieu de domicile.

L'idée directrice des prises en charge et des accompagnements est de faciliter autant que possible la capacité à vivre en société malgré les contraintes de la pathologie : les problématiques du *rétablissement*, qui ont amorcé leur ascension au début des années 2000, doivent être encouragées. Elles font consensus pour promouvoir, au-delà de la stabilisation des symptômes, des capacités à mener une vie plus choisie et à apporter une contribution à la société. Le rétablissement met fortement en cause la division entre le sanitaire et le social, il « fait appel de manière itérative ou concomitante aux soins et à l'accompagnement social et médico-social »². Il a des conséquences sur les *professions* dont les *formations* doivent être systématiquement conçues pour *réduire les cloisonnements*.

Les *Conseil locaux de santé mentale* (CLSM) plateformes de concertation et de coordination impliquant les élus et les acteurs locaux, sont un outil pour agir de façon coordonnée tout en favorisant la démocratie sanitaire. Inscrits dans la LMSS, ils doivent constituer un *modèle de gouvernance partagée* en santé mentale et constituer la cheville ouvrière pour agir de façon coordonnée et décroisée dans une logique territoriale et de parcours qui tienne compte de *l'ensemble* des dimensions de la vie quotidienne.

2. *Se donner les moyens de généraliser des innovations ayant fait leurs preuves*

Transversalité, décroisement et coopération, mais également changements dans les soins et l'accompagnement : les acteurs ont innové au cours des dix ou quinze dernières années (rapports Moro-Brison et Laforcade), mais il s'agit bien souvent d'initiatives locales. Dans notre secteur, le problème est moins d'innover que d'*accompagner l'innovation pour la généraliser*. Un obstacle majeur : les décideurs ne savent pas s'emparer de l'évaluation pour la capitaliser et l'essayer. Les méthodes existent, il suffit d'apprendre à les employer³.

L'objectif est double : permettre de mieux impliquer-motiver-mobiliser les acteurs (en valorisant leurs initiatives) et concentrer les financements sur des projets à effets démontrés.

3. *Démocratie sanitaire, pouvoir d'agir des patients-usagers, lutte contre la stigmatisation : une perspective globale*

« Rien à propos de nous sans nous » : à l'instar de nombreux pays étrangers, la Stratégie nationale de santé doit impliquer pleinement les usagers, personnes directement concernées par les troubles psychiques dans toute décision les concernant : que ce soit au niveau de la politique nationale, régionale et locale, l'organisation et le fonctionnement des services, leur évaluation ainsi que dans les soins et accompagnements dont ils ont besoin. L'égalité prise en compte de la parole des usagers constitue un *levier de changement considérable des pratiques*. Elle permet d'augmenter les compétences des professionnels et de mettre en place un système de santé mentale réellement adapté à leurs besoins. L'intégration d'usagers dans la formation des professionnels, dans les équipes de soins et d'accompagnement, dans la recherche sur les services de santé mentale est encore embryonnaire en France et doit être

² Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet handicap psychique, 2016, p. 4.

³ L'ANSA et France-Stratégie possèdent une expertise susceptible d'être employée en santé mentale

développée. La prise en compte de leur pouvoir de décider et d'agir dans les soins et accompagnements qui leur sont proposés doit être une condition indispensable à leur prise en charge et à leur cheminement vers le rétablissement dans le cadre d'un parcours de santé et de vie choisi. Afin de réduire le retard au diagnostic et de favoriser l'inclusion sociale des personnes, des actions d'éducation à la santé mentale, de lutte contre la stigmatisation doivent être généralisées. La France est en retard en matière de démocratie sanitaire, cela nuit non seulement à la démocratie, mais également à l'efficacité de l'action pour les personnes vivant avec des troubles psychiques.

4. *Précarités et vulnérabilités*

La précarité désigne moins un public spécifique avec des besoins spécifiques que *des moments et des lieux* où les personnes atteintes de troubles psychiques sont plus vulnérables et où les personnes en situation de précarité sont plus exposées à ces troubles. Ces populations sont particulièrement vulnérables à la segmentation des politiques publiques parce qu'elles cumulent des problèmes sociaux, administratifs et de santé. La priorité est de soutenir les professionnels du social et du sanitaire pour renforcer leurs coopérations (dans la formation initiale et continue, formations croisées, etc.). Pour les personnes les plus éloignées du système de santé, la médiation (notamment linguistique) doit être développée. Le développement à poursuivre des EMPP et PASS devrait comporter un cahier des charges prenant en compte les disparités entre territoires et entre publics.

