

La lettre du Collège

SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE : QUELS ENJEUX ET QUELLES TRANSFORMATIONS EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX SOINS, DE FINANCEMENT ET DE TERRITORIALISATION ?

Actes de la 22^e Conférence thématique du 9 novembre 2021

SOMMAIRE

TABLE RONDE 1

Accès aux soins de santé mentale :
barrières et dispositifs innovants

- Coralie Gandré..... 3
- Anne-Gisèle Privat..... 4
- Gabrielle-Anne Peyre-Lanquar..... 6
- Franck Bellivier 9
- Questions/réponses
Modératrice : Coralie Gandré11

TABLE RONDE 2

Gouvernance territoriale et financements
des prises en charge hospitalières :
des évolutions qui restent propres
à la santé mentale ?

- Arnaud Joan-Grange.....13
- Fanny Pastant.....14
- Denis Mathieu17
- Marie-Jeanne Richard19
- Magali Coldefy.....21
- Questions/réponses
Modérateur : Julien Mousquès24

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

Le délai de carence et la Covid-19

Depuis le 1^{er} février 2023, les salariés positifs à la Covid-19 et qui ne peuvent pas télétravailler ne pourront plus bénéficier d'arrêts maladie indemnisés sans vérification des conditions d'ouverture de droits, sans délai de carence et sans qu'elles soient comptabilisées dans les durées maximales de versement depuis le 1^{er} février 2023.

Deux motivations principales sont à l'origine de cette décision. La première est évidemment budgétaire. La seconde est la volonté de normalisation de l'infection à la Covid-19. Pourquoi la Covid-19 devrait-elle rester une maladie particulière à long-terme ? Et si l'on considère qu'il s'agit aujourd'hui d'une maladie comme les autres, les personnes qui la portent ou qui en souffrent doivent avoir les mêmes conditions d'indemnisation que les autres malades. Cette décision participe ainsi à

l'égalité de traitement de l'ensemble des patients. Mais quels sont les effets à attendre de cette décision ?

S'il est un sujet sur lequel les économistes de santé et du travail ont travaillé, ce sont les conséquences attendues de l'introduction et de la suppression du délai de carence en cas d'arrêt maladie. Les résultats sont parfois divergents. Ces derniers démontrent de manière unanime que l'introduction du délai de carence conduit à une réduction des arrêts de travail courts, les salariés ne voulant pas perdre une journée de salaire. Les résultats sont moins clairs sur la durée des arrêts de travail prescrits. Certains travaux suggèrent une augmentation de la durée des arrêts avec la générosité de l'indemnisation. D'autres montrent...

(Suite page suivante)

ÉDITORIAL

La pandémie de Covid-19, qui a significativement impacté la santé mentale des Français, a constitué un révélateur cruel pour le système de santé français des enjeux et défis auquel il est confronté en matière d'accès aux soins et de prise en charge des troubles de santé mentale. Les difficultés d'accès aux soins sont en effet persistantes et d'origines multiples, dont l'insuffisante gradation des soins, complexifiant le premier recours en santé mentale, et des barrières financières à l'accès aux soins problématiques.

Si la pandémie a agi comme un révélateur de ces difficultés auprès du grand public, elle a aussi conduit l'État et l'Assurance

maladie, et les acteurs de ce secteur, à repenser les modes d'organisation et de financement pour faciliter le premier recours en santé mentale. À la suite d'Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui se sont déroulées en septembre 2021, ont été décliné un ensemble d'actions ayant pour objectifs de renforcer l'offre de soins en santé mentale et son accessibilité, et notamment deux mesures emblématiques de cette nouvelle impulsion : l'accès et le remboursement de soins auprès des psychologues, l'organisation et le financement des établissements de psychiatrie et de santé mentale.

(Suite page suivante)

Collège des économistes de la santé

CESP – Équipe 1 – Hôpital Paul Brousse
Bâtiment 15/16

16, avenue Paul Vaillant Couturier
94807 Villejuif cedex

E-mail: ces@ces-asso.org

Site internet: www.ces-asso.org

Directrice de rédaction:

Florence Jusot,
assistée de Julia Bonastre
et Julien Mousquès

Secrétariat de rédaction:

Géraldine Ragaru

IRDES Conception maquette:

Franck-Séverin Clérembault (Irdes),
Anne Evans (Irdes)

Mise en pages:

Franck-Séverin Clérembault (Irdes)
Damien Le Torrec (Irdes)

ISSN: 2266-7857

Tous droits réservés. Les reproductions des textes, graphiques ou tableaux sont soumises à autorisation écrite et préalable du Collège des économistes de la santé.

Le mot de la présidente (suite)

au contraire un effet positif du délai de carence sur la durée des arrêts et ainsi un faible impact au total de l'introduction du délai de carence sur le nombre total de journées d'arrêts de travail et de journées indemnisées.

Dans le cas du Covid-19, on peut s'attendre à une réduction des arrêts de travail courts des patients atteints de l'infection à la Covid-19, et en particulier des patients asymptomatiques. Cela va donc réduire l'absentéisme. Mais cela risque aussi d'augmenter le présentéisme des personnes qui, au regard de leur état de santé, devraient être arrêtées, car elles ne sont pas en état de travailler. Elles risquent alors de récupérer moins vite de la maladie et donc d'avoir ensuite des arrêts plus longs. Il est important de suivre ces situations, en particulier parmi les personnes en impossibilité de télétravailler, et donc parmi les personnes n'ayant pas un travail de bureau.

Cette décision va nécessairement augmenter le risque de contamination sur

le lieu de travail, notamment pour ceux qui ne peuvent pas télétravailler. Cela va également réduire les incitations à se tester. C'est là aussi une source d'économie budgétaire importante. Mais l'absence d'information sur son statut viral participe également à la propagation du virus par une moindre adoption de comportements préventifs. Compte tenu de l'évolution actuelle de la situation sanitaire, et notamment de la moindre sévérité de la forme actuelle de la maladie, le risque épidémique est contrôlé. Mais on ne peut pas exclure qu'en cas d'un variant plus contagieux, cela soit un facteur de diffusion de l'épidémie. Surtout l'absence de tests nous amène à ne plus être en mesure d'estimer la prévalence et l'incidence de la maladie. L'absence d'information est sans doute l'un des risques les plus importants pour le pilotage des épidémies. Cela nous rappelle encore l'importance des données de santé. ■

Florence Jusot

Présidente du Collège
des économistes de la santé

ÉDITORIAL, suite...

Le Collège des Économistes de la Santé a consacré une matinée thématique à ces questions fondamentales autour de deux tables rondes.

Une première table ronde s'est donc intéressée aux barrières à l'accès aux soins de santé mentale en France, au soutien de l'innovation et aux dispositifs mis en œuvre pour lever les barrières d'accès, notamment en facilitant l'accès aux psychologues libéraux. Cette table ronde a permis de contextualiser et de présenter la mesure emblématique consistant en l'inscription de psychologues de ville dans le parcours de soins des patients en souffrance psychique d'intensité légère à modérée, et la prise en charge pour ces patients des séances, dans le cadre du dispositif « Mon soutien psy » opérationnel depuis avril 2022, ainsi qu'un pilote conduit par l'Assurance maladie dans 4 départements et l'ayant précédé.

Une seconde table ronde s'est intéressée à la gouvernance territoriale et aux financements des prises en charge hospitalières. Il s'agissait, d'une part, de revenir sur la façon dont la gouvernance territoriale de la santé mentale a été repensée à la suite de Loi de modernisation du système de santé de 2016, avec l'objectif de

favoriser la coopération entre les acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, et d'éviter les ruptures dans les parcours. La mise en œuvre de cette ambition étant à charge des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), en lien avec les conseils locaux de santé mentale (CLSM). Il s'agissait, d'autre part, de présenter la modification du mode de financement de la psychiatrie, désormais effective depuis janvier 2022. Cette réforme vise à rééquilibrer les enveloppes régionales dédiées à son financement, à mettre fin à la coexistence de deux modes de financement différents entre les secteurs public (dotation annuelle de financement) et privé (prix de journée), et enfin à assurer des ressources à la progression plus dynamiques. Le nouveau mode de financement consacre un financement assis à 80 % sur une base populationnelle, 15 % à l'activité et 5 % en lien avec des activités spécifiques.

Nous remercions chaleureusement les contributeurs de ces deux tables rondes, dont les interventions et les questions qu'elles ont suscitées sont restituées dans ce numéro de la Lettre du Collège. ■

Julien Mousquès,

Directeur de recherche à l'Institut de recherche et documentation
en économie de la santé (Irdes)

**Cette Conférence thématique du Collège a été organisée en visio-conférence
le mardi 9 novembre en partenariat avec La Mutualité Française.**



PROPOS LIMINAIRES

Coralie Gandré

Chargée de recherche,

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/11/Intro_Coralie_CES.pdf

Je suis chercheuse à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé, où j'essaie de faire vivre la thématique santé mentale. Je remercie Julien et le Collège des Économistes de la Santé de m'avoir associée à l'organisation de cette matinée. Je suis ravie qu'on y parle de santé mentale.

La première table ronde va porter sur l'accès aux soins de santé mentale, et plus spécifiquement sur les barrières à cet accès et les dispositifs innovants qui sont actuellement mis en œuvre pour essayer de les lever. Je vais faire un propos introductif pour bien reposer le contexte de cette table ronde. Un certain nombre de points ont déjà été évoqués par Madame Salgado.

Pourquoi doit-on s'intéresser à la santé mentale quand on est économiste de la santé ? Parce que c'est une thématique qui pèse très fortement sur le système de santé. On estime que chaque année, en France, plus de 8 millions de personnes recourent à des soins de santé mentale, ce qui représente un coût de 23 milliards d'euros pour l'Assurance maladie. C'est à peu près 14 % des dépenses de santé. Dans la table ronde, une autre présentation reviendra plus en détail sur ces chiffres. Selon une étude récente, les coûts directs, ceux qui ne sont pas uniquement sanitaires, mais aussi ceux du système médico-social et social, ainsi que les coûts indirects liés à la perte de productivité et de qualité de vie, ont été estimés autour de 160 milliards d'euros. Ce n'est pas un chiffre à prendre au pied de la lettre parce qu'il y a tout un tas de précautions méthodologiques à avoir en tête. Malgré tout, cela illustre quand même l'impact considérable, alors qu'il ne s'agit que de la partie émergée de l'iceberg. En effet, en santé mentale, la prévalence traitée n'est pas du tout égale à la prévalence réelle des troubles, en raison des nombreuses problématiques de renoncement aux soins. Il y a beaucoup de barrières dont on va discuter aujourd'hui. Ce fait est d'autant plus dommageable qu'il y a toute une littérature qui montre que des prises en charge précoces en santé mentale sont en mesure de limiter les conséquences à long terme des troubles psychiques.

Ensuite, pour rentrer plus directement dans le vif du sujet de cette table ronde, j'aimerais commencer en évoquant quelques difficultés auxquelles fait face le système de santé mentale français. Ce n'est pas une liste exhaustive,

mais assez illustrative. Tout d'abord, il faut savoir que le système public a été historiquement organisé par l'hôpital dans le cadre de la sectorisation psychiatrique, que l'on évoquera un peu dans la deuxième table ronde. En fait, ce système rencontre beaucoup de difficultés à faire face à la demande de soins. Il est saturé, comme en témoignent les temps d'attente pour avoir un rendez-vous dans un centre médico-psychologique qui peuvent aller jusqu'à plusieurs mois. Par ailleurs, même si des prises en charge ambulatoires sont proposées dans le cadre du système public, elles restent organisées par des équipes rattachées à l'hôpital, ce qui peut être assez stigmatisant pour les patients et contribuer à retarder la demande de soins. Et puis, on a encore de trop nombreuses entrées par les urgences ou les soins sans consentement.

En fait, cela montre que cette saturation du système public n'est pas compensée par un accès facile aux soins de santé mentale en ville. Le premier recours repose essentiellement sur les médecins généralistes qui sont insuffisamment formés à la détection et à la prise en charge des troubles psychiques. Cela se traduit parfois par des prescriptions médicamenteuses inadaptées, notamment pour les antidépresseurs. Et malheureusement, les médecins généralistes ne peuvent pas se reposer sur un adressage vers des psychologues, puisqu'ils ne faisaient pas partie du panier de soin remboursé par l'Assurance maladie. C'est en train de changer, on va en reparler dans le cadre de la table ronde. De plus, le recours à des soins spécialisés en ville repose essentiellement sur les psychiatres. Ils sont en nombre tout à fait raisonnable, en comparaison notamment avec nos voisins européens ; en revanche, ils sont très inégalement répartis sur le territoire français. Ils sont souvent dans de grands centres urbains, ce qui rend leur accès difficile dans certains territoires. Dans certains cas, il y a aussi des problèmes de dépassement d'honoraires.

Sur ce système qui rencontre déjà quelques problèmes, on observe de surcroît un manque de collaboration entre les différents secteurs avec un fonctionnement en silo. Là encore, des évolutions sont en cours, on en parlera dans la deuxième table ronde. Par-dessus tout cela, la Covid-19 est venue augmenter la demande de soins. Mais en fait, elle est juste venue révéler et aggraver des difficultés qui étaient déjà existantes dans le système de santé mentale français.

Globalement, on observe une absence d'approche graduée des soins selon la sévérité des troubles. Or, les troubles psychiques présentent un très large spectre avec des troubles fréquents d'intensité plutôt modérée, comme les troubles anxieux ou les troubles dépressifs, et d'autres plus sévères et persistants, comme les troubles psychotiques. Ils n'appellent pas la même réponse par le système de santé. Or, à l'heure actuelle, on a un peu de mal à distinguer cette réponse différenciée.

Dans ce contexte, la première table ronde entend essayer de répondre à trois grandes questions principales. Tout d'abord, quelles sont les évolutions récentes pour la politique d'accès aux soins de santé mentale en France ? Je pense que ça ne vous a pas échappé que des assises de la santé mentale et de la psychiatrie se sont tenues à la fin du mois de septembre, et ont été suivies d'annonces par le Président de la République. Dans ce cadre-là, on fera un focus notamment sur les dispositifs

visant à faciliter l'accès aux psychothérapies. Ensuite, on essaiera d'élargir le champ plus globalement aux constats à dresser en matière d'accès aux soins de santé mentale en France, avec l'étude récente de la Mutualité Française sur le sujet. On élargira encore le champ aux questionnements actuels à l'échelle internationale, pour essayer de comprendre comment se situe la France comparativement aux autres pays.

Pour essayer de répondre à ces questions, nous avons l'honneur de recevoir quatre intervenants. Tout d'abord, Monsieur Franck Bellivier qui est Délégué ministériel à la Santé Mentale rattaché au ministère des Solidarités et de la Santé, Madame Gabrielle Peyre-Lanquar qui travaille au département Maladies Chroniques de la Caisse Nationale d'Assurance maladie, Madame Anne-Gisèle Privat de la Fédération Nationale de la Mutualité Française, et enfin Émilie Hewlett de l'OCDE. ■

SANTÉ MENTALE DES FRANÇAIS : QUELLES SOLUTIONS POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ?

Anne-Gisèle Privat

Experte référente Direction santé,
Fédération nationale de la Mutualité Française

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/11/2021-11-09-Sante-mentale_Matinee-CES_Ag-Privat.pdf

Je suis ravie de vous présenter l'Observatoire et les propositions de la Mutualité Française. Comme évoqué par Séverine Salgado en introduction, nous avons choisi de travailler sur ce sujet bien avant la crise sanitaire et ses effets sur la santé mentale des Français. Différents travaux récents, notamment l'Atlas sur la santé mentale de l'Irdes et les rapports de l'Institut Montaigne, ont montré la nécessité de travailler sur ce sujet. Un autre élément important qui concerne plus particulièrement les mutuelles nous y a incité : les mutuelles sont investies dans le domaine de la prise en charge des troubles psychiques depuis de nombreuses années, à travers notamment leurs établissements et services, mais aussi les dispositifs innovants en matière de prise en charge de la santé mentale qu'elles ont mis en place (prise en charge des psychologues notamment).

Je vais vous présenter l'Observatoire paru en juin, ses principaux constats, ainsi que les propositions émises en parallèle. L'investissement de la Mutualité française dans le domaine de la santé mentale est ancien. Elle intervient au niveau régional, à travers la mise en place de dispositifs en matière de prévention, mais également à travers ses établissements et ses centres spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiques.

L'Observatoire et les propositions sont regroupés en trois grands volets qui correspondent aux trois grands domaines d'intervention des mutuelles.

Tout d'abord, les constats effectués dans l'Observatoire nous ont permis d'établir **l'insuffisante culture en santé mentale**.

À partir des données de comparaison internationale, nous avons pu mettre en avant le fait que la France est le pays ayant l'un des taux de suicide les plus élevés d'Europe, avec 13,2 suicides pour 100 000 habitants, alors que la moyenne est de 10,5 en Europe. Ce taux correspond à 8 500 suicides par an, soit 23 décès par jour. Selon les tranches d'âges, chez les 15-24 ans le suicide est la seconde cause de mortalité après les accidents de la route. La France figure également parmi les pays pour lesquels le taux de suicide des personnes âgées de 75 ans et plus est le plus élevé.

Dans l'Observatoire, sont également présentés des éléments sur la consommation de substances addictives. Par exemple, la France se caractérise par une consommation d'alcool supérieure à la moyenne des autres États européens. Il en va de même pour la consommation de

drogues, notamment de cannabis, plus particulièrement chez les jeunes et les adultes.

Ensuite, un doublement des troubles mentaux s'est produit avec la crise sanitaire en France. Hors épidémie, 10 à 15 % de personnes souffraient d'états dépressifs et d'anxiété. Ce taux a dépassé 20 % au plus fort de la crise sanitaire. Une progression des troubles du sommeil a également eu lieu. Un renforcement des troubles s'est opéré pour les plus jeunes et les plus âgés. Près de 40 % des 18-24 ans se déclaraient être concernés par les troubles anxieux, et 32 % des 60 ans et plus.

Dans le cadre de l'Observatoire, nous réalisons également une enquête, en collaboration avec Harris Interactive, qui alimente une partie « des perceptions ». Cette enquête nous a permis d'établir des données complémentaires en interrogeant à la fois les Français et les professionnels de la prise en charge en santé mentale (médecins généralistes, psychiatres/psychologues). Ainsi, il est apparu que 64 % des Français déclaraient avoir déjà ressenti un trouble ou une souffrance psychique. Pour les moins de 35 ans, cette proportion atteignait même 75 %. Ensuite, les Français interrogés sur le fait de savoir si, dans leur entourage, ils avaient une personne concernée par les troubles psychiques ont répondu pour un tiers d'entre eux être concernés. Ce taux atteignait même 57 % chez les moins de 35 ans.

Compte tenu de ces différents constats, nous avons émis un ensemble de propositions pour faire en sorte de développer la culture en santé mentale, à savoir :

- Développer la communication et les actions de sensibilisation, afin d'améliorer le dépistage précoce et de permettre également de déstigmatiser les troubles mentaux ;
- Mettre en place un dépistage organisé auprès des enfants et adolescents, en mobilisant la PMI, la médecine scolaire et universitaire, mais également la médecine du travail pour les autres catégories de la population ;
- Renforcer les compétences psychosociales, en développant des programmes de prévention. Nous l'avons évoqué pour plusieurs types de population, notamment les bailleurs sociaux et les travailleurs sociaux.

Ensuite, nous avons mis en avant une action emblématique de la Mutualité Française pour chacun des thèmes. Concernant la prévention, nous avons présenté le dispositif de prévention du suicide mis en œuvre par la Mutualité Française Bretagne, puisque la Bretagne est la région dans laquelle le nombre de suicides est le plus important, avec près de 700 suicides par an. Ainsi, depuis plus d'une vingtaine d'années, la Mutualité Française Bretagne travaille avec l'ARS sur différents types d'actions de sensibilisation et d'information, et réalise également des journées thématiques à destination de différents publics - professionnels, élus, bénévoles. En 2019, cette collaboration a permis de sensibiliser un peu plus de 3 000 personnes.

Le second et le troisième volet de l'Observatoire concernent **les difficultés d'accès aux soins**, à la fois à travers l'accès à l'offre de soins et à leur prise en charge financière.

Tout d'abord, l'Observatoire présente des données sur les délais d'attente en Centres médico-psychologiques, qui peuvent être très longs, ainsi qu'un ensemble de données sur l'accès aux psychiatres, et notamment aux pédopsychiatres. Cette spécialité se caractérise par un âge moyen élevé et des disparités importantes de répartition sur le territoire. Ainsi, 17 départements ne disposent d'aucun pédopsychiatre, ce qui pose de vraies difficultés en matière d'accès à ces spécialistes. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la répartition des établissements en soins psychiatriques, et avons mis en évidence de fortes disparités selon les départements.

Concernant les barrières financières d'accès aux soins, il apparaît qu'une majorité de psychiatres ne pratique pas de dépassement d'honoraires (62 %), mais que ceux qui en pratiquent sont majoritairement concentrés en Île-de-France (Paris, Essonne, Yvelines et Hauts-de-Seine). De plus, certains départements cumulent les difficultés : une faible densité de psychiatres et une forte pratique de dépassement d'honoraires (Cantal, Meuse).

En matière d'accès aux soins de psychologues, le tarif est mentionné comme un obstacle à la consultation pour la moitié des Français. Ainsi, 40 à 60 % des personnes qui souffrent de troubles psychiques ne seraient pas prises en charge. Le fait de ne pas pouvoir accéder à ces psychothérapies ne permet pas d'optimiser le recours aux professionnels de santé, et les psychiatres ne peuvent pas se recentrer sur les troubles les plus sévères. De plus, le recours aux psychothérapies permet de réduire les coûts directs et indirects liés à la prise en charge des troubles psychiques.

Enfin, pour ce qui concerne plus particulièrement les dépenses de soins et le reste à charge, les bases de données mutualistes nous ont permis d'estimer le reste à charge des patients en psychiatrie et en psychologie, en le comparant à ceux des patients qui n'ont pas cette catégorie de soins. Ce reste à charge est trois fois plus élevé pour les patients qui ont des soins psychiatriques, et l'intervention des mutuelles le fait diminuer très fortement en le faisant passer de 1 300 euros à un peu moins de 200 euros.

Pour ces deux volets relevant de l'« Amélioration de l'accès aux soins », nous avons notamment fait des propositions de deux ordres, pour faciliter l'accès aux soins d'une part, et améliorer la prise en charge financière des soins d'autre part.

Faciliter l'accès aux soins

- Développer une prise en charge graduée, avec notamment l'émergence de nouveaux métiers – des infirmiers en pratique avancée et d'autres types de profes-

- sions – et développer des protocoles de coopération entre professionnels.
- Développer des résidences accueil. Ces dernières concernent plus particulièrement la sortie de l'hospitalisation, dans la mesure où il s'agit de modes d'hébergements permettant d'accueillir des personnes ayant un besoin d'accompagnement sanitaire et social. La Mutualité a développé et mis en place la première résidence accueil de France.
 - Accompagner et prendre en charge les personnes en grande précarité sociale, avec notamment le développement des équipes mobiles en psychiatrie, de l'approche psycho éducative à l'attention des travailleurs sociaux et des bailleurs sociaux, ou encore d'une évaluation psychiatrique pour les demandeurs d'asile et les prisonniers (des populations très spécifiques).

Améliorer l'accès financier aux soins

- Étudier, avec les pouvoirs publics, l'Assurance maladie obligatoire et les professionnels, les conditions et modalités d'une prise en charge pérenne des consultations de psychologues, dans le prolongement de la prise en charge des consultations de psychologues mise en œuvre par les organismes complémentaires en mars 2021. Cette proposition devrait trouver une première concrétisation à la suite des annonces faites lors des Assises de la santé mentale.
- Plafonner le tarif des chambres particulières, et reprendre la discussion sur la forfaitisation du reste à

charge à l'hôpital. Cette proposition a été émise en lien avec les constats sur les restes à charge, trois fois supérieur pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Les principales dépenses à l'origine de ces restes à charge sont les séjours à l'hôpital en lien avec le forfait journalier hospitalier et les chambres particulières.

Sur ce volet de l'accès aux soins, l'Institut mutualiste de La Verrière, établissement de soins psychiatriques géré par la MGEN, a pour spécificité de permettre à la fois une prise en charge des adultes, ainsi que des adolescents et de jeunes adultes, tout en disposant d'une filière complète pour les personnes âgées. Il a également la particularité de se situer au cœur de la ville, pour ouvrir la psychiatrie sur l'extérieur. Par ailleurs, les mutuelles prennent en charge la souffrance psychique à travers la mise en place de plateformes d'écoute et la prise en charge des psychologues. Nous avons en particulier mis l'accent sur les dispositifs développés par la mutuelle des étudiants. Dès 2020, des mesures de prise en charge et d'accompagnement de leur souffrance psychologique ont été instaurés, à travers la prise en charge de séances de psychologues et de téléconsultations.

L'Observatoire et les propositions sur la santé mentale de la Mutualité Française sont disponibles en ligne (<https://www.mutualite.fr/>). Des focus régionaux sont également accessibles afin de disposer de données spécifiques par région. ■

RETOUR SUR L'EXPÉRIMENTATION PORTÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Gabrielle-Anne Peyre-Lanquar

*Département des Prestations et des Maladies Chroniques,
Caisse nationale d'Assurance maladie*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :

https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/11/2021-11-09_Dispositif-experimenteCnam

L'Assurance maladie a porté depuis plusieurs années une expérimentation de prise en charge de l'accompagnement psychologique, qui fait l'objet de ma présentation ce matin. Avec l'annonce, lors des Assises de la Santé Mentale, de la généralisation du dispositif de remboursement du recours aux psychologues qui aura lieu en 2022, prendre en charge l'accompagnement psychologique semble aujourd'hui une évidence. Pourtant, c'est un sujet qui a suscité de longs débats, et qui s'est construit sur un temps de concertation long. Je reviens donc sur cette expérimentation et sur certains enseignements.

Lorsqu'en 2015, l'Assurance maladie met en place la cartographie par pathologies, on se rend compte qu'en dehors des hospitalisations ponctuelles, la santé men-

tales est le premier poste de dépenses. Sur les données de 2012, cela représentait près de 22 milliards d'euros de dépenses annuelles, soit 14 % des dépenses totales de l'Assurance maladie. À l'époque, 7,3 millions de personnes avaient des soins en lien avec la santé mentale. C'était une grosse surprise parce que, en termes de dépenses, la santé mentale était devant des pathologies comme le diabète, les cancers, ou les maladies cardiovasculaires. Et l'Assurance maladie, en dehors de son rôle de financeur des soins et de remboursement des soins, ne proposait pas d'accompagnement particulier sur la prise en charge en ville, sur le premier recours.

Aujourd'hui, cela semble évident, mais il y a quelques années, ce sujet suscitait encore beaucoup de réticences. C'est pourquoi il s'avérait nécessaire, dans un premier

temps, de mettre en place une expérimentation, dans plusieurs départements, en vie réelle. Un des objectifs était d'apporter un appui aux médecins généralistes qui, dans presque 80 % des cas, sont seuls à prendre en charge les patients qui ont des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée.

Un autre point important à rappeler est que ce projet a été le fruit d'une longue concertation avec l'ensemble des sociétés savantes, les acteurs impliqués, que ce soit avec le collège de la médecine générale, les représentants et les syndicats des psychiatres, des psychologues. Les associations de patients ont aussi été rencontrées. Ce dispositif a été coconstruit, travaillé durant presque deux ans, de 2016 à 2018, avant de voir le jour, et il a été lancé dans quatre départements à partir de début 2018. Le choix s'est porté sur un mix de départements ruraux et urbains. Initialement, l'expérimentation concernait les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne et le Morbihan, puis les Landes ont rejoint le dispositif expérimenté en 2019.

Un autre des objectifs de cette expérimentation était de pouvoir évaluer le dispositif. Aussi, un des partis pris de cette expérimentation a été de n'inclure que des patients adultes, de 18 à 60 ans, afin d'avoir des patients en activité.

Il y a encore quelques années en arrière, nous, l'Assurance maladie, ne connaissions pas les psychologues. Et la question a été de savoir comment, en appui aux médecins généralistes, on pouvait proposer le recours aux psychologues pour prendre en charge les patients avec des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. Et ce, dans le cadre d'un parcours de soins coordonné avec le médecin traitant.

Un autre objectif important était de pouvoir faire en sorte que l'ensemble des patients puissent être pris en charge, y compris ceux qui sont plus éloignés du système de soins, plus en précarité. Cet aspect apparaissait dans différentes études et dans les programmes mis en place à l'étranger. Il nous semblait important de toucher cette population plus fragile, qui n'avait pas forcément recours aux psychologues et à la psychothérapie.

Le parcours proposé a alors été construit comme un parcours de soins gradué, avec une porte d'entrée « obligatoire » par le médecin généraliste traitant. Quand celui-ci évalue son patient, s'il repère des troubles sévères, des risques suicidaires, il l'oriente vers une prise en charge dans les structures existantes, vers la psychiatrie classique.

Quand les patients répondaient aux critères d'inclusion – certes assez stricts dans l'expérimentation dans un objectif d'évaluation – le médecin peut proposer un parcours gradué qui se compose :

- D'abord d'un premier entretien d'évaluation réalisé par un psychologue. Ce psychologue doit être conventionné avec l'Assurance maladie. Il est choisi par le patient avec l'aide du médecin.

- À la suite de cet entretien d'évaluation et en fonction de l'état de sa santé, le patient peut bénéficier de 1 à 10 séances d'accompagnement psychologique de soutien.
- À la fin des séances d'accompagnement psychologique de soutien, et en l'absence d'amélioration, si le psychologue en lien avec le médecin généraliste traitant recommande de poursuivre la prise en charge, un avis d'un psychiatre est alors obligatoire. Et à l'issue de cette concertation, et après l'avis du psychiatre, le patient a la possibilité de réaliser 1 à 10 séances de psychothérapie structurée.

Les mutuelles et les assurances complémentaires ne participant pas à ce dispositif, et afin que la psychothérapie soit accessible à tous les patients, les séances sont prises en charge sans application du ticket modérateur et donc à « 100 % » dans le cadre de ce dispositif expérimental. Quand les psychologues signent les conventions-cadres avec l'Assurance maladie, ils s'engagent à ne pas faire de dépassements d'honoraires.

Au départ, cette expérimentation devait être menée durant trois ans. Mais du fait de la crise Covid, et parce que nous avons voulu une évaluation robuste, elle a été prolongée de deux ans. À ce jour, au bout de quatre ans, un peu plus de 33 800 patients ont bénéficié de ce dispositif.

Dans les quatre départements où cette prise en charge a été expérimentée en vie réelle, plus de 85 % des médecins généralistes traitants installés ont prescrit au moins une séance à leurs patients. Un autre élément est à souligner : aujourd'hui, presque 45 % des psychologues cliniciens et/ou des psychothérapeutes agréés par les ARS installés dans ces quatre départements se sont conventionnés avec les Cpm.

En analysant les caractéristiques des patients inclus dans notre dispositif (ce sont des données sur trois ans, 2018, 2019 et 2020), 75 % sont des femmes, et c'est une population assez jeune. De plus, près de 11 % des patients inclus sont bénéficiaires de la CMU/CMUC.

Comme nous l'avons vu, le parcours des patients est un parcours gradué. La grande majorité des patients poursuivent les séances après le premier entretien d'évaluation (appelé EEP) avec le psychologue. Un peu moins de 60 % vont jusqu'à l'étape de l'accompagnement psychologique de soutien et réalisent 8 séances en moyenne. Et 50 % des patients dans cette étape-là (dans l'étape de l'accompagnement psychologique de soutien) vont jusqu'au bout des 10 séances.

30 % des patients vont jusqu'à l'étape de la psychothérapie structurée. Et comme pour l'accompagnement psychologique de soutien, à peu près la moitié de ces patients vont jusqu'au bout du parcours et des 21 séances qui sont proposées.

Table ronde 1

Gabrielle-Anne Peyre-Lanquar

Pour 50 % des patients, les délais d'accès au recours aux psychologues sont assez courts, il y a moins de 10 jours de délais entre la consultation du médecin généraliste et la première séance chez le psychologue.

Globalement, quel que soit le parcours, la prise en charge est d'environ cinq mois. Et pour les 30 % de patients qui vont jusqu'au bout du parcours, c'est-à-dire jusqu'aux séances de psychothérapie structurée, la durée moyenne est de 7 mois.

On a vu également qu'il y avait une forte participation des professionnels, que ce soient des médecins généralistes ou des psychologues. En moyenne, sur ces trois ans, un médecin a inclus huit patients. Et les psychologues accompagnent en moyenne 33 patients. 40 % des médecins généralistes ont inclus au moins un patient durant les trois années consécutives. C'est un peu plus de 50 % pour les psychologues. Comme cela est illustré dans ce graphique, c'était important pour nous de voir que l'ensemble des professionnels continuaient sur la durée.

Un des objectifs de notre dispositif était de pouvoir l'évaluer en vie réelle. Dans cette évaluation médico-économique, l'Assurance maladie a été accompagnée par un bureau d'études Cemka, ainsi que par un comité d'experts indépendants, copiloté par le docteur Stéphane Bahrami. Cette évaluation est multidimensionnelle.

Lors de cette présentation, je vais vous présenter quelques données de l'enquête en ligne, menée auprès de l'ensemble des médecins généralistes et des psychologues qui y participaient. Une précision toutefois : l'idée n'était pas d'évaluer l'efficacité de la psychothérapie, on la savait déjà efficace. On souhaitait voir et étudier toute la faisabilité et l'acceptabilité de ce parcours de soins, et comment l'inclusion du patient par le médecin généraliste fonctionnait. Quels étaient également les liens, la coordination entre les médecins généralistes et les psychologues, et quel était l'impact de ce dispositif expérimenté dans l'organisation des soins. L'évaluation est toujours en cours, elle devrait être finalisée fin 2022 / début 2023. Actuellement, une étude longitudinale est en cours, avec deux cohortes de patients. Dans la cohorte avec les patients bénéficiaires du dispositif expérimental, sont interrogés aussi bien les médecins généralistes que les patients, mais aussi les psychologues et psychothérapeutes qui les suivent. Une cohorte de témoins a été mise en place dans quatre départements hors dispositif expérimental. Les résultats seront disponibles l'année prochaine.

Voici quelques données sur l'enquête en ligne proposée à l'ensemble des médecins généralistes et des psychologues conventionnés, dans les quatre départements expérimentateurs. Cette enquête a été menée en octobre-novembre 2020. Le taux de réponse a été de près de 13 % sur l'ensemble des médecins installés. Et si l'on regarde les médecins participants qui ont inclus au moins un patient, ce chiffre s'élève à 18 % de répondants. Concernant les psychologues conventionnés, 67,2 % des psychologues ont participé et répondu à cette enquête.

Il est intéressant de noter que c'est un dispositif que les médecins généralistes et les psychologues estiment bien accepté par les patients. Et 95 % des psychologues disent que les patients sont satisfaits, voire très satisfaits, de ce dispositif de prise en charge.

Dans les retours de cette étude, on a aussi constaté que des habitudes se sont créées. Les médecins généralistes proposent assez systématiquement ce dispositif dans les quatre départements. Les patients suivent globalement les parcours proposés. Il y a eu peu d'annulations ou d'interruptions abruptes. Les psychologues ont aussi déclaré que certains patients pouvaient parfois poursuivre les séances après les prises en charge remboursées.

Que ce soit du côté des médecins généralistes ou des psychologues, ils observent également une amélioration de l'état de santé des patients, de leur fonctionnement social et, en partie, un recours moindre aux arrêts de travail.

Concernant l'impact sur les pratiques du côté des médecins généralistes, c'était un dispositif qui a été conçu pour les aider et les appuyer dans leur prise en charge des patients avec des troubles de santé mentale légers à modérés. Eux-mêmes déclarent que le nombre de plaintes en rapport avec les troubles somatoformes diminue. Le contrôle des patients qui ont des maladies chroniques s'améliore aussi. Deux autres éléments sont aussi à souligner : les médecins déclarent que, à la suite de la prise en charge, leurs prescriptions de psychotropes diminuent, et le dispositif apparaît comme un atout pour les demandes d'aide au sevrage, que ce soit tabac, alcool, cannabis, etc.

Les impacts sur les pratiques chez les psychologues sont très différents. Leurs tarifs sont inférieurs à ceux qu'ils proposent normalement à leurs patients. Ils ont donc dû adapter leur tarif et la durée moyenne de leurs séances.

Que ce soit médecins généralistes ou psychologues, tous disent que les temps consacrés à la gestion administrative étaient assez longs. Mais je vous rappelle que nous étions dans le cadre d'une expérimentation, rendant difficile la dématérialisation, beaucoup de tâches étaient sur du format papier. On était conscient dès le départ que ça allait être assez chronophage, et qu'en cas de généralisation, tout ce processus administratif serait bien plus fluidifié.

Un autre élément intéressant constaté est la création de réseaux de proximité entre les médecins généralistes et les psychologues. Ces réseaux et liens se sont initiés ou développés, d'autant plus que ce sont deux professions qui se connaissaient peu ou mal.

Dernier point : c'est aussi un dispositif qui a permis la prise en charge de patients qui ne seraient pas allés voir un psychologue. Tant les médecins généralistes que les psychologues le disent. Ce frein à l'accès au recours au psychologue s'explique en grande partie par un frein financier, en particulier pour les populations plus fragiles. Mais comme on l'avait vu dans des précédentes études et enquêtes, le fait de passer par le médecin généraliste trai-

tant permet de démythifier le recours aux psychologues, d'enlever cette peur par rapport au tabou de la prise en charge de la psychothérapie.

Pour conclure, on constate que les professionnels sont majoritairement pour une généralisation. Bien entendu,

ils ont des souhaits d'amélioration au niveau des critères d'inclusion qui, dans cette expérimentation, étaient assez restrictifs. Et les psychologues aimeraient que l'on augmente le montant des consultations. ■

RETOUR SUR L'EXPÉRIMENTATION PORTÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Franck Bellivier

*Délégué Ministériel à la Santé Mentale et à la Psychiatrie,
Ministère des Solidarités et de la Santé*

Merci pour cette invitation et félicitations pour l'organisation de cette journée sur ce thème-là. Vous savez, plus on parle de la santé mentale, plus on est sur le bon chemin. Je suis ravi de participer à cette table ronde. La question de l'accès aux soins est identifiée « de longue date » puisque c'est un axe prioritaire de la feuille de route qui nous a été confiée dès 2017 et que l'on aborde à travers différentes mesures.

On peut proposer trois volets. Le premier volet est l'idée de la nécessité d'agir le plus en amont possible. Le deuxième volet est le soutien à l'innovation, puisqu'on a en tête un certain nombre de dispositifs qui peuvent contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins, encore faut-il avoir des outils efficaces pour conduire le changement, faire évoluer l'offre et accompagner cette dynamique d'innovation. Et le troisième volet est le renforcement des premières lignes puisqu'on est dans un gros sujet de limite d'accès aux soins. Premièrement, on est dans un contexte connu de longue date de retard diagnostique, et qui dit retard de diagnostic dit retard de prise en charge. Comme nous avons à faire à des pathologies qui touchent majoritairement des sujets entre 15 et 25 ans au moment des premières manifestations, le retard diagnostique a très précocement des conséquences sur le développement de ces personnes, puisque cette tranche concerne des personnes qui sont à un moment critique de leur développement. Et l'enjeu de la précocité de la prise en charge est aussi celui de la prévention des conséquences des troubles non traités, ou non correctement traités, qui vont avoir un impact très précoce sur le développement affectif et social. Donc, mon troisième volet concernera l'enjeu des dispositifs de première ligne, de repérage et de médiation vers les soins spécialisés lorsque c'est nécessaire.

Agir le plus en amont possible

Sur le premier volet, « agir le plus en amont possible », on a identifié, grâce à différentes études, que l'autocensure est une première barrière. Il faut continuer à lever les barrières sur les troubles psychiatriques. Je pense que des progrès importants ont été réalisés ces dernières années

en termes de reconnaissance de l'enjeu, cela reste un sujet extrêmement tabou, mais peut-être moins que par le passé. En tout cas, l'idée que nous avons une santé mentale, comme nous avons une santé physique avec un capital dont nous devons prendre soin, commence à se répandre.

Une autre idée relativement récente, de plus en plus traitée dans l'élaboration des politiques, est celle qu'il faut agir sur les déterminants de la santé mentale. Pour cela, je renvoie à l'excellent et récent rapport du Haut conseil à la santé publique qui est, de mon point de vue, une ligne d'inspiration pour une feuille de route revue « 2.0 » parce que je pense qu'on peut aller beaucoup plus loin sur les politiques de prévention. Et ce rapport me paraît avoir fait la synthèse d'un nombre important d'axes, d'actions pour la suite du développement de cette feuille de route.

Cependant, l'ensemble de l'action ne se résume pas aux mesures qui ont été obtenues aux assises. Mais la reconnaissance de l'importance de poursuivre, de développer et d'intensifier les campagnes de sensibilisation et de prévention rentre dans ce premier volet « agir le plus en amont possible ». Je pense à quelques campagnes récentes qui ont eu un impact important. Dans le monde étudiant, par exemple, la campagne "Nightline" sur les réseaux sociaux a eu un écho extrêmement important. La campagne grand public « En parler c'est déjà se soigner » a reçu aussi un accueil assez favorable. Il faut aller beaucoup plus loin et continuer à diffuser largement des messages de sensibilisation et de prévention. Aujourd'hui c'est identifié comme un enjeu, et c'est la raison pour laquelle cette mesure a été retenue aux assises.

Ensuite, d'autres outils ont été inscrits dans les mesures des assises contribuant à déstigmatiser et à agir le plus en amont possible. Je pense en particulier à la diffusion du programme « Premiers secours en santé mentale » qui va fertiliser différentes administrations et différentes communautés professionnelles. Il y a également un programme très ambitieux de déploiement de formations aux outils de la réhabilitation psycho-sociale. Là, j'ai l'impression que les conditions sont mieux réunies. Je suis plus opti-

miste que par le passé pour ces deux programmes parce qu'en fait, une des grandes réussites des assises, c'est le constat que nous avons réussi à mobiliser en interministériel. C'était relativement inattendu. En tout cas, quand on a commencé à travailler de manière transversale sur ces enjeux en santé mentale, on a reçu un accueil favorable dans un nombre important de ministères. Et des coopérations se mettent en place avec l'Agriculture, le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de Recherches, l'Intérieur et les fonctions publiques. Tout cela me paraît être un signe que la santé mentale est aujourd'hui un enjeu mieux reconnu, au-delà du Ministère de la Santé et de la communauté soignante. Ce premier enjeu contribuera certainement à améliorer un accès plus précoce aux soins.

Le soutien à l'innovation, la mutation du système pour mieux répondre aux besoins

Aujourd'hui on est et on reste depuis longtemps dans une situation d'inadéquation importante entre les besoins et l'offre. Ceci appelle à modifier un certain nombre d'organisations et à accompagner un certain nombre d'innovations qui peuvent contribuer à améliorer cet accès aux soins. On a été aidé par la crise Covid et on a également beaucoup appris au travers des appels à projets qui ont été mis en place depuis 2018. Je fais référence au Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (Fiop) et l'appel à projets de remise à niveau de l'offre de soins psychiatriques. Je ne vais pas rentrer dans le détail de tout ce que nous avons appris de la crise Covid. Elle a révélé de manière très importante la vulnérabilité à la fois des populations et des systèmes. Ce système de soins en santé mentale et psychiatrie déjà sous forte tension a été très malmené par la crise. C'est un premier enseignement.

Le deuxième est que cette crise a aussi révélé le potentiel de résilience de ce système. Dans des espaces de temps très courts, on a vu des réorganisations apparaître sur l'ensemble du territoire pour adapter l'offre de soins à cette situation tout à fait inédite à savoir le confinement, la limitation au maximum des hospitalisations et la priorité donnée aux prises en charge ambulatoires pour essayer de protéger au mieux les soignants, et les soignés, du risque de contagion. Une photographie assez hétérogène ressort de cette période Covid. Elle a rajouté des tensions là où il y en avait d'importantes, et elle a révélé tout le potentiel d'évolution et de mutation de ce système.

Ces enseignements ont été rassemblés dans un document qui reste inspirant aujourd'hui, un retour d'expérience que l'on a fait auprès de 160 établissements. Il a montré que, certes, le système était sous tension et fragile, mais il était aussi capable de muter dans des délais extrêmement rapides. Je pense à l'explosion de la télé-médecine par exemple. C'est le même constat que nous avons fait dans l'observation des projets qui remontaient année après année au Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie. On a été très agréablement surpris du nombre et de la qualité des projets qui nous parvenaient et qui témoignaient malgré tout de la vitalité du secteur.

Ce qui est très encourageant dans la perspective de l'amélioration de l'accès aux soins et qui concerne à la fois la population en général et les personnes porteuses de pathologies graves, c'est qu'on a vu un développement important d'équipes mobiles, des plateformes d'écoute, des plateformes d'orientation, pendant la crise économique, mais aussi au travers des projets qui sont remontés au Fiop. Et on a pu valider le niveau de services rendus par les plateformes d'orientation pour les utilisateurs, les familles qui sont relativement démunies, dans un territoire donné, pour savoir à qui s'adresser et pour quoi, pour éviter le recours aux urgences. Je cite pêle-mêle les principaux dispositifs innovants qui se développent et sont soutenus. Ils sont nés du Retex et de la crise Covid et ils ont vocation à être soutenus financièrement pour être pérennisés : équipes mobiles, plateformes d'orientation, plateforme d'écoute, télé-médecine (qui connaît un développement exponentiel), et enfin l'ambulatorio multimodal avec des modes de coopération entre le secteur sanitaire, médicosocial, social, et Éducation nationale. Ils sont également soutenus et contribuent à la fluidité des parcours et donc à désengorger le système.

L'appui aux premières lignes

Le troisième volet est « l'appui aux premières lignes », enjeu largement abordé par Madame Salgado et Madame Gandré comme étant extrêmement important. Les médecins sont interpellés par l'ensemble des disciplines médicales pour se former en cardiologie, en pneumologie, etc. et bien sûr on peut aussi les interpellier pour qu'ils se forment en santé mentale et en psychiatrie. En réalité, ils restent des omnipraticiens. On ne peut pas leur demander de se spécialiser dans tous les domaines. En revanche, l'expérience retirée des expérimentations de la Cnam sur les binômes psychologues/médecins généralistes ont montré que cette association contribuait à une augmentation réciproque des compétences que ce soit du médecin généraliste dans le repérage des situations de troubles psychiques, mais aussi du psychologue dans les contributions auxquelles les psychologues sont attendus dans le parcours de soin. En réalité, l'ambition n'est pas seulement d'offrir des soins psychologiques aux personnes qui en ont besoin. Elle va bien au-delà. L'enjeu systémique est d'intégrer culturellement les psychologues dans l'animation et dans la contribution aux parcours de soin qui font intervenir différentes compétences.

De ce point de vue-là, je trouve que cette première mesure, obtenue aux assises, de généralisation d'une offre de soins psychologiques pour les troubles légers à modérés (anxiétés, dépressions, addictions sans dépendance, troubles alimentaires...) est un jalon extrêmement important que nous attendions depuis longtemps. Il est perfectible certainement, mais il faut saluer ici le travail à la fois de la Cnam qui a été un partenaire extrêmement soutenant pour la mise au point de cette mesure dans le prolongement de ces expérimentations, de la DSS, et surtout des représentants des psychologues. Il y a maintenant deux ans, nous sommes partis avec l'idée que ce serait un chantier difficile, et je trouve que cette première

étape obtenue deux ans plus tard est quand même le signe d'une communauté de vues et d'un esprit de collaboration qui a porté ses fruits. Il nous reste évidemment

un chemin important à parcourir au moment où l'on va installer ce dispositif en 2022 et les années suivantes. ■

TABLE RONDE 1 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modératrice : Coralie Gandré

Chargée de recherche,

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Question : *Gabrielle a souligné que les résultats de l'expérimentation de la Cnam seraient connus définitivement fin 2022. Or le but était quand même de faire une expérimentation au niveau local avant de généraliser le dispositif, et on nous annonce une généralisation du dispositif pour le début 2022. Donc je me demandais quelle était l'articulation entre cette expérimentation de la Cnam et le remboursement des psychothérapies à large échelle en France.*

Gabrielle PEYRE-LANQUAR : Effectivement, comme je l'ai dit, c'est une évaluation multidimensionnelle. Des études et enquêtes sont menées depuis 2017, et font partie de cette évaluation. Les résultats et retours intermédiaires de l'évaluation de ces études ont été partagés avec le ministère, et ont servi de base à la décision du ministère de la Santé et de la présidence de la République pour généraliser ