



Notes et projets
2 juin 2021

Santé mentale et psychiatrie : nouveau laboratoire des politiques de santé ?

A l'image de notre système de santé depuis quelques années, la psychiatrie française « se trouve dans un état permanent de crise »^[1]. Pourtant, la psychiatrie doit beaucoup à la France où elle a été inventée à la fin du XVIIIème siècle par le médecin-chef de la Pitié Salpêtrière, Philippe Pinel, qui préconisa le désenchaînement des aliénés. Quelques décennies plus tard, Jean-Etienne Esquirol organisa la psychiatrie française en obligeant chaque département à se doter d'établissements spécialisés. C'est également en France que les premières recherches sur les maladies du système nerveux verront le jour avec Jean-Martin Charcot, dont les travaux seront importants dans la formation de Sigmund Freud. La France a enfin été pionnière dans le développement des premiers neuroleptiques, introduits par Jean Delay et Pierre Deniker à partir des découvertes du neurobiologiste Henri Laborit.

La France a donc longtemps joué un rôle pionnier dans la psychiatrie avant de décrocher à la fin du XXème siècle. Aujourd'hui, l'état de la psychiatrie en France est critique, tant du point de vue des soignants que des patients et constitue un signal d'alarme pour l'ensemble de notre système de santé. L'augmentation rapide des besoins en santé mentale suscitée par la pandémie de Covid-19 lève le voile sur l'état de délabrement de la psychiatrie française et appelle à des réformes systémiques comme à un regard nouveau sur une discipline trop souvent délaissée.

I. La psychiatrie : « un état permanent de crise »

D'un point de vue épidémiologique, les maladies psychiatriques constituent un ensemble hétérogène de pathologies dont la prévalence est extrêmement élevée : en effet, environ 12 millions de Français souffrent chaque année d'un trouble mental, soit près de 20% de la population. Ces maladies, souvent stigmatisées et méconnues, sont à la fois très fréquentes, complexes et largement interconnectées à l'environnement des malades. Les maladies les plus fréquentes sont les dépressions, les troubles anxieux, les addictions, les troubles bipolaires, les schizophrénies, les troubles du spectre de l'autisme.

Les trois quarts de ces maladies apparaissent avant l'âge de 25 ans mais ne sont souvent pas diagnostiquées, ou alors très tardivement, et la qualité des soins

dispensés reste très hétérogène. Les difficultés d'accès aux soins liées à ces maladies, de même que les comorbidités somatiques - dont souffrent les deux tiers des malades, ont des conséquences fortes sur leur espérance de vie. Ainsi, une personne atteinte d'un trouble psychiatrique sévère meurt en moyenne entre 13 ans (pour les femmes) et 16 ans (pour les hommes) plus tôt que le reste de la population.[2] Les taux de suicides élevés en France sont également liés en partie aux difficultés de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Afin de faciliter les diagnostics et d'assurer leur homogénéité, de nombreux travaux ont vu le jour au cours de la deuxième moitié du XXème siècle pour proposer des classifications. Deux outils ont été développés dans ce cadre : la classification internationale des maladies (CIM), produite par l'organisation mondiale de la santé (OMS), et le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) produit par l'association américaine de psychiatrie. Des versions actualisées de ces classifications sont publiées régulièrement, suscitant à chaque fois débats et polémiques au sein d'une discipline dont les conflits - plus ou moins larvés, et les guerres idéologiques incessantes ont contribué à la marginaliser.

Ces résultats désastreux sont-ils le signe d'un déficit d'investissement sur le sujet ? Lorsque l'on regarde les grands agrégats de dépenses de l'Assurance maladie, la réponse est loin d'être évidente. En effet, la psychiatrie constitue le premier poste de dépenses par pathologie de l'Assurance maladie, loin devant les maladies cardiovasculaires ou le cancer[3]. De plus, le nombre de psychiatres par habitant en France est l'un des plus élevés de l'OCDE.[4] La demande de son côté explose : selon un récent rapport de la Cour des comptes[5], en 2020 on comptait 2 millions de consultations en ambulatoire, 340 000 hospitalisations à temps complet par an dont 82 000 sans consentement.

