

INSTITUT
MONTAIGNE



Santé mentale :
faire face à la crise

ÉTUDE DÉCEMBRE 2020

Think tank indépendant créé en 2000, l'Institut Montaigne est une plateforme de réflexion, de propositions et d'expérimentations consacrée aux politiques publiques en France et en Europe. À travers ses publications et les événements qu'il organise, il souhaite jouer pleinement son rôle d'acteur du débat démocratique avec une approche transpartisane. Ses travaux sont le fruit d'une méthode d'analyse et de recherche rigoureuse et critique, ouverte sur les comparaisons internationales. Association à but non lucratif, l'Institut Montaigne réunit des chefs d'entreprise, des hauts fonctionnaires, des universitaires et des personnalités issues d'horizons divers. Ses financements sont exclusivement privés, aucune contribution n'excédant 1,5% d'un budget annuel de 6,5 millions d'euros.

INSTITUT
MONTAIGNE



Santé mentale : faire face à la crise

ÉTUDE – DÉCEMBRE 2020

*Il n'est désir plus naturel
que le désir de connaissance*

À PROPOS DE L'AUTEURE

Angèle Malâtre-Lansac

Angèle est directrice déléguée à la Santé au sein de l'Institut Montaigne. Le programme Santé qu'elle anime réunit dans un lieu de dialogue unique les parties prenantes du secteur de la santé : professionnels, patients, chercheurs, payeurs, industriels, hauts fonctionnaires, établissements de santé... afin de décrypter, anticiper, comparer et formuler des propositions concrètes pour faire bouger les lignes de notre système de santé en s'inspirant des meilleurs exemples français et internationaux.

Angèle a coordonné l'ensemble des travaux de l'Institut Montaigne relatifs à la santé mentale et a publié en 2014, en partenariat avec la Fondation FondaMental, l'étude *Prévention des troubles psychiatriques, en finir avec le retard français* et en 2018, toujours avec la fondation FondaMental, l'ouvrage *Psychiatrie, l'état d'urgence*, co-signé par les Pr Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca et publié chez Fayard. En 2018 et 2019, elle a coordonné l'initiative *Parlons Psy* menée avec la Fondation de France dans huit villes afin de croiser les points de vue de plus de 1 000 personnes, professionnels de terrain, personnes concernées et associations, pour formuler des propositions concrètes pour mieux prendre en compte les enjeux de santé mentale en France.

Elle est lauréate du *Harkness Fellowship* en politiques et pratiques de santé 2018-2019. À ce titre, elle a travaillé pendant un an à la *Harvard Medical School* et à la *Rand Corporation* à Boston sur l'organisation des soins primaires et notamment leur intégration avec les soins de santé mentale. Elle a publié le résultat de ses recherches américaines dans le journal *Annals of Internal Medicine*.

Ont également contribué à cette étude :

Mary Docherty, Royaume-Uni

Mary Docherty, B.A. (Hons), M.A., M.B.B.S. (Hons), MRCP, MRCPsych, est psychiatre de liaison et consultante auprès du South London and Maudsley NHS Foundation Trust. Elle est lauréate du *Harkness Fellowship* en politiques et pratiques de santé 2018-2019, et était basée à l'Institut psychiatrique de l'État de New York à l'Université de Columbia.

Mary possède une expertise politique, de recherche et clinique en matière de soins intégrés et a occupé des fonctions politiques au sein du ministère britannique de la santé, du NHS England, du National Institute of Health and Care Excellence (NICE) et du Healthy London Partnership de Londres. Elle est membre du Royal College of Physicians et du Royal College of Psychiatrists.

Nadine Angèle Kasparian, Australie

Le professeur Nadine Kasparian est la directrice et fondatrice du Cincinnati Children's Center for Heart Disease and Mental Health à l'hôpital pour enfants de Cincinnati aux États-Unis. Elle est également professeur de pédiatrie à la faculté de médecine de l'université de Cincinnati, et a occupé pendant plus de dix ans le poste de chef du service de psychologie médicale du Sydney Children's Hospitals Network Cardiac Service à Sydney, en Australie, où elle a créé l'un des premiers programmes de psychologie intégrés au monde consacré aux maladies cardiaques des enfants.

Nadine est titulaire d'une bourse de la National Heart Foundation of Australia Future Leader Fellowship (2017-2021) et est lauréate du *Harkness Fellowship* en politiques et pratiques de santé 2018-2019 à la Harvard Medical School. Ses recherches portent sur les processus de développement, les réponses neurobiologiques au stress et les conséquences sur la santé mentale des nourrissons, des enfants, des adolescents et des adultes atteints de maladies

cardiaques infantiles, ainsi que de leur famille. Elle possède une expertise dans le développement, l'essai et la mise en œuvre d'interventions psychothérapeutiques et de modèles de soins pour les enfants et les adultes atteints de maladies chroniques graves ou complexes (par exemple, les maladies cardiaques, le cancer, les troubles neuromusculaires). Le professeur Kasparian est titulaire d'un doctorat en psychologie médicale de l'université de Sydney et fait partie de plusieurs comités exécutifs nommés par le gouvernement ou des agences nationales pour élaborer des normes de soins dans le domaine des maladies cardiaques infantiles. Elle est membre du comité de rédaction de *Health Psychology Review* et rédactrice en chef adjointe de *Psychology & Health*, est une clinicienne en exercice et son équipe a reçu plusieurs prix d'excellence pour la prestation de soins de santé mentale et la protection des enfants contre les abus et la négligence.

Andrew Old, Nouvelle Zélande

Andrew Old, MBChB, MPH (Hons), FNZMA, FNZCPHM, FAFPHM (RACP), est médecin de santé publique à Auckland, en Nouvelle-Zélande, où il travaille comme médecin-chef associé et directeur clinique pour le Waitemata District Health Board. Il est actuellement détaché en tant que responsable de la planification et du renseignement pour l'intervention COVID-19 pour la région nord de la Nouvelle-Zélande.

Les intérêts professionnels d'Andrew se concentrent sur la manière dont le système de santé peut obtenir les meilleurs résultats sanitaires, les plus équitables possibles, pour les populations. En particulier, comment un partenariat et une participation plus actifs et plus délibérés peuvent améliorer l'expérience des patients, les résultats de santé et l'équité, tout en obtenant une meilleure valeur du système. Andrew s'intéresse au rôle de la conception dans le domaine de la santé et a contribué à la création d'un laboratoire de conception hospitalière à l'hôpital de la ville d'Auckland, une première mondiale. Il est également formé à la science de l'amélioration et a dirigé de nombreux projets visant à améliorer la valeur des soins.

Andrew est lauréat du *Harkness Fellowship* en politiques et pratiques de santé 2018-2019 et a travaillé entre le Centre de recherche sur l'excellence clinique à l'Université de Stanford et le Réseau d'évaluation de la recherche sur les interventions sociales à l'Université de San Francisco où il a étudié les attributs des pratiques de soins primaires qui atteignent une haute performance pour les patients à besoins élevés. Il reste un chercheur affilié aux deux centres.

Il est un ancien membre du conseil d'administration de l'Association médicale de Nouvelle-Zélande (NZMA) et a été président du Conseil des médecins en formation de la NZMA de 2005 à 2008.

Andrew a obtenu ses diplômes de médecine et de santé publique à l'université d'Auckland et est membre de la faculté australasienne de médecine de santé publique (AFPHM), du Collège royal australasien des médecins (RACP) et du Collège néo-zélandais de médecine de santé publique (NZCPHM). Il a reçu une bourse de la NZMA en 2011 pour ses services à la profession et au public néo-zélandais, et est maître de conférences honoraire au département de médecine de l'université d'Auckland.

8

Laura Shields Zeeman, Pays-Bas

Le D^r Laura Shields-Zeeman est cheffe du département de la santé mentale et de la prévention à l'Institut Trimbos, l'institut national néerlandais pour la santé mentale et la toxicomanie, et directrice du Centre collaborateur de l'OMS pour les services de santé mentale et les interventions tout au long de la vie. Elle a été lauréate du *Harkness Fellowship* en politiques et pratiques de santé 2018-2019 et chercheuse invitée à l'Université de Californie, San Francisco, dans le domaine des réponses du système de santé face aux déterminants sociaux de santé.

Ses principaux domaines d'intérêt sont la santé mentale, les déterminants sociaux de santé et la politique sociale et sanitaire. Elle a une expertise spécifique sur le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des transformations

de l'offre de services dans le domaine des soins de santé mentale, de l'analyse des politiques et de leur mise en œuvre. Elle a été étroitement impliquée dans les processus d'élaboration des politiques au niveau national et international.

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	13
Introduction	19
I – Une coupure délétère entre médecine somatique et psychiatrie	24
1. Des liens forts entre maladies physiques et psychiques	24
2. Les médecins généralistes : des acteurs essentiels mais peu reconnus en santé mentale	28
Santé mentale : ne pas rater la première marche	28
Une vision hospitalo-centrée de la psychiatrie	30
Un manque de ressources et un déficit de coordination	32
Des initiatives pour mieux coordonner psychiatrie et premiers recours	35
Une meilleure prise en charge des psychothérapies	37
II – Intégration de la santé mentale et physique : une priorité hors de nos frontières	42
1. La Nouvelle-Zélande : un investissement fort sur la médecine de premiers recours et la coordination des acteurs	44
Une structuration de la médecine de premiers recours depuis 2001 favorable à la prise en charge de la santé mentale	44
Des stratégies et des ressources dédiées à la prise en charge des troubles légers à modérés	46
Des freins à lever pour permettre une intégration plus poussée	48
Une initiative inspirante : <i>Closing the Loop</i>	49

2. Les Pays-Bas : le médecin généraliste au cœur des soins de santé mentale	52
Un pilotage de la santé mentale sur plusieurs niveaux	52
Une approche intégrée au sein de la médecine générale et une prise en charge graduée	53
Des défis structurels perdurent	57
3. Le Royaume-Uni : l'accent mis sur les indicateurs de qualité et l'accès aux soins	59
Désinstitutionnalisation et mise en place de soins de santé mentale de proximité	60
Coordination des soins et indicateurs de qualité	61
Leviers et barrières à la mise en place de soins intégrés et fondés sur des preuves	63
Les transformations en cours	68
4. L'Australie : une attention particulière à la santé mentale des jeunes et des enfants	71
L'accès des enfants australiens aux services de santé mentale	71
L'histoire et les lacunes du système australien de santé mentale	73
L'initiative <i>Better Access</i>	75
Le programme <i>Headspace</i>	76
Un cadre réglementaire en évolution	77
Les soins de santé mentale pour les enfants atteints de maladies chroniques complexes : un modèle exemplaire à Sydney	78
Le plan Vision 2030	81
III – Les soins collaboratifs : un modèle innovant à l'efficacité largement démontrée	83
Les cinq principes des soins collaboratifs	84
Le dépistage systématique et l'approche populationnelle	87
Une large évidence scientifique autour des soins collaboratifs	90

IV. Relever le défi	94
1. Un contexte favorable à une approche intégrée des soins	96
Une structuration de la médecine libérale et des premiers recours	96
De nouveaux métiers émergent pour favoriser la prise en charge des patients	98
Une transformation des modes de financement de la psychiatrie ..	101
Les opportunités de la e-santé	102
2. Propositions	107
Proposition 1. Donner à la médecine de premiers recours les moyens d'intégrer la prise en charge de la santé mentale dans une approche centrée sur les patients, collaborative et non stigmatisante	107
Proposition 2. Favoriser l'accès aux psychothérapies adaptées à travers leur remboursement, une meilleure formation des professionnels, ainsi que le développement des outils numériques	110
Proposition 3. Faciliter la création de nouveaux métiers dans le champ de la santé mentale : IPA, care managers, médiateurs de santé pairs	112
Proposition 4. Faciliter les échanges d'information entre les professionnels de santé	114
 Annexe 1 : Des maladies très différentes qui touchent 20 % des Français	117
 Annexe 2 : Le coût de la mauvaise prise en charge de la santé mentale	123
 Annexe 3 : Exemples de questionnaires d'aide au repérage des troubles fréquents	126
 Remerciements	128

AVANT-PROPOS

La pandémie actuelle, parce qu'elle génère incertitude, peur, isolement, et deuils, renforce la prévalence des troubles mentaux. Plusieurs études ont déjà démontré un impact psychologique de la pandémie sur la population générale^{1/2}. Santé publique France a mis en place un baromètre permettant de suivre l'état de santé mentale de la population depuis le début de la pandémie et a montré une prévalence de l'anxiété deux fois supérieure en mars 2020 à celle enregistrée en 2019³ et les troubles se multiplient y compris chez ceux qui n'en souffraient pas. Entre fin septembre et début novembre 2020, la prévalence des troubles dépressifs a doublé, touchant tout particulièrement les jeunes, les personnes sans emploi et celles en situation de précarité⁴. Les soignants ne sont pas en reste et plusieurs études montrent un impact psychiatrique fort de la pandémie sur les équipes de première ligne⁵. Depuis le début de la crise sanitaire, un Français sur cinq a sérieusement envisagé de se suicider⁶. La hausse des souffrances psychiques et les impacts psychiatriques de la pandémie vont sans aucun doute constituer l'un des grands défis des prochaines années.

Les maladies psychiatriques touchent chaque année une personne sur cinq, soit 12 millions de Français⁷. Dépression, troubles anxieux, addictions,

-
- 1 Ettman et al. (2020). Prevalence of depression symptoms in US adults before and during the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open*.
 - 2 Ozamiz-Etxebarria et al. (2020). Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Frontiers in Psychology*.
 - 3 Santé Publique France (2020). Enquête Copivprev.
 - 4 Gandré C. et al. (2020). Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020. *Questions d'économie de la Santé, IRDES*.
 - 5 Azoulay E. and al (2020), Symptoms of Anxiety, Depression, and Peritraumatic Dissociation in Critical Care Clinicians Managing Patients with COVID-19. A Cross-Sectional Study. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. Volume 202 Number 10 | November 15 2020.
 - 6 Michel Debout (2020). Suicide : l'autre vague à venir du coronavirus. *Fondations Jean Jaurès*. Enquête menée en ligne en septembre 2020 par l'institut IFOP auprès d'un échantillon de 2 000 personnes représentatif de la population française de plus de 18 ans.
 - 7 Steel and al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*.

schizophrénie, troubles bipolaires... chacun connaît, directement ou à travers un proche, les difficultés d'accès aux soins et les conséquences personnelles, sociales et économiques de ces maladies⁸. Malgré leur caractère fréquent, ces maladies continuent à être perçues comme honteuses, stigmatisantes, et le plus souvent incurables⁹. Il n'en n'est pourtant rien, et les personnes touchées peuvent, si elles sont bien prises en charge, se rétablir.

La psychiatrie est un sujet collectif, qui constitue un baromètre de la qualité des politiques de santé, et plus largement de la capacité de notre société à prendre en charge les plus fragiles. Lorsque l'on aborde le sujet de la psychiatrie en tant que politique publique, il convient de regarder les ressources investies collectivement et les résultats obtenus pour les patients et pour la population. Dans le cas de la psychiatrie, le constat est désastreux et doit constituer un signal d'alerte. Du côté des ressources investies, la psychiatrie constitue le premier poste de dépense de l'Assurance maladie, et coûte bien davantage chaque année que le cancer ou que les maladies cardiovasculaires¹⁰. De plus, le nombre de psychiatres par habitant en France est l'un des plus élevés de l'Union européenne¹¹. En dépit de ce qui pourrait sembler être un investissement fort sur la santé mentale, les résultats sont loin d'être satisfaisants. L'accès aux soins est extrêmement difficile et seules 40 à 60 % des personnes souffrant de troubles psychiques sont aujourd'hui prises en charge^{12/13}. Ce manque d'accès aux soins, qui se retrouve malheureusement dans la plupart des pays, est lié à plusieurs causes : des professionnels de santé mal répartis sur le territoire avec de fortes inégalités géographiques, des barrières financières d'accès aux soins spécialisés (dépassements d'honoraires fréquents chez les psychiatres libéraux et absence de remboursement des psychologues de ville), des délais

8 Pour un aperçu des maladies voir annexe 1.

9 Fondation FondaMental (2014). Perceptions et représentations des maladies mentales. *Sondage IPSOS*.

10 Assurance maladie (2020). Rapport Charges et produits pour l'année 2021. Cf. annexe 2.

11 Claire Jenik (2019). Les pays européens qui comptent le plus de psychiatres. *Statista*.

12 Wang et al. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *National Library of Medicine*.

13 Kessler et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *National Library of Medicine*.

d'attente très longs en CMP, une forte stigmatisation. De plus, la surmortalité des malades psychiatriques constitue à la fois un scandale sanitaire et un échec collectif dont peu ont conscience. Ainsi, les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères ont une mortalité prématurée quadruplée et meurent en moyenne entre 13 ans (pour les femmes) et 16 ans (pour les hommes) plus tôt que le reste de la population. Comme le soulignait il y a près de dix ans le professeur britannique Graham Thornicroft : « Si une telle différence d'espérance de vie affectait un segment de la population¹⁴ moins stigmatisé, nous verrions des protestations fortes contre cette situation inacceptable »¹⁵.

Face à cette situation, l'Institut Montaigne publiait en 2018 avec la Fondation FondaMental un ouvrage intitulé : *Psychiatrie : l'état d'urgence* (Leboyer M., Llorca P.-M., Fayard, 2018) pour alerter grand public et décideurs sur l'importance d'agir en matière de psychiatrie et de faire de la santé mentale une priorité. En parallèle de la rédaction de cet ouvrage, nous organisons dans huit villes de France, avec la Fondation de France, des ateliers collaboratifs pour réunir patients, proches, professionnels et experts afin d'échanger sur leur pratique quotidienne de la santé mentale et leurs souhaits de changement. Ces ateliers Parlons Psy, qui ont réuni plus de 1 000 personnes, ont également permis de mettre en avant les actions de terrain les plus inspirantes¹⁶.

De ces deux démarches parallèles – la rédaction d'un ouvrage de fond en lien avec les associations de patients d'une part, et les ateliers participatifs en région d'autre part, on retiendra le désir de participation et l'énergie des personnes concernées par la santé mentale, qu'elles le soient dans leur quotidien de personnes touchées par la maladie, de proches ou dans leur activité professionnelle. On retiendra aussi l'expression d'un véritable scandale sanitaire et social. L'hospitalo-centrisme, la faiblesse des moyens dévolus à la psychiatrie,

14 Coldefy M. et Gandré C. (2018). Personnes suivies pour troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Irdes*.

15 Graham Thornicroft (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality, *British Journal of Psychiatry*.

16 Pour plus d'informations sur les différentes rencontres :

<https://www.institutmontaigne.org/evenements/parlons-psy-et-maintenant-agissons>

la coupure entre le corps et l'esprit, la contrainte, l'enfermement¹⁷, l'isolement, le désespoir des patients comme des familles font partie des thèmes récurrents évoqués lors des ateliers *Parlons Psy*.

Comment expliquer une telle situation, alors même que la France a été pionnière sur le sujet de la santé mentale en contribuant à la naissance d'une psychiatrie moderne et qu'elle a très tôt développé un système de protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux ainsi qu'une organisation des soins originale? Au-delà des explications historiques et culturelles¹⁸, une des raisons de la difficulté à faire évoluer la prise en charge des maladies psychiatriques est à chercher dans les cloisonnements de notre système de santé qui constituent autant de barrières pour les patients. L'hôpital est souvent opposé à la ville, le public au privé, le médical au social, les troubles psychiatriques aux troubles physiques ... Ces séparations artificielles et cet hospitalo-centrisme se reflètent dans la formation des acteurs, dans l'organisation des soins, dans les financements comme dans la gouvernance du système. La psychiatrie, coupée de la médecine de premiers recours et de la médecine somatique, semble parfois ghettoisée, créant une séparation artificielle du corps et de l'esprit aux conséquences désastreuses¹⁹.

16

Au cours des dernières années, de multiples rapports ont été publiés et de nombreuses propositions formulées pour réformer une psychiatrie à bout de souffle²⁰. Cette étude n'a pas vocation à traiter de l'ensemble des difficultés (et elles sont nombreuses) rencontrées par la psychiatrie mais souhaite se concentrer sur un aspect souvent mal connu et peu considéré : celui du rôle essentiel joué par la médecine de première ligne dans la prise en charge de ces troubles mentaux, notamment les plus fréquents.

17 La France est un des pays où l'enfermement en psychiatrie est le plus utilisé : Rains et al. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry*.

18 Voir notamment le chapitre 1 de Leboyer & Llorca (2018). *Psychiatrie : l'État d'urgence. Institut Montaigne*.

19 Avant-propos de Nicolas Baverez (2018) dans *Psychiatrie : l'état d'urgence, op.cit.*

20 Pour un retour sur ces rapports, voir notamment Michel Laforcade (2016).

Rapport relatif à la santé mentale. Voir aussi Leboyer & Llorca (2018), *op.cit.*

L'entrée dans le parcours de soins, la première marche, est en effet déterminante pour assurer un repérage précoce, des soins de qualité et éviter les errements. Lorsqu'une souffrance psychique débute, c'est le plus souvent vers son médecin généraliste ou son pédiatre que l'on se tourne. Les pédiatres et les généralistes traitent plus de 60 % des consultations liées à la santé mentale²¹. Et pourtant, cette médecine de « premiers recours », celle que nous fréquentons tous (80 % des Français voient leur médecin généraliste au moins une fois par an), est bien souvent oubliée par les différents rapports et experts qui réfléchissent à la réforme de la psychiatrie. De plus, la France présente ici encore des caractéristiques bien spécifiques : notre pays est celui où l'adressage du médecin généraliste vers le psychiatre est le plus faible en Europe²² et la majorité des médecins généralistes disent avoir des relations difficiles voire inexistantes avec les psychiatres²³.

Ainsi, les médecins de premiers recours se retrouvent le plus souvent seuls face à la souffrance psychique de leurs patients et doivent répondre à une demande croissante de soins. 90 % des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques se font par le médecin généraliste²⁴ et la place de la médecine de premiers recours dans la prise en charge des troubles mentaux est centrale pour des patients qui, bien souvent, cumulent troubles physiques et psychiatriques. Pourtant ce sujet est mal connu et peu traité en France où l'on considère d'un côté les maladies psychiatriques et de l'autre les maladies physiques (« somatiques »), comme si le corps et l'esprit constituaient deux entités sans lien. D'autres pays se sont saisis très tôt du problème pour mettre en place une véritable intégration de la santé mentale dans la médecine de premiers recours afin de détecter au

21 Kroenke & Unutzer (2017). Closing the False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. *J Gen Intern Med*.

22 Enquête ESEMED (2004) citée dans Christine Passerieux (2012). Propositions d'amélioration de la coopération.

MG – Psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération. *DREES*.

23 Younes et al. (2005). General Practitioner's opinion on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice*.

24 Hardy-Baylé & Younès (2014). Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? *L'Information psychiatrique*.

plus tôt les maladies, d'éviter les pertes de chance et les errances, de prendre en charge les patients de façon globale et d'améliorer la qualité des soins.

L'intégration de la prise en charge de la santé mentale en médecine de premiers recours, grande oubliée des réflexions sur l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale, représente ainsi l'une des pistes les plus prometteuses pour améliorer de façon significative la prise en charge des patients, augmenter l'accès aux soins et permettre de lutter contre la stigmatisation en faisant des maladies psychiatriques des maladies comme les autres. Les exemples étrangers nous montrent la voie et nous pouvons apprendre des réussites comme des échecs des autres pays. Le contexte est de plus aujourd'hui favorable en France à ce changement : des avancées dans l'organisation des soins de premiers recours, la formation de nouveaux professionnels et les réformes à venir du financement de la psychiatrie suscitent de l'espoir et fournissent un cadre propice pour une meilleure prise en charge globale et intégrée des patients.

18

Cette étude, qui s'appuie sur les travaux menés depuis plus de vingt ans sur ce sujet et sur des échanges de terrain avec des médecins de premiers recours et des psychiatres en France comme aux États-Unis²⁵, vise à montrer qu'une autre organisation est possible pour mieux prendre en charge la santé mentale en France.

25 Malatre-Lansac et al. (2020) Factors influencing physician practices' adoption of behavioral health integration in the United states: a qualitative study. *Annals of Internal Medicine*.

INTRODUCTION

Environ un tiers des patients qui passent la porte d'un cabinet de médecine générale ou de pédiatrie présente une pathologie psychiatrique^{26/27}. Pour les médecins de premiers recours, la confrontation aux maladies psychiques est une réalité quotidienne. Elle est aussi une priorité parmi d'autres : gestion des maladies aiguës, prévention, maladies physiques chroniques, urgences, etc.

Les médecins généralistes comptent parmi les médecins qui voient le plus de patients (un généraliste effectue en moyenne 22 consultations par jour)²⁸ et le temps qu'ils ont à consacrer aux patients est parfois très court pour une prise en charge optimale de la santé mentale et physique. Pourtant, les médecins généralistes sont « de fait » les médecins de première ligne pour la santé mentale.

Dès 1978, le psychiatre américain Darrell A. Regier publiait un article intitulé *Primary care is the de facto mental health system*²⁹. Ce titre semble toujours d'actualité avec 60 % des consultations pour troubles mentaux aujourd'hui réalisées en médecine de premier recours³⁰. La responsabilité de la prise en charge de la santé mentale revient donc bien souvent aux médecins généralistes et aux pédiatres, d'autant plus que l'accès à des soins spécialisés en psychiatrie est difficile : les délais d'attente chez les psychiatres peuvent être très longs, les psychologues de ville ne sont pas remboursés, l'organisation en secteurs psychiatriques dépendant du domicile du patient est perçue comme très opaque.

26 DREES (2012). La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Études et résultats*.

27 Kirmayer & Pedersen (2014). Toward a new architecture for global mental health. *Transcultural Psychiatry*.

28 Enquête IQVIA (2019). Panorama de l'activité médicale.

29 Darrel A. Regier (1978). The De Facto US Mental Health Services System: A Public Health Perspective. *Arch Gen Psychiatry*.

30 Kroenke & Unutzer (2017). *op.cit.*

Les secteurs de psychiatrie³¹

Définie par la circulaire du 15 mars 1960, la politique dite « de secteur » propose une organisation originale pour la psychiatrie publique : sur un territoire (secteur) donné, une même équipe se voit confier la prise en charge hospitalière et extrahospitalière du patient, en lien avec différents acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Aujourd'hui, la psychiatrie publique est ainsi organisée en secteurs d'environ 70 000 habitants chacun. Toutefois, de fortes inégalités de ressources existent entre les secteurs et les territoires. L'organisation et le budget du secteur sont gérés par un hôpital de référence. Contrairement au reste du système de soins où les patients peuvent choisir librement leur médecin ou leur hôpital, chaque habitant dépend pour ses soins psychiatriques d'un secteur.

20

Le cloisonnement entre santé mentale et physique est délétère et a des effets catastrophiques sur l'espérance de vie des personnes atteintes de maladies psychiatriques. Alors même que la santé du corps et de l'esprit sont étroitement liées, on continue à traiter de façon cloisonnée les maladies psychiatriques et les maladies somatiques. Les personnes touchées par des troubles sévères font l'objet de moins de prévention, ont moins recours aux spécialistes et reçoivent des soins somatiques de moins bonne qualité que le reste de la population³². De plus, entre 40 % et 60 % des personnes en souffrance psychique ne reçoivent aucun soin pour leur trouble psychique^{33/34}.

31 Voir notamment Coldefy et al. (2009). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France, des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. *Questions d'économie de la santé*.

32 Gandré C. et Coldefy M. (2020). Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. *Questions d'économie de la Santé, IRDES*.

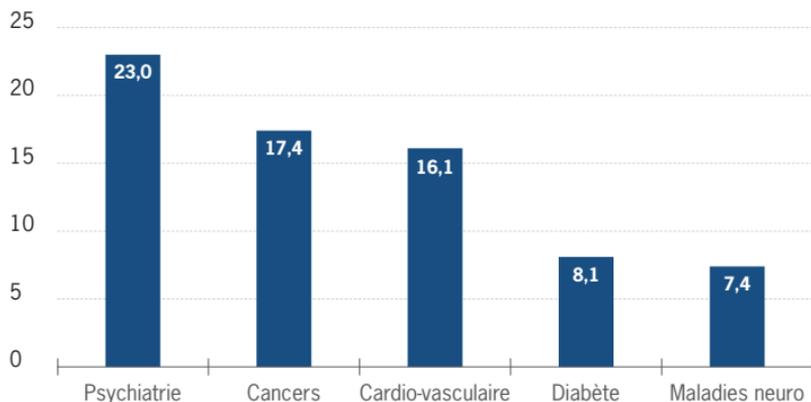
33 Wang et al. (2005). *op.cit.*

34 Kessler et al. (2005). *op.cit.*

L'hospitolo-centrisme comme la séparation entre la psychiatrie et le reste de la médecine ont également des effets très lourds sur le système de santé. Les personnes atteintes de troubles mentaux sont souvent des patients complexes. Du fait de la mauvaise prise en charge des pathologies somatiques et des défauts d'accès aux soins sur lesquels nous reviendrons, les patients en souffrance psychique utilisent davantage de soins hospitaliers non programmés et leurs taux de fréquentation des urgences générales est 3,2 fois plus élevé que celui de la population générale³⁵. Des travaux montrent ainsi qu'avoir une maladie psychiatrique augmente les coûts totaux de santé de 45 % à titre individuel³⁶.