Il faudra porter une attention particulière à articuler la politique de santé mentale avec celle de l'adaptation de la société au vieillissement, qui s'avère particulièrement cruciale au regard des processus de vieillissement précoce qui affectent les personnes atteintes de troubles psychiques

5. *Promotion de la santé et prévention des risques de la petite enfance au jeune adulte*

Les rapports Brison-Moro et Giampino proposent d'organiser l'action selon un axe éducation/santé qui implique une série de réformes dans la régulation des professions concernées (unification du corps des psychologues de l'Éducation nationale, unification des métiers de la petite enfance avec des formations communes et l'élaboration de référents communs). Les outils : les « parcours éducatif de santé », les projets d'établissement, qui doivent inclure « un volet sur l'éducation à la santé et au bien-être » et les compétences transversales. Ces dernières sont insuffisamment développées dans l'école française (rapport France Stratégie 2016) alors qu'elles jouent un rôle fondamental tant pour la future socialisation du sujet que pour son équilibre psychique.

Les tensions sont particulièrement fortes sur la pédopsychiatrie : il faut *simultanément* penser les mesures propres à son renforcement (notamment la nécessité de la faire reconnaître comme une spécialité, au même titre que la psychiatrie adulte) et son décloisonnement avec toutes les professions intervenant dans la santé mentale. Il faut également avancer sur pédopsychiatrie et autisme (4^e plan autisme).

6. *Développer l'intelligence collective : améliorer l'outillage de surveillance, d'évaluation et de recherche pour rendre le système de santé mentale plus réflexif et faciliter l'appropriation d'une culture de la recherche par les acteurs.*

L'objectif est double : une meilleure connaissance de la réalité et l'implication de tous les acteurs dans l'intelligence de la réalité. Il convient, d'une part, d'améliorer le système d'informations en le centrant sur le parcours de l'individu, notamment l'information en provenance des institutions sociales et médico-sociales. Il faut, d'autre part, renforcer la recherche sur les systèmes de santé, notamment la recherche participative associant les usagers, cela passe par un soutien à la recherche académique et par le renforcement d'une culture de la recherche et de l'évaluation chez les professionnels de santé, de l'éducation et du social s'avère indispensable pour que ces professionnels se l'approprient. Le groupe de travail « Intelligence collective » du CNSM fera des propositions.

7. Création d'un Observatoire national de la santé mentale

Le CNSM a pour mission est de veiller à la bonne articulation entre les politiques publiques impliquées dans la santé mentale. Un tel observatoire permettrait à terme d'avoir une vue d'ensemble et serait l'institution chargée de suivre l'augmentation de l'« intelligence collective ». Ses missions de surveillance agrégeraient celles de deux projets en cours, sur la contrainte (fonction d'observatoire portée par le comité de pilotage de la psychiatrie) et le suicide. Elles porteraient au moins sur *quatre* domaines : les droits et libertés des patients (problématique plus large que la contrainte), l'avancement des actions de prévention du suicide inscrites dans des stratégies de santé mentale (le groupe de travail « prévention du suicide » fera des propositions), les actions et dispositifs innovants susceptibles d'être généralisés, le suivi des priorités des projets territoriaux de santé mentale. Un projet d'Institut de la santé des jeunes est également recommandé par le rapport Moro-Brison.

Explorer les expériences *étrangères* en la matière avant de prendre toute décision. Impliquer l'INSERM, via son institut dédié à la santé publique, et le CNRS, via l'INSHS. Universités : développer la formation et la recherche en épidémiologie et en sciences sociales ; promouvoir la psychiatrie sociale, inexistante en France⁴, dans la formation des psychiatres (avec des postes de PU-PH et des équipes de recherches).

*

Cette note a été élaborée avec l'appui de quelques membres du groupe de pilotage du CNSM⁵. Il me semble indispensable que le Conseil, dont c'est la fonction, soit saisi du projet de Stratégie nationale de santé pour formuler un avis avant son adoption par le gouvernement. La prochaine assemblée plénière du CNSM, prévue le 5 décembre, pourrait être l'occasion d'une telle saisine.

⁴ Les Etats-Unis disposent de l'excellent *Psychiatric Services*.

⁵ M. Laforcade, V. Cailliet, H. Zeroug-Vial, M. Auffret, M. Coldefy et N. Henckes.