La pandémie de Covid-19 a de plus des conséquences fortes sur la santé mentale des populations : entre septembre et fin novembre 2020, les symptômes dépressifs ont ainsi été multipliés par deux en France[6], 65% des Français souffrent aujourd'hui de problèmes de sommeil et la consommation d'anxiolytiques et d'alcool a largement augmenté en population générale[7]. Certaines populations sont particulièrement touchées : les femmes, les jeunes, les personnes les plus précaires. Les conséquences psychiatriques de cette pandémie, qui génère stress, incertitudes, deuils et précarité économique, vont peser de façon lourde sur notre système de santé et nos sociétés pendant les prochaines années. Nous sommes aujourd'hui à un moment charnière qui doit nous inciter collectivement à repenser tant l'offre proposée en psychiatrie que le regard que nos sociétés posent sur ces maladies.

II. La psychiatrie, miroir grossissant des failles de notre système de santé

Parce qu'elle concerne des pathologies particulièrement complexes et qu'elle interroge notre capacité à prendre soin des plus vulnérables, la psychiatrie constitue un excellent baromètre des performances d'un système de santé. A y regarder de plus près, la psychiatrie nous livre nombre d'enseignements non seulement sur les soins et sur leur organisation, sur la capacité de notre système de santé à faire agir ensemble de multiples acteurs et à organiser une prévention efficace, mais aussi sur sa capacité à innover et à se transformer. Les maux de la psychiatrie agissent comme un miroir grossissant des défauts de notre système de santé.

Une organisation cloisonnée et hospitalo-centrée

L'organisation territoriale de la psychiatrie présente des caractéristiques très originales dans le système de santé français marqué par la liberté d'installation des professionnels et la liberté de choix des patients. En effet, la circulaire du 15 mars 1960 a mis en place le principe de la sectorisation dont l'objectif était de proposer une prise en charge psychiatrique gratuite, précoce et complète proche du lieu de vie du patient. La France est ainsi découpée en environ 800 secteurs pour les adultes (couvrant chacun autour de 70.000 personnes) et 300 secteurs pour les enfants et adolescents (couvrant chacun environ 200.000 mineurs).[8] Malgré les transformations de la psychiatrie et la complexification des besoins, les professionnels restent très attachés au secteur dont le principe a été réaffirmé par la loi santé du 27 janvier 2016. Pourtant, malgré son originalité et son ambition émancipatrice pour les patients à travers une prise en charge qui se veut hors les murs, le secteur de psychiatrie vit dans un « splendide isolement », coupé à la fois du somatique, du médico-social et de la ville, alors même que les malades, qui présentent de nombreuses comorbidités et des besoins très larges, nécessitent des prises en charge coordonnées.

Ainsi, et malgré ses spécificités, les critiques formulées à l'encontre de l'organisation des soins psychiatriques sont finalement très proches de celles émises à l'encontre du système de santé français en général. Elles sont ainsi résumées dans le récent rapport de la Cour des comptes : « L'organisation des soins est construite en « silos », éclatée entre divers modes de prise en charge, y compris le plus souvent au sein d'un même opérateur. De plus, cette offre multiple est très différente suivant les territoires, certains étant beaucoup plus dotés que d'autres. En outre, elle n'est pas graduée par type de besoin. »[9]. La Cour des comptes dénonce également l'hospitalo-centrisme, la « part trop importante des hospitalisations de longue durée », « la mauvaise articulation entre l'hospitalisation et les dispositifs de sortie », la « rareté des suivis à domicile », ainsi que « des outils empilés sans cohérence suffisante » : l'ensemble de ces constats pourraient facilement être transposés pour décrire les parcours de soins dans de nombreuses maladies chroniques.

Dans le cas de la psychiatrie, comme dans celui de nombreuses pathologies, la médecine générale constitue un rouage important et souvent négligé, tout particulièrement pour les troubles les plus fréquents. En effet, près de 60% des premières consultations pour trouble psychique se font en médecine de premiers recours et ce chiffre va augmentant selon la dernière étude de la DREES, avec 72 % des médecins généralistes qui estiment que ces demandes sont plus fréquentes qu'à l'ordinaire et 16 % que le nombre de ces consultations a augmenté de plus de 50 % (DREES 2021). Or la coordination entre médecine générale et psychiatrie est extrêmement défailante, qu'il s'agisse du secteur public ou de la psychiatrie libérale. La France est en effet le pays européen dans lequel l'adressage du médecin généraliste au psychiatre est le plus faible selon l'étude ESEMeD menée dans six pays européens[10], avec seulement 22% des médecins généralistes qui adressent leurs patients en souffrance psychique à un spécialiste. Ce sont aujourd'hui moins de 6% des patients en Centres médico-psychologiques adultes (CMP) qui ont été adressés par des médecins généralistes[11]. En l'absence de tout lien avec le secteur de

psychiatrie et la psychiatrie libérale, les urgences psychiatriques restent parfois la seule solution d'adressage.

L'absence de politique de prévention

Le passage d'une politique du « cure » au « care » est devenu un enjeu majeur pour notre système de santé. En effet, si l'espérance de vie des Français reste élevée, le niveau de mortalité dit « prématuré » (décès survenus avant 65 ans) est important en France, en grande partie en raison de la faiblesse des politiques de prévention. Ainsi, plus de 30% des cancers et 20% des maladies du système circulatoire pourraient être évités chaque année si une politique de prévention efficace était menée[12]. Or la prévention dite « institutionnelle » ne représente qu'une part très faible des dépenses de santé : environ 93 euros par habitant en 2018 soit 2,2 % de la dépense courante de santé[13].

Encore une fois, la psychiatrie confirme cette tendance plus qu'elle ne se distingue du reste du système de santé : les politiques de repérage précoce et de prévention sont quasi-inexistantes en matière de psychiatrie. Les cinq premières années des maladies psychiatriques constituent pourtant une phase critique au cours de laquelle les réponses aux traitements sont les meilleures et les chances de rémission les plus grandes. Or, en raison de la stigmatisation qui les entoure et d'un déficit de formation et de sensibilisation, on parle peu des maladies psychiatriques et des actions de prévention qui peuvent être mises en place pour améliorer la santé mentale. L'accès aux soins est difficile et les retards au diagnostic sont nombreux : en moyenne de cinq ans pour la schizophrénie, il est de dix ans pour les troubles bipolaires[14]. Comme le soulignait un rapport du Sénat en 2009[15], « l'ignorance dans lequel se trouve l'entourage pour identifier les premiers symptômes, la tendance à banaliser la première crise font perdre un temps précieux avant la consultation d'un médecin spécialiste ».

A ces retards au diagnostic aux conséquences néfastes, il faut ajouter la perte de chance de toutes les personnes souffrant de troubles mentaux qui ne sont pas prises en charge. Cette population oubliée représenterait entre 40% et 60% des personnes souffrant de troubles psychiques qui ne reçoivent aucun traitement pour leur maladie[16]. Ce chiffre montre l'importance de la détection précoce et d'une approche systématique pour éviter de laisser au bord de la route des millions de personnes en souffrance psychique et nécessitant des soins.

Les personnes souffrant de troubles mentaux ont plus de difficultés que le reste de la population à avoir accès aux soins pour plusieurs raisons : cela tient à la fois de la stigmatisation des maladies mentales, perçues comme honteuses par les patients, leurs proches ou encore par les professionnels de santé ; à un coût plus élevé pour les patients (les psychologues de ville ne sont pas remboursés par exemple) ; à des difficultés à avoir recours aux soins ainsi qu'à la complexité des parcours de soins.

Des inégalités de santé importantes

Les inégalités de santé sont devenues un thème central dans les débats sur les politiques sanitaires. Elles constituent une véritable priorité en matière de santé mentale.

Ces inégalités portent largement sur l'offre de soin : les capacités d'accueil, les moyens humains (qu'ils soient sectorisés ou libéraux) et les pratiques divergent largement d'un territoire à un autre. Dans son étude sur le sujet, M. Coldefy[17] soulignait de plus que « les évolutions ont souvent accompagné les inégalités existantes plutôt que de les corriger. (...) Cet ensemble a abouti à des situations très diversifiées en matière d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie entre les territoires. »

De même, les inégalités de santé sont très marquées dans la psychiatrie, certaines populations étant particulièrement touchées par les troubles psychiques comme on le voit avec les impacts psychologiques de la pandémie de Covid-19 qui affectent massivement les femmes, les personnes en situation de vulnérabilité économique et les jeunes[18]. Dans le cas du suicide, on note des variations de 1 à 8 dans les taux départementaux de suicide chez les hommes, ou encore un risque deux à trois fois plus élevé de mourir par suicide chez les agriculteurs, employés et ouvriers que chez les cadres[19]. Enfin, certaines populations sont par ailleurs particulièrement vulnérables aux troubles psychiatriques et le défaut de soins est systématique envers les personnes en grande précarité, qu'il s'agisse des SDF, des migrants ou des détenus.

Un faible investissement dans les innovations et la recherche

Pourtant, et alors que la France a longtemps été pionnière dans la recherche en psychiatrie, et a participé au développement d'innovations thérapeutiques majeures, elle décroche depuis quelques années sur le sujet. Le retrait de nombreuses sociétés pharmaceutiques des activités de recherche et développement en France contribue à ralentir le développement des innovations. Ainsi, l'enquête menée par le LEEM en 2016 sur la place de la France dans la recherche clinique internationale montre que la place des études en neurologie et psychiatrie dans l'ensemble des études cliniques menées est passée de 10% à 6% entre 2014 et 2016 et que le nombre de patients recrutés dans ces domaines a été divisé par deux.

La recherche en psychiatrie est pourtant particulièrement « rentable » pour un pays : une étude britannique a ainsi démontré que le retour sur investissement de la recherche en psychiatrie était particulièrement fort, un investissement d'un euro dans la recherche publique générant un flux de bénéfices pour le PIB équivalent au fait de gagner 0,37 euros par an à perpétuité.[20] Alors même que moins de 4% du budget de la recherche médicale en France sont alloués à la psychiatrie, les espoirs portés par la recherche dans ce domaine sont immenses : demain, grâce aux innovations, notamment dans le champ du *machine learning* et de l'intelligence artificielle, la découverte de biomarqueurs et l'identification précise des facteurs de risque de ces maladies devraient nous permettre de poser des diagnostics plus fiables et plus précoces et de découvrir de nouvelles stratégies thérapeutiques. Des populations pourront être ciblées pour mener des politiques de prévention plus efficaces et identifier la réponse thérapeutique des patients pour mieux personnaliser leurs traitements. Des outils digitaux faciliteront l'*empowerment* des patients et leur autonomisation et permettront de développer massivement l'accès aux soins. En matière de santé publique, une meilleure exploitation des données de santé et de l'épidémiologie pourra accompagner le pilotage des politiques publiques.

III. La psychiatrie, laboratoire du système de santé de demain ?

Une source d'inspiration et d'espoirs pour la psychiatrie est la cancérologie. En tant que spécialité médicale en effet, la psychiatrie s'apparente beaucoup à la cancérologie : toutes deux soignent des patients aux troubles complexes dont l'évolution est souvent chronique et a un impact fort sur la vie du patient et de ses proches et dont les déterminants sont multiples (génétiques, comportementaux, environnementaux, psychologiques, sociaux etc.). A relire des articles de la fin des années 1990 sur les patients atteints de cancer, on mesure l'évolution possible et les profonds changements qui sont à notre portée. Perçues comme des maladies honteuses et synonymes de mort, les cancers ont longtemps été des maladies taboues. Aujourd'hui, les progrès thérapeutiques comme les différentes politiques de lutte contre la stigmatisation ont fait évoluer le regard que la société porte sur les cancers. Cette évolution est à portée de main pour la psychiatrie.[21]

Créé en 2004, l'Institut national du cancer (INCa) a permis d'apporter une impulsion déterminante pour coordonner les actions de lutte contre le cancer, structurer l'offre de soins, produire des expertises et des données et favoriser l'appropriation des bonnes pratiques et des connaissances. La psychiatrie pourrait s'inspirer de cette agence : doté de moyens propres et d'une personnalité morale, un opérateur inspiré de l'INCa (dont le budget annuel est d'environ 90 millions d'euros) pourrait être le guichet unique de la politique nationale de psychiatrie et le fer de lance d'une vision globale de la discipline[22].

La psychiatrie représente un monde beaucoup plus actif, innovant et mobile qu'il n'y paraît de l'extérieur. Tout comme hier la cancérologie, la psychiatrie doit devenir une grande cause nationale et faire l'objet d'une refondation radicale. Les enjeux qu'elle représente en termes de santé publique, mais aussi d'impact sur l'économie et la société justifient de l'ériger en laboratoire de la transformation de notre système de santé. En s'inspirant notamment des expériences étrangères qui ont permis d'améliorer spectaculairement la prévention et les performances des soins tout en maîtrisant les coûts pour la collectivité et en respectant la dignité et les droits des malades.

Prévenir les risques et promouvoir la santé mentale

La santé et la santé mentale sont l'affaire de tous et chacun peut agir à son niveau. La constitution de l'OMS rappelle que la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Un état de santé mental dégradé, s'il ne constitue pas forcément une maladie psychiatrique, pèse sur le bien-être des personnes et peut conduire à une dégradation de leur état de santé somatique. Ainsi, inciter à prendre soin de sa santé mentale peut et doit constituer une priorité. Des politiques systématiques d'éducation à la santé et à la santé mentale dès le plus jeune âge peuvent être mises en place dans les écoles et adaptées à l'âge des enfants, comme le montre le cas australien où la santé mentale des jeunes constitue une priorité. Enseigner aux enfants et aux jeunes à comprendre les risques et à savoir comment agir lorsqu'un trouble se développe chez eux ou chez leurs proches doit faire partie de cette politique de promotion de la santé mentale.

Des campagnes à destination du grand public sur la santé mentale ont été menées avec succès dans plusieurs pays.

Lancée en 2007 au Royaume Uni, la campagne Time to Change est une immense campagne de déstigmatisation menée par deux organisations caritatives - Mind et Rethink Mental Illness - et financée par le département de la santé, la Big Lottery Fund et l'association Comic Relief (le financement initial était de 20,5 millions de livres). Cette campagne, tournée vers le grand public s'articule autour d'activités de communication antidiscrimination (publicités, blogs, ressources pour les écoles, pour les jeunes, pour les familles, etc.), d'événements sportifs pour faire se rencontrer des personnes avec et sans problèmes de santé mentale (Time to Get Moving) et de ressources en ligne sur la santé mentale et l'emploi (Time to Challenge). Une journée annuelle de mobilisation (le Time to Talk Day) a été instituée. Les impacts de la campagne ont été régulièrement mesurés (impacts en population générale, dans l'emploi, dans le traitement des médias etc.). L'association a cessé ses activités le 31 mars 2021.

D'autres campagnes très larges ont été menées dans d'autres pays comme Like Minds, like Mine menée en Nouvelle-Zélande depuis 1997 et financée par le ministère de la Santé. Like Minds, Like Mine mène des actions de sensibilisation, dispose d'un fonds de soutien aux initiatives locales et finance également des dispositifs de recherche et d'évaluation. Au Canada c'est la campagne Opening Minds, lancée en 2009 et dotée d'un budget annuel de 2 millions de dollar, qui entend changer l'attitude de la population à l'égard des personnes aux prises avec un problème de santé mentale. Dans ces trois pays, le rôle et la présence des patients et usagers de la psychiatrie dans les instances de gouvernance des campagnes de destigmatisation constitue un pilier essentiel des démarches.

Les troubles du spectre de l'autisme : une lente émancipation de la psychiatrie

Depuis la première description de l'autisme infantile en 1943 par Léo Kanner, la définition de l'autisme n'a cessé d'évoluer, reflétant les disputes idéologiques et les difficultés à diagnostiquer et à prendre en charge ces troubles. Aujourd'hui, on parle de « troubles du spectre de l'autisme ». Les TSA sont reconnus comme des troubles neuro-développementaux et leurs critères diagnostiques sont définis par le DSM-V dans deux dimensions symptomatiques : les déficits de la communication et des interactions sociales et le caractère répétitif des comportements, des intérêts ou des activités.

Le retard au diagnostic et la mauvaise qualité de la prise en charge prodiguée aux personnes souffrant de TSA sont régulièrement dénoncés par les associations de familles et par des rapports d'experts. Face aux évolutions internationales et pour permettre de répondre à ces critiques et de dépasser le retard français en la matière, quatre plans Autisme ont été élaborés depuis 2005 : 2005-2007 ; 2008-2010 ; 2013-2017 ; 2018-2022. Les premiers plans ont permis notamment la création de Centres ressource autisme (CRA) régionaux ainsi que la création et diffusion de recommandations de bonnes pratiques professionnelles et des moyens dédiés à la recherche épidémiologique. La stratégie nationale pour l'autisme (2018-2022) est axée sur la recherche, le repérage et les accompagnements précoces, l'accompagnement des adultes autistes aux profils les plus complexes, la scolarisation

des enfants autistes dès 3 ans, les différents dispositifs mis en œuvre pour une société plus inclusive.

Le grand public est aujourd'hui davantage sensibilisé aux enjeux liés aux TSA et les pratiques ont largement évolué, grâce notamment aux actions menées par les associations de familles et aux différents plans engagés. Une des ambitions de ce quatrième plan était également de sortir l'autisme d'une prise en charge uniquement psychiatrique. Ainsi, selon la secrétaire d'État auprès du Premier ministre en charge des Personnes handicapées qui portait ce plan, « face à un spectre de l'autisme très large, il faut que l'on arrête de parler de psychiatrie ». Aujourd'hui, de nombreuses associations de soutien aux familles et aux personnes souffrant de TSA militent pour que ces troubles ne soient plus considérés comme des troubles psychiatriques.

Faciliter une offre de soins graduée qui concilie prise en charge globale et offre spécialisée

Chaque personne doit pouvoir trouver le bon soin au bon moment et au bon endroit. Une prise en charge graduée signifie que dès les premiers signes, la personne doit se voir proposer des ressources adaptées. La psychiatrie, parce qu'elle concerne à la fois des troubles « légers » et des troubles sévères et chroniques, peut constituer le laboratoire d'une offre large, ouverte et coordonnée. L'intégration des dimensions somatiques et psychiatriques doit être assurée à tous les niveaux : en effet, ce sont les deux tiers des malades présentant un trouble psychiatrique qui présentent également une comorbidité somatique. La prise en charge doit ainsi être globale : somatique, psychiatrique et médico-sociale le cas échéant.

La gradation des réponses se fera en premier lieu à travers une information facile d'accès et de qualité pour savoir qui aller voir et comment réagir. Puis à travers les professionnels de première ligne, et notamment les médecins généralistes qui prennent déjà en charge une grande quantité de troubles psychiques mais sont en général peu équipés et insuffisamment formés à ces enjeux.^[23] Une offre digitale accessible et de qualité doit permettre l'autonomisation des patients et leur accès à des téléconsultation notamment. Puis à travers le secteur, dont les interventions doivent être réservées aux troubles plus sévères. Enfin, une offre hyper spécialisée hors sectorisation existe et doit pouvoir être proposée aux patients nécessitant une expertise particulière. Ainsi, l'ouverture du secteur à ses deux extrémités est essentielle : sur la médecine de ville d'une part et sur la psychiatrie ultra-spécialisée et l'offre médico-sociale d'autre part.

Cette coordination et cette ouverture passeront par des personnels partagés (infirmiers coordinateurs par exemple), par de nouveaux métiers (infirmières de pratique avancées IPA, case managers, etc.), une meilleure circulation de l'information médicale à travers les dossiers patients dématérialisés et partagés, des formations communes, un système de financement encourageant la coordination, l'innovation et la qualité des soins. Cette organisation ouverte permettra de réguler la filière psychiatrique et de garantir à tous le meilleur soin en fonction du degré de sévérité de sa pathologie, de ses préférences, mais aussi de son environnement, notamment social.

Conserver l'ambition d'une prise en charge globale du secteur tout en l'ouvrant largement sur le reste du monde médical et médico-social permettrait de réaliser la promesse initiale de la sectorisation : « traiter les malades à un stade aussi proche que possible ; assurer une postcure évitant les récives ; séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu [...] La même équipe doit assurer le travail en intra et extrahospitalier, et être en relation avec les hôpitaux généraux, les psychiatres privés et les généralistes »[24].

Promouvoir une place nouvelle pour les patients

La notion d'*empowerment* est devenue, depuis quelques années, familière des acteurs des champs sanitaire et social en santé mentale. Ce terme venu du monde anglosaxon désigne tout à la fois la reprise de pouvoir des patients sur leur maladie et sur leur vie et la prise en compte par les professionnels qui les accompagnent de leurs préférences et de leurs savoirs expérientiels. Cette notion transforme radicalement l'approche des soins en psychiatrie : il redonne du pouvoir d'agir aux patients, leur confère une véritable autonomie et un rôle central dans les décisions de soins les concernant et dans la construction de leurs projets de vie. Cette approche a un très fort impact sur les pratiques des professionnels de santé, qui doivent co-construire le soin avec leur patient.

Corollaire de l'*empowerment*, la reconnaissance du savoir expérientiel de la personne vivant avec un trouble psychique a encore du mal à être acceptée en France. L'intégration d'usagers dans les équipes de soins, comme les « médiateurs de santé pairs », a des effets positifs : leur présence permet d'améliorer l'observance et la qualité d'accompagnement de la personne. La montée en puissance de ces nouveaux rôles et des « patients experts » a fortement émergé depuis quelques années en psychiatrie.

Enfin, intégrer les patients dans la mesure de la qualité des soins[25] pourrait constituer une avancée très forte en psychiatrie : au-delà de l'adéquation entre recommandations internationales et pratiques en soins courant, il est indispensable que l'évaluation de la qualité des soins intègre le retour d'expérience des patients. La prise en compte du savoir expérientiel des patients doit accompagner les mutations à venir : acteurs de leurs soins et porteurs d'une expertise sur leur maladie, les patients peuvent nous aider à identifier ce qui leur importe le plus, afin d'améliorer l'offre proposée. Cette évaluation a une forte valeur incitative pour les établissements et permet d'améliorer considérablement le service rendu, notamment en mesurant la disponibilité des stratégies thérapeutiques. Elle permet d'observer l'évolution de la qualité de vie des patients et de diminuer considérablement les rechutes.

La qualité des soins peut et doit aujourd'hui être mesurée à travers des indicateurs clairs (disponibilité de l'offre de soin et des stratégies thérapeutiques, respect des recommandations internationales, taux d'hospitalisations, rechutes, taux de suicide etc.). Cette mesure de la qualité doit également intégrer des indicateurs de qualité perçus par les patients (*Patient reported experience* ou PREMs et *Patient reported outcomes* PROMs). Pour inciter aux changements de pratiques, ces indicateurs doivent progressivement être intégrés dans les modèles de tarification.

Proposer une médecine des « 4P » et renforcer la e-santé mentale

Grâce aux nouvelles technologies et à la puissance du big data et de l'intelligence artificielle, nous pouvons entreprendre la médecine dite des « 4P » : personnalisée, préventive prédictive et participative. Chaque patient est unique, nécessite un plan de prévention et des traitements personnalisés et ciblés dans lesquels ses préférences doivent être prises en compte.

La psychiatrie n'échappe bien entendu pas à cette évolution : la santé mentale, l'épidémiologie et la génomique font des progrès considérables qui permettent d'envisager des transformations profondes dans la prise en charge des malades. Grâce aux progrès et aux innovations, il sera bientôt possible d'identifier les profils à risque, de proposer des stratégies de prévention extrêmement ciblées, de bien choisir la thérapeutique en fonction des patients, de leur profil et de leurs préférences.

Depuis quelques années, on assiste à une digitalisation massive de la santé mentale.^[26] Les téléconsultations ont explosé à l'occasion de la crise Covid et les professionnels de la psychiatrie comme les patients ont changé leurs pratiques pour s'adapter au contexte sanitaire. On peut également constater l'engouement pour les applications digitales liées au bien-être et à la gestion de sa santé mentale. Des thérapies digitales online sont développées dans de nombreux pays, qui montrent des résultats extrêmement intéressants pour lutter contre certaines pathologies mentales. Ces thérapies sont par ailleurs régulièrement prises en charge par les assureurs publics ou privées une fois démontrée leur efficacité clinique.^[27] En permettant un meilleur accès aux soins et une véritable autonomisation des patients, les thérapies digitales constituent une source d'espoir pour améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques.

Angèle Malâtre-Lansac

[1] T. Trémine, « Y a-t-il une identité de la psychiatrie française ? », Psychiatrie française, Psychiatrie en France, sous la direction de F. Rouillon, Springer, 2012.

[2] Coldefy, Gandré, Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée, IRDES, 2018.

[3] CNAM, Rapport charges et produits, 2020.

[4] OCDE, Panorama de la santé 2011, Les indicateurs de l'OCDE.

[5] Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation de la psychiatrie, Rapport, 2021

[6] Santé publique France, Enquête CoviPrev, 2021.

[7] Epi-Phare, Covid-19 : usage des médicaments de ville en France, 2020.

[8] Cour des comptes, op.cit., 2021

[9] Ibid.

[10] Kovess-Masfety V., Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries, Psychiatric Services, 2007.

[11] Bohn I, et al. Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins. Rev Prat MG 2007.

- [12] OECD, Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death, 2019.
- [13] DREES, Les dépenses de santé en 2018, édition 2019.
- [14] Drancourt et al., « Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment », Acta Psychiatrica Scandinavia, Vol. 127, février 2013.
- [15] A. Million, La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe, rapport au Sénat, 2009.
- [16] Wang, 2005 et Kessler, 2005.
- [17] Coldefy, Le Neindre, Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique, IRDES, 2014.
- [18] Santé publique France, CoviPrev, 2021.
- [19] Observatoire du suicide, novembre 2014.
- [20] Health Economics Research Group, Office of Health Economics, RAND Europe, Medical Research: what's it worth ? Estimating the economic benefits from medical research in the UK, 2008.
- [21] Leboyer, Llorca, Psychiatrie, l'état d'urgence, Fayard, 2018
- [22] Proposition formulée dans Leboyer, Llorca, 2018 et dans le rapport Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale de l'Académie nationale de médecine (2019).
- [23] Voir notamment Institut Montaigne, Santé mentale : faire face à la crise, décembre 2020.
- [24] Circulaire du 15 mars 1960.
- [25] Institut Montaigne, Système de santé : soyez consultés, 2019.
- [26] M. Baconnet, NTIC et santé mentale : l'état de l'art, 2020.
- [27] Par exemple HelloBetter remboursée en Allemagne ou SilverCloud pris en charge par le NHS ou encore IESO.