Les maladies psychiatriques : 1^{er} poste de dépense de l'Assurance maladie

Dépenses d'Assurance maladie 2016 / Ensemble des régimes (en Mds €).



Source : données CNAM 2018, reprises par l'auteur.

35 Dorning et al. (2015). Focus on: People with mental ill health and hospital use. Exploring disparities in hospital use for physical healthcare. *The Health Foundation*.

36 Naylor et al. (2012). Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. *The King's Fund and Centre for Mental Health*.

Le déficit de coopération entre médecine générale et psychiatrie a été identifié dans de nombreux rapports et travaux^{37/38} mais le sujet reste encore assez méconnu en France, à l'exception de quelques expériences très localisées³⁹. L'intégration de la santé mentale en premiers recours constitue par contre un sujet prioritaire hors de nos frontières et est portée par de nombreux acteurs comme l'organisation mondiale de la santé⁴⁰ ou l'OCDE⁴¹.

Une définition intéressante de ce que les Américains appellent « *Behavioral Health Integration* » a été formulée par un consensus d'experts réunis en 2013 par l'*Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* :⁴²

« Il s'agit des soins qui sont dispensés par une équipe de professionnels de premiers recours et de la santé mentale, travaillant ensemble avec les patients et leurs familles, et utilisant une approche systématique, populationnelle et efficiente pour fournir des soins centrés sur les patients. Ces soins peuvent concerner les maladies psychiatriques et les addictions, l'hygiène de vie, les événements de la vie, les symptômes physiques liés au stress et les comportements ayant des effets négatifs sur l'utilisation du système de santé ».

37 Hardy-Baylé & Younès (2014). *op.cit.*

38 Haute autorité de santé (2018). Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. État des lieux, repères et outils pour une amélioration.

39 Notamment le Dispositif de soins partagés dont nous parlerons plus bas.

40 World Health Organization (2008). Integrating Mental Health Into Primary Care: a global perspective.

41 OECD Council (2015). Recommendation on Integrated Mental Health. *Skills and Work Policy*.

42 AHRQ (2013). *Lexicon for Behavioral Health and Primary Care Integration*.

Traduction libre. "The care that results from a practice team of primary care and behavioral health clinicians, working together with patients and families, using a systematic and cost-effective approach to provide patient-centered care for a defined population. This care may address mental health and substance abuse conditions, health behaviors (including their contribution to chronic medical illnesses), life stressors and crises, stress-related physical symptoms, and ineffective patterns of health care utilization".

Un modèle d'intégration, le modèle des soins collaboratifs, a été particulièrement étudié et a montré des résultats très intéressants à la fois sur les maladies psychiatriques mais aussi sur la prise en charge des maladies physiques⁴³. En effet, un patient bien pris en charge sur les plans physique et psychique verra son adhésion aux traitements augmentée, son hygiène de vie s'améliorer et son état de santé global s'en ressentira.

Les effets de l'intégration sont également visibles sur les coûts totaux de santé puisque le recours aux urgences générales des patients pris en charge de façon intégrée diminue et que leur état de santé s'améliore⁴⁴. Enfin, la plus grande satisfaction des professionnels de santé comme des patients est également un effet constaté de l'intégration des soins.

43 Archer and al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Systematic Review*.

44 Melek et al. (2018). Potential economic impact of integrated medical-behavioral healthcare. *Milliman research report*.

UNE COUPURE DÉLÉTÈRE ENTRE MÉDECINE SOMATIQUE ET PSYCHIATRIE

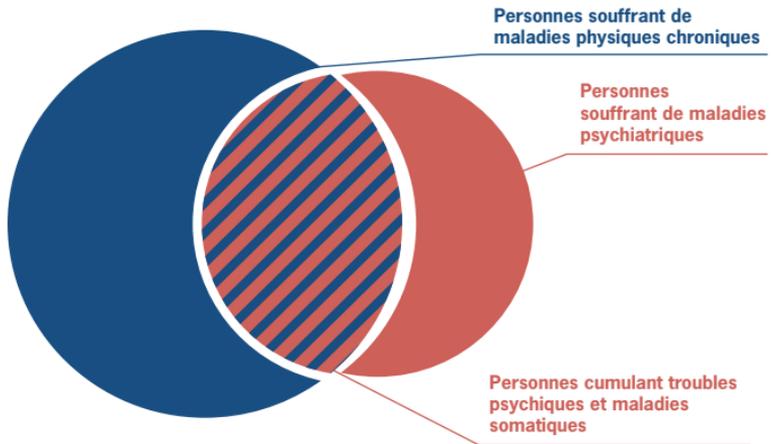
1. Des liens forts entre maladies physiques et psychiques

Chaque année, un Français sur cinq souffrira d'un trouble mental. Au cours de sa vie, une personne sur trois sera touchée. Or le corps et l'esprit sont étroitement liés et le fait d'être touché par une maladie psychiatrique a un effet très fort sur la santé physique (« somatique »), de même qu'une maladie physique sévère ou chronique a souvent des répercussions psychologiques.

Ce lien entre corps et esprit que nous éprouvons tous empiriquement se vérifie de façon alarmante dans les chiffres : les deux tiers des personnes concernées par les troubles mentaux souffrent d'une maladie physique chronique (diabète, maladie cardio-vasculaire, etc.) et un tiers des adultes présentant une maladie physique chronique souffre également d'une maladie psychique⁴⁵.

45 Jünger (2005), Depression increasingly predicts mortality in the course of congestive heart failure, *European Journal of Heart Failure*. Wayne Katon (2005). The association of comorbid depression with mortality in patients with type 2 diabetes. *National Library of Medicine*.

Les liens entre maladies psychiatriques et maladies somatiques



Source : Junger (2005), Katon (2005). Graphique de l'auteur.

Les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères ont une mortalité prématurée quadruplée et meurent en moyenne entre 13 ans (pour les femmes) et 16 ans (pour les hommes) plus tôt que le reste de la population⁴⁶. Les maladies développées chez les personnes touchées par les maladies psychiatriques sont les mêmes que celles développées en population générale : maladies cardio-vasculaires, diabète, cancer, etc. À la différence que ces personnes sont davantage touchées et moins bien prises en charge pour leur santé : elles reçoivent moins de soins de prévention, ont moins de recours aux spécialistes et comptent plus d'hospitalisations évitables⁴⁷.

46 Coldefy M. et Gandré C. (2018). *Op.cit.*

47 Gandré & Coldefy (2020). Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. IRDES.

On connaît ces chiffres depuis longtemps, ainsi que les raisons d'une telle surmortalité qui résulte d'une combinaison de facteurs⁴⁸ :

- les personnes souffrant de troubles mentaux ont plus de difficultés que le reste de la population à avoir accès aux soins. Cela tient à la fois à la stigmatisation des maladies psychiatriques, perçues comme honteuses par les patients et leurs proches et parfois mal comprises voire stigmatisées par certains professionnels de santé⁴⁹ ; à un coût plus élevé pour les patients (les psychologues de ville ne sont pas remboursés par exemple) ; à une certaine réticence des patients à se faire soigner et à consulter un médecin ainsi qu'à la complexité des parcours de soins ;
- elles présentent de plus grands facteurs de risque pour de nombreuses maladies chroniques : maladies cardio-vasculaires, syndrome métabolique, maladies auto-immunes, pathologies neurologiques en particulier, certains types de cancers⁵⁰ ;
- les taux de suicide sont plus élevés chez les personnes souffrant de troubles mentaux⁵¹ ;
- la souffrance psychique est souvent associée à des comportements aux effets néfastes sur la santé physique : mauvaise alimentation, manque d'activité physique, manque de sommeil, consommation de tabac, d'alcool ou de toxiques, etc. ;
- les médicaments psychiatriques peuvent avoir des effets iatrogènes (néfastes pour la santé des patients).

L'Assurance maladie, dans son rapport *Charges et Produits* de 2018, a pu montrer grâce aux données de santé les comorbidités existantes entre maladies psychiatriques et physiques. Ainsi, les personnes soignées pour un trouble dépressif ont 2,44 fois plus de risque d'être prises en charge pour un accident

48 Graham Thornicroft (2011). *op.cit.*

49 Coldefy M. et Gandré C. (2018). *Op.cit.*

50 Godin O. et al (2015). Metabolic syndrome, abdominal obesity and hyperuricemia in schizophrenia: Results from the FACE-SZ cohort. *Schizophrenia Research*. Godin O. et al (2014). Metabolic Syndrome in a French Cohort of Patients With Bipolar Disorder: Results From the FACE-BD Cohort. *Journal of Clinical Psychiatry*.

51 Le Clainche & Courtet (2016). Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. *DREES*.

vasculaire cérébral que l'ensemble de la population. Les personnes souffrant de troubles addictifs ont 2,93 fois plus de risque d'être prises en charge pour embolie pulmonaire aiguë.

Les liens entre maladies mentales et physiques

(comorbidités)

	Accident vasculaire cérébral	Insuffisance cardiaque aiguë	Embolie pulmonaire aiguë
Troubles psychotiques	1,47	1,59	2,74
Troubles bipolaires	1,57	1,52	2,54
Dépression et troubles de l'humeur	2,44	1,88	2,6
Troubles névrotiques liés au stress	2,38	2,26	2,98
Troubles addictifs	2,75	2,82	2,88
Troubles addictifs liés au tabac	2,51	3,66	3,61
Troubles addictifs liés au cannabis	2,51	2,48	5,55
Ensemble des troubles	2,18	1,87	2,37

27

Lecture : les personnes prises en charge pour trouble dépressif ont 2,44 fois plus de risque d'être prises en charge pour un accident vasculaire cérébral que l'ensemble de la population.

Source : CNAM 2018, tableau de l'auteur.

Comparativement à la population générale, les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères sont 4,7 fois plus susceptibles de mourir d'une maladie hépatique, 4,6 fois plus susceptibles de mourir d'une maladie respiratoire et 3,2 fois plus susceptibles de mourir d'une maladie cardio-vasculaire^{52/53}.

52 Taggart & Bailey (2015). Ending lethal discrimination against people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*.

53 Brown et al (2010). Twenty-five-year mortality of a community cohort with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*.

Ce scandale sanitaire silencieux appelle à une action urgente pour améliorer la prise en charge somatique des populations atteintes de maladies psychiatriques et en faire une priorité. Pour faire évoluer la situation, une meilleure intégration entre médecine physique et psychique tout comme une détection précoce des maladies ainsi qu'une prise en charge globale des patients sont essentielles.

2. Les médecins généralistes : des acteurs essentiels mais peu reconnus en santé mentale

Santé mentale : ne pas rater la première marche

75 % des maladies psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans et la plupart des troubles sévères apparaissent à l'adolescence. Malheureusement, bien souvent les maladies ne sont pas détectées suffisamment tôt du fait de la stigmatisation qui entoure les troubles, de leur complexité, mais aussi de l'absence de dépistage systématique par les professionnels de première ligne qui sont peu formés à ces enjeux⁵⁴.

On sait qu'en psychiatrie, comme dans la plupart des maladies, la précocité du diagnostic et de la prise en charge constitue un objectif important de prévention pour éviter l'aggravation des symptômes et les complications qui découlent d'un diagnostic tardif : conduites suicidaires, prise de toxiques, présence d'un ou plusieurs autres troubles somatiques ou psychiatriques associés, conséquences sur les proches et la vie sociale, handicap, etc⁵⁵.

Ce retard varie en fonction des maladies. Pour les troubles du spectre de l'autisme, il est en moyenne de 2 ans et demi⁵⁶. En ce qui concerne les troubles bipolaires, le retard entre l'apparition des troubles et le traitement est estimé

54 Fovet et al. (2014). État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'information psychiatrique*.

55 Leboyer & Llorca (2018), *op.cit.*

56 Doctissimo & Fondation FondaMental (2013). L'Autisme en France : diagnostic et parcours de soins.

entre huit et dix ans⁵⁷, parfois bien plus. Pour la schizophrénie ce retard est également important. Pourtant, la littérature montre que les cinq premières années de la maladie constituent une phase cruciale, durant laquelle les chances de rémission sont les plus grandes. Elles permettent aussi une meilleure réponse au traitement.

Le retard au diagnostic et l'absence de traitement qui en découle, grèvent de façon dramatique le pronostic de la maladie et la qualité de vie des personnes malades et de leurs aidants⁵⁸. Ils ont des effets délétères tant au niveau biologique que social, ainsi que des conséquences thérapeutiques majeures⁵⁹.

À 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 mentaux qui ne reçoivent aucun traitement pour leur maladie^{60/61}. Ce chiffre montre encore une fois 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.

Aujourd'hui, 80 % de la population française déclare voir son médecin généraliste tous les ans⁶². Les pédiatres sont également en première ligne. Les premières années de l'enfant constituent un moment privilégié pour les parents et une première entrée dans le monde des soins, les enfants étant soumis à 20 examens médicaux obligatoires remboursés intégralement au cours des 16 premières années.

57 Drancourt et al. (2013). Duration of untreated bipolar disorder: missed opportunities on the long road to optimal treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.

58 Unafam (2020). Baromètre des proches aidants.

59 Ouaiby et al. (2016). Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis. *Encephale*.

60 Wang et al. (2005). *op.cit.*

61 Kessler et al. (2005). *op.cit.*

62 Sondage OpinionWay pour Médaziz (2018).

Intégrer la prise en charge de la santé mentale dans les soins de premiers recours doit être une priorité pour éviter les retards aux diagnostics et les pertes de chance.

Une vision hospitalo-centrée de la psychiatrie

Alors même que les réflexions sur la psychiatrie et les réformes de la prise en charge de la santé mentale se concentrent sur les troubles sévères, sur la médecine spécialisée et sur l'hôpital, les médecins généralistes constituent la porte d'entrée des usagers dans le système de soins et sont les premiers consultés en cas de souffrance psychique, loin devant psychiatres et psychologues.

60 % des consultations pour trouble psychiatrique se font en médecine de premiers recours^{63/64} et les médecins généralistes assurent la détection et le traitement de la très grande majorité des troubles légers et modérés. Ils accompagnent de plus fréquemment des patients atteints de troubles psychiatriques sévères stabilisés. Aux États-Unis, la médecine de premiers recours est souvent appelée le *de facto mental health system*⁶⁵.

Les médecins généralistes connaissent bien cette réalité avec entre 20 et 30 % de leur patientèle qui présente une souffrance psychique⁶⁶. Une enquête menée par la DREES et l'URPS en juin 2011 interrogeait les médecins généralistes sur la fréquence avec laquelle ils prenaient en charge la souffrance psychique. 72 % des médecins interrogés disaient prendre en charge au moins chaque semaine un patient présentant une souffrance psychique. Ils étaient 67 % à déclarer prendre en charge au moins un patient présentant une dépression par semaine et 81,5 % pour les troubles anxieux⁶⁷. 75 % à 90 % des prescriptions

63 Kroenke & Unutzer (2017). *op.cit.*

64 Kovess Masfety et al. (2007). Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. *Psychiatric Services*.

65 Darrel A. Regier (1978). *op.cit.*

66 DREES (2012). *op.cit.*

67 DREES, URPS, ORS (2011). Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine de ville.

d'antidépresseurs et d'anxiolytiques en première intention sont réalisées par les médecins généralistes⁶⁸. En cas de tentative de suicide, les médecins généralistes jouent également un rôle majeur⁶⁹.

Du côté des patients, la prise en charge de la santé mentale en premiers recours répond également à une demande forte. Les patients expriment en effet une plus grande satisfaction lorsque le médecin généraliste, en qui ils ont généralement une grande confiance, et qui est bien souvent plus accessible financièrement que le psychiatre, continue à assurer tout ou partie de leur prise en charge⁷⁰. Ce souhait des patients peut être expliqué à la fois par le côté moins stigmatisant d'une prise en charge directement en médecine générale ; par le fait que la relation avec le médecin généraliste est souvent très personnalisée ; que les délais d'attente bien moins importants qu'en psychiatrie puisqu'en moyenne, le délai d'attente pour un rendez-vous chez le généraliste hors urgence est de 6 jours (contre 67 jours en CMP dans certaines régions)^{71/72}, et par l'approche intégrée, qui limite le nombre d'interlocuteurs et permet une approche plus holistique appréciée par les patients⁷³.

La médecine de premiers recours a donc un rôle essentiel à jouer dans la détection des maladies psychiatriques, mais aussi dans leur traitement, alors même qu'elle est souvent très peu considérée dans la réflexion sur la santé mentale et l'organisation des soins psychiatriques.

68 Ministère des Solidarités et de la Santé (2005). Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008.

69 Younes et al. (2020). Management in Primary care at the time of a suicide attempt and its impact on care post-suicide attempt: an observational study in the French GP sentinel surveillance system, *BMC Family Practice*.

70 Craven et al. (2002). Shared mental health care: a bibliography an overview. *Can J Psychiatry*.

71 DREES (2018). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. *Études & Résultats*.

72 Enquête ARS Auvergne-Rhône-Alpes (2015). Évolution de l'activité entre 2011 et 2015 des établissements autorisés en psychiatrie de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

73 Rondet C. et al. (2015). Why underserved patients do not consult their general practitioner for depression: results of a qualitative and a quantitative survey at a free outpatient clinic in Paris, France, *BMC Family Practice*.

Un manque de ressources et un déficit de coordination

Face à la demande croissante de soins psychiatriques, les médecins généralistes se retrouvent souvent démunis. Les consultations sont en effet de courte durée en médecine générale (16 minutes en moyenne)⁷⁴ ce qui permet difficilement la prise en charge de malades complexes en souffrance psychique qui demandent souvent des consultations plus longues dans lesquelles l'échange et la parole doivent pouvoir se déployer⁷⁵.

Les enjeux de santé psychique sont souvent multidimensionnels et les patients souffrant de troubles mentaux peuvent aussi présenter une forte vulnérabilité sociale qui demande une prise en charge très particulière⁷⁶. La capacité à identifier les troubles mentaux (dépistage) et à ne pas passer à côté de cette vulnérabilité sociale est essentielle pour assurer une prise en charge de qualité et permettre l'accès aux soins de personnes qui passent aujourd'hui à travers les mailles du filet.

32

Au-delà de l'enjeu du temps très court des consultations, celui de la formation des médecins de premiers recours en psychiatrie est souvent jugée insuffisante. Pour y remédier, en janvier 2018, la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn annonçait que « 100 % des médecins généralistes auront un stage de psychiatrie ou de santé mentale pendant leur formation. » Or, un arrêté publié en 2004 précisait déjà : « Dans l'ensemble du cursus, des temps de formation à la prise en charge psychologique et psychiatrique des patients sont obligatoires. Ils sont réalisés à l'occasion de stages effectués dans les services et structures, y compris ambulatoires, agréés pour la formation des internes et habilités pour cette formation. » Malgré cela, à ce jour, l'internat de médecine générale ne dispense presque aucune formation en

74 DREES (2006). La durée des séances des médecins généralistes. *Études et Résultats*.

75 Norton J. et al. (2011). Beliefs and attitudes of French family practitioners toward depression: the impact of training in mental health. *International Journal of Psychiatry Med.*

76 Rondet C. (2013). Depression prevalence and primary care among vulnerable patients at a free outpatient clinic in Paris, France, in 2010: results of a cross-sectional survey, *BMC Family Practice*.

santé mentale⁷⁷. D'autres recommandations poussent pour une formation des médecins généralistes déjà en exercice, qui paraît peu compatible avec les nécessités et la réalité de l'exercice de la médecine générale qui doit traiter de l'ensemble des problématiques de santé, allant de la prévention aux maladies aiguës et chroniques.

Au-delà de la formation, dont la nécessité est évidente, le besoin pour les médecins généralistes d'avoir accès à un avis ou un conseil spécialisé, voire d'adresser un patient est très fort. Lorsque le médecin généraliste est confronté à des signes d'entrée dans une pathologie psychiatrique sévère ou à une situation complexe ou d'urgence, il peut avoir besoin rapidement d'un avis ou d'un adressage. **Or la coordination entre médecine générale et psychiatrie est extrêmement défaillante. La France est le pays européen dans lequel l'adressage du médecin généraliste au psychiatre est le plus faible** selon l'étude ESEMeD menée dans six pays européens⁷⁸, 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 généralistes⁷⁹. 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 pour les médecins généralistes.

Cette difficile coordination entre médecine de premiers recours et psychiatrie s'explique par une combinaison de facteurs⁸⁰ :

- des relations jugées insatisfaisantes : plus de la moitié des médecins généralistes estiment avoir des relations plus difficiles avec les psychiatres qu'avec les autres spécialistes⁸¹ avec par exemple 72 % des généralistes insatisfaits

77 Formation des futurs généralistes en Santé Mentale (2018). Synthèse de la commission éphémère de l'ISNAR-IMG.

78 Kovess-Masfety (2007). *op.cit.*

79 Bohn et al. (2007). Patients psychiatriques ambulatoires. Quelle coordination des soins?. *Rev Prat MG.*

80 Hardy-Baylé & Younès (2014). *op.cit.*

81 Younes et al. (2005). General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract.*

de l'information reçue en cas d'adressage d'un patient⁸² ;

- des incompréhensions et des barrières culturelles entre médecins généralistes et psychiatres ;
- des délais d'attente parfois très longs pour avoir accès à une consultation spécialisée en psychiatrie, que cette consultation soit en libéral ou au sein du secteur de psychiatrie. Un rapport de la Cour des comptes évoquait, dès 2003, un délai supérieur à un mois pour une première consultation dans 20 % des secteurs de psychiatrie adulte et dans 60 % des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile⁸³. Le rapport Robiliard de 2013 soulignait que la fermeture de la plupart des CMP tôt le matin, après 18 heures, le week-end et les jours fériés aggravait cette situation de saturation⁸⁴ ;
- des réticences à adresser des patients ayant des difficultés financières vers des psychologues de ville qui ne sont pas considérés comme des professionnels de santé et de ce fait ne sont pas remboursés. Face à cette difficulté d'accès aux soins, des expérimentations de remboursement des séances sont actuellement menées par la CNAM et par le ministère de la Santé) ;
- la réticence de certains patients à aller voir un spécialiste de la santé mentale, et parfois de certains médecins généralistes à adresser leurs patients en psychiatrie du fait de la stigmatisation des maladies psychiatriques ;
- la complexité du secteur de psychiatrie, très peu connu et mal compris par les patients, mais également par les médecins de premiers recours⁸⁵.

Les professionnels se sont saisis du sujet depuis plusieurs années et ont proposé des évolutions. Par exemple, une « **Charte de partenariat entre médecine générale et psychiatrie de secteur** » a été signée en 2014 entre le collège de médecine générale et la conférence nationale des présidents des commissions médicales d'établissements des centres hospitaliers spécialisés.

82 *Ibid.*

83 Cour des Comptes (2011). L'organisation des soins psychiatriques : les effets du Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010).

84 Denys Robiliard (2013). Rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. *Assemblée nationale*.

85 Par exemple, à ce jour, aucun texte public n'existe qui définit exactement le cahier des charges des CMP, il n'est par ailleurs pas possible de savoir combien de CMP existent exactement en France et les informations sont très hétérogènes à leur sujet.

Des initiatives pour mieux coordonner psychiatrie et premiers recours

Certains acteurs de terrains très motivés se sont saisis du problème pour proposer des modalités innovantes de coopération entre médecine générale et psychiatrie. Ces initiatives restent très hétérogènes d'un lieu à l'autre et sont souvent le fait de relations personnelles entre confrères⁸⁶. En 2018, la Haute autorité de santé publiait un « Guide de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux »⁸⁷. Elle y établissait une typologie de ce qui existe en matière de coordination entre médecine générale et psychiatrie en l'illustrant d'exemples et distinguait cinq types de modèles :

- 1. les dispositifs permettant une amélioration de la communication** avec des échanges d'information et des procédés d'adressage renforcés (courriers standardisés, réunions pluridisciplinaires, identification de contacts formels dans les équipes, etc.);
- 2. les lieux d'exercice partagés ou co-location** où les professionnels spécialisés (psychologues ou psychiatres) travaillent dans les mêmes locaux que les médecins généralistes ;
- 3. les dispositifs de soins partagés (DSP)** qui proposent des consultations d'avis dispensés par des médecins psychiatres et de suivi conjoint pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux les plus communs. Il existe à ce jour trois DSP en France ;
- 4. les dispositifs reposant sur des coordinateurs de parcours** (*care manager ou case manager*), notamment pour faciliter les interactions entre les différents professionnels du soin et du médico-social.

86 Hardy-Baylé & Younès (2014). *op.cit.*

87 Haute autorité de santé (2018). *op.cit.*

Le cinquième modèle d'intégration, qui n'existe pour le moment pas en France, est celui des soins collaboratifs. Ce modèle, que nous décrivons en chapitre 3, est celui qui a montré les résultats les plus intéressants et qui a été le plus largement évalué par la littérature. La Haute Autorité de Santé le définit ainsi⁸⁸ :

- une approche pluriprofessionnelle : en général, un médecin généraliste, un professionnel spécialisé et un coordonnateur des parcours de santé.
- Un programme de prise en charge structuré : guides ou protocoles de soins.
- Un suivi programmé du patient : prédéfinition d'un calendrier de rendez-vous (adhésion au traitement, évolution des symptômes, etc.).
- Une communication interprofessionnelle renforcée : réunions cliniques pluriprofessionnelles, dossiers médicaux partagés, etc.

Les dispositifs de soins partagés

Les dispositifs de soins partagés (DSP), proposent des consultations d'avis et de suivi conjoint pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux. Les équipes des DSP se composent de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers. L'adressage se fait par le médecin généraliste. Un premier entretien approfondi est réalisé par un infirmier dans un délai très court.

Des professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale (psychiatre et/ou psychologues le plus souvent) reçoivent ensuite le patient en consultation. Le professionnel spécialisé communique ensuite des informations au médecin généraliste sur le diagnostic et des conseils relatifs à la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre. Le médecin généraliste et le patient décident ensemble de la prise en charge.

.../...

Pour les pathologies qui nécessitent un suivi spécialisé, le projet de soins peut s'accompagner d'une orientation vers la filière psychiatrique. Il existe trois DSP en France : dans les Yvelines Sud depuis près de 20 ans⁸⁹, à Créteil depuis 2012 et à Toulouse depuis 2017.

(Source : HAS, *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, État des lieux, repères et outils pour une amélioration*, 2018).

D'autres dispositifs et expérimentation existent ou se développent pour mieux coordonner médecine spécialisée et soins somatiques, à l'instar de l'expérimentation Passport BP portée par la Fondation FondaMental et soutenu par le ministère des Solidarités et de la Santé dans le cadre de l'article 51. Ce projet a pour ambition de construire un parcours de soins innovant dédié aux personnes atteintes de troubles bipolaires afin d'améliorer le pronostic médical psychiatrique et somatique, la coordination des acteurs de soins à l'aide de *case manager* et d'innovations technologiques ainsi que la qualité de vie, la satisfaction des soins et l'insertion socio-professionnelle⁹⁰.

Une meilleure prise en charge des psychothérapies

Dans tous les troubles psychiatriques, quel que soit leur niveau de sévérité, des psychothérapies et prises en charge psychosociales sont indiquées. Plusieurs d'entre elles ont démontré leur efficacité, ont fait l'objet de validations scientifiques et font partie des recommandations internationales de bonnes pratiques. Essentielles au processus de réhabilitation des patients, elles contribuent à favoriser une meilleure prise en charge par les malades eux-mêmes de leur pathologie.

89 Hardy-Baylé & Younès (2014). *op.cit.*

90 <https://www.aphp.fr/contenu/passport-bp-un-parcours-de-soins-innovant-dedie-aux-personnes-avec-troubles-bipolaires> consulté le 22 novembre 2020.

Ces séances peuvent recouvrir plusieurs types de prise en charge telles que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)⁹¹, la psychoéducation (éducation thérapeutique) ou les psychothérapies familiales et systémiques par exemple⁹².

Pour autant, ces thérapies sont peu disponibles en France, par manque de professionnels formés, mais, surtout, faute de remboursement par l'Assurance maladie, dès lors qu'elles sont proposées par des praticiens libéraux non-médecins, et notamment par les psychologues qui ne sont pas reconnus comme des professionnels de santé.

Depuis quelques années, la question du remboursement des psychothérapies dispensées par les psychologues en ville est devenue un enjeu majeur d'accès aux soins, notamment pour les troubles modérés et fréquents qui touchent près de 17 % de la population chaque année. Des expérimentations ont été mises en place pour tester l'efficacité et la faisabilité d'un tel remboursement dans le cadre de parcours coordonnés avec les médecins traitants.

Le dispositif Écoute Émoi pour les jeunes de 11 à 21 ans

Dans le cadre du Plan « Bien-être et santé des jeunes », une expérimentation de trois ans a été lancée par le ministère chargé de la santé dans certaines villes de trois régions (Île-de-France, Pays de Loire et Grand Est) qui prévoit le remboursement de dix séances de consultations chez un psychologue pour des jeunes de 11 à 21 ans chez lesquels un médecin a évalué une détresse psychique.

Le dispositif prévoit : une consultation médicale d'évaluation ; la prescription d'un forfait de prise en charge auprès d'un psychologue libéral (sur la base d'un forfait de 12 séances pour le jeune et/ou les titulaires de l'autorité parentale) ; le renforcement de la formation en santé mentale, pour les professionnels ; l'inclusion dans un parcours de soins. Les jeunes ne doivent pas présenter de

91 Les TCC sont des thérapies brèves visant à améliorer la prise en charge des symptômes invalidants en agissant spécifiquement sur les schémas de pensée.

92 Les thérapies familiales ont pour but de favoriser les échanges entre membres d'une famille pour dépasser des situations de crise notamment.

troubles psychiatriques ni de signes manifestes de crise suicidaire et ne doivent pas bénéficier d'un suivi⁹³.

L'expérimentation du remboursement des psychothérapies de ville pour les 18-60 ans présentant des troubles modérés

L'Assurance maladie, expérimente depuis 2018 dans **4 départements** (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan), le remboursement de la psychothérapie chez **les patients âgés de 18 à 60 ans et présentant des troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée**. Sont exclues du champ de l'expérimentation toutes les situations graves (risque suicidaire, addictions, troubles sévères comme les psychoses, les personnes ayant des antécédents psychiatriques ou ayant pris des antidépresseurs, des anxiolytiques ou des psychotropes dans les deux dernières années).

Dans le cadre d'un parcours de soins proposé par le médecin traitant, ce dispositif permet la prise en charge de séances d'accompagnement psychologique effectuées par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute agréé par l'agence régionale de santé (ARS)⁹⁴.

39

La prise en charge comprend :

- une évaluation par le médecin généraliste à l'aide des échelles PHQ9 et GAD7 (cf. annexe 3 pour le détail de ces deux questionnaires) ;
- un entretien d'évaluation de 45 minutes environ réalisé par un psychologue clinicien ou un psychothérapeute agréé qui adresse un bilan au médecin traitant qui peut prescrire sur ordonnance des séances de psychothérapies de soutien (une à dix) ;
- une à dix séances d'accompagnement psychologique de soutien de 30 minutes environ ;

93 Pour plus d'information voir <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/jeunes-en-souffrance-psychique-lancement-de-l'experimentation-ecoutemoi-en-ile-de-france>

94 Ce dispositif est réalisé en collaboration avec le ministère chargé de la santé, le Collège de la Médecine Générale, le Collège National Professionnel de Psychiatrie, le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie, l'Association Française des Thérapies Comportementales et Cognitives, le Syndicat National des Psychologues, le Syndicat des Psychiatres Français et l'Association Française de Psychiatrie.

- si l'évolution n'est pas favorable, une concertation est organisée et après avis d'un psychiatre, le médecin traitant peut prescrire une à dix séances de psychothérapie structurée de 45 minutes environ.

Une évaluation multidimensionnelle vient de débuter. Elle est réalisée par un bureau d'études, avec le soutien d'un comité scientifique d'experts indépendants.

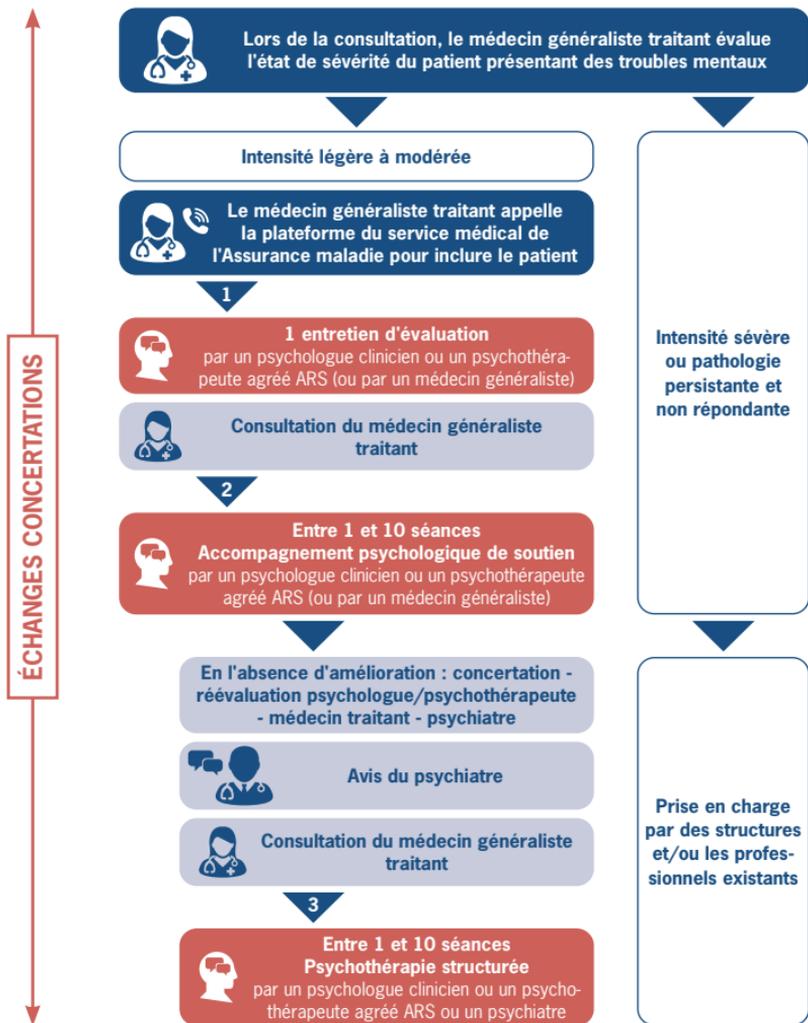
Elle a pour objectifs d'analyser :

- l'évaluation du processus
- l'efficacité de la prise en charge médicale proposée
- l'impact économique et sociétal et l'efficience

L'évaluation va être menée auprès de l'ensemble des acteurs impliqués : médecins généralistes, psychologues cliniciens, psychothérapeutes, psychiatres, acteurs institutionnels et patients.

Elle se déroulera dans les 4 départements expérimentateurs ainsi que dans 4 départements témoins ne bénéficiant pas de ce dispositif. Afin que l'évaluation médico-économique puisse être réalisée dans des conditions optimales, le dispositif expérimenté a été prolongé jusqu'en décembre 2022.

Parcours du patient dans l'expérimentation CNAM



Source : Guide pratique à destination des médecins – Prise en charge par l'Assurance maladie des thérapies non médicamenteuses.

INTÉGRATION DE LA SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE : UNE PRIORITÉ HORS DE NOS FRONTIÈRES

L'intégration des soins psychiatriques en médecine générale est une réalité dans de nombreux pays. Elle est d'ailleurs recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que par l'OCDE⁹⁵ depuis de nombreuses années.

42

Ainsi, en 2008, l'OMS publiait un rapport intitulé *Integrating mental health into primary care. A global perspective*⁹⁶. Dix messages clés sont mis en avant dans ce rapport qui n'a malheureusement pas été traduit en français :

- « **1.** Les troubles mentaux affectent des centaines de millions de personnes et, s'ils ne sont pas traités, entraînent un énorme coût en termes de souffrance, d'invalidité et de perte économique.
- 2.** Malgré la possibilité de traiter avec succès les troubles mentaux, seule une petite minorité des personnes reçoit des traitements.
- 3.** L'intégration des services de santé mentale dans les soins primaires est le moyen le plus viable de combler les lacunes en matière de traitement et de garantir que les personnes reçoivent les soins de santé mentale dont elles ont besoin.

95 OCDE (2015). *op.cit.*

96 WHO (2008). *op.cit.*

4. Les soins primaires en matière de santé mentale sont abordables et des investissements peuvent apporter des avantages importants.
5. Certaines aptitudes et compétences sont nécessaires pour évaluer, diagnostiquer, traiter, soutenir et orienter efficacement les personnes atteintes de troubles mentaux ; il est essentiel que les travailleurs des soins primaires soient correctement préparés et soutenus dans leur travail en matière de santé mentale.
6. Il n'existe pas de modèle unique de meilleures pratiques qui puisse être suivi par tous les pays. Les succès ont plutôt été obtenus grâce à une application locale judicieuse de grands principes.
7. L'intégration est plus réussie lorsque la santé mentale est intégrée dans les cadres politiques et législatifs en matière de santé et soutenue par une direction de haut niveau, des ressources adéquates et une gouvernance permanente.
8. Pour être pleinement efficaces et efficients, les soins de premiers recours en santé mentale doivent être coordonnés avec un réseau de services à différents niveaux de soins et complétés par un développement plus large du système de santé.
9. De nombreux pays à faible et moyen revenu ont réussi la transition vers des soins de premiers recours intégrés.
10. La santé mentale est au cœur des valeurs et des principes de la Déclaration d'Alma-Ata ; les soins holistiques ne seront jamais réalisés tant que la santé mentale ne sera pas intégrée aux soins primaires. »⁹⁷

Depuis plus de vingt ans, des expériences ont été menées partout dans le monde pour mieux intégrer la santé mentale dans les soins de premiers recours

et des centaines d'articles scientifiques ont été publiés sur le sujet. Plusieurs pays qui ont mis en place différentes politiques d'intégration de la santé mentale en premiers recours peuvent à ce titre nous inspirer. Quatre experts issus de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie, des Pays Bas et du Royaume-Uni détaillent ci-dessous les politiques menées par leurs pays en la matière. Les dispositifs développés de même que les barrières et les leviers facilitant cette intégration sont des sources d'inspiration pour la France.

1. La Nouvelle-Zélande : un investissement fort sur la médecine de premiers recours et la coordination des acteurs

Dr Andrew Old⁹⁸

44

Une structuration de la médecine de premiers recours depuis 2001 favorable à la prise en charge de la santé mentale

En 2001, la Nouvelle-Zélande a publié une Stratégie de soins de santé primaires⁹⁹ (PHCS). Cette stratégie a mis l'accent sur la santé de la population et le rôle de la communauté, la promotion de la santé et les soins préventifs, la nécessité d'inclure une pluralité de professionnels, et un financement basé sur les besoins de la population plutôt que sur le volume d'actes. **La PHCS a mis en place des Organisations de santé primaire (OSP), conçues pour assurer les services de soins de santé primaires essentiels à une population, en utilisant une pluralité de prestataires¹⁰⁰. La majorité des médecins généralistes ont rejoint une OSP afin de pouvoir accéder au nouveau financement par capitation, et leurs patients ont pu bénéficier**

98 Ce chapitre a été rédigé par Dr Andrew Old est médecin de santé publique à Auckland, en Nouvelle-Zélande, où il travaille comme médecin-chef associé, Directeur médical et directeur de l'amélioration de la qualité de vie et des soins au Waitematā District Health Board.

99 New Zealand Minister of Health (2001). The Primary Health Care Strategy. Wellington: Ministry of Health.

100 <https://www.health.govt.nz/our-work/primary-health-care/about-primary-health-organisations>

d'autres initiatives, notamment la réduction du reste à charge et l'accès à d'autres services comme la prise en charge de la santé mentale.

Pour les patients, l'inscription auprès d'une OSP est volontaire, mais la plupart (96 %) de la population est inscrite car c'est par l'intermédiaire des OSP qu'ils peuvent accéder aux avantages supplémentaires décrits ci-dessus. Comme les médecins généralistes continuent d'être en grande partie des praticiens privés, les soins primaires en Nouvelle-Zélande continuent d'être un modèle mixte de financement public par capitation et de paiements à l'acte par les patients.

Le PHCS a été une étape cruciale pour l'intégration de la santé mentale en Nouvelle-Zélande. La majorité de la population est inscrite auprès d'un médecin généraliste et, pour la plupart des personnes, les cabinets de médecine générale sont la principale voie d'accès à un premier soutien pour les problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

En s'appuyant sur les principes du PHCS, le ministère de la Santé a annoncé fin 2003 le financement d'une série d'initiatives¹⁰¹ de santé mentale en premiers recours. C'était la première fois qu'un financement central était prévu pour soutenir spécifiquement les soins de santé mentale en premiers recours en Nouvelle-Zélande, et ces initiatives étaient soutenues par une « boîte à outils pour le développement de services »¹⁰². Le Programme d'initiatives de santé mentale en premiers recours a fait partie d'un ensemble d'initiatives entreprises pour développer les Organisations de santé primaire (OSP) et soutenir la mise en œuvre globale du système de santé mentale en premiers recours (PHCS). Jusqu'alors, l'allocation des financements était principalement destinée aux personnes atteintes de troubles de santé mentale durables et plus graves. La cible de ces nouvelles initiatives était cette fois la population souffrant d'une maladie psychiatrique légère à modérée (estimée à 17 % de la population à tout moment donné).

101 Dowell et al. (2009). Evaluation of the Primary Mental Health Initiatives: summary report 2008. Wellington: University of Otago, Wellington and Ministry of Health.

102 Ministry of Health (2004). Primary Health Organisations: Service development toolkit for mental health services in primary health care. Wellington: Ministry of Health.

Les initiatives de santé mentale en premiers recours couvrent une série de modèles de services dans lesquels les OSP ont été financées pour fournir : **du temps supplémentaire entre les patients et le médecin généraliste ou l'infirmier praticien ; un accès amélioré aux thérapies psychologiques ; et/ou une série de liens améliorés avec les services sociaux et de santé.** L'adoption de ces initiatives a été très positive puisque la quasi-totalité des 80 OSP du pays ont ainsi bénéficié d'un financement dédié à la santé mentale. Une évaluation des initiatives a montré que jusqu'à 80 % des utilisateurs de ces services ont bénéficié de la variété des interventions proposées et qu'aucun modèle n'offrait un service intrinsèquement plus rentable que les autres¹⁰³. Un aspect important de ces programmes a été **le développement de nouveaux métiers pour les professionnels de la santé mentale, y compris ceux de coordinateurs de la santé mentale des OSP (pour assurer la liaison des consultations et l'évaluation clinique, et soutenir les prestations de services de santé mentale dans l'ensemble de l'OSP) et d'autres professionnels de santé mentale travaillant dans le cadre de cabinets généralistes.** Il a également été possible d'étendre les rôles des membres d'équipe existants, tels que les médecins généralistes et les infirmiers praticiens, en finançant du temps supplémentaire pour ce personnel.

Des stratégies et des ressources dédiées à la prise en charge des troubles légers à modérés

La Stratégie de soins de santé primaires (PHCS) de 2001 a été suivie en 2012 d'un nouveau document politique du ministère de la Santé (Rising to the Challenge) et d'un rapport de la Commission de la santé mentale : Plan d'action II. Le Plan d'action I (1998) s'était concentré sur les personnes souffrant de maladies psychiatriques graves. De ce fait, le Plan II a mis l'accent sur les personnes souffrant de maladies légères à modérées et s'est explicitement appuyé sur les idées énoncées par la PHCS – attribuant un rôle plus important aux soins de premiers recours et décrivant des changements dans la manière

103 Dowell et al. (2009). *op.cit.*

dont le personnel devait être utilisé. Un élément important de ce changement sera la « **mise en œuvre complète d'une approche de soins gradués** », c'est-à-dire intervenir de la manière la moins intensive possible, en partant des soins auto-administrés puis en passant par les services de premiers recours, de communauté et enfin spécialisés, afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles¹⁰⁴. Les deux documents mettent l'accent sur la mise en place de services axés sur les besoins de la personne par le biais d'une approche collaborative et multi-agences. Malgré ces efforts, il est important de noter que si la vision globale du PHCS a été transformatrice, les objectifs n'ont pas été atteints dans la mesure initialement prévue¹⁰⁵.

Récemment, la nécessité d'un changement plus efficace a été renforcée par une enquête gouvernementale majeure sur les soins de santé mentale et de toxicomanie, qui recommande une fois de plus la transformation des soins de premiers recours :

« **Transformer les soins de santé de premiers recours** afin que les gens puissent bénéficier d'une aide compétente au sein de leurs communautés locales, pour prévenir les problèmes de santé mentale et de toxicomanie et y trouver une réponse. **Répondre de manière appropriée aux personnes confrontées à ces problèmes devrait faire partie du rôle central de tout service de médecine générale ou de santé communautaire. Les capacités du personnel de soins de premiers recours doivent être renforcées, avec une formation supplémentaire en matière de santé mentale et de toxicomanie pour les médecins généralistes, les infirmiers praticiens et les agents de santé communautaire** »¹⁰⁶.

104 The Mental Health Commission (2012). Blueprint II Improving mental health and wellbeing for all New Zealanders: How things need to be. Wellington: The Mental Health Commission.

105 Raymont & Cumming (2013). Evaluation of the Primary Health Care Strategy: Final report. Wellington: Health Services Research Centre.

106 He Ara Oranga (2018). Report of the Government Inquiry into Mental Health and Addiction.

Cette recommandation s'est traduite par une importante injection de fonds, **avec l'attribution de 445 millions de dollars sur quatre ans dans le Budget bien-être (Wellbeing budget) de 2019**¹⁰⁷. Cet argent est affecté à l'élargissement de l'accès et au choix de l'aide en matière de santé mentale primaire et de toxicomanie, et doit permettre à 325 000 personnes d'y avoir accès d'ici 2023/24.

Des freins à lever pour permettre une intégration plus poussée

L'adoption à grande échelle de l'intégration de la santé mentale en premiers recours en Nouvelle-Zélande s'est heurtée à plusieurs difficultés. L'une des plus importantes est **la limite de ce que les médecins généralistes peuvent accomplir en quinze minutes de consultation. Outre le manque de temps, certains médecins généralistes ont des connaissances et formations lacunaires en matière de santé mentale et de toxicomanie, et peu de liens avec d'autres services sociaux** (que ce soit avec les ONG ou les services gouvernementaux tels que les services d'aide au logement et d'aide au revenu). Ces facteurs contribuent à un recours excessif à la prescription médicamenteuse, au détriment de l'utilisation d'un éventail plus large d'approches – tels que les thérapies par la parole, ou les soutiens sociaux et culturels plus largement.

Pour la plupart des personnes, si la médecine générale est probablement le premier endroit vers lequel se tourner lorsqu'elles cherchent une aide en matière de santé mentale et de toxicomanie, elle n'est pas pour autant le seul point d'entrée pour obtenir un soutien. Ils sont nombreux à chercher ailleurs, pour des raisons de coût, ou parce que les cabinets de médecine générale sous leur forme actuelle ne répondent ni à leurs besoins ni à leurs préférences. Le rôle des autres prestataires de soins de santé et de services sociaux, notamment les organisations non gouvernementales (ONG), Whānau Ora (Māori santé), les prestataires de services spécialisés pour la jeunesse, et les services de santé

107 <https://treasury.govt.nz/publications/wellbeing-budget/wellbeing-budget-2019.html>

proposés dans les écoles et les établissements d'enseignement supérieur, sont tous essentiels pour répondre aux divers besoins, mais sont souvent mal compris ou mal coordonnés. L'accès aux soins de santé mentale spécialisés se fait soit de façon privée, soit sur recommandation d'un médecin généraliste.

Enfin, **le modèle de financement des soins primaires, en particulier le recours quasi-systématique de nombreux cabinets aux co-paiements qui entraînent un reste à charge pour les patients, reste un obstacle à l'accès et à l'innovation**¹⁰⁸. Outre les obstacles au développement de nouveaux modèles de soins, les co-paiements et autres frais créent des obstacles à l'accessibilité financière pour de nombreuses personnes¹⁰⁹.

Une initiative inspirante : *Closing the Loop*

Closing the Loop est un modèle que les quatre plus grandes OPS ont développé afin de fournir des soins gradués dans le cadre des premiers recours¹¹⁰. Le modèle a été testé à Auckland et une évaluation indépendante préliminaire semble prometteuse¹¹¹. Un nouveau financement en 2020 devrait permettre d'élargir considérablement sa portée.

Closing the Loop couvre une série d'initiatives, mais l'une d'elles, Awhi Ora – Soutenir le bien-être – est un bon exemple d'intégration des services de santé mentale avec d'excellents résultats.

108 Middleton et al. (2018). Taking Stock: Primary care innovation (report for the New Zealand Productivity Commission). Victoria University of Wellington.

109 L'enquête sur la santé en Nouvelle-Zélande indique que, chaque année, 14 % des Néo-Zélandais ne peuvent pas consulter leur médecin généraliste en raison du coût: https://minhealthnz.shinyapps.io/nz-health-survey-2016-17-annual-data-explorer/_w_da2f5c23/#!/explore-topics

110 Voir Network Four (2016). « Closing the Loop »: une approche de la santé mentale primaire et du soutien aux toxicomanes centrée sur la personne.

111 Appleton-Dyer & Andrews (2018). Fit for the Future: An evaluation overview for the enhanced integrated practice teams and Our Health in Mind Strategy (Business Case One) (report for the Ministry of Health). Sydney: Synergia.

Créée en 2016, Awhi Ora cible les adultes souffrant de problèmes de santé mentale ainsi que ceux souffrant de maladies chroniques multiples. Le programme essentiellement social Awhi Ora, co-conçu par la communauté locale et le Conseil de santé du district aux côtés des services de soins de premiers recours et des ONG partenaires, a pour vocation de répondre aux situations de détresse. Il s'adresse aux personnes qui éprouvent des difficultés personnelles et qui ont du mal à accomplir leurs tâches quotidiennes ou à atteindre leurs objectifs. La seule condition d'éligibilité est d'être dans un certain état de détresse. Pour se concentrer sur le bien-être, le programme s'intéresse à ce qui compte le plus pour la personne et tente de supprimer les obstacles à l'atteinte de leurs objectifs (tels que le coût ou les barrières linguistiques). Bien que les patients puissent se présenter d'eux-mêmes au programme, l'intégration au niveau de la médecine générale est un aspect essentiel. Le médecin généraliste identifie la source de la détresse d'une personne et la quantifie à l'aide de l'échelle de détresse psychologique Kessler-10 (K10). Il identifie ensuite les soutiens les plus appropriés, qu'ils soient cliniques ou sociaux, et présente les personnes à Awhi Ora pour obtenir ces soutiens. Certains services sont situés dans les mêmes locaux, mais dans d'autres cas, l'ONG et le médecin généraliste se trouvent à des emplacements différents. Le médecin généraliste conserve la responsabilité clinique des soins du patient et les ONG facilitent l'accès à d'autres services, qu'ils soient psychologiques ou sociaux. Les patients quittent le programme lorsqu'ils atteignent leurs objectifs et définissent leurs prochaines étapes, mais ils peuvent facilement le réintégrer au besoin. Si un soutien spécialisé en matière de santé mentale est nécessaire, le médecin généraliste peut orienter le patient vers un service financé par l'État.

Le programme a débuté sous forme de prototype en 2016 dans deux cabinets de médecine générale et a depuis été déployé dans plus de 40 cabinets à Auckland. Les données sur les activités du programme sont régulièrement recueillies et une évaluation indépendante a montré un effet significatif sur la réduction des niveaux de détresse mesurés¹¹².

112 Appleton-Dyer & Andrews (2018). *op.cit.*

L'objectif du programme est de soutenir et d'améliorer l'autogestion, et cet objectif guide la manière dont les praticiens s'engagent auprès des patients.

En mettant l'accent sur la prise de décision partagée, les patients définissent leurs propres objectifs et élaborent des plans de soins individualisés grâce à des entretiens de motivation avec les professionnels.

Ces professionnels proviennent de différents milieux, ils sont notamment des travailleurs sociaux et des travailleurs de soutien communautaire. Un encadrement individuel est disponible pour aider les personnes à communiquer leurs besoins. Un soutien est apporté pour les problèmes de santé physique, même si la visée principale reste les besoins sociaux provoquant une détresse mentale. Awhi Ora s'appuie sur un modèle de soutien partagé et collaboratif, basé sur un partenariat entre le participant, le médecin généraliste et le professionnel de soutien de l'ONG. En fonction des besoins primaires de la personne, c'est soit le médecin généraliste soit l'ONG qui assurera la direction des soins. Les médecins généralistes fournissent principalement les soins de santé, tandis que les ONG mettent les personnes en contact avec les prestataires de soins sociaux. Le niveau de collaboration entre les médecins généralistes et les ONG est élevé.

Il est important de noter qu'Awhi Ora représente un recadrage délibéré des ressources en matière de santé mentale. Le financement qui aurait été consacré aux soins spécialisés est plutôt canalisé vers les soins de santé primaires. Ceci permet de répondre à un large éventail de besoins dans le domaine biopsychosocial, une lacune au sein des services existants à ce jour.

2. Les Pays-Bas : le médecin généraliste au cœur des soins de santé mentale

Laura Shields Zeeman¹¹³

Un pilotage de la santé mentale sur plusieurs niveaux

Aux Pays-Bas, le gouvernement national a la responsabilité générale de fixer les priorités en matière de santé, d'introduire des changements juridiques et politiques, et de contrôler l'accès, la qualité et les coûts des soins du système de santé¹¹⁴. Les municipalités sont chargées de la gestion de certains services de santé, ce qui inclut les services de prévention (proposés par les organisations de santé municipales, appelés services GGD). S'agissant de la gestion globale des soins de santé mentale aux Pays-Bas, il n'existe actuellement aucun département qui y soit dédié spécifiquement, que ce soit au sein du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports ou du ministère des Affaires sociales.

52

Le sujet de la santé mentale est couvert par plusieurs départements dépendant du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports, notamment par le Département de la santé publique, des soins curatifs, des unités de soins de longue durée, et des soins pour la jeunesse. La santé mentale en ville est généralement couverte dans le cadre de l'ensemble des prestations légales de base et de la Loi sur l'Assurance maladie. Les soins de santé mentale hospitaliers et de longue durée sont généralement couverts par la Loi sur les soins de longue durée de 2015^{115/116}.

Il y a une distinction importante à faire entre la gestion des soins de santé mentale pour les jeunes et celle pour les adultes. Les pouvoirs locaux sont

113 Ce chapitre a été rédigé par Laura Shields Zeeman, PhD, Directrice du département Santé Mentale et Prévention à l'Institut Néerlandais de la Santé Mentale et des Addictions.

114 Wammes et al. (2020). Netherlands | Commonwealth Fund. *Int. Heal. Care Syst. Profiles*.

115 Wammes et al. (2020). *op.cit*.

116 Christina Van der Feltz-Cornelis (2011). Ten years integrated care for mental disorders in the Netherlands. *Int J Integr Care*.

spécifiquement responsables des soins de santé mentale pour les jeunes, tandis que le gouvernement national en est responsable pour les adultes. **Aux Pays-Bas, il existe un organisme-cadre national, de Nederlandse GGZ, qui représente les intérêts des parties prenantes et les organisations des prestataires de services. Les principaux acteurs de la santé mentale incluent les instituts nationaux de recherche (Institut Trimbos), les organismes de défense des droits (MIND NL), les associations de patients, les associations professionnelles (par exemple, l'Association néerlandaise des psychologues ou psychiatres).**

Une approche intégrée au sein de la médecine générale et une prise en charge graduée

Garantir un accès facile et élargi aux soins de santé mentale est un élément important du système de santé aux Pays-Bas depuis les années 1980¹¹⁷. Pendant des décennies, les psychologues en première ligne ont proposé des traitements de faible intensité, souvent dans des cadres et lieux comparables à ceux d'un médecin généraliste, à proximité du domicile du patient. Cependant, la demande de soins de santé mentale accessibles (ainsi que leurs coûts) n'a cessé d'augmenter. Pour répondre à cette demande et à ces coûts croissants, le ministère néerlandais de la Santé, du Bien-être et des Sports et l'Association nationale des intervenants de première ligne (*Landelijke Vereniging Georganiseerde Eerste Lijn*, INEEN) ont créé **en 2007 la fonction de « professionnels de santé mentale en médecine générale » (POH-GGZ, en néerlandais). Le POH-GGZ n'est pas nécessairement un psychologue qualifié, mais plus souvent un professionnel de santé ayant une formation en soutien social, en psychologie de base, ou en soins infirmiers. Ils travaillent sous la supervision et la responsabilité du médecin généraliste et offrent des soins comparables à ceux normalement dispensés par ce dernier. Le POH-GGZ fait des recommandations au médecin généraliste, qui est responsable de l'orientation *in fine* vers des soins de santé mentale**

117 Jos Derksen (1986). Clinical psychologists in the primary health care system in the Netherlands. *Am Psychol*.

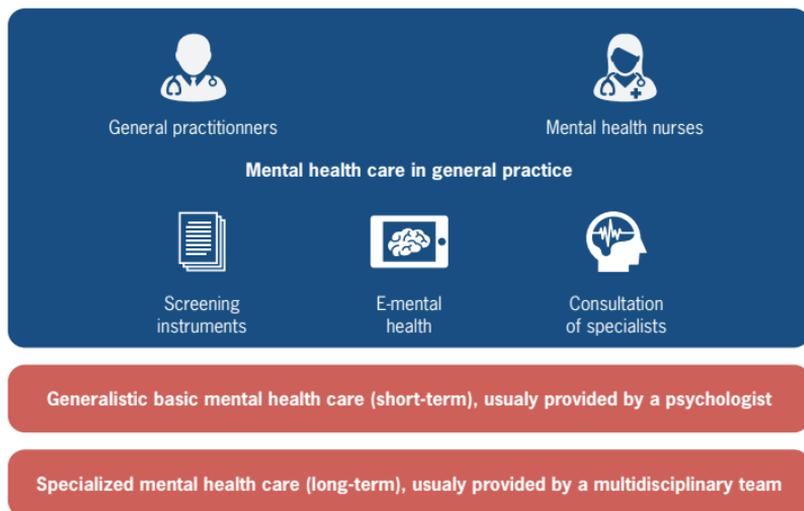
spécialisés, y compris vers des psychiatres. Il est important de noter que la fonction du POH-GGZ permet de fournir des formes plus générales, et donc moins coûteuses, de soins de santé mentale et de soutien. Malgré l'introduction du POH GGZ dans le système de soins primaires, les frais des soins de santé mentale ont continué d'augmenter, ce qui a nécessité des mesures de politiques publiques supplémentaires pour faire face à la hausse des coûts.

Un accord national sur les soins de santé mentale a été conclu en 2012. Cet accord a fixé le double objectif d'une réduction de 30 % du nombre de lits cliniques en psychiatrie à l'échelle nationale, et d'un déplacement de 20 % des patients en soins spécialisés vers les soins primaires. **Afin d'accroître fondamentalement la durabilité et l'efficacité du système de santé mentale néerlandais, une réforme substantielle a été introduite en 2014. Le médecin généraliste est alors devenu un rouage essentiel des soins de santé mentale. De nouvelles réglementations ont été adoptées pour s'assurer que davantage de patients souffrant de problèmes de santé mentale soient traités dans le cadre des soins primaires, et que moins de patients soient orientés vers les soins spécialisés, plus coûteux. Pour répondre à la demande de soins supplémentaires, les médecins généralistes peuvent obtenir des financements additionnels pour travailler avec des infirmiers en santé mentale au sein de leur cabinet**¹¹⁸. Le médecin généraliste conserve la responsabilité générale des soins dispensés dans son cabinet par tout autre type de professionnel de santé, y compris par le professionnel en santé mentale¹¹⁹. Une autre réforme datant de cette période a été la **décentralisation de la prestation de soins de santé mentale pour les jeunes, avec un transfert de responsabilité aux municipalités pour certains services et fonctions de santé mentale.** Cela a mis davantage l'accent sur la responsabilité de la municipalité de créer des partenariats et d'encourager la collaboration entre différents types de services de santé locaux au niveau des soins primaires, secondaires et tertiaires ainsi qu'entre les secteurs (santé et social).

118 Government of the Netherlands. Primary and secondary mental health care | Mental health care | Government.nl. <https://www.government.nl/topics/mental-health-services/primary-and-secondary-mental-health-care>

119 *Ibid.*

Un modèle d'orientation graduée



Modèle d'orientation défini par la réglementation dans le cadre de la réforme de la santé mentale de 2014 aux Pays-Bas¹²⁰.

Les Pays-Bas ont adopté un modèle de soins gradués pour la santé mentale, dans lequel les problèmes légers à modérés tels que la dépression, le stress ou l'anxiété sont traités dans le cadre des soins primaires. Le POH GGZ peut fournir un soutien général en matière de santé mentale dans le cabinet du médecin généraliste ou un suivi téléphonique. Il peut également proposer des interventions numériques d'autogestion avec un suivi de séances de discussion. Lorsque le POH GGZ et le médecin généraliste estiment que des soins plus approfondis sont nécessaires, ou qu'ils ne sont pas en mesure de soutenir le patient dans leur cabinet, le médecin généraliste peut orienter le patient vers **des soins de santé mentale primaires (« GGZ**

120 Tessa Magnée (2017). Mental health care in general practice: In the context of a system reform. *University of Groningen*.

de base »), c'est-à-dire des soins ambulatoires dispensés par des psychiatres, des psychologues, ou vers un traitement numérique évalué pour son efficacité clinique. Les « GGZ de base » proposent des traitements forfaitaires de courte durée avec un nombre fixe de séances thérapeutiques. Si le médecin généraliste identifie un comportement à haut risque tel que des idées suicidaires, des actes d'automutilation, ou un problème de santé mentale grave comme une psychose, il peut orienter le patient vers des **soins de santé mentale secondaires, composés principalement de multi-services spécialisés en santé mentale et organisés au niveau régional (« GGZ instellingen »).** Ces organisations régionales de santé mentale offrent des soins spécialisés ambulatoires (généralement dispensés par des équipes de santé mentale de la communauté, telles que des équipes de « traitement intensif à domicile » ou des équipes de « traitement flexible et pro-actif »), tels l'assistance à la vie autonome, les logements protégés et les soins cliniques et médico-légaux en institution (c'est-à-dire des soins en milieu hospitalier). **Presque tous les patients souffrant d'un problème de santé mentale sont d'abord vus et/ou traités dans le cadre des soins primaires, et environ 90 % des médecins généralistes disposent d'un POH-GGZ dans leur cabinet.** Cependant, certains petits cabinets de médecins généralistes pratiquant seuls ne disposent pas nécessairement d'un POH-GGZ^{121/122}.

Aux Pays-Bas, tous les résidents sont tenus de souscrire une assurance maladie obligatoire auprès d'assureurs privés, qui sont tenus d'accepter tous les demandeurs¹²³, et tous les adultes paient des cotisations. Tous les services de soins primaires sont inclus dans les forfaits d'assurance maladie obligatoire de base pour les résidents des Pays-Bas payant la cotisation. Lorsqu'un service, une procédure ou un soin est nécessaire en dehors des soins primaires (par exemple, un test de laboratoire ou des soins spécialisés), une contribution sur la franchise annuelle est requise (385 euros en 2020). **Pour guider la mise en œuvre du**

121 Beurs et al. (2016). Analyse van de inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk over de periode 2010-2015.

122 Beurs & Verhaak (2016). Inzet van de POH-GGZ in de huisartsenpraktijk over de periode 2010-2015.

123 Wammes et al. (2020). *op.cit.*

modèle d'orientation et les interventions proposées à chaque niveau, plusieurs lignes directrices ont été élaborées, régies par le Collège néerlandais des médecins généralistes. Ces lignes directrices couvrent le diagnostic, le traitement et l'orientation des patients souffrant de problèmes de santé mentale courants comme la dépression et l'anxiété. En règle générale, l'instrument de dépistage utilisé dans les soins primaires est le *Vierdimensionele Klachtenlijst (4DKL)*¹²⁴, mais certains praticiens peuvent utiliser des versions néerlandaises d'autres instruments de dépistage tels que le « questionnaire santé du patient ». L'utilisation d'une méthode de dépistage particulière n'est pas obligatoire, et il n'existe pas de protocole standard aux Pays-Bas sur les procédures de dépistage de la santé mentale dans le cadre des soins primaires.

Des défis structurels perdurent

Le système de soins primaires de santé mentale doit faire face à des défis actuels et à venir. Premièrement, ces dernières années, **la liste d'attente pour les soins de santé mentale spécialisés aux Pays-Bas augmente**^{125/126}. **Il en résulte une demande accrue de soutien en santé mentale dans les soins primaires**¹²⁷, **ce qui accroît la charge professionnelle et augmente la pression sur les médecins généralistes ainsi que sur les professionnels en santé mentale et les psychologues de soins primaires**¹²⁸. Le défi consistant à réduire les temps d'attente dans le système de santé mentale spécialisé a sans aucun doute un impact sur la durabilité de l'augmentation des prestations dans les soins primaires.

124 Tessa Magnée (2017). *op.cit.*

125 MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid. Dossier wachttijden volwassenen ggz. Amersfoort: 2018. https://mindplatform.nl/media/2843/download/dossier_wachttijden.pdf?v=1 (accessed 17 Jul 2020).

126 GGZ groep. Wachttijst - GGZ Groep. Watch. per verstiging. 2020. <https://www.ggzgroep.nl/contact/wachttijst> (accessed 17 Jul 2020).

127 Tessa Magnée (2017). *op.cit.*

128 Magnée et al. (2018). Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. *Huisarts Wet.*

Ensuite, **les soins de santé mentale primaires et secondaires dépendent de la collaboration entre les professionnels** pour discuter des patients et des voies d'orientation et de réorientation bien définies. Dans certaines régions des Pays-Bas, de tels accords régionaux sont en place pour faciliter cette collaboration, mais celle-ci n'est pas uniforme dans tout le pays. Le défi consiste à développer ces accords régionaux par un accord national obligatoire pour permettre cette collaboration. Par ailleurs, **les structures organisationnelles et financières actuelles du système de santé mentale ne remboursent pas le temps que les professionnels de la santé mentale spécialisés consacrent aux réunions de consultation avec les médecins généralistes** au sujet des patients souffrant de problèmes de santé mentale. Ceci étouffe la collaboration et contribue à fragmenter la continuité des soins. Une action politique axée sur la modification des mesures d'incitation et de remboursement du système de santé mentale pourrait résoudre ce problème. **Le partage des données et l'inter-exploitation des dossiers médicaux électroniques constituent un défi supplémentaire.** À l'heure actuelle, **il n'existe pas de base de données centralisée pour le partage des données entre les soins secondaires, primaires et la médecine générale aux Pays-Bas.**

Troisièmement, il est nécessaire d'**approfondir la recherche** sur la mise en œuvre des soins, non seulement pour évaluer l'efficacité des soins prodigués par les professionnels de la santé mentale en médecine générale et les psychologues en soins primaires¹²⁹, mais aussi pour comprendre l'impact que l'intervention dans les soins primaires peut avoir sur la prévention : à la fois pour empêcher les problèmes de santé mentale de se développer mais aussi de s'aggraver.

Quatrièmement, la capacité des médecins généralistes à détecter les problèmes de santé mentale et à reconnaître la dépression varie largement. **La mise en œuvre des recommandations des lignes directrices varie également de manière considérable.** Il est nécessaire d'accorder plus d'attention au

129 Magnée et al. (2018). Toename psychische zorg in de praktijk : gevolgen voor psychologen Patiënten met psychische problemen. *De psycholoog*.

contenu pédagogique s'adressant aux médecins généralistes et aux professionnels de la santé mentale en médecine générale, à la fois en matière de formation ainsi que dans la pratique de prescription de médicament sur le long terme¹³⁰.

La pandémie COVID-19 a galvanisé le sujet de la santé mentale aux Pays-Bas et l'a mis à l'ordre du jour politique. Les plans de transformation des politiques et des services dans les années à venir auront sans aucun doute un impact sur la prestation de la santé mentale dans les établissements de soins primaires. Espérons que ceux-ci mettront l'accent sur : l'amélioration de la continuité des soins entre les structures de prestation de services ; l'équilibre des flux de travail clinique, compte tenu de l'augmentation de la charge de travail et des délais d'attente ; et la restructuration de l'architecture du système de santé mentale, notamment au niveau de l'incitation et du remboursement des soins.

3. Le Royaume-Uni : l'accent mis sur les indicateurs de qualité et l'accès aux soins

Dr Mary Docherty¹³¹

Le Royaume-Uni ne s'est jamais doté d'une politique publique unique pour favoriser l'intégration de la santé mentale, mais a plutôt conduit une série de réformes itératives afin d'assurer une prise en charge globale des soins en santé mentale, physique et sociale. Malgré la publication de nombreux rapports et stratégies politiques^{132/133/134/135} il existe encore des barrières à l'accès aux

130 Magnée et al. (2018). Steeds belangrijkere rol huisartsenpraktijk bij psychische problemen. *Huisarts Wet.*

131 Ce chapitre a été rédigé par Dr Mary Docherty, psychiatre de liaison consultant auprès du South London and Maudsley NHS Foundation Trust.

132 Department of Health and Social Care (1999). National service framework: mental health. *UK Government.*

133 Care Services Improvement Partnership (2005). Everybody's business: Integrated mental health services for older adults.

134 Max Marshall (1999). Modernising mental health services. *BMJ: British Medical Journal.*

135 NHSE (2016). The Five Year Forward View for Mental Health.

soins, liées aux différences de cultures cliniques, de formations, d'attitudes, ainsi qu'à la stigmatisation des maladies psychiatriques et aux flux de financement¹³⁶. D'autres obstacles structurels à l'intégration sont liés à l'organisation des soins au Royaume-Uni, qui séparent soins primaires et soins secondaires ou spécialisés.

Les soins de santé mentale spécialisés sont financés et dispensés séparément des soins de santé physique spécialisés et des soins primaires. Des obstacles de coordination au sein des soins secondaires persistent¹³⁷ malgré les avantages considérables de la couverture universelle du NHS et de son système de soins primaires qui inclut depuis longtemps des soins pour les personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Ce chapitre présente un aperçu de l'évolution des services de santé mentale au Royaume-Uni et, par conséquent, des progrès et des défis liés à leur intégration aux services de santé physique.

Désinstitutionnalisation et mise en place de soins de santé mentale de proximité

Le système de santé mentale du Royaume-Uni a subi de nombreuses évolutions allant de la désinstitutionnalisation aux soins de santé mentale de proximité. **Lorsque le Service national de santé (NHS) a été créé en 1948, la médecine générale est devenue responsable de tous les soins médicaux primaires. L'une de ses principales fonctions était et demeure encore, d'être le gardien de l'accès aux soins hospitaliers et spécialisés, notamment pour ce qui a trait aux soins de santé mentale¹³⁸. Le traitement des troubles mentaux courants relevait dès lors du domaine des soins primaires. Ainsi, la santé mentale a été intégrée très tôt dans les services de médecine générale.** La qualité et la pertinence des traitements

136 Chris Naylor (2016). Bringing together physical and mental health: A new frontier for integrated care. *Journal of the Royal Society of Medicine*.

137 Tracy et al. (2019). Integrated care in mental health: next steps after the NHS Long Term Plan. *The British Journal of Psychiatry*.

138 Greengross et al. (1999). The History and Development of The UK National Health Service 1948 - 1999. *Health Systems Resources Centre*.

ont toutefois été déterminées par les attitudes de la société et le nombre limité de thérapies disponibles. Les premiers antidépresseurs n'ont été introduits dans la pratique clinique que dans les années 1950¹³⁹. Les tentatives d'accroître l'accès de l'ensemble de la population aux thérapies par la parole pour les troubles mentaux courants et à travers le système de soins primaires, n'ont pas eu lieu avant 2010¹⁴⁰.

Coordination des soins et indicateurs de qualité

La qualité des soins de santé mentale était et continue d'être extrêmement inégale et continuellement sous-financée¹⁴¹. Des efforts ont été faits dans les années 1990 avec le *Care Programme Approach* (CPA) (1992)¹⁴² et le *National Service Framework* (NSF) (1999) afin de résoudre ces problèmes¹⁴³. Ces politiques ont introduit des normes et des structures pour soutenir la concertation entre les secteurs de soins. Avant cette époque, certains cabinets de soins primaires avaient intégré des infirmiers psychiatriques ou des travailleurs sociaux et construit des relations avec les services psychiatriques locaux de soins secondaires mais il existait des variations considérables au niveau local, en fonction des intérêts de chaque cabinet, des relations entre les professionnels et de la culture locale.

Le *Care Programme Approach* (CPA) a été mis en place pour améliorer les soins de proximité pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques graves¹⁴⁴. Le programme visait à désigner nommément un responsable de l'élaboration d'un plan de soins avec le patient, puis de la

139 Hillhouse & Porter (2015). A brief history of the development of antidepressant drugs: from monoamines to glutamate. *Experimental and clinical psychopharmacology*.

140 Clark et al. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour research and therapy*.

141 Docherty & Thornicroft (2015). Specialist mental health services in England in 2014: overview of funding, access and levels of care. *Int J Ment Health Syst*.

142 David Kingdon (1994). *Care Programme Approach: Recent Government policy and legislation. Bulletin of the Royal College of Psychiatrists*.

143 DHSC (1999) National service framework: mental health. *Ibid*.

144 David Kingdon (1994). *op.cit*.

coordination avec les différents services de soins. En principe, le CPA assurait la fonction de coordination reliant les soins de santé mentale, les soins sociaux et les soins de santé physique. En pratique, ce programme et sa mise en œuvre présentaient des limites importantes. Il a été mal accueilli par certains patients et certains cabinets car sa mise en œuvre a été inégale et reposait sur des ressources communautaires et sur un travail d'équipe interprofessionnel souvent inexistant¹⁴⁵.

Une importante politique gouvernementale, axée sur la qualité et les normes de qualité, a été lancée en 1999, le *National Service Framework pour la santé mentale (NSF)*¹⁴⁶. Il s'agissait de la première déclaration complète décrivant ce qui était attendu des services sociaux et de santé en Angleterre, et indiquant comment ils seraient planifiés, dispensés et évalués, jusqu'en 2009. Elle s'appuyait sur un certain nombre d'autres politiques publiques et a évolué avec elles¹⁴⁷. **Son champ d'application comprenait l'amélioration de la qualité des soins pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants et de maladies psychiatriques graves. Elle a défini sept indicateurs de base dont :**

- la promotion de la santé mentale ;
- la réduction de la discrimination ;
- les soins de santé mentale primaires et l'accès à des traitements fondés sur des données probantes (médicaments et thérapies par la parole) ;
- les services de proximité ;
- les services de crise et d'hospitalisation pour les personnes souffrant de maladies **psychiatriques graves** ;
- les services pour les soignants ;
- la prévention du suicide.

145 Simpson et al. (2009). The history of the Care Programme Approach in England: Where did it go wrong? *Journal of Mental Health*.

146 DHSC (1999). National service framework: mental health. *Ibid*.

147 Boardman & Parsonage (2009). Government policy and the National Service Framework for Mental Health: modelling and costing services in England. *Advances in Psychiatric Treatment*.

Au moment du lancement de la NSF, on estimait que 90 % des soins de santé mentale étaient dispensés dans le cadre des soins primaires, mais on savait qu'il existait des lacunes importantes en matière de diagnostic, de traitement et de résultats pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants¹⁴⁸.

Le NSF a introduit une série d'indicateurs visant à améliorer l'accès aux soins de santé physique et le suivi continu pour les personnes vivant avec des troubles mentaux graves après leur sortie des soins secondaires; parmi ceux-ci figurent l'exigence d'un plan de soins primaires avec un suivi régulier¹⁴⁹. L'une des grandes ambitions de cette politique, notamment la nécessité d'une meilleure formation en santé mentale pour les médecins généralistes et l'amélioration du partenariat entre les services de soins primaires et spécialisés, reste d'actualité. Le Royaume-Uni continue à expérimenter des services de faible intensité ou des soins primaires renforcés (modèles de soins primaires augmentés) pour combler le fossé entre les secteurs de soins. Cependant la pérennité des financements et les contraintes des systèmes de paiement comme les partages de responsabilité entre acteurs restent problématiques¹⁵⁰.

Leviers et barrières à la mise en place de soins intégrés et fondés sur des preuves

Le NSF a également établi un ensemble de données nationales pour la santé mentale¹⁵¹, le *Mental Health Minimum Data Set* (MHMDS) avec un système de signalement obligatoire pour suivre l'activité et la mise en place des normes minimales. La portée et la sophistication de cet ensemble a évolué et constitue actuellement le **Mental Health Services Data Set**. Les premières mesures adoptées initialement comprenaient la mortalité des personnes souffrant de maladies **psychiatriques** graves et le recours aux services de santé physique.

148 John P. Docherty (1997). Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry*.

149 DHSC (1999). National service framework: mental health. *op.cit*.

150 Newbigging et al. (2018). Filling the chasm. *Centre for Mental Health*.

151 Gyles Glover (2000). A comprehensive clinical database for mental health care in England. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*.

Malheureusement, le plan du NSF a manqué l'occasion de créer une évaluation pérenne de la mise en œuvre des normes et a manqué de données sur l'amélioration des résultats tant pour les services que pour les utilisateurs¹⁵². Des efforts plus récents ont privilégié l'amélioration de la pertinence, de la qualité et de l'accessibilité des données nationales : **une plateforme de données actuellement accessible au public met à disposition des bulletins mensuels, des enquêtes sur la prévalence de la santé mentale, des mesures d'utilisation et de qualité des services, y compris l'accès et le recours aux thérapies psychologiques en soins primaires**¹⁵³.

Pour diverses raisons le NSF n'a pas eu l'impact global souhaité : une mise en œuvre incomplète, des contraintes budgétaires locales, une surestimation de l'impact de l'amélioration des soins de proximité sur la réduction du séjour des patients hospitalisés, ainsi que plusieurs autres problèmes systémiques¹⁵⁴. Toutefois, le NSF a permis de réaliser un nombre remarquable de transformations en peu de temps, et a ouvert la voie à des approches ultérieures qui ont tenté d'intégrer des normes de qualité à partir de directives cliniques nationales fondées sur des preuves, en utilisant entre autres des leviers politiques, des incitations financières et un suivi des indicateurs de qualité.

Depuis 2002, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) du Royaume-Uni a produit plus de quatre-vingt directives cliniques en matière de santé mentale et a toujours souligné la nécessité d'une approche conjointe et multi-agences. Des directives plus récentes ont précisé les rôles et responsabilités des services de soins primaires et ceux des services de santé mentale dans le cadre du suivi de la santé physique des personnes atteintes de maladies **psychiatriques** sévères¹⁵⁵. La médiation des désaccords entre professionnels des soins primaires et secondaires sur la

152 The King's Fund (2015). Case study 2: The National Service Framework for Mental Health in England.

153 NHSE (2020). *Mental Health Data Hub*.

154 The King's Fund (2015). *op.cit.*

155 NICE (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline.*

détermination du responsable de la réalisation des bilans annuels de santé physique s'est avérée importante. Cette politique publique fut prioritaire et centrale au Royaume-Uni au cours des six dernières années.

Les instructions du NICE ont également façonné certains aspects du Quality Outcomes Framework (QOF) introduit dans les soins primaires en 2004. Il s'agit d'un régime volontaire qui prévoit la rémunération des cabinets de soins primaires conditionnée à l'atteinte de certains indicateurs de qualité clinique. Plusieurs indicateurs de santé mentale y sont intégrés, par exemple, un plan de soins complet pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères, le suivi de la prise de médicaments psychotropes, le suivi de la santé physique, ainsi que les indicateurs liés aux soins de la dépression. Le versement de la rémunération nécessite certains efforts cliniques de partage de l'information entre les secteurs, mais peine toutefois toujours à encourager l'intégration des soins.

Les indicateurs de santé mentale du QOF ont suscité une certaine controverse^{156/157} et il n'existe pas de preuves décisives quant à leur impact sur les résultats cliniques¹⁵⁸. **Il existe une résistance clinique importante face à l'exigence d'utiliser des échelles d'évaluation de la dépression¹⁵⁹ malgré les preuves que cela améliorerait le diagnostic de la dépression¹⁶⁰.** Certains cliniciens de soins primaires estiment que l'utilisation de ces échelles est lourde et inefficace car elle perturbe le flux des consultations et qu'elle évince le jugement clinique et professionnel¹⁶¹. Une mise en œuvre fondamentalement

156 Alan Cohen (2011). The QOF, NICE, and depression. *British Journal of General Practice*.

157 Les Toop (2011). The QOF, NICE, and depression: a clumsy mechanism that undermines clinical judgment. *British Journal of General Practice*.

158 Forbes et al. (2017). The role of the Quality and Outcomes Framework in the care of long-term conditions: a systematic review. *Br J Gen Pract*.

159 Kendrick & Pilling (2012). Common mental health disorders – identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *British Journal of General Practice*.

160 Goldberg & Bridges (1987). Screening for psychiatric illness in general practice: the general practitioner versus the screening questionnaire. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*.

161 Les Toop (2011). *op.cit.*

efficace de cette approche nécessiterait un changement conséquent de la pratique qui a manqué à la fois de financement et d'adhésion clinique¹⁶². Cette réaction pourrait en partie expliquer la raison pour laquelle le modèle de soins collaboratifs est encore peu utilisé dans le cadre des soins primaires au Royaume-Uni au-delà d'efforts locaux principalement expérimentaux^{163/164}. La gestion de la dépression et de l'anxiété basée sur des mesures quantifiables est cependant recommandée dans les directives du NICE, mais il n'existe actuellement aucune rémunération liée à ces activités dans le cadre des soins primaires. Les médecins, les psychiatres et les cliniciens de soins primaires ont des attitudes divergentes quant à l'utilité du dépistage systématique des troubles mentaux communs basé sur les échelles validées ; ce n'est pas une pratique courante dans les soins primaires au Royaume-Uni. **Certaines initiatives, tel que le programme IMPARTS à Londres, visant à intégrer le dépistage systématique dans d'autres milieux de santé ont été essayées et se poursuivent avec succès.** Ce programme a aussi ouvert le dépistage de troubles mentaux communs à de multiples services spécialisés dans les services de soins intensifs en milieu hospitalier¹⁶⁵.

Au Royaume-Uni, le milieu de la psychologie a davantage adopté cette approche. **En 2010, un programme a été lancé pour accroître l'accès de la population aux thérapies psychologiques (IAPT) pour les troubles mentaux les plus communs, ce qui a permis de suivre de manière cohérente les progrès et les résultats des patients à l'aide d'échelles validées.** Au cours des dernières années, le programme IAPT s'est ouvert aux personnes atteintes de symptômes médicalement inexpliqués ainsi qu'aux personnes atteintes de

162 Gilbody et al. (2008). Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ*.

163 Coventry et al. (2015). Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ : British Medical Journal*.

164 Ramanuj & Pincus (2019). Collaborative care: enough of the why ; what about the how? *British Journal of Psychiatry*.

165 Rayner et al. (2014). Embedding integrated mental health assessment and management in general hospital settings: feasibility, acceptability and the prevalence of common mental disorder. *Gen Hosp Psychiatry*.

troubles physiques et de comorbidités à long terme. L'organisation de groupes, d'ateliers de psycho-pédagogie, et de thérapies numériques sont actuellement des domaines actifs en pleine expansion. Les thérapies cognitives et comportementales étaient initialement la principale modalité de traitement proposée par l'IAPT, mais l'offre s'étend désormais à d'autres modalités, notamment la psychothérapie interpersonnelle et l'EMDR. La portée des services de l'IAPT et les principes de l'approche sont décrits dans un manuel de base¹⁶⁶. Elle offre des traitements de faible et de forte intensité et ne propose pas de traitements plus longs comme la psychothérapie psychodynamique. **Les traitements sont réservés aux personnes qui présentent des troubles légers à modérés. Un des principes clés du dispositif est d'accroître l'accès aux thérapies par la parole ; par conséquent, les patients peuvent s'auto-référencer, et ce sans l'intervention d'un médecin généraliste ou d'un autre clinicien. Comme pour le reste des services du NHS, l'accès est gratuit au point d'entrée.**

Certains critiquent l'IAPT car son approche n'est pas sans difficultés ni limites¹⁶⁷, notamment en ce qui concerne l'accès au programme et son efficacité pour les groupes BAME (personnes de minorités ethniques), les personnes défavorisées sur le plan socio-économique ainsi que les personnes âgées¹⁶⁸. L'intégration du service dans les soins primaires s'est heurtée à des problèmes pratiques, notamment le manque de place pour installer les thérapeutes de l'IAPT dans les cabinets de soins primaires ainsi que le manque d'interopérabilité concernant les dossiers électroniques de soins primaires (l'IAPT dispose de son propre registre clinique électronique). Malgré des difficultés diverses, l'IAPT reste un exemple international de réussite de l'amélioration de l'accès public aux traitements de santé mentale en soins primaires¹⁶⁹. Le dispositif continue à développer des approches novatrices, notamment les projets pilotes récents portant sur les nouvelles modalités de paiements fondées sur les résultats¹⁷⁰.

166 NCCMH (2018). The Improving Access to Psychological Therapies Manual.

167 Geraghty & Scott (2020). Treating medically unexplained symptoms via improving access to psychological therapy (IAPT): major limitations identified. *BMC Psychol.*

168 David Clark (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry.*

169 David Clark (2011). *op.cit.*

170 NHSE (2018). Paying for quality and outcomes: IAPT case studies.

Les transformations en cours

Le recours aux leviers financiers et aux indicateurs de qualité a permis de souligner la nécessité d'une médecine plus holistique, de sensibiliser aux inégalités de santé que subissent les personnes atteintes de maladies psychiatriques, et enfin de tirer parti de certains efforts locaux pour construire des modèles intégrés plus avancés. Ces mesures n'ont toutefois pas suffi à surmonter les obstacles structurels à l'intégration, tels que la formation du personnel, les problématiques liées au manque d'espace dans les cabinets, l'incompatibilité des dossiers électroniques, ainsi que les différents flux de financement qui ont persisté et ont finalement contrecarré les efforts répétés visant à soutenir la volonté d'intégration des soins. Certains dispositifs d'excellence existent, et sont le fait d'efforts locaux ou individuels exceptionnels. **Kings Health Partners à Londres, par exemple, a mis en place un programme novateur comprenant la recherche, la formation du personnel, et l'innovation, qui vise à intégrer systématiquement la santé mentale en se basant sur des échelles de mesures de santé mentale**¹⁷¹. Les efforts fournis pour développer et réaliser ce travail montrent le niveau d'engagement nécessaire afin de surmonter les nombreux obstacles du système de santé au Royaume-Uni aujourd'hui.

La politique britannique actuelle, *The Long Term Plan*, se concentre désormais sur l'élimination de ces obstacles plus fondamentaux en modifiant l'infrastructure actuelle des soins de proximité¹⁷². La responsabilité de la santé mentale au Royaume-Uni incombe en dernier ressort au ministère de la Santé et des Affaires sociales (DHSC) et au secrétaire d'État. Par contre, la supervision du budget du NHS, sa planification, son application, et son fonctionnement au quotidien incombe à un organisme public exécutif non ministériel appelé *NHS England and NHS Improvement*. L'Angleterre dispose actuellement d'un directeur médical national de la santé mentale et d'un

171 Attoe et al. (2018). Integrating mental and physical health care: the mind and body approach. *Lancet Psychiatry*.

172 NHSE (2019). NHS Long Term Plan.

directeur national de la santé mentale qui contribuent à la mise en œuvre de la politique nationale en matière de santé mentale au sein du plan national à long terme (*Long Term Plan*).

Cette stratégie politique et celles qui l'ont précédées, le *Five Year Forward View*¹⁷³ et le *Five Year Forward View for Mental Health*¹⁷⁴, impliquent des changements structurels dans la façon dont les soins sont commandés et dispensés en se concentrant sur les besoins de l'ensemble de la population. **L'objectif visé est le développement de réseaux de soins primaires (groupes de centres de soins primaires) et de systèmes de soins intégrés qui se concentrent sur la santé de la population locale et rassemblent les prestataires de différents services de santé (par exemple, soins primaires, santé mentale, logement et autres services sociaux).** Ceci permettrait de surmonter certains problèmes structurels, de modifier les structures de pouvoir et les méthodes de paiement existants¹⁷⁵ afin de créer une responsabilité partagée en matière de santé mentale à travers l'ensemble du système de santé et de soins¹⁷⁶. Le réalisme de cette ambition suscite des doutes notamment par rapport au niveau de financements, de personnel, de coopération intersectorielle, et de changement dans la culture clinique afin de réaliser les modifications nécessaires pour travailler de manière véritablement intégrée¹⁷⁷. Parmi les principaux défis à relever, citons la manière : de mesurer la qualité de l'intégration, de comprendre quels modèles de prestation fonctionnent pour quelles populations (personnel et patients), d'intégrer les dossiers électroniques, et enfin d'engager, de former et de soutenir le personnel pour qu'il adopte de nouvelles méthodes de travail.

Les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la politique britannique actuelle du *Long-Term Plan* sont consignés dans des tableaux de bord trimestriels

173 NHS England (2014). *The Five Year Forward View*.

174 Mental Health Task Force (2016). *Five Year Forward View for Mental Health*.

175 Ham & Smith (2010). *Removing the policy barriers to integrated care in England*. Briefing. Nuffield Trust.

176 CfMH (2019). *The NHS Long Term Plan. What does it mean for mental health?*

177 CfMH (2019). *op.cit.*

accessibles au public. Il n'existe pas de mesures d'intégration spécifiques, mais des objectifs nationaux qui assurent le suivi de : la réalisation de bilans de santé physique dans le cadre des soins primaires pour les personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères, les normes de qualité des services de liaison dans les hôpitaux de soins intensifs, et la réduction des inégalités et des injustices face à l'accès aux soins et aux bienfaits qu'apporte l'IAPT. Le tableau de bord comprend une mesure permettant de suivre l'atteinte de l'objectif qui est le *Mental Health Investment Standard* (standard d'investissement en santé mentale). Celui-ci vise à obliger les hauts fonctionnaires locaux à rendre des comptes sur la mise en œuvre de cette mesure, en lien avec l'augmentation des investissements dans la prestation de services de santé mentale afin de **corriger le déséquilibre du NHS entre les dépenses en santé physique et en santé mentale. Cette parité dans les financements est une étape nécessaire pour soutenir l'ambition nationale, en vue de parvenir à une meilleure intégration des soins mentaux, physiques et sociaux.**

En résumé, des progrès ont été réalisés et les attitudes à l'égard de l'importance de la santé mentale ont évolué, notamment en ce qui concerne une reconnaissance accrue de l'impact des besoins en matière de santé mentale sur la santé de la population et sur les dépenses de santé. L'efficacité de la politique actuelle en matière d'intégration dépendra en fin de compte des ressources mises à disposition pour le NHS ainsi que de sa volonté à apporter des changements et des efforts conséquents à la manière dont les soins sont conçus, financés et dispensés.

4. L'Australie : une attention particulière à la santé mentale des jeunes et des enfants

Pr. Nadine Angèle Kasparian¹⁷⁸

L'accès des enfants australiens aux services de santé mentale

En Australie, en 2013-14, on estime que 314 000 enfants âgés de 4 à 11 ans (environ 14 %) auraient souffert de maladies psychiatriques^{179/180}. Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est la maladie la plus diagnostiquée (8,2%), suivie des troubles anxieux (6,9%). Dans l'ensemble, les garçons sont plus souvent touchés par la maladie psychiatrique que les filles (17% contre 11%). En 2015, trois des cinq principales causes de morbidité chez les enfants âgés de 5 à 14 ans étaient des problèmes de santé mentale : les troubles anxieux (en deuxième position), les troubles dépressifs (en troisième), et les troubles de conduite (en quatrième)¹⁸¹.

Pour les enfants, nouer des relations aimantes et stables avec des adultes attentionnés et bienveillants contribue à créer des liens solides. Ceci est essentiel pour un développement social, émotionnel et cognitif sain. Créer un attachement sécurisant au cours des premières années développe la capacité à réguler les émotions et à gérer les facteurs de stress¹⁸². **Une mauvaise santé mentale pendant l'enfance peut influencer de manière considérable le bien-être et avoir un impact négatif sur le potentiel d'un enfant à**

178 Ce chapitre a été rédigé par Le Nadine Angele Kasparian, PhD, professeure associée en psychologie, Centre pour les maladies cardiaques et la santé mentale des enfants de Cincinnati, Institut de cardiologie, Division de médecine comportementale et de psychologie clinique, Hôpital pour enfants de Cincinnati, Cincinnati, Ohio, États-Unis et Centre cardiaque pour enfants, Réseau des hôpitaux pour enfants de Sydney, Sydney, New South Wales, Australie.

179 Australian Institute of Health and Welfare (2020). Australia's Children. *Canberra: AIHW.*

180 Lawrence et al. (2015). The mental health of children and adolescents: Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Canberra: Department of Health.*

181 Australian Institute of Health and Welfare (2020). *op.cit.*

182 World Health Organisation (2014). Social determinants of mental health. *Geneva: WHO.*

mener une vie épanouie et productive¹⁸³. Les maladies psychiatriques pendant l'enfance et l'adolescence sont également un fort indicateur de probables maladies psychiatriques à l'âge adulte^{184/185}. Ainsi, l'enfance représente notre plus grande opportunité de prévention et d'intervention précoce¹⁸⁶. Pour les groupes vulnérables, tels que les enfants touchés par la violence, la maltraitance ou la pauvreté, une intervention précoce peut également contribuer à réduire les disparités à plus long terme en matière de santé mentale et physique¹⁸⁷.

Un large éventail de services est disponible pour aider les enfants australiens ayant des troubles émotionnels et comportementaux. L'enquête *Young Minds Matter*¹⁸⁸ de 2013-14 a permis de recueillir des informations sur quatre types de services clés :

1. Les services de santé ;
2. Les services scolaires ;
3. Les services de consultation par téléphone ;
4. Les services en ligne.

Très peu d'enfants âgés de 4 à 11 ans auraient utilisé les services téléphoniques ou en ligne. Cependant, les parents et les tuteurs légaux ont souvent déclaré ne pas savoir quels services les enfants auraient utilisés¹⁸⁹. Les données de l'enquête ont également indiqué qu'au cours des 12 mois précédents :

- Environ la moitié des enfants souffrant d'un problème de santé mentale a eu recours à des services pour des problèmes émotionnels ou comportementaux (50 % des garçons, 48 % des filles).
- Le recours aux services est plus élevé chez les enfants souffrant d'un trouble dépressif majeur (73 %), suivis par les enfants atteints de troubles du

183 World Health Organization (2014). *Mental health: A state of wellbeing*. Geneva: WHO.

184 World Health Organisation (2014). *Social determinants of mental health*. Geneva: WHO.

185 National Mental Health Commission (2019). *Monitoring Mental Health and Suicide Prevention Reform: National Report 2019*. Sydney: National Mental Health Commission.

186 National Mental Health Commission. 2019. *op.cit.*

187 National Mental Health Commission. 2019. *op.cit.*

188 Lawrence et al. (2015). *op.cit.*

189 Lawrence et al. (2015). *op.cit.*

comportement (66 %), de troubles anxieux (54 %) et de TDAH (49 %).

- Le recours aux services varie en fonction de la gravité des troubles mentaux : 40 % des enfants souffrant de troubles légers, 68 % de troubles modérés, et 83 % de troubles graves, se sont tournés vers ces services.
- **Les trois types de prestataires de services de santé les plus courants sont les médecins généralistes (souvent appelés médecins de soins primaires, 30 %), les pédiatres (23 %) et les psychologues (20 %).**
- Les trois types de services scolaires les plus courants étaient la thérapie individuelle (20 %), les classes spécialisées (13 %) et les programmes de thérapies ou de soutien de groupe (6,5 %).
- En Australie, le recours à ces services par les enfants souffrant de troubles mentaux a considérablement augmenté entre 1998 et 2013-14¹⁹⁰.

Au sein des écoles, *Be You* (<https://beyou.edu.au/>) est un exemple de programme qui offre des connaissances, ressources, et stratégies aux éducateurs pour aider les enfants et les jeunes à atteindre la meilleure santé mentale possible¹⁹¹.

L'histoire et les lacunes du système australien de santé mentale

Le système de santé mentale australien comprend des prestataires des secteurs public, privé et bénévole issus de multiples professions et financés par différentes sources. Certains prestataires sont spécialisés dans les soins de santé mentale (par exemple, les psychologues, les psychiatres), tandis que d'autres (tels que les médecins généralistes et les pédiatres) s'occupent de nombreux enfants et adolescents atteints de problèmes de santé mentale et physique. Les secteurs du logement, de l'éducation, de la puériculture, du handicap et de l'aide sociale remplissent également des fonctions importantes.

190 Lawrence et al. (2015). *op.cit.*

191 Beyond Blue (2019). *Be You: Growing a mentally healthy generation.*

Le système australien s'est développé progressivement au fil des années. Les options de traitement se sont multipliées et la nécessité d'une réforme a été mise en évidence¹⁹². **Les difficultés mises en évidence sont les suivantes : le système tend à se concentrer davantage sur les besoins des prestataires au détriment des besoins des patients ; il est lent à prévenir les problèmes de santé mentale ou à intervenir de manière anticipée ; enfin le financement des prestataires les incite à multiplier les actes plutôt qu'à obtenir de bons résultats¹⁹³. De plus, de nombreuses personnes à qui pourraient bénéficier des soins de santé mentale n'accèdent pas aux services¹⁹⁴.**

Dans l'ensemble du pays, on constate également **une grande disparité au niveau de la qualité** des prestations de soins de santé mentale. La répartition du personnel ne correspond pas forcément aux besoins. Les communautés rurales et éloignées, par exemple, peuvent faire face à des pénuries de compétences parmi les prestataires spécialisés des secteurs public et privé. **Les enfants et les familles issus des communautés aborigènes et des communautés insulaires du détroit de Torres, aux origines culturelles et linguistiques diverses, ou encore disposant de faibles ressources socio-économiques, peuvent également passer entre les mailles du filet.** Ils sont nombreux à être confrontés à la honte, aux stéréotypes sociaux, à l'isolement, à la discrimination et à la stigmatisation lorsqu'il s'agit de maladie psychiatrique. De plus, il existe toujours une disparité entre les soins en santé mentale et en santé physique. Ces défis ne sont ni nouveaux ni méconnus, et de nombreuses tentatives ont été faites pour mieux intégrer les soins.

192 National Mental Health Commission (2020). Vision 2030: Blueprint for Mental Health and Suicide Prevention. *Canberra: Australian Government.*

193 David Perkins (2016). Stepped care, system architecture and mental health services in Australia. *International Journal of Integrated Care.*

194 Lawrence et al. (2015). *op.cit.*

L'initiative *Better Access*

En Australie, entre 2000 et 2003, il y a eu trois Projets nationaux d'intégration de la santé mentale, conçus pour mieux intégrer les services de santé mentale spécialisés publics et privés dans les soins de premiers recours¹⁹⁵. De nombreux projets de ce type ont été menés depuis¹⁹⁶. L'initiative *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule* (généralement appelée *Better Access*) a été lancée en 2006¹⁹⁷. Elle vise à améliorer les résultats en matière de santé mentale chez les enfants et les adultes grâce à un meilleur accès à des traitements fondés sur des données probantes au sein de la communauté¹⁹⁸.

L'un des principaux objectifs est d'encourager les médecins généralistes et les pédiatres à travailler en collaboration avec des psychologues, des psychiatres, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes ayant reçu une formation appropriée. Cela nécessite la préparation par les médecins généralistes d'un plan de traitement en santé mentale individualisé, ou l'évaluation et l'orientation par un psychiatre ou un pédiatre, afin de garantir un lien étroit entre soins spécialisés et les soins primaires en cours. Le gouvernement (par le biais de son régime d'Assurance maladie universelle, *Medicare*) couvre les remboursements pour un maximum de dix séances de santé mentale individuelles et dix séances de groupe par patient chaque année calendaire. En novembre 2017, une modification a été apporté à l'initiative pour permettre aux patients éligibles, ayant un plan de traitement de la santé mentale, de demander des remboursements pour les consultations

195 Eagar et al. (2005). Lessons from the National Mental Health Integration Program. *Australian Health Review*.

196 David Perkins (2016). *op.cit.*

197 *Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the MBS (Better Access) initiative*. <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-ba>.

198 Toutefois, l'absence d'évaluation rigoureuse de l'initiative *Better Access* a été largement critiquée et le dispositif a eu du mal à toucher les personnes qui n'accédaient pas aux soins (note de l'auteur, voir notamment Hickie IB, Rosenberg S, Davenport TA. Australia's *Better Access* initiative: still awaiting serious evaluation? *Aust N Z J Psychiatry*. 2011

vidéo. Ce changement permet de réaliser jusqu'à sept des dix consultations de santé mentale du programme *Better Access* par le biais de canaux en ligne. En outre, l'initiative *Better Access* prévoit un **financement pour l'éducation et la formation des professionnels de santé**¹⁹⁹.

Le programme *Headspace*

Le programme *Headspace* propose depuis 2010 des services de santé physique et mentale regroupés pour les jeunes²⁰⁰. Avec plus de 100 centres à travers l'Australie, *Headspace* comprend le plus grand réseau national de soins primaires renforcés et de soins de santé mentale pour les jeunes, au niveau mondial. **Les centres visent à intervenir tôt dans le développement des troubles mentaux des jeunes âgés de 12 à 25 ans, en réduisant les obstacles courants à l'accès et en prodiguant des soins de santé holistiques.** Les éléments essentiels de ce modèle de soins intégrés comprennent : la participation des jeunes, de la famille et des amis, la sensibilisation de la communauté, l'amélioration de l'accès, l'intervention précoce, la pratique fondée sur des données probantes, l'intégration des services et le soutien pendant les moments de transition²⁰¹. Les éléments permettant le fonctionnement du programme prévoient : un réseau national, une gestion par un organisme directeur, des consortiums, un personnel multidisciplinaire, un financement mixte, et un suivi et une évaluation continus²⁰². Les centres *Headspace* veulent proposer un service centralisé aux jeunes Australiens pour la santé mentale, physique et sexuelle ainsi que pour les services professionnels. Les centres ont été conçus avec les jeunes afin de garantir leur pertinence, accessibilité et efficacité. Par conséquent, il n'y a pas deux centres *Headspace* identiques, chacun offrant des services uniques, reflétant les besoins de sa communauté locale²⁰³.

199 <https://www1.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/mental-ba-fact-pat>

200 Rickwood et al. (2019). Australia's innovation in youth mental health care: The *Headspace* centre model. *Early Intervention in Psychiatry*.

201 Rickwood et al. (2019). *op.cit.*

202 Rickwood et al. (2019). *op.cit.*

203 <https://headspace.org.au/>

Un cadre réglementaire en évolution

La Commission nationale de la santé mentale (NMHC), fondée en 2012, apporte continuellement des conseils, des données, et des indications sur les façons d'améliorer le système australien de santé mentale et de prévention du suicide. Il s'agit notamment d'accroître la responsabilité et la transparence en matière de santé mentale grâce à des rapports et des conseils indépendants destinés aux pouvoirs publics australiens et à la communauté²⁰⁴. En août 2019, le ministre de la Santé a annoncé l'élaboration d'une **Stratégie nationale pour la santé mentale et le bien-être des enfants**²⁰⁵. La Commission est chargée de diriger cette stratégie, guidant l'investissement du gouvernement dans la santé mentale des enfants et offrant un cadre pour réduire l'impact de la maladie psychiatrique sur les enfants et les familles. Un projet de stratégie doit être présenté au gouvernement en 2020²⁰⁶.

La Loi sur le Régime national australien d'assurance invalidité (NDIS)²⁰⁷, adoptée en 2013, est pleinement entrée en vigueur en 2020²⁰⁸. Il s'agit d'un régime d'aide sociale qui finance les coûts liés au handicap. Ce programme propose des soins personnalisés aux personnes (de moins de 65 ans) vivant dans la communauté et porteuses d'un handicap « permanent et important » (par exemple, troubles du spectre de l'autisme, handicaps intellectuels). Le financement de toute aide « raisonnable et nécessaire » lié au handicap d'un individu, y compris les soins de santé mentale, est alloué à cet individu, et celui-ci, ou son tuteur, choisit les prestataires qui proposent les biens et services financés (sous réserve de certaines restrictions). Le programme est entièrement financé par l'État : les bénéficiaires ne souscrivent pas de police d'assurance, ne contribuent pas à son financement, et l'accès n'est pas soumis aux conditions de ressources.

204 National Mental Health Commission (2020). *op.cit.*

205 National Mental Health Commission (2019). *National Children's Mental Health and Wellbeing Strategy*. Sydney: National Mental Health Commission.

206 <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/Mental-health-Reform/Childrens-Mental-Health-and-Wellbeing-Strategy>

207 National Disability and Carer Alliance (2018). *Navigating your NDIS Journey*. Australian Government.

208 National Disability Insurance Scheme Act 2013. In. *Canberra: Australian Government*.

Les soins de santé mentale pour les enfants atteints de maladies chroniques complexes : un modèle exemplaire à Sydney

En 2010, le Sydney Children's Hospitals Network a mis en place un service de santé mentale au niveau national pour les nourrissons, les enfants et les jeunes souffrant de maladies cardiaques²⁰⁹. Intégré aux soins cardiaques pédiatriques, le service propose un dépistage psychosocial intégré, une évaluation et des soins échelonnés, adaptés aux facteurs de risque et de résilience des enfants et des familles (voir graphique 1). Les principaux éléments du modèle sont les suivants :

- une co-localisation avec les soins cardiaques pédiatriques en milieu hospitalier ;
- des réunions hebdomadaires et multidisciplinaires des équipes ;
- des parcours de soins, des plans de traitement et des réseaux d'orientation clairement définis ;
- un accès partagé aux dossiers médicaux électroniques ;
- l'information et l'éducation des familles ;
- une formation axée sur les compétences et un soutien pour le personnel de soins cardiaques ;
- une intégration administrative et financière.

Les soins de santé mentale sont partagés avec des psychologues cliniciens, des prestataires de soins médicaux, des infirmiers, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé travaillant en partenariat pour assurer des soins de qualité centrés sur le patient et la famille. Financés par le gouvernement de chaque état australien, les services sont gratuits et accessibles aux familles à tout moment du développement de leur enfant. Le modèle se concentre sur la prévention et l'intervention précoce, avec des stratégies comprenant :

- un dépistage de la santé mentale des parents à l'aide d'une série d'outils validés (par exemple, l'Échelle de dépression d'Édimbourg) pendant la période périnatale après le diagnostic d'une affection cardiaque ;

209 Kasparian et al. (2016). 'Congenital heart health': How psychological care can make a difference. *The Medical Journal of Australia*.

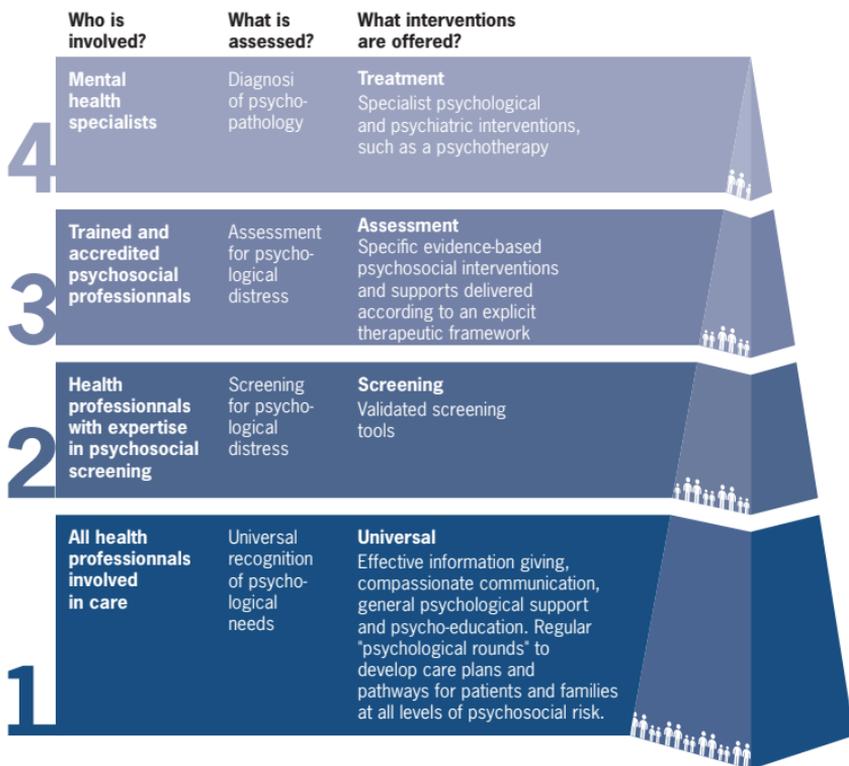
- l'évaluation du développement neurologique du nourrisson et de l'enfant (par exemple, les Échelles de Bayley sur le développement du nourrisson) ;
- l'évaluation des liens affectifs et de l'attachement parent-nourrisson (par exemple, l'Expérimentation relationnelle enfant-adulte, ou CARE-Index) ;
- des ressources psycho-pédagogiques pour soutenir la santé émotionnelle et le bien-être de l'enfant, de la famille et du personnel ;
- l'accompagnement psychologique tout au long de l'admission à l'hôpital pour minimiser le stress traumatique aigu à long terme ;
- la psychothérapie individuelle, de couple, ou familiale, basée sur des données factuelles.

Ce programme australien évalue plus de 1 500 enfants et membres de famille chaque année. Une analyse des données sur leur santé mentale à long terme est en cours.

« Inclure des soins émotionnels aux côtés de soins physiques équivaut à prendre soin de nous de manière plus complète. Si nous sommes plus forts émotionnellement, nous sommes mieux à même de gérer le rétablissement de notre bébé après l'opération, les complications médicales, et tous les rendez-vous médicaux »²¹⁰.

210 Kasparian et al. (2016). 'Congenital heart health': How psychological care can make a difference. *The Medical Journal of Australia*.

L'intégration de la santé mentale en cardiologie pédiatrique



- State-wide service developed in partnership with patients, families and care providers.
- National referral hub.
- Emphasis on prevention and early intervention.
- Flexible delivery mechanisms (e.g. telemedicine).
- Care navigators to support continuity of care.
- Integration beyond hospital & health system (e.g. schools).
- Provided evidence and support for new services in centers in Australia, New Zealand, the U.S. and Europe.
- Provided evidence and support for policy change, including a National Action Plan in CHD.
- National Standards of CHD care.

Schéma du modèle gradué des soins de santé mentale intégrés au service de cardiologie du Réseau des hôpitaux pour enfants de Sydney, l'intensité des services de santé mentale augmentant en fonction des risques et des besoins de l'enfant et de la famille.

Le plan Vision 2030

Bien que chacune des initiatives décrites ci-dessus aborde des défis importants en matière de soins de santé mentale pour les enfants, ces programmes fonctionnent souvent de manière isolée. **En 2020, la NMHC a publié *Vision 2030, un plan à long terme pour un système de santé mentale et de prévention du suicide connecté et efficace, afin de répondre aux besoins de tous les Australiens***²¹¹. Le rapport propose un changement du système de santé mentale, basculant vers un modèle initié par et centré sur l'individu, assurant « les soins pertinents, au bon moment » tout au long de sa vie. Les structures de gestion comprennent :

- un accord et une stratégie au niveau national et des indicateurs clés de performance ;
- du leadership et de la coordination ;
- l'investissement dans les ressources ;
- les normes et cahiers des charges ;
- une conception et une mise en œuvre réalisées par la communauté.

Les catalyseurs d'une prestation de services efficace comprennent : l'intégration, des effectifs multidisciplinaires, la gestion des données et des informations, l'identification des populations prioritaires (par exemple, les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres, les LGBTI+ et les personnes aux orientations sexuelles, aux genres, et à l'identification corporelle diverses, ainsi que les communautés culturellement et linguistiquement diverses) et des groupes d'âge (par exemple, les enfants et les jeunes), ainsi que la recherche et l'évaluation.

211 National Mental Health Commission. 2020. *op.cit.*

Les composantes des soins sont diverses et comprennent : les soins de premiers recours, les services communautaires et d'aide à l'enfance, les services résidentiels et hospitaliers, les soins d'urgence et de crise, les traitements psychologiques généraux et spécialisés, la psycho-pédagogie et les soins auto-gérés, l'aide sociale, les initiatives à domicile, et les stratégies de prévention et d'intervention précoce, dispensés selon diverses modalités (par exemple, le numérique, la télésanté, le présentiel).

LES SOINS COLLABORATIFS : UN MODÈLE INNOVANT À L'EFFICACITÉ LARGEMENT DÉMONTRÉE

Développés dans les années 1990 par l'Université de Washington à Seattle, les soins collaboratifs (*collaborative care*) ont été inspirés par le *Chronic care model*²¹², un modèle d'organisation des soins adapté aux soins de premiers recours et centré sur les besoins du patient imaginé par le Dr Edward Wagner pour mieux prendre en charge les maladies chroniques en médecine générale.

À ce jour, plus de 80 études dites randomisées²¹³ impliquant 25 000 patients dans le monde ont largement démontré l'efficacité des soins collaboratifs. Ils conduisent à de meilleurs résultats cliniques pour les patients, à une plus grande satisfaction des patients et des professionnels, à une amélioration clinique sur le plan somatique et à une réduction des coûts de santé²¹⁴.

Dans les soins collaboratifs, la prise en charge des troubles les plus communs (dépression, addictions, troubles anxieux, stress post traumatique, etc.) s'effectue au sein même des soins de premiers recours grâce à une équipe de soins intégrée et une approche populationnelle. **L'idée est d'équiper,**

212 Wagner et al. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Q.*

213 Il s'agit d'études comparant l'efficacité d'un traitement, en l'occurrence celui des soins intégrés, à l'efficacité du traitement usuel.

214 Archer et al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane database systematic review.* ; Butler et al. (2008). Integration of mental health/substance abuse and primary care. *AHRQ.* ; Gilbody et al. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med.* ; Unutzer et al. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression. *Am J Manag Care.* ; Gerrity and al. (2016). Evolving models of behavioral health integration: evidence update 2010-2015. *Milbank Memorial Fund.*

« d'augmenter » le médecin généraliste avec un *care manager* (le plus souvent un infirmier) et un psychiatre à distance pour une prise en charge globale, pro-active et coordonnée, centrée autour des besoins du patient et adaptée au rythme et à la pratique de la médecine générale. L'approche des soins collaboratifs est populationnelle et systématique (toute la patientèle est dépistée) pour permettre un accès aux soins le plus large possible.

Les cinq principes des soins collaboratifs²¹⁵ :

- 1. Une équipe de soins intégrée autour du patient** : au cœur de cette équipe, un *care-manager* (le plus souvent un infirmier) qui travaille dans le cabinet du médecin généraliste²¹⁶ et sous supervision d'un psychiatre référent en télé-expertise. L'ensemble des ressources disponibles localement ou en ligne (psychologues, associations, formations, ressources sociales, applications digitales) est mobilisé pour répondre aux besoins du patient en fonction de ses préférences.
- 2. Une approche par la mesure** : l'amélioration de l'état des patients est mesurée régulièrement grâce à des questionnaires validés scientifiquement (le plus souvent le questionnaire PHQ9 pour la dépression, le GAD7 pour les troubles anxieux ou encore le DAST pour les addictions) ainsi que par des entretiens cliniques (cf. annexe 3).
- 3. Les soins prodigués sont fondés sur les preuves** (*evidence based*), les protocoles sont structurés et les thérapies proposées sont le plus souvent courtes (psychoéducation, thérapies cognitives et comportementales, etc.).
- 4. L'approche est populationnelle** : pour assurer un accès aux soins le plus large possible, toute la patientèle est dépistée, au moins pour la dépression

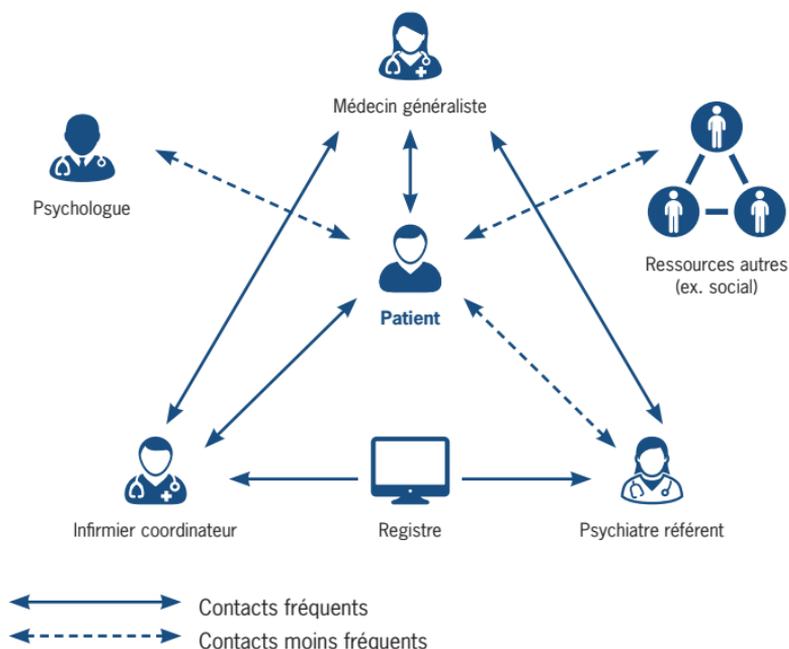
215 Le site internet du centre Advanced Integrated Mental Health Solutions (AIMS) de l'Université de Washington met à disposition de nombreuses ressources sur les soins collaboratifs.
<https://aims.uw.edu>

216 À ce titre, de nombreux médecins généralistes interrogés ont fait le lien avec les infirmières « Asalée » positionnées dans les cabinets de médecine générale pour participer à la prise en charge des maladies chroniques (essentiellement diabète, maladies cardio-vasculaires, BPCO).

et les troubles anxieux, grâce à l'usage de questionnaires²¹⁷ et aux entretiens cliniques. Les patients inclus sont entrés par le *care manager* dans un registre digital qui permet de suivre leurs évolutions à titre individuel mais aussi l'évolution de l'état de santé de la population suivie.

5. la responsabilité des professionnels est partagée avec des incitations financières à la qualité et à la coordination des soins.

L'équipe des soins collaboratifs



217 La US Preventive Services Task Force recommande le dépistage de l'ensemble de la population âgée de plus de 18 ans pour la dépression. USPSTF (2016). Screening for Depression in Adults: Recommendation Statement.

Les rôles de chacun dans les soins collaboratifs

Généraliste	Patient	Infirmier	Psychiatre	Psychologue
<ul style="list-style-type: none"> Assure le suivi des patients Sélectionne les patients à inclure dans les soins collaboratifs Échange régulièrement avec l'infirmier et le psychiatre sur les motifs d'orientation et le suivi du patient Travaille avec l'équipe de soins pour proposer un traitement et l'ajuster dans le temps S'assure du lien entre prise en charge somatique et psychique 	<ul style="list-style-type: none"> Développe ses compétences et sa connaissance de ses pathologies Gère au quotidien ses maladies si possible à l'aide d'outils digitaux Est en lien régulier avec l'infirmier et échange sur ses réussites, ses besoins et ses difficultés 	<ul style="list-style-type: none"> Aide à l'engagement des patients, les forme sur le suivi quotidien de leurs maladies, notamment avec des outils numériques, les contacte très régulièrement par téléphone (approche pro-active) Coordonne la prise en charge globale en mettant en lien le patient avec l'ensemble des ressources disponibles Saisit l'évolution des patients dans un registre partagé et organise une revue de cas hebdomadaire avec le psychiatre 	<ul style="list-style-type: none"> Accompagne l'équipe de soins sur la détection et le traitement des maladies mentales Supervise le travail de l'infirmier et assure une revue de cas hebdomadaire Fournit son expertise au MG qu'il assiste dans la définition du traitement et de la stratégie thérapeutique Aide à l'adressage des malades si besoin, peut voir les malades les plus complexes <p>Travaille à distance quelques heures par semaine</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dispense des thérapies structurées en fonction des besoins et des préférences du patient

← **Registre digital partagé par l'équipe de soins** →

Source : auteur.

Le dépistage systématique et l'approche populationnelle

Dans les soins collaboratifs, l'ensemble de la patientèle est dépistée à minima une fois par an pour les troubles dépressifs et anxieux. Ce dépistage a plusieurs avantages :

- il déstigmatise la question de la santé mentale, sujet souvent tabou, en la mettant sur le même plan que les maladies somatiques (personne ne trouve stigmatisante la prise de tension à chaque consultation pour dépister l'hypertension artérielle) et ouvre un espace d'échange pour les patients en souffrance ;
- il est une condition nécessaire (mais non suffisante) pour favoriser l'accès aux soins et le repérage précoce de nombreux patients dont la souffrance resterait, sans cela, masquée aux yeux des soignants.
- il donne au médecin davantage d'éléments sur son patient et facilite les prises en charge.

Il existe de nombreux questionnaires ou échelles simples d'usage et validés scientifiquement^{218/219} afin d'aider les professionnels de santé au repérage des patients pouvant souffrir de troubles psychiatriques.

Il ne s'agit pas d'outils de dépistage à proprement parler mais ils sont très utiles pour repérer rapidement les souffrances et éviter que des patients nécessitant des soins ne soient pas pris en charge. Si ces questionnaires aident grandement au diagnostic, ils doivent être accompagnés d'une évaluation approfondie des symptômes par le médecin.

En fonction des préférences des médecins et des caractéristiques de la patientèle, ces questionnaires peuvent être soit remplis par les patients (par exemple dans la salle d'attente, sur papier ou sur des tablettes numériques) ou

218 Levis et al. (2019). Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *The BMJ*.

219 HAS (2017). Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours – Recommandations pour la pratique clinique.

administrés lors de la prise des constantes par un infirmier ou un assistant médical et implémentés dans le dossier médical du patient. Ils peuvent également être administrés directement par le médecin.

Voici quelques-uns des outils les plus connus qui peuvent être utilisés facilement par les médecins de premiers recours pour repérer la dépression (cf. annexe 3) :

- Le Patient Health Questionnaire (PHQ9) est un autoquestionnaire en 9 questions ciblé sur la population adulte. Le PHQ-2 est constitué des deux premières questions²²⁰. Le PHQ2 peut être utilisé en dépistage de routine auprès de l'ensemble de la population adulte.
- Le Beck Depression Inventory (BDI) comporte 21 items. Il s'agit d'un auto-questionnaire ciblé sur les adolescents et les adultes.
- L'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) aide à dépister les troubles anxieux et dépressifs. Cette échelle comporte 14 items.
- Le questionnaire d'Edinburgh comporte 10 questions et permet d'identifier des dépressions post-partum. Il est très utile en cabinet de pédiatrie où les jeunes mères se rendent très régulièrement dans les deux années qui suivent la naissance de leur enfant, en gynécologie ainsi qu'en médecine de premiers recours. Rappelons que les suicides constituent la première cause de mortalité maternelle²²¹.
- L'échelle de Hamilton (HDRS) comporte 21 items, il s'agit d'un questionnaire administré par le médecin ou par un professionnel.

220 Les deux questions du PHQ2 sont les suivantes : *Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence vous est-il arrivé de ressentir peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? À quelle fréquence vous est-il arrivé de vous sentir triste, déprimé ou désespéré ?*

Les réponses possibles sont : jamais, plusieurs jours, plus de la moitié du temps, presque tous les jours.

221 Margaret Oates (2003). Suicide: The leading cause of maternal death?. *British Journal of Psychiatry*.

Quelques outils à disposition des médecins généralistes pour faciliter le repérage précoce de la dépression

Nom du questionnaire	Type	Nombre items / temps remplissage
PHQ-2	Auto-questionnaire	2 questions
PHQ-9	Auto-questionnaire	9 questions
Beck Depression Inventory (BDI-II)	Auto-questionnaire	21 items
Geriatric Depression Scale (GDS-15)	Se fait en auto-questionnaire ou en hétéro-questionnaire	Une version de 30 questions, une version abrégée de 15 questions, une forme courte de quatre questions.
Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS)	Auto-questionnaire	14 items, dépression et anxiété.
Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS)	Hétéro-questionnaire	Nécessite un apprentissage. Dure environ 20 minutes. Conçu pour pour les personnes déjà diagnostiquées (évaluation de la sévérité et de l'évolution).
Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)	Auto-questionnaire	Dix questions. Identification d'une dépression post partum.

Source : HAS 2017, adapté par l'auteur.

En France, les outils de repérage et d'évaluation de la dépression ne sont connus que par 50 % des médecins généralistes. Parmi ceux qui les connaissent, 80 % les considèrent comme utiles, mais seulement 20 % de ceux-ci les utiliseraient²²².

222 Chabry et al. (2005). Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes. URCAM Île-de-France.

Une large évidence scientifique autour des soins collaboratifs

Les effets des soins collaboratifs ont été largement démontrés depuis près de vingt ans^{223/224} :

- sur le plan clinique avec une baisse des troubles dépressifs, des troubles anxieux, du stress post traumatique²²⁵ notamment ;
- une amélioration de l'état somatique et une meilleure adhésion aux traitements (diabète, cancer, troubles cardiovasculaires)²²⁶ ;
- une hausse de la satisfaction des patients comme des professionnels²²⁷ ;
- une baisse des coûts globaux par patients²²⁸.

223 Archer et al. (2012). Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane database systematic review.

224 Butler et al. (2008). Integration of mental health/substance abuse and primary care, AHRQ. ; Gilbody et al. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. Arch Intern Med. ; Unutzer et al. (2008). Long-term cost effects of collaborative care for late-life depression, Am J Manag Care. ; Gerrity et al. (2016). Evolving models of behavioral health integration : evidence update 2010-2015, Milbank Memorial Fund.

225 Engel et al. (2014). Implementing collaborative primary care for depression and PTSD. Contemporary Clinical Trials.

226 Johnson et al. (2014). Collaborative care versus screening and follow-up for patients with diabetes and depressive symptoms. Diabetes Care. ; Fann et al. (2012). Integrating psychosocial care into cancer services. Journal of Clinical Oncology.

227 Unutzer et al. (2002). Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. JAMA.

228 Melek et al (2018). Potential Economic Impact of Integrated Healthcare. Milliman Report.

L'étude IMPACT

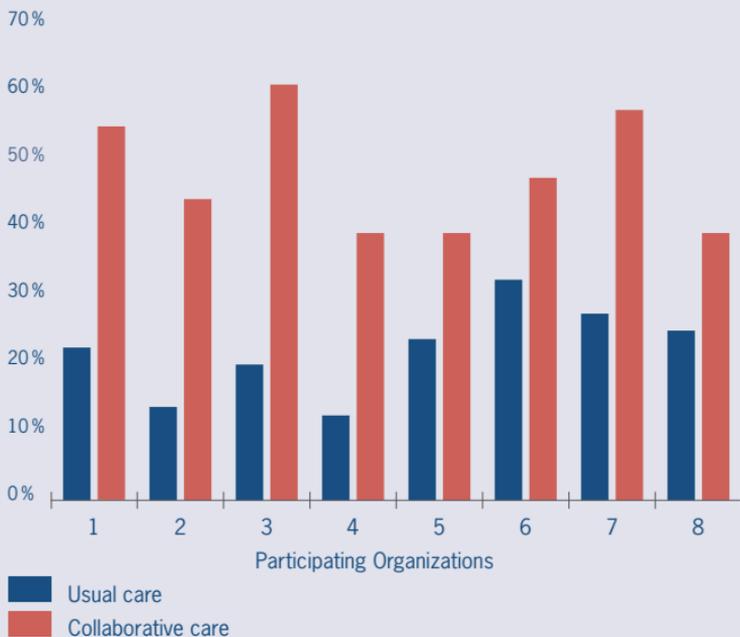
La plus large étude randomisée menée à ce jour sur les soins collaboratifs, l'étude « IMPACT » (Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment) a été conduite entre 1998 et 2003 auprès de 18 cabinets de médecine de premiers recours dans cinq États des États-Unis. Les organisations participantes représentaient huit systèmes de santé (paiement à l'acte, capitation, Vétérans, *Health maintenance Organizations*, etc.) et une diversité de lieux d'implantation (cabinets semi-ruraux, urbains). 1 801 adultes de plus de 60 ans présentant des troubles dépressifs ont été inclus. L'étude a comparé les résultats entre l'approche collaborative et le soin habituellement prodigué (« usual care »).

Au bout d'un an, 45 % des patients ayant bénéficié des soins collaboratifs ont vu leurs **symptômes dépressifs diminuer de 50 % ou plus** par rapport au départ, contre 19 % des participants aux soins habituels (odds ratio [OR], 3.45 ; 95 % confidence interval [CI], 2.71-4.38 ; $P < .001$). Les patients ayant bénéficié de l'intervention ont également enregistré des **taux plus élevés de traitement de la dépression** (OR, 2.98 ; 95 % CI, 2.34-3.79 ; $P < .001$), une plus grande **satisfaction à l'égard du traitement de la dépression** (OR, 3.38 ; 95 % CI, 2.66-4.30 ; $P < .001$), **une dépression moins grave** (range, 0-4 ; between-group difference, -0.4 ; 95 % CI, -0.46 to -0.33 ; $P < .001$), **moins de troubles fonctionnels** (range, 0-10 ; between-group difference, -0.91 ; 95 % CI, -1.19 to -0.64 ; $P < .001$), et **une meilleure qualité de vie** (range, 0-10 ; between-group difference, 0.56 ; 95 % CI, 0.32-0.79 ; $P < .001$) que les participants affectés au groupe des soins habituels²²⁹.

.... / ...

Les effets significatifs des soins collaboratifs

Une amélioration de 50 % des troubles dépressifs en un an



Source : AIMS. Etude IMPACT (Unutzer J. and al, Depression treatment in a sample of 1801 depressed older adults in primary care, J. Am. Geriatr. Soc. 2003).

Dans les années 2000, de nombreux programmes fédéraux et régionaux ainsi que des fondations²³⁰ ont soutenu de larges programmes de recherche destinés à expérimenter et évaluer les soins collaboratifs. Progressivement, de grands systèmes de santé américains comme la Veterans Administration et Kaiser Permanente ont commencé à offrir des soins intégrés à leurs patients. D'autres systèmes ont suivi dans de nombreux États américains et notamment autour de Seattle, où l'Université de Washington est devenue un des endroits de référence pour la formation et la diffusion des connaissances sur les soins collaboratifs²³¹.

Aujourd'hui, les soins collaboratifs sont reconnus et pris en charge par de nombreux assureurs publics et privés américains et se sont déployés dans plusieurs États. Toutefois, une grande partie de la population n'en bénéficie pas pour de nombreuses raisons qui tiennent principalement aux difficultés de financement, mais également à la (non) gouvernance des systèmes de santé américains, aux difficultés à trouver des professionnels qualifiés ou encore à l'approche encore très cloisonnée entre médecine physique et psychique²³².

Si la France n'a pas encore utilisé le modèle des soins collaboratifs, d'autres pays l'ont fait, c'est le cas du Royaume-Uni, du Chili, de l'Espagne, du Canada, des Pays-Bas, de l'Allemagne, mais aussi de l'Inde ou du Népal²³³ avec des résultats toujours très positifs²³⁴.

230 Pittsburgh Regional Health Initiative, Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), McArthur Foundation, Robert Wood Johnson Foundation, California Endowment, Hogg Foundation for Mental Health, John A. Hartford Foundation etc.

231 Le site du centre *Advancing Integrated Mental Health Solutions* (AIMS) de l'Université de Washington propose de nombreuses références et outils en ligne sur le modèle collaboratif (en anglais) <https://aims.uw.edu>

232 Malatre-Lansac et al. (2020). Factors influencing physician practices' adoption of behavioral health integration in the United states: a qualitative study. *Annals of Internal Medicine*.

233 Acharya et al. (2017). Collaborative Care for Mental Health in low- and middle-income countries: a WHO health systems framework assessment of three programs. *Psychiatr Serv Wash DC*.

234 Archer et al. (2012). *op.cit*.

IV

RELEVER LE DÉFI

Il y a bientôt dix ans, le professeur Leroy Hood inventait le terme de « médecine 4P » (*P4 medicine*). Pour lui, la médecine du futur serait à la fois **prédictive, préventive, personnalisée et participative**. Cette révolution serait le fruit d'une convergence de facteurs : des patients davantage impliqués et informés grâce au digital, à l'avènement du big data en santé, aux progrès de l'intelligence artificielle, de la recherche médicale et de la génétique.

Dans cette médecine 4P, la médecine devient proactive et non plus réactive, elle se concentre sur la prévention des maladies et leur détection très précoce, elle identifie les risques avec plusieurs mois voire années d'avance, elle s'adapte à chaque patient en proposant des stratégies thérapeutiques personnalisées et individuelles. On voit aujourd'hui les prémices de cette médecine 4P. Des analyses génétiques permettent aujourd'hui par exemple de cibler certaines thérapies oncologiques de façon très personnalisées ou d'agir de façon préventive pour éviter la survenue d'un cancer en identifiant les personnes les plus à risque. Dans d'autres domaines comme le diabète, des technologies connectées permettent aux patients de contrôler leur nourriture ou de mesurer leur taux d'insuline en temps réel. Les applications digitales se multiplient dans plusieurs maladies chroniques pour aider les patients dans la prise en charge de leurs maladies et les accompagner dans leurs parcours de soins. De nouveaux métiers se développent enfin, à la frontière entre médecine, accompagnement et coordination pour faciliter les parcours des patients atteints de maladies chroniques et construire des ponts entre les différents professionnels et structures qui travaillent à l'amélioration de la santé des patients.

Le champ de la psychiatrie, qui paraît parfois si éloigné de cette médecine 4P, est pourtant un domaine dans lequel la recherche et les innovations peuvent apporter des évolutions décisives. Aujourd'hui, de nombreuses découvertes

sont en cours, à l'interface entre de multiples disciplines telles que la psychiatrie, la biologie, les sciences sociales ou la neurologie²³⁵.

La crise sanitaire que nous traversons a et aura des conséquences lourdes en matière de santé mentale. Les études françaises et internationales montrent déjà une augmentation des troubles les plus fréquents en population générale (dépression, troubles anxieux, troubles du sommeil)²³⁶ et une hausse de la consommation d'anxiolytiques²³⁷. S'il faut retenir une chose positive de cette crise, c'est qu'elle a aussi permis de démontrer la capacité et la volonté des acteurs à innover et à s'adapter : multiplication des téléconsultations, création de nombreuses lignes de soutien psychologiques, collaborations nouvelles entre les différents acteurs de la prise en charge, développement d'applications numériques dédiées à la santé mentale, qui représentent autant de formidables opportunités pour aider le patient à être acteur de son traitement, s'adapter à ses besoins et améliorer l'accès aux soins.

Pour favoriser la prise en charge des troubles mentaux, reste à dépasser l'hospitalo-centrisme et les cloisonnements et à lutter fortement contre la stigmatisation des maladies psychiatriques. Une attention nouvelle est aujourd'hui portée aux innovations organisationnelles et un fonds dédié (le Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie) a été créé en 2019. Ce fonds, qui a vocation à financer des projets innovants dans l'organisation et les prises en charge de la santé mentale, est doté pour 2020 de 20 millions d'euros²³⁸.

235 Leboyer & Llorca (2018). Psychiatrie : l'état d'urgence. Fayard, Institut Montaigne, Fondation FondaMental.

236 Voir notamment l'enquête CoviPrev menée en population générale par Santé publique France et l'enquête COCLICO.

237 Epi-Phare, 4^e rapport d'étude sur l'usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de Covid-19, 5 octobre 2020. Parmi les médicaments dont la consommation a en fin de confinement et durant la période qui a suivi, figuraient des médicaments des troubles mentaux : les anxiolytiques (augmentation de + 1,1 million de traitements délivrés en six mois par rapport à l'attendu) et les hypnotiques + 480 000 traitements délivrés.

238 Pour plus d'information sur ce fonds, voir la page internet de l'ARS d'Ile de France : <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/fonds-dinnovation-organisationnelle-en-psychiatrie-2>

L'intégration de la prise en charge de la santé mentale en médecine de premiers recours, grande oubliée des réflexions sur l'amélioration de la prise en charge de la santé mentale, est l'une des pistes les plus prometteuses pour améliorer de façon significative la prise en charge des patients, augmenter l'accès aux soins et permettre de lutter contre la stigmatisation en faisant des maladies psychiatriques des maladies comme les autres. Les exemples étrangers nous montrent la voie et nous pouvons apprendre des réussites comme des échecs des autres pays. Le contexte est de plus aujourd'hui favorable en France à ce changement : des avancées dans l'organisation des soins de premiers recours, la formation de nouveaux professionnels et les réformes du financement de la psychiatrie suscitent de l'espoir et fournissent un cadre propice pour une meilleure prise en charge globale et intégrée des patients.

1. Un contexte favorable à une approche intégrée des soins

96

Le sujet de la santé mentale, s'il reste encore stigmatisé, est devenu une priorité des discours politiques sur la santé. Une feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie a été publiée par le ministère de la santé et des solidarités en juin 2018 et pour la première fois, le sujet est incarné au plus haut niveau par la nomination d'un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, le Professeur Frank Bellivier. La visibilité nouvelle donnée au sujet est à saluer, dans un contexte où la médecine de ville se structure, le système se digitalise et de nouveaux métiers se créent, offrant des opportunités nouvelles pour une meilleure prise en charge de la santé mentale.

Une structuration de la médecine libérale et des premiers recours

Depuis quelques années, la structuration de la médecine de ville et le regroupement des médecins généralistes est devenue une priorité dans les discours politiques. Face à l'augmentation des déserts médicaux et des maladies

chroniques et devant les changements dans la démographie médicale, l'idée du regroupement des professionnels de santé a fait son chemin depuis plus de dix ans. **En 2007, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été introduites dans le code de la santé publique pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif et inciter les médecins, notamment les généralistes, à travailler de façon regroupée.** L'objectif des MSP est de mieux répondre aux besoins de la population et aux souhaits des nouvelles générations de médecins. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. En 2015, on comptait plus de 600 MSP, il y en aurait 1 000 début 2020.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 a créé les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui sont composées de professionnels de santé regroupés, le cas échéant sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier et de second recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Une CPTS a pour vocation d'être une organisation souple de coordination à la main des professionnels eux-mêmes, selon les besoins spécifiques du territoire. Les acteurs locaux en déterminent eux-mêmes le périmètre géographique. La loi Ma Santé 2022 fait des CPTS un point central de la réforme de l'organisation du système de santé pour favoriser des parcours de soins plus coordonnés et un décloisonnement²³⁹.

Les CPTS visent trois objectifs principaux : favoriser l'accès aux soins ; mieux organiser les parcours de santé ; et assurer des missions de prévention.

En septembre 2019, 400 projets de CPTS avaient été recensés à des degrés de maturité divers, couvrant des domaines d'intervention variés selon les ambitions des équipes et le type de territoire. Des aides leur sont attribuées lorsqu'elles signent un contrat avec l'agence régionale de santé (ARS) et l'Assurance maladie pour définir leurs priorités et leurs indicateurs de réussite²⁴⁰.

239 Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

240 <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signé> consulté le 31 janvier 2020.

Malheureusement, la psychiatrie et la santé mentale ne sont guère évoquées dans ces nouveaux dispositifs, et peu de MSP ou de CPTS comportent un volet santé mentale. Encore une fois, la santé psychique et la santé physique ont été pensées en silo. À cet égard, la loi de 2016 instaure les **Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)** qui ont pour objectif « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ». Ces PTSM sont créés à l'initiative des professionnels et établissements autorisés en psychiatrie. D'autres acteurs sont associés comme les usagers, les professionnels des champs sanitaire et médico-social, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale, etc. Selon le discours de la ministre de la Santé et des Solidarités Agnès Buzyn à l'occasion du Congrès de l'Encéphale de 2020, 103 PTSM ont été identifiés par les ARS fin 2019.

De nouveaux métiers émergent pour favoriser la prise en charge des patients

Les assistants médicaux²⁴¹

Une des mesures très médiatisées du plan Ma Santé 2022 est la création de 4 000 postes d'assistants médicaux subventionnés par l'Assurance maladie pour redonner du temps médical aux médecins. Les premiers recrutements ont eu lieu en septembre 2019.

Le médecin choisit les missions de l'assistant médical qui peuvent être administratives, en lien avec la consultation ou d'organisation et de coordination. Ces postes sont accessibles aux infirmières, aux aide-soignants, mais aussi à des profils plus administratifs comme des secrétaires médicales. L'assistant médical devra être formé ou s'engager à suivre une formation spécifique dans les deux ans après son recrutement, et avoir obtenu cette qualification professionnelle dans les trois ans.

²⁴¹ <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical> consulté le 31 janvier 2020.

Ces nouveaux professionnels pourraient dans certains cas occuper des postes de care manager dans le modèle des soins collaboratifs décrit plus haut.

Les case/care managers (aussi appelés gestionnaires de cas, coordinateurs ou encore référents de parcours)^{242/243}

Les care managers ont un rôle essentiel à jouer dans les soins intégrés et la promotion de la continuité des soins. Ils sont aujourd'hui encore largement réservés aux structures hospitalières pour des raisons évidentes d'organisation et de moyens mais leur développement en médecine de ville constituerait une avancée majeure pour permettre de renforcer la coordination et de sortir de l'hospitalo-centrisme.

« *Le case management est une gestion et une coordination de l'ensemble des soins médicaux, paramédicaux, psychologiques, de bien-être, nécessaires pour répondre aux besoins et souhaits des personnes atteintes de maladies chroniques* »²⁴⁴. Il dépasse le cadre de la coordination pratique et administrative.

Le case management vise à optimiser l'utilisation des capacités du patient, de son entourage et de ses soignants. Il a également pour objectif d'augmenter la satisfaction et de la qualité de vie des patients et aidants proches ; d'améliorer la communication et la collaboration entre les différents intervenants, de garantir des soins intégrés, d'augmenter l'adéquation des ressources de santé.

Différents professionnels peuvent être case/care managers : infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, etc. Les compétences peuvent varier en fonction des besoins spécifiques et des objectifs du dispositif. La formation de ces care managers est essentielle pour lui permettre d'exercer ses fonctions.

242 Pour une mise en perspective de ces nouveaux métiers, voir le webinar de Pierre-Michel Llorca (octobre 2020) sur le site de la fondation FondaMental : Maladies psychiatriques : vers une prise en charge personnalisée et globale. <https://www.youtube.com/watch?v=dOmCkYWyb4&feature=youtu.be>

243 Voir également Ross et al. (2011). Case Management: What it is and how it can best be implemented. *The King's Fund Paper*.

244 Définition proposée par le P^r Pierre-Michel Llorca lors du séminaire sus-cité et proposée par le Plan d'accompagnement concerté transversal (PACT).

Les infirmières en pratique avancée (IPA)

Prévue par la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, la création du métier d'infirmière de pratique avancée (IPA) répond à de nombreux enjeux : l'évolution de la demande de soins, le vieillissement de la population, la multiplication des maladies chroniques, la baisse du temps médical disponible, les difficultés d'accès aux soins etc.

Les IPA sont des infirmières (IDE) formées sur des pathologies spécifiques. **Un nouveau diplôme d'État reconnu au grade de master est délivré à l'issue de cette formation universitaire de deux ans. En 2019, la mention IPA en psychiatrie et santé mentale a été créée**²⁴⁵ après de nombreux débats au sein de la communauté psychiatrique.

Elles sont centrées sur une pratique clinique directe auprès des patients et disposent de nombreuses compétences (éducation, prévention, dépistage, évaluation, actes techniques, etc.), elles peuvent également agir sur la coordination des soins ou l'orientation. Un protocole co-construit entre l'IPA et le médecin qui lui confie les patients va déterminer les domaines d'intervention, les modalités de prises en charge, etc. Elles ont la responsabilité du suivi régulier des patients pour leurs pathologies et peuvent prescrire dans des cas très précis des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention ou encore renouveler ou adapter, si nécessaire, certaines prescriptions médicales. Les IPA peuvent exercer en médecine de ville (par exemple en MSP) ou en établissement de santé²⁴⁶.

Les médiateurs de santé pairs et les patients experts

Depuis quelques années, les savoirs expérientiels des usagers de la santé mentale sont de plus en plus valorisés en France, avec le développement des fonctions de « pairs-aidants », de « médiateurs de santé pairs » et de « patients experts », même si nous restons encore loin des pratiques qui existent dans d'autres pays. Des formations sont ainsi développées pour des personnes engagées dans des parcours de rétablissements et qui souhaitent intégrer des

245 Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

246 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee>

équipes de soins et travailler en tant que professionnels de santé. Ces « médiateurs de santé pairs », encore très peu connus en France, existent depuis longtemps Outre-Atlantique et dans de nombreux pays²⁴⁷. Les « patients experts » interviennent eux davantage dans le champ du partage de connaissance et de l'éducation thérapeutique des patients²⁴⁸.

Une transformation des modes de financement de la psychiatrie

Comme dans d'autres domaines, le financement de la psychiatrie la distingue du reste des soins. En effet, si les activités réalisées par les hôpitaux publics généraux sont rémunérées sur la base d'une tarification à l'activité (T2A), la psychiatrie publique fait figure d'exception avec un budget global. Ainsi, une enveloppe appelée la « Dotation annuelle de financement » (DAF) est attribuée chaque année, sans réelle prise en compte de l'activité des établissements. Son montant a été défini dans les années 1970 et n'a été modifié qu'à la marge depuis lors et sur des critères peu lisibles. Aucun outil de mesure n'existe et il est impossible aujourd'hui d'avoir une vision précise des dépenses par pathologie (au-delà des remboursements médicamenteux) ni d'obtenir des informations fiables sur la productivité du système et sa qualité. Sans compter que cette dotation globale ne tient pas compte des besoins liés aux différents bassins de population, à la prévalence des pathologies dans tel ou tel territoire ou encore aux innovations proposées par certains établissements²⁴⁹. Autre spécificité du champ de la psychiatrie, les établissements privés en psychiatrie sont par contre payés à la journée. Ce mode de financement n'est pas davantage incitatif à la qualité ou à l'innovation. D'immenses inégalités de ressources existent ainsi sur le territoire²⁵⁰.

247 Roelandt, J. L. et Staedel, B. (dir.) (2016). *L'expérimentation des médiateurs de santé-pairs. Une révolution tranquille*. Paris : Éditions Doin.

248 Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient. La maladie comme occasion d'apprentissage*. Paris : De Boeck.

249 Leboyer & Llorca (2018). *op.cit.*

250 Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) & Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (2018). *L'Atlas de la santé mentale en France*.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (PLFSS 2020) inscrit des mesures fortes de réforme du financement de la psychiatrie. Cette réforme, repoussée en raison de la crise sanitaire, prendra effet sans période de transition en janvier 2022. À noter qu'une période de transition était initialement prévue en 2021. Cette transition semble importante pour permettre aux acteurs de s'emparer des changements et à la réforme de se passer dans les meilleures conditions.

À partir de 2022, les modes de financement des établissements publics et privés seront uniformisés. Des dotations seront réparties au niveau régional par les agences régionales de santé en fonction, notamment, des besoins de la population (nombre de mineurs, taux de pauvreté, taux de densité des professionnels de santé, etc.) et des incitations financières seront versées pour encourager la recherche, la qualité des prises en charge ou encore le développement de nouvelles activités. De plus, le PLFSS 2020 prévoit de mettre en place un objectif de dépense pour la psychiatrie qui sera fixé de façon annuelle²⁵¹.

Ces changements dans les modes de financement de la psychiatrie, s'ils sont accompagnés et réalisés en concertation avec les acteurs de terrain, devraient permettre de faire évoluer des situations figées depuis des années et d'encourager à la transformation du secteur de psychiatrie, à l'innovation et à la qualité des soins. Cette qualité passera par des parcours mieux coordonnés et des détectations plus précoces qui pourraient être largement facilitées par une intégration de la prise en charge de la santé mentale en médecine de premiers recours.

Les opportunités de la e-santé

La santé reste aujourd'hui l'un des secteurs les moins digitalisés de notre économie. Toutefois, les opportunités sont immenses et la transformation du système de santé pourrait bénéficier très largement des apports des nouvelles technologies²⁵². Dans le champ de la santé mentale, la révolution numérique semble encore très lointaine. Pourtant, elle pourrait aider à répondre à de

251 Loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

252 Institut Montaigne (2020). *e-santé : augmentons la dose*.

nombreux défis : la hausse de la demande, les difficultés d'accès aux soins, la stigmatisation, la faiblesse de la recherche, etc.

La *Mental Health Commission for Canada* décrit ainsi une vision dans laquelle la e-santé mentale (appelé là-bas « cybersanté mentale ») viendrait compléter et améliorer le système existant : « À certains endroits, la cybersanté mentale complètera les services en personne existants, tandis qu'ailleurs, les soins de cybersanté mentale favoriseront la réalisation de nouvelles interventions. Tout cela sera intégré à un système de santé dans lequel les patients pourront accéder à leurs dossiers médicaux personnels et les contrôler et obtenir de l'information fondée sur des données probantes au sujet de leur maladie. Ainsi, ils auront le pouvoir d'agir, deviendront des citoyens spécialistes et consulteront les pourvoyeurs de soins de santé aux fins de diagnostic et de conseils quant aux traitements. Afin que cette vision se concrétise, il faut du financement et de l'espace pour que les patients, les cliniciens, les universitaires, les responsables des orientations politiques et l'industrie bâtissent ensemble une communauté dynamique et novatrice de la cybersanté. Pour réussir, il faut investir et établir des structures au chapitre de la gouvernance, de la souplesse, de la recherche en assurance de la qualité, de l'échange de connaissances et de l'intégration de la cybersanté mentale aux services existants et au cadre stratégique et technologique global, de la viabilité, de la confidentialité et de la sécurité²⁵³. »

En France, plusieurs évolutions sont à noter. **La question des données de santé, si importante pour permettre les innovations et la recherche, reste un point encore bloquant pour l'accélération de la digitalisation du système.** La loi Ma Santé 2022 a créé une plateforme des données de santé, le *Health Data Hub*, qui a pour mission de réunir les données de santé issues des bases de l'Assurance maladie, mais aussi de la recherche clinique ou des complémentaires santé. Le *Health Data Hub* a pour objectif de favoriser l'utilisation des données de santé, en particulier dans les domaines de la recherche clinique, du pilotage du système de santé, du suivi et de l'information des patients, du développement de l'intelligence artificielle.

253 Commission de la santé mentale du Canada (2014). La cybersanté mentale au Canada : Transformer le système de santé mentale grâce à la technologie. *Ottawa, Ontario*.

La constitution de ce *hub* de données vise aussi à rendre possible l'entraînement d'algorithmes qui permettront à la fois d'aider les médecins dans leur exercice (diagnostic, assistance administrative, etc.) mais aussi d'accompagner les patients en améliorant la prévention et le dépistage de certaines maladies, tout en renforçant leur autonomie par un suivi médical personnalisé et à distance. Si pour le moment aucun des projets lauréats des deux premiers appels à projet du *Health Data Hub* ne porte sur la psychiatrie, on peut espérer que des projets seront bientôt lauréats sur ce sujet qui touche 20 % de la population chaque année.

Autre avancée du côté des nouvelles technologies, celles de la reconnaissance progressive de la télésanté, qui permet soit de pratiquer des soins à distance entre un patient et un professionnel de santé (téléconsultation), soit de requérir l'expertise d'un autre médecin (téléexpertise) ou encore la télésurveillance (surveillance médicale et interprétation des données du suivi médical du patient à distance), et la téléassistance (assistance à distance d'un médecin à un autre professionnel de santé pendant la réalisation d'un acte, par exemple en chirurgie). La téléconsultation et la téléexpertise sont remboursées en France depuis 2018 dans un cadre très précis. La crise du SARS-CoV-2 a fait exploser le nombre de téléconsultations, avec un remboursement intégral et des conditions très élargies. La psychiatrie a bénéficié de ce mouvement, avec des acteurs et des patients qui se sont adaptés à ce nouveau mode d'exercice pour assurer la continuité du soin et répondre à la demande. La plupart des plateformes de téléconsultation (Doctolib, Qare, Livi, Consulib, etc.) proposent aux patients des consultations avec des psychiatres voire avec des psychologues. Des dispositifs d'écoute téléphonique se sont par ailleurs mis en place pour aider les personnes en souffrance psychique pendant la pandémie²⁵⁴. Reste à savoir comment ces expériences serviront à l'avenir, si l'on saura capitaliser sur ces expériences pour effectuer une transformation véritable ou si le phénomène reste conjoncturel.

254 Ces lignes de soutien ont été référencées par le ministère de la santé : https://www.associations.gouv.fr/IMG/pdf/liste_contact.pdf

Télémedecine et psychiatrie

Hors de nos frontières, la psychiatrie a longtemps été la spécialité la plus représentée en télémedecine. Les raisons semblent assez intuitives : l'absence de biomarqueurs et de signes physiques fait que la psychiatrie se prête aisément à une consultation à distance. De plus, pour les personnes touchées par les troubles mentaux, se rendre à une consultation médicale peut être extrêmement compliqué (stigmatisation, difficultés à sortir de chez soi, difficultés à organiser un rendez-vous, etc.). La télémedecine offre une solution intéressante pour ces patients. D'ailleurs, une étude récente montre que la télémedecine s'est d'abord développée en psychiatrie qui représentait 53 % des téléconsultations aux États-Unis entre 2005 et 2017. Depuis 2016 les téléconsultations en soins primaires ont dépassé celles en psychiatrie²⁵⁵.

La psychiatrie n'a pas attendu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 pour se déployer. Dès les années 1950, des Américains ont mis en place des consultations à distance en psychiatrie pour accompagner les patients dans les zones les plus reculées²⁵⁶. La télépsychiatrie s'est adaptée aux transformations technologiques et prend aujourd'hui la forme à la fois de consultations par téléphone, par vidéoconférence, par chats, par applications mobiles voire même par usage de SMS.

.../...

255 Barnett et al. (2018). Trends in Telemedicine Use in a Large Commercially Insured Population, 2005-2017. *JAMA*.

256 Franck Brown (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatr Serv*.

L'Association américaine de psychiatrie et celle de télémedecine ont établi de nombreux guides des meilleures pratiques en matière de télémedecine en psychiatrie et des outils pour aider les professionnels à utiliser au mieux l'apport des nouvelles technologies dans cette discipline²⁵⁷.

Les études scientifiques ne sont pas très nombreuses mais tendent à montrer que la télépsychiatrie peut être aussi efficace que la psychiatrie « de visu »^{258/259}, pour la prise en charge des dépressions, des troubles anxieux et du syndrome de stress post-traumatique si certaines conditions sont réunies (qualité de l'outil technique, prise en compte des préférences du patient, sécurité des données, etc.). Elle est également utile pour permettre à des populations vivant dans des zones reculées d'avoir accès à des professionnels de la santé mentale rapidement.

Certains pays recommandent même l'usage des thérapies en lignes dans certains cas, par exemple au Royaume Uni, le NICE recommande désormais l'usage de thérapies cognitives et comportementales en ligne en première intention pour les jeunes de moins de 18 ans souffrant de dépressions légères²⁶⁰.

257 Shore et al. (2018). Best Practices in Videoconferencing-Based Telemental Health April 2018. *Telemed J E Health*.

258 Veazie et al. (2019). Evidence Brief: Video Telehealth for Primary Care and Mental Health Services. *Washington (DC): Department of Veterans Affairs (US)*.

259 De Las Cuevas (2006). Randomized clinical trial of telepsychiatry through videoconference versus face-to-face conventional psychiatric treatment. *Telemed JE Health*.

260 NICE guideline (2019). Depression in children and young people: identification and management.

2. Propositions

PROPOSITION 1. Donner à la médecine de premiers recours les moyens d'intégrer la prise en charge de la santé mentale dans une approche centrée sur les patients, collaborative et non stigmatisante.

Le mouvement de structuration de la médecine de ville à travers le déploiement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) constitue un mouvement sans précédent en France pour permettre aux médecins de premiers recours de sortir de l'exercice isolé et de travailler de façon plus étroite avec d'autres disciplines médicales. Ce mouvement, accompagné par différents plans ministériels et par des aides financières, perpétue pourtant la logique de séparation entre prise en charge somatique et psychique alors même que ces structures regroupées sont largement confrontées à des patients présentant des troubles psychiatriques puisque ces derniers représentent 20 à 30 % de la patientèle des généralistes. Malgré cela, rares sont les MSP et les CPTS qui regroupent en leur sein une expertise dédiée à la santé mentale ou qui ont un lien fort avec le secteur de psychiatrie et les CMP voisins.

De nombreux travaux de recherche ont pourtant démontré que l'intégration de la santé mentale en médecine de premiers recours permet :

- d'améliorer la prise en charge des troubles psychiques, mais aussi des maladies physiques chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, BPCO) ;
- de déstigmatiser la psychiatrie, qui trouverait sa place au sein de structures médicales classiques ;
- d'offrir une prise en charge globale aux patients ;
- de faciliter l'accès aux soins ;
- d'améliorer le dépistage précoce et d'éviter que des patients ayant besoin

- d'une prise en charge psychiatrique ne soient pas soignés (ce qui est le cas pour près de 60 % des personnes souffrant de troubles mentaux) ;
- d'accompagner les médecins généralistes et les pédiatres dans la prise en charge de leurs patients les plus complexes ;
- de faciliter l'adressage vers des structures spécialisées ;
- de diminuer les coûts globaux de santé.

Mieux prendre en charge les patients atteints de troubles mentaux et souffrant de comorbidités somatiques et psychiatriques implique d'équiper davantage les médecins de première ligne. L'expertise psychiatrique est difficile d'accès et gagnerait à être réservée aux cas les plus complexes nécessitant une prise en charge spécialisée. Beaucoup de patients présentant des troubles mentaux peuvent être pris en charge avec succès en médecine de premiers recours. Comment aider les médecins généralistes et les pédiatres à mieux dépister et prendre en charge les troubles mentaux les plus communs et dont beaucoup sont très invalidants pour les patients et impactent leur quotidien et leur santé physique ? Avec en moyenne 22 consultations par jour et un temps moyen de consultation de 17 minutes, les médecins généralistes ne peuvent pas toujours consacrer le temps nécessaire aux patients souffrant de troubles mentaux.

Plusieurs actions peuvent être mises en place :

- **Doter les médecins généralistes d'outils cliniques faciles et rapides à utiliser pour détecter de façon systématique les troubles psychiques et les inciter à les utiliser.** Des questionnaires validés internationalement existent pour aider à détecter les troubles²⁶¹. En France, ces outils ne sont connus que par 50 % des médecins généralistes²⁶². Ces questionnaires doivent être davantage diffusés dans les recommandations de bonnes pratiques telles que celles de la HAS et pourraient être intégrés dans les logiciels médicaux et dans le dossier médical partagé (DMP).

261 Par exemple l'échelle PHQ9 pour la dépression, constituée de 9 questions ou encore le questionnaire GAD7 pour les troubles anxieux. Voir par exemple la recommandation de bonne pratique de la HAS (2017). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Voir annexe III.

262 Chabry et al. (2005). Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte. Expression des besoins par les médecins généralistes. *URCAM Ile de France*.

- **Favoriser le recrutement de professionnels de santé facilitant la prise en charge de la santé mentale auprès des médecins généralistes :** infirmiers coordinateurs, care managers, infirmiers de pratique avancée (IPE) par exemple, afin d'assurer la coordination et la prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiques.
- **Favoriser les échanges d'expériences entre médecins généralistes et la formation continue autour de la prise en charge de la santé mentale en premiers recours.** Ces échanges pourraient être facilités, en ligne et en présentiel, par les Agences régionales de santé (ARS) et les Unions Régionales de Professionnels de Santé (URPS).
- **Créer des liens entre les secteurs de psychiatrie et la médecine générale.** Aujourd'hui, il s'agit de deux mondes qui ne se parlent presque pas. Des incitations pourraient être mises en place dans le cadre des CPTS et des projets territoriaux de santé mentale pour favoriser des coordinations autour de projets concrets : consultations partagées, rencontres dédiées, mises en relation facilitées autour de plateformes téléphoniques ou internet d'échanges entre médecins généralistes et professionnels du secteur.
- **Intégrer le dépistage de la dépression et des troubles anxieux dans le paiement à la performance des médecins généralistes (ROSP).**
- **Expérimenter en France le modèle des soins collaboratifs** dans des structures de médecine de premiers recours en permettant à des *care manager* (profils d'infirmiers par exemple) et à des psychiatres référents (issus de la psychiatrie publique ou libérale) disponibles quelques heures par semaine d'apporter leur expertise et d'épauler les médecins dans leur pratique quotidienne. Cette approche stigmatisante aux résultats largement démontrés est très adaptée aux pratiques des médecins généralistes.

PROPOSITION 2. Favoriser l'accès aux psychothérapies adaptées à travers leur remboursement, une meilleure formation des professionnels, ainsi que le développement des outils numériques.

Certaines psychothérapies et prises en charge psychosociales ont démontré leur efficacité et font partie des recommandations internationales de bonnes pratiques comme par exemple les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui visent à améliorer la prise en charge des symptômes invalidants en agissant spécifiquement sur les schémas de pensée ou encore les thérapies familiales et systémiques.

Malheureusement, rares sont les professionnels formés à ces techniques en France. De plus, lorsqu'elles sont proposées par des psychologues libéraux, elles ne sont pas remboursées, créant un vrai problème d'accès. Il existe en ce moment deux expérimentations en cours : l'une à destination des jeunes de moins de 21 ans²⁶³ et l'autre pour les adultes de moins de 60 ans sans antécédents psychiatriques²⁶⁴.

Au-delà de ces expérimentations, l'accès à une psychothérapie remboursée n'est possible que lorsqu'elle est dispensée par des psychiatres et/ou via les CMP. Or la saturation des CMP et les délais d'attente chez les psychiatres ne permettent pas de répondre à la demande actuelle en matière de psychothérapies. Le fait que les psychologues ne soient pas considérés comme des professionnels de santé, et dès lors non remboursés, constitue un frein à l'accès aux soins.

263 Le « Pass Santé jeune » qui ouvre l'accès à dix séances remboursées chez un psychologue libéral depuis janvier 2017.

264 La CNAM teste le remboursement intégral des consultations chez les psychologues dans quatre départements : Haute-Garonne, Morbihan, Bouches-du-Rhône et Landes. Le suivi ne doit pas dépasser plus de vingt séances. La CPAM règle les frais directement au psychologue, assurant la gratuité des séances pour le patient.

Dans un rapport de 2019 consacré à la prise en charge coordonnée des troubles psychiques²⁶⁵, l'IGAS constatait que les formations et les conditions d'exercice des psychologues cliniciens variaient fortement : « les mentions de formations universitaires sont très diversifiées, et leur contenu parfois insuffisant au plan des approches cliniques et thérapeutiques. Pourtant chacune permet d'accéder, après des stages d'inégale valeur qualifiante, au même titre de psychologue et de prodiguer pour certains des soins psychiques en libéral sans y avoir été rigoureusement formés. » Face à ce constat, et pour garantir des soins de qualité, l'IGAS propose de créer une labellisation des diplômes et des lieux de stages des psychologues cliniciens et de valoriser les acquis de l'expérience pour les psychologues déjà en exercice. Ce rapport s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre de l'expérimentation de la CNAM sur la prise en charge des psychothérapies de ville mais les propositions présentées pourraient être reprises dans le cadre d'une prise en charge par l'Assurance maladie des psychothérapies, qui permettrait à la France de se placer au niveau des pays les plus avancés en la matière.

Plusieurs actions peuvent être mises en place pour faciliter l'accès aux psychothérapies et en garantir la qualité :

- **Permettre le remboursement des psychothérapies de ville** délivrées par des psychologues cliniciens dont les diplômes auront été labellisés pour l'ensemble des patients présentant une souffrance psychique dans un cadre à définir avec les parties prenantes. À ce titre, les résultats de l'évaluation des expérimentations en cours devraient permettre d'avancer sur le sujet.
- **Développer la formation aux psychothérapies.** Un autre enjeu est celui de la formation aux psychothérapies, considérée comme très insatisfaisante par plus de 75 % des internes en psychiatrie²⁶⁶ alors que depuis 2010 les psychiatres sont automatiquement reconnus comme psychothérapeutes. Ces métiers et ces techniques doivent faire l'objet de formations adaptées pour répondre aux besoins croissants des patients.

265 Emmanuelli J. et Schechter F. (2019). Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution, IGAS.

266 Van Effentere et al. (2013). La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie : résultats d'une enquête nationale. *L'Encéphale*.

- **Favoriser l'usage de la télémédecine.** L'équipement des professionnels et leur formation pour pouvoir utiliser la télésanté dans un cadre le plus sécurisé et qualitatif possible est un enjeu important. Comme vu plus haut, la téléconsultation répond à un besoin exprimé par les patients et peut permettre une continuité des soins et un accès renforcé aux thérapies. La création de guides de bonnes pratiques et l'organisation d'échanges d'expérience entre professionnels pour faciliter l'exercice de la télémédecine pourraient permettre son utilisation plus large dans un cadre de confiance renforcée.
- **Diffuser et faciliter l'accès au soutien psychologique à travers des outils de e-santé pour favoriser l'empowerment et l'autonomisation des patients.** Ces outils peuvent permettre de faire à distance certains exercices, de rendre le patient acteur de son traitement, de renforcer les apprentissages, et d'assurer un suivi au-delà des séances prescrites. De nombreuses applications aujourd'hui en cours d'évaluation proposent aux patients d'être acteurs de leur santé mentale et transforment la prise en charge des maladies psychiques. L'évaluation de ces dispositifs et leur intégration dans les parcours de soins doivent être accélérées pour permettre aux patients d'avoir accès à des thérapies de qualité.

PROPOSITION 3. Faciliter la création de nouveaux métiers dans le champ de la santé mentale : IPA, care managers, médiateurs de santé pairs.

De nouveaux métiers peuvent être créés pour répondre aux nouveaux besoins en santé mentale : accompagner les patients dans leurs parcours souvent complexes entre soins spécialisés, structures médicales, structures sociales, assurer des missions d'éducation et de suivi pro-actif des patients pour les aider dans la gestion de leur maladie ; les accompagner vers le rétablissement.

La fonction de *care manager* est à ce titre extrêmement intéressante car elle permet de faire le lien entre patients – ressources sociales – médecins (généraliste, spécialistes dont psychiatre) – proches et aidants. Des *care managers* pourraient être placés en médecine de ville afin de faciliter une prise en charge hors hôpital.

Dans les soins collaboratifs, le *care manager* occupe une fonction centrale : il travaille la plupart du temps dans les locaux du médecin généraliste qu'il soutient dans la prise en charge des troubles mentaux. Il aide au dépistage, s'assure de l'engagement des patients avec qui il est en contact de façon très régulière, souvent au téléphone et de façon hebdomadaire lors des premiers mois de traitement. Il alerte le médecin et le psychiatre lorsque l'état du patient ne s'améliore pas. C'est le *care manager* qui coordonne le processus de soins somatiques et psychiatriques et en assure la continuité entre les différents acteurs concernés (médecin généraliste, psychiatre, patient, famille). Il suit l'évolution clinique du patient sous la supervision du psychiatre et en utilisant les questionnaires vus ci-dessus. Il implémente un registre qui est visible par l'ensemble de l'équipe de soins et qui permet de suivre les évolutions patient par patient, mais également dans une approche populationnelle. Il intervient également pour des actions de psychoéducation auprès du patient et de ses proches, l'accompagne dans son traitement par exemple à travers des applications mobiles.

L'arrivée très récente du métier d'infirmières en pratique avancée (IPA) et la nouvelle mention psychiatrie et santé mentale suscite de nombreux espoirs même si les conditions sont encore très limitées et que le nombre d'étudiantes reste très faible à ce jour (27 étudiantes ont été diplômées du master IPA mention psychiatrie et santé mentale en 2019). Le développement plus rapide des filières de formation et les incitations concrètes à la formation d'IPA en psychiatrie sont essentiels pour répondre aux besoins immenses et apporter une meilleure qualité de soins et une plus grande coordination pour les patients souffrant de troubles psychiques.

Enfin la valorisation des savoirs expérimentiels des usagers de la santé mentale est essentielle, à travers le développement des fonctions de « pairs-aidants », de « médiateurs de santé pairs » et de « patients experts ».

PROPOSITION 4. Faciliter les échanges d'information entre les professionnels de santé.

Aujourd'hui, les échanges entre médecins généralistes et psychiatres (lorsqu'ils ont lieu) se limitent bien souvent à une conversation téléphonique et dans le meilleur des cas à un courrier. Les difficultés rencontrées pour partager les informations médicales pertinentes, le manque de confiance quant au partage des données de santé et l'archaïsme des systèmes d'information constituent des freins majeurs à une meilleure intégration des soins.

La dématérialisation croissante des échanges et la multiplication des données de santé, parfois collectées par des acteurs agissant hors de tout cadre réglementaire, est un fait qui ne va pas sans soulever des inquiétudes. Les enjeux de cybersécurité et de protection des données personnelles sont aujourd'hui centraux et les risques d'attaques ou d'utilisation malveillante des données de santé doivent être pris très au sérieux. Ces enjeux ne doivent pas toutefois faire oublier le potentiel énorme et les promesses d'un meilleur échange de données.

Aujourd'hui, de nombreuses données concernant les patients sont ainsi perdues, alors même qu'un échange facilité et sécurisé d'informations pourrait permettre de mieux coordonner les parcours de soins des patients, d'aider à la décision médicale, d'éviter des interactions médicamenteuses néfastes, d'évaluer la qualité des soins et de fournir des données à la recherche en épidémiologie et en santé publique.

Chaque médecin ou presque dispose aujourd'hui d'un logiciel lui permettant de gérer les dossiers de ses patients de façon dématérialisée. Pourtant, la plupart de ces logiciels ne « se parlent pas » et de nouveaux développements informatiques coûteux et complexes doivent être faits à chaque fois que deux systèmes d'information veulent échanger ou partager des données. Cette question de « l'interopérabilité », technique en apparence, constitue un point essentiel pour faciliter l'intégration des soins.

À ce jour, il n'y a pas d'obligation d'ouverture des systèmes d'information (SI) de santé. Ainsi, un éditeur peut refuser de partager ses données même dans le respect des réglementations en vigueur et du consentement du patient. Cette ouverture des données dans un format exploitable informatiquement constitue un préalable indispensable, avant même l'interopérabilité.

La feuille de route « Accélérer le virage numérique » de la stratégie Ma Santé 2022 a hissé au rang de ses priorités l'intensification de la sécurité et de l'interopérabilité des systèmes d'information en santé en y consacrant six actions. Un espace de test d'interopérabilité est depuis peu mis à disposition des industriels par l'agence du numérique en santé (ANS).

En plus de ces dispositifs, le déploiement du dossier médical partagé (DMP) a également pour objectif de répondre à ces défis. Le DMP, « carnet de santé numérique » a connu une évolution très chaotique depuis sa première version il y a presque 20 ans. La nouvelle version du DMP lancée en 2018 devrait permettre un déploiement plus large. À ce jour, un peu plus de 8 millions de DMP ont été ouverts et la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé publiée en juillet 2019 a prévu qu'un DMP soit ouvert automatiquement pour chaque Français à partir du 1^{er} juillet 2021. Néanmoins, l'interopérabilité des DMP avec les logiciels des médecins reste encore faible et l'usage de ces DMP va surtout dépendre de leur contenu comme de la capacité et de la volonté des professionnels de santé à l'alimenter régulièrement et à se l'approprier dans leur pratique. L'enjeu de la confiance et de la confidentialité des données est bien entendu central pour garantir le succès d'un tel développement.

Côté patient, la création en parallèle d'un espace numérique de santé (ENS) par la loi Ma Santé 2022 permettra à chacun de gérer ses données de santé et de participer à la construction de son parcours de santé en lien avec les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social. L'ENS donnera ainsi accès à tous à son DMP et à des outils d'échange avec les professionnels de santé ainsi qu'à des services numériques en santé à partir de janvier 2022. Cet ENS doit être un des socles de la création d'une culture de la confiance autour des données de santé et de l'usage du numérique en santé.

Plusieurs mesures doivent permettre d'améliorer cet échange d'information entre professionnels :

- **Accompagner et inciter les fournisseurs de services numériques en santé à respecter les référentiels de sécurité et d'interopérabilité ;**
- **Renforcer la sécurité des systèmes numériques en santé ;**
- **Impliquer davantage les usagers et les professionnels de terrain dans la question de l'usage des données de santé pour favoriser un climat de confiance ;**
- **Former davantage les professionnels à l'usage des données de santé et aux usages et aux bonnes pratiques de l'utilisation du numérique dans leur pratique professionnelle ;**
- **Investir dans la numérisation et les systèmes d'information de la psychiatrie, du médico-social et de la médecine de ville et favoriser l'homogénéisation des pratiques de recueils de données pour faciliter des parcours de soins complets et intégrés.**

ANNEXE I

DES MALADIES TRÈS DIFFÉRENTES QUI TOUCHENT 20 % DES FRANÇAIS

Il existe peu de chiffres consolidés sur la prévalence des maladies psychiatriques en France. Les chiffres communément admis nous viennent souvent de la littérature internationale qui estime qu'une personne sur cinq a vécu un trouble psychiatrique au cours des douze derniers mois et qu'une personne sur trois souffrira d'un trouble au cours de sa vie²⁶⁷.

Il existe plusieurs façons de décrire les troubles psychiatriques, chacune faisant l'objet de débats et de controverses. À l'heure actuelle, deux classifications internationales des diagnostics psychiatriques sont utilisées couramment : celle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) appelée la classification internationale des maladies, aujourd'hui dans sa dixième version (CIM-10) et celle de l'Association américaine de Psychiatrie (APA) au sein du Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V).

Dans ce chapitre, nous reviendrons sur quelques-unes des troubles psychiatriques les plus communs.

La dépression²⁶⁸

La dépression est sans doute la maladie psychiatrique la plus fréquente et l'une des plus mal comprises, avec des répercussions très fortes sur la qualité de vie des patients et sur leur entourage. Une personne sur cinq souffrira de

267 Steel et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*.

268 Dossier d'information de l'INSERM : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>.

7épression au cours de sa vie et le risque de suicide est particulièrement élevé avec entre 10 et 20 % des personnes touchées par la dépression se suicident. En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence de l'état dépressif caractérisé (EDC) dans l'année était estimée à 9,8 % et était 2 fois plus élevée chez les femmes (13,0 %) que chez les hommes (6,4 %) ²⁶⁹.

La dépression est très différente de la « déprime » qui correspond plus à un moment de tristesse ou de manque d'entrain (le « coup de blues »). Le diagnostic de la dépression répond à des critères précis qui ont été décrits notamment par l'Organisation mondiale de la santé et par l'Association américaine de psychiatrie. La dépression peut se présenter de multiples façons et varie d'un patient à l'autre. Selon le dossier proposé par le site de l'Inserm ²⁷⁰, le diagnostic de dépression est posé lorsqu'une personne présente pendant au moins deux semaines **une humeur dépressive (tristesse quasi-permanente) et une perte de l'élan vital (perte d'intérêt et de plaisir dans les activités quotidiennes ou anhédonie), associées à au moins quatre autres des symptômes :**

- le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, des **idées de suicide récurrentes** ;
- un **sentiment d'angoisse quasi-permanent** ;
- un **ralentissement psychomoteur** (modification de la marche, de la voix, des gestes, de l'initiative...);
- une **fatigue (asthénie)**, souvent plus marquée le matin ;
- une **perte d'appétit** ;
- des **troubles du sommeil** ;
- des **troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire**.

Les origines de la dépression sont multiples : facteurs sociaux et événements de la vie, origines génétiques, facteurs neurobiologiques, inflammation, perturbation du microbiote intestinal... Les chercheurs tentent de mieux comprendre

269 Léon et al. (2018). La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*.

270 Dossier d'information de l'INSERM : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>.

la dépression pour proposer des traitements les plus personnalisés possibles. Aujourd'hui, les traitements biologiques (antidépresseurs) et/ou les psychothérapies permettent d'obtenir une guérison dans près de 70 % des cas et d'éviter la survenue de nouveaux épisodes.

Les troubles anxieux²⁷¹

Les troubles anxieux sont également extrêmement communs et une personne sur trois sera touchée au cours de sa vie²⁷². Ils sont deux fois plus présents chez les femmes. Différents troubles sont regroupés dans cette catégorie. Les plus fréquents sont les troubles anxieux généralisés, le trouble panique, le trouble d'anxiété sociale, les phobies spécifiques, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) ou encore les troubles du stress post-traumatiques.

Ces troubles qui s'installent dans la durée sont souvent associés à des symptômes physiques comme des maux de tête, des douleurs musculaires, des palpitations et peuvent créer des souffrances qui perturbent la vie quotidienne de la personne touchée et ont des répercussions fortes sur les proches.

La prise en charge des troubles anxieux associe souvent des médicaments (anxiolytiques ou antidépresseurs) et des thérapies (notamment les thérapies cognitives et comportementales).

Les schizophrénies²⁷³

La schizophrénie concerne un peu moins de 1 % de la population soit 600 000 personnes en France. Elle se déclare le plus souvent à l'adolescence, entre 15 et 25 ans et l'on sait que l'usage régulier de cannabis multiplie par deux le risque de développer une schizophrénie.

271 Haute autorité de santé, Guide des affections psychiatriques de longue durée, les troubles anxieux grave, 2007.

272 Bandelow B, and al. Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015.

273 Dossier d'information de l'INSERM <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrénie> consulté le 12 novembre 2019.

Les symptômes sont variés, on distingue les symptômes dits « positifs » (paranoïa, idées délirantes, hallucinations notamment acoustico-verbales) une désorganisation et des symptômes « négatifs » (isolement, perte d'intérêt dans les activités, repli sur soi).

Il s'agit d'une maladie complexe et multifactorielle dont la survenue repose sur des éléments génétiques et environnementaux. Un des enjeux de la recherche actuelle sur la schizophrénie est de mieux comprendre ces facteurs et de mieux repérer et diagnostiquer les troubles dès les premiers symptômes.

Maladie chronique extrêmement invalidante, la schizophrénie est également liée à une espérance de vie très réduite pour différentes raisons parmi lesquelles le taux élevé de suicides (10 % des patients en décéderont), les difficultés d'accès aux soins, les effets secondaires des traitements, les comportements alimentaires et l'hygiène de vie (tabac, alcool, manque d'activité physique etc.).

Le pronostic varie en fonction des caractéristiques de la maladie. Il dépend aussi de la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhésion du patient à sa prise en charge. Au final, environ un tiers des patients sont en rémission durable après quelques années de traitement : ils reprennent une vie sociale, professionnelle et affective. Chez les autres, la maladie persiste dans le temps avec des symptômes à peu près contrôlés grâce à un suivi médical, mais avec des rechutes possibles. 20 à 30 % des patients sont malheureusement peu répondeurs aux traitements.

Les traitements proposés aujourd'hui associent en général des médicaments (antipsychotiques) qui atténuent les symptômes et une prise en charge de type remédiation cognitive qui consiste à trouver des solutions non médicamenteuses pour agir sur les composantes cognitives altérées (troubles de l'attention, de la mémoire, etc.). Malheureusement ces thérapies sont très difficiles d'accès. Leur objectif est de permettre à la personne de se rétablir et de retrouver une vie la plus normale possible. Les thérapies cognitivo-comportementales, qui permettent de travailler sur les émotions, la socialisation, l'hygiène de vie, etc., aident également à éviter l'enfermement sur soi et la désocialisation.

Les troubles du spectre de l'autisme²⁷⁴

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) représentent également un ensemble de maladies hétérogènes qui touchent un peu moins d'un pour cent de la population. Les chiffres concernant la prévalence varient toutefois considérablement d'une étude à l'autre. Aux États-Unis, le Center for Disease Control estimait en 2018 qu'un enfant sur 59 était aujourd'hui touché à l'âge de huit ans, les garçons étant quatre fois plus susceptibles d'être touchés que les filles²⁷⁵.

Les TSA démarrent très tôt, avant l'âge de trois ans et persistent tout au long de la vie. Alors que certaines personnes souffrent d'un syndrome d'Asperger (autisme dit « de haut niveau »), d'autres présentent une déficience intellectuelle et/ou des troubles du langage. Les TSA sont caractérisés par une altération des interactions sociales, des problèmes de communication, des troubles du comportement ou encore des réactions sensorielles inhabituelles.

L'autisme ne se soigne pas, mais une prise en charge adaptée améliore les capacités fonctionnelles, l'interaction avec le monde et l'adaptation. Cette prise en charge, pluridisciplinaire et individualisée, est un parcours de soin qui évolue avec l'enfant, puis l'adolescent et l'adulte. Pour prendre en charge les autistes, encore faut-il les reconnaître comme tels. À cet égard, un dépistage précoce – autant que possible 2 ans – est essentiel : plus tôt est démarrée la prise en charge et meilleurs en seront les résultats. Dans la plupart des cas, ce sont les familles qui identifient les premiers signes chez l'enfant et la moitié d'entre elles se dirigent d'abord vers le pédiatre ou le médecin généraliste²⁷⁶. Malheureusement, pour de nombreuses familles, aucune suite n'est donnée à ce premier rendez-vous et les retards au diagnostic sont très fréquents en France, avec un âge moyen de dépistage situé autour de 4 ans et demi²⁷⁷, là où la Haute

274 Dossier d'information de l'INSERM. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/autisme>.

275 Baio et al. (2018). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ*.

276 Enquête Doctissimo- fondation FondaMental (2013).

277 *Ibid*.

autorité de santé recommande un dépistage dès 18 mois. Dans ce domaine, entre autres, la France doit rattraper un retard certain.

Les troubles bipolaires

Autrefois appelés troubles maniaco-dépressifs, les troubles bipolaires appartiennent aux troubles de l'humeur. Ils sont caractérisés par des alternances entre des phases d'exaltation et des phases dépressives et touchent chaque année 2,8 % de la population²⁷⁸.

Les premiers signes apparaissent entre 15 et 25 ans. Difficiles à diagnostiquer, et souvent confondus avec d'autres pathologies, et notamment la dépression, les troubles bipolaires sont en général diagnostiqués entre huit et dix ans après le début des troubles²⁷⁹. Les conséquences de ce retard sont extrêmement préoccupantes en termes de désinsertion professionnelle et sociale, de comportements à risque et de baisse de l'espérance de vie. Les personnes touchées par les troubles bipolaires présentent de nombreuses comorbidités avec des risques élevés de diabète, de maladies cardio-vasculaire, de syndrome métabolique.

278 Site du National Institute for Mental Health :
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/bipolar-disorder.shtml>

279 Fondation FondaMental :
<https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/les-troubles-bipolaires>.

ANNEXE II

LE COÛT DE LA MAUVAISE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE

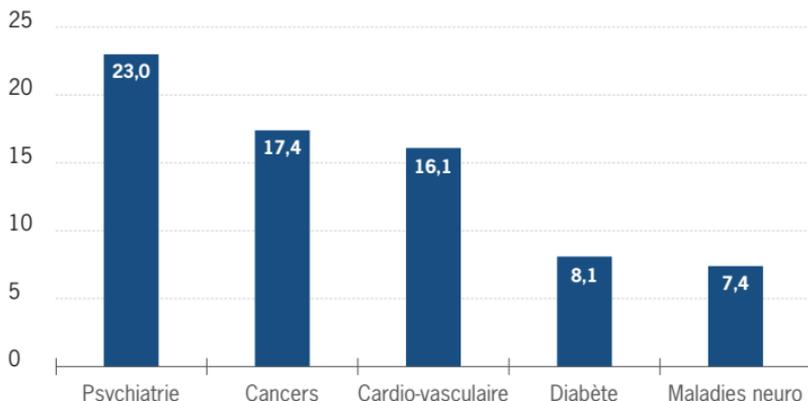
L'organisation défaillante des soins psychiatriques, les retards au diagnostic et les prises en charge parfois inadaptées ont des répercussions sur les coûts directs et indirects de la psychiatrie.

Les bases de données de la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM-TS) fournissent des données précieuses sur les coûts de santé et permettent de savoir qui a eu recours dans l'année à des soins ou à des prestations psychiatriques remboursées par la Sécurité sociale. Derrière cette notion particulièrement large de soins en rapport avec la santé mentale, on retrouve une très grande diversité de situations cliniques, allant de troubles passagers du sommeil aux troubles psychotiques, d'épisodes ponctuels à des pathologies chroniques, incluant des troubles liés à des risques professionnels ou encore à la consommation inappropriée de médicaments psychotropes. Ainsi, en 2016, ce sont plus de sept millions de personnes sur les douze millions potentiellement touchées qui ont eu accès à des soins en rapport avec leur santé mentale. Soit seulement 60 % des patients potentiellement concernés.

Dans la cartographie des dépenses de santé établie par l'Assurance maladie, le poids de la santé mentale est chaque année particulièrement marquant, tant en termes d'effectifs de patients concernés que de dépenses. Toutes les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne sont pas comptabilisées, soit par défaut d'accès aux soins, soit parce qu'elles ne sont pas répertoriées dans cette cartographie. Les dépenses liées aux maladies psychiques se sont élevées en 2016 à près de 24 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses d'Assurance maladie, là où les dépenses liées au cancer ne représentaient « que » 17 milliards d'euros et 16 milliards pour les maladies cardio-vasculaires.

Les maladies psychiatriques : 1^{er} poste de dépense de l'Assurance maladie

Dépenses d'Assurance maladie 2016 / Ensemble des régimes (en Mds €).



124

Source : données CNAM 2018, reprises par l'auteur.

De plus, on sait que les personnes souffrant de troubles mentaux ont très souvent des troubles physiques associés et comptent parmi les patients les plus complexes. Leur mauvaise prise en charge exerce une pression forte sur le système de santé. En effet, les personnes ayant des problèmes de santé mentale utilisent beaucoup plus de soins hospitaliers non planifiés pour des besoins de santé physique que l'ensemble de la population. Leur taux de fréquentation des services d'urgences générales est 3,2 fois plus élevé que celui du reste de la population et 4,9 fois plus élevé pour des hospitalisations d'urgence²⁸⁰. Le fait d'avoir une maladie psychiatrique augmente les coûts totaux des soins de santé d'au moins 45 % pour les personnes ayant un problème de santé physique chronique²⁸¹.

280 Dorning et al. (2015). Focus on: People with mental ill health and hospital use. Exploring disparities in hospital use for physical healthcare. *The Health Foundation*.

281 Naylor et al. (2012). Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities. *The King's Fund and Centre for Mental Health*.

En 2012, la Fondation FondaMental a publié une estimation des coûts globaux des maladies psychiatriques en France qui **correspondrait chaque année à 109 milliards d'euros**. Cette estimation tient compte non seulement des coûts médicaux (alors estimés à 13 milliards d'euros par l'Assurance maladie), au coût médico-social (6,3 milliards) mais aussi à la perte de productivité des personnes concernées par la maladie (24,4 milliards) et enfin à la perte en qualité de vie (65 milliards d'euros)²⁸². Cette estimation, qu'il faudrait sans doute refaire aujourd'hui à la lumière des nouvelles données de l'Assurance maladie et des connaissances actuelles, est intéressante en ce qu'elle montre l'impact non visible des maladies psychiatriques. Les effets sur l'emploi (les maladies psychiatriques étant l'une des premières causes d'arrêt maladie), sur la perte de productivité de la personne mais aussi bien souvent de sa famille, sur la perte de qualité de vie (douleur, handicap, baisse perçue de la qualité de vie, mortalité prématurée) sont bien souvent négligés alors qu'ils ont des répercussions bien concrètes, humaines, sociales et financières.

282 Chevreur et al. (2012). The cost of mental disorders in France. *European Neuropsychopharmacology*.

ANNEXE III

Exemples de questionnaires d'aide au repérage des troubles fréquents

Le questionnaire PHQ9 (*patient health questionnaire*) pour les troubles dépressifs²⁸³

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1 Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2 Être triste, déprimé(e), désespéré(e)	0	1	2	3
3 Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4 Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5 Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6 Avoir une mauvaise opinion de soi-même, avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7 Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8 Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9 Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

283 K roenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J G en Intern Med 2001 ;16:606-613

Le questionnaire GAD 7 (*generalized anxiety disorder*) pour les troubles anxieux

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1 Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2 Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3 Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4 Difficultés à vous détendre	0	1	2	3
5 Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6 Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7 Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

Source : HAS 2017, adapté par l'auteur.

REMERCIEMENTS

L'auteure de la note remercie particulièrement les personnes suivantes pour leur aide et leurs retours sur ce travail.

- **Sara Barker**, MPH, associate director for implementation, AIMS Center, University of Washington
- **Maurice Bensoussan**, psychiatre, président de l'Union régionale des professionnels de santé, médecins libéraux d'Occitanie (URPS)
- **Derek de Beurs**, directeur du département d'épidémiologie, Trimbos Institute
- **Marie-Hélène Certain**, médecin généraliste, membre du Collège de médecine générale
- **Lydia Chwastiak**, professor of psychiatry and behavioral sciences, University of Washington
- **Sophie Conrad**, responsable du pôle politiques publiques, Institut Montaigne
- **Johanna Couvreur**, cheffe de projet santé mentale, Institut Montaigne
- **Adeline Dumas**, psychiatre, responsable du Dispositif de Soins Partagé du Service Hospitalo-Universitaire de psychiatrie adulte, centre hospitalier de Versailles
- **Isabelle Durand-Zaleski**, professeur d'économie, université de Paris, CRESS, INSERM, INRA, URCEco, AP-HP, Hôpital de l'Hôtel Dieu
- **Claude Finkelstein**, présidente, FNAPSY
- **Richard G. Frank**, PhD, Margaret T. Morris Professor of Health Economics, Department of Health Care Policy, Harvard Medical School
- **Coralie Gandré**, PhD, docteur en santé publique, chargée de recherche IRDES
- **Marion Leboyer**, PUPH, cheffe du pôle de psychiatrie et d'addictologie du CHU Henri Mondor, directrice de la fondation FondaMental
- **Pierre-Michel Llorca**, PUPH, chef du Service de Psychiatrie B, CHU de Clermont-Ferrand
- **Claire Morgand**, médecin généraliste, adjointe à la cheffe de service, Service Évaluation et Outils pour la Qualité et la Sécurité des Soins (EvOQSS), Haute autorité de Santé

- **Christine Passerieux**, professeur de psychiatrie à l'Université Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines – Paris Saclay, chef du pôle Psychiatrie et Santé Mentale au Centre Hospitalier de Versailles
- **Marie-Jeanne Richard**, présidente, Unafam
- **Nadia Younés**, MCU-PH en psychiatrie, Université Versailles Saint Quentin Université Paris-Saclay ; Centre hospitalier de Versailles ; Inserm, CESP, Team DevPsy, Villejuif

**Les opinions exprimées dans cette étude
n'engagent ni les personnes précédemment citées
ni les institutions qu'elles représentent.**

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Construire la métropole Aix-Marseille-Provence de 2030 (novembre 2020)
- Allemagne-France : pour une politique européenne commune à l'égard de la Chine (novembre 2020)
- Plan de relance: répondre à l'urgence économique (novembre 2020)
- Réformer les retraites en temps de crise (octobre 2020)
- Les quartiers pauvres ont un avenir (octobre 2020)
- Trump ou Biden – comment reconstruire la relation transatlantique ? (octobre 2020)
- Le capitalisme responsable : une chance pour l'Europe (septembre 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : neuf idées efficaces en faveur de l'emploi (septembre 2020)
- Information Manipulations Around Covid-19: France Under Attack (juillet 2020)
- Les entreprises françaises en Afrique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Transatlantic Trends 2020 (juillet 2020)
- Europe's Pushback on China (juin 2020)
- E-santé : augmentons la dose ! (juin 2020)
- Dividende carbone : une carte à jouer pour l'Europe (juin 2020)
- L'action publique face à la crise du Covid-19 (juin 2020)
- Seine-Saint-Denis : les batailles de l'emploi et de l'insertion (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : relançons l'investissement (mai 2020)
- Rebondir face au Covid-19 : l'enjeu du temps de travail (mai 2020)
- Internet : le péril jeune ? (avril 2020)
- Covid-19 : l'Asie orientale face à la pandémie (avril 2020)
- Algorithmes : contrôle des biais S.V.P. (mars 2020)
- Retraites : pour un régime équilibré (mars 2020)
- Espace : le réveil de l'Europe ? (février 2020)
- Données personnelles : comment gagner la bataille ? (décembre 2019)
- Transition énergétique : faisons jouer nos réseaux (décembre 2019)
- Religion au travail : croire au dialogue - Baromètre du Fait Religieux Entreprise 2019 (novembre 2019)

- Taxes de production : préservons les entreprises dans les territoires (octobre 2019)
- Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir (septembre 2019)
- Rénovation énergétique : chantier accessible à tous (juillet 2019)
- Agir pour la parité : performance à la clé (juillet 2019)
- Pour réussir la transition énergétique (juin 2019)
- Europe-Afrique : partenaires particuliers (juin 2019)
- Media polarization « à la française » ? Comparing the French and American ecosystems (mai 2019)
- L'Europe et la 5G : le cas Huawei (partie 2, mai 2019)
- L'Europe et la 5G : passons la cinquième ! (partie 1, mai 2019)
- Système de santé : soyez consultés ! (avril 2019)
- Travailleurs des plateformes : liberté oui, protection aussi (avril 2019)
- Action publique : pourquoi faire compliqué quand on peut faire simple (mars 2019)
- La France en morceaux : baromètre des Territoires 2019 (février 2019)
- Énergie solaire en Afrique : un avenir rayonnant ? (février 2019)
- IA et emploi en santé : quoi de neuf docteur ? (janvier 2019)
- Cybermenace : avis de tempête (novembre 2018)
- Partenariat franco-britannique de défense et de sécurité : améliorer notre coopération (novembre 2018)
- Sauver le droit d'asile (octobre 2018)
- Industrie du futur, prêts, partez ! (septembre 2018)
- La fabrique de l'islamisme (septembre 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout ! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque ? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui ? (septembre 2017)

- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous ! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat ! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain ? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités ? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire ? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Brexain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir ! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)
- Sauver le dialogue social (septembre 2015)
- Politique du logement : faire sauter les verrous (juillet 2015)
- Faire du bien vieillir un projet de société (juin 2015)

- Dépense publique : le temps de l'action (mai 2015)
- Apprentissage : un vaccin contre le chômage des jeunes (mai 2015)
- Big Data et objets connectés. Faire de la France un champion de la révolution numérique (avril 2015)
- Université : pour une nouvelle ambition (avril 2015)
- Rallumer la télévision : 10 propositions pour faire rayonner l'audiovisuel français (février 2015)
- Marché du travail : la grande fracture (février 2015)
- Concilier efficacité économique et démocratie : l'exemple mutualiste (décembre 2014)
- Résidences Seniors : une alternative à développer (décembre 2014)
- Business schools : rester des champions dans la compétition internationale (novembre 2014)
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français (octobre 2014)
- Temps de travail : mettre fin aux blocages (octobre 2014)
- Réforme de la formation professionnelle : entre avancées, occasions manquées et pari financier (septembre 2014)
- Dix ans de politiques de diversité : quel bilan ? (septembre 2014)
- Et la confiance, bordel ? (août 2014)
- Gaz de schiste : comment avancer (juillet 2014)
- Pour une véritable politique publique du renseignement (juillet 2014)
- Rester le leader mondial du tourisme, un enjeu vital pour la France (juin 2014)
- 1 151 milliards d'euros de dépenses publiques : quels résultats ? (février 2014)
- Comment renforcer l'Europe politique (janvier 2014)
- Améliorer l'équité et l'efficacité de l'assurance-chômage (décembre 2013)
- Santé : faire le pari de l'innovation (décembre 2013)
- Afrique-France : mettre en œuvre le co-développement Contribution au XXVI^e sommet Afrique-France (décembre 2013)
- Chômage : inverser la courbe (octobre 2013)
- Mettre la fiscalité au service de la croissance (septembre 2013)
- Vive le long terme ! Les entreprises familiales au service de la croissance et de l'emploi (septembre 2013)

- Habitat : pour une transition énergétique ambitieuse (septembre 2013)
- Commerce extérieur : refuser le déclin
Propositions pour renforcer notre présence dans les échanges internationaux (juillet 2013)
- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre ? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise ? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique 15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française ? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle ? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance : 20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale ? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 :
Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)

- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... » Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon ?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)
- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang ? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir ? (juillet 2008)
- HLM, parc privé. Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe ? (septembre 2007)

- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012
Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus. Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne ? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations...
Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



ABB FRANCE
ABBVIE
ACCENTURE
ACCURACY
ACTIVEO
ADIT
ADVANCY
AIR FRANCE - KLM
AIR LIQUIDE
AIRBUS
ALKEN ASSET MANAGEMENT
ALLEN & OVERY
ALLIANZ
ALVAREZ & MARSAL FRANCE
AMAZON WEB SERVICES
AMBER CAPITAL
AMUNDI
ANTIN INFRASTRUCTURE PARTNERS
ARCHERY STRATEGY CONSULTING
ARCHIMED
ARDIAN
ASTORG
ASTRAZENECA
AUGUST DEBOUZY
AVRIL
AXA
BAKER & MCKENZIE
BANK OF AMERICA
BEARINGPOINT
BESSÉ
BNP PARIBAS
BOLLORÉ
BOUYGUES
BROUSSE VERGEZ
BRUNSWICK
CAISSE DES DÉPÔTS
CANDRIAM
CAPGEMINI
CAPITAL GROUP
CAREIT

INSTITUT MONTAIGNE



CARREFOUR
CASINO
CHAÎNE THERMALE DU SOLEIL
CHUBB
CIS
CISCO SYSTEMS FRANCE
CMA CGM
CNP ASSURANCES
COHEN AMIR-ASLANI
COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
CORRÈZE & ZAMBÈZE
CRÉDIT AGRICOLE
D'ANGELIN & CO.LTD
DASSAULT SYSTÈMES
DE PARDIEU BROCAS MAFFEI
DENTSU AEGIS NETWORK
DRIVE INNOVATION INSIGHT - DII
ECL GROUP
EDENRED
EDF
EDHEC BUSINESS SCHOOL
EDWARDS LIFESCIENCES
ELSAN
ENEDIS
ENGIE
EQUANCY
ESL & NETWORK
ETHIQUE & DÉVELOPPEMENT
EURAZEO
EUROGROUP CONSULTING
FIVES
FONCIA GROUPE
FONCIÈRE INEA
GALILEO GLOBAL EDUCATION
GETLINK
GIDE LOYRETTE NOUËL
GOOGLE
GRAS SAVOYE
GROUPAMA

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
GROUPE M6
GROUPE ORANGE
HAMEUR ET CIE
HENNER
HSBC FRANCE
IBM FRANCE
IFPASS
ING BANK FRANCE
INKARN
INSEEC
INSTITUT MÉRIEUX
INTERNATIONAL SOS
INTERPARFUMS
IONIS EDUCATION GROUP
ISRP
IZIWORK
JEANTET ASSOCIÉS
KANTAR
KATALYSE
KEARNEY
KEDGE BUSINESS SCHOOL
KKR
KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA COMPAGNIE FRUITIÈRE
LAZARD FRÈRES
LINEDATA SERVICES
LINKEDIN
LIR
LIVANOVA
L'ORÉAL
LOXAM
LVMH - MOËT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
M.CHARRAIRE
MACSF
MALAKOFF HUMANIS
MAREMMA
MAZARS
MCKINSEY & COMPANY FRANCE

INSTITUT MONTAIGNE



MÉDIA-PARTICIPATIONS
MEDIOBANCA
MERCER
MERIDIAM
MICHELIN
MICROSOFT FRANCE
MITSUBISHI FRANCE S.A.S
MOELIS & COMPANY
NATIXIS
NEHS
NESTLÉ
NEXITY
ODDO BHF
ONDRA PARTNERS
ONEPOINT
ONET
OPTIGESTION
ORANO
ORTEC GROUP
OWKIN
PAI PARTNERS
PERGAMON
PRICEWATERHOUSECOOPERS
PRODWARE
PRUDENTIA CAPITAL
RADIALL
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD
RATP
RELX GROUP
RENAULT
REXEL
RICOL LASTEYRIE CORPORATE FINANCE
RIVOLIER
ROCHE
ROLAND BERGER
ROTHSCHILD MARTIN MAUREL
SAFRAN
SANOFI

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



SAP FRANCE
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS
SIA PARTNERS
SIACI SAINT HONORÉ
SIEMENS
SIEMENS ENERGY
SIER CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SOLVAY
SPRINKLR
SPVIE
STAN
SUEZ
TALAN
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TEREGA
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOTAL
UBS FRANCE
UIPATH
VEOLIA
VERLINGUE
VINCI
VIVENDI
VOYAGEURS DU MONDE
WAKAM
WAVESTONE
WAZE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON
WORDAPPEAL

INSTITUT MONTAIGNE



COMITÉ DIRECTEUR

PRÉSIDENT

Henri de Castris

MEMBRES

David Azéma Associé, Perella Weinberg Partners

Emmanuelle Barbara Senior Partner, August Debouzy

Marguerite Bérard Directeur du pôle banque de détail en France, BNP Paribas

Jean-Pierre Clamadiou Président du Conseil d'Administration, Engie

Olivier Duhamel Président, FNSP (Sciences Po)

Marwan Lahoud Associé, Tikehau Capital

Fleur Pellerin Fondatrice et CEO, Korelya Capital

Natalie Rastoin Directrice générale, Ogilvy France

René Ricol Associé fondateur, Ricol Lasteyrie Corporate Finance

Jean-Dominique Senard Président, Renault

Arnaud Vaissé Co-fondateur et Président-directeur général, International SOS

Natacha Valla Économiste, Doyenne de l'École de Management et d'Innovation à Sciences Po

Florence Verzelen Directrice générale adjointe, Dassault Systèmes

Philippe Wahl Président-directeur général, Groupe La Poste

PRÉSIDENT D'HONNEUR

Claude Bébéar Fondateur et Président d'honneur, AXA

Imprimé en France
Dépôt légal : décembre 2020
ISSN : 1771-6764

INSTITUT MONTAIGNE



IL N'EST DÉSIR PLUS NATUREL QUE LE DÉSIR DE CONNAISSANCE

Santé mentale : faire face à la crise

Les impacts psychiatriques de la pandémie du Covid-19 vont sans aucun doute constituer l'un des grands défis sanitaires et sociaux des prochaines années. Alors qu'un Français sur cinq est touché chaque année par un trouble psychiatrique, l'accès aux soins est extrêmement difficile. À peine la moitié des personnes souffrant de troubles psychiques est aujourd'hui prise en charge, avec une qualité de soins très inégale. Plusieurs raisons à cela : des ressources mal réparties sur le territoire, des délais d'attente très longs, des barrières financières, mais aussi des cloisonnements forts entre médecine somatique, psychiatrie et médico-social, ainsi qu'une forte stigmatisation.

Pour répondre à ces défis, cette étude propose de reconnaître le rôle essentiel des médecins généralistes et des pédiatres dans la prise en charge des troubles fréquents et leur donner des moyens à la hauteur des enjeux, en favorisant notamment les collaborations entre professionnels et le partage d'information grâce au digital. En initiant une prise en charge innovante et collaborative des troubles les plus fréquents, elle ouvre la voie à une approche centrée sur les patients, à moins de stigmatisation et à un meilleur accès aux soins.

Cette étude s'appuie sur les travaux scientifiques menés depuis plus de vingt ans sur ce sujet et sur de nombreux échanges de terrain avec des médecins de premiers recours, des patients, des psychiatres et des psychologues en France comme aux États-Unis.

Rejoignez-nous sur :



Suivez chaque semaine notre actualité
en vous abonnant à notre newsletter sur :
www.institutmontaigne.org

Institut Montaigne
59, rue La Boétie - 75008 Paris
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60
www.institutmontaigne.org

10 €
ISSN 1771-6764
DÉCEMBRE 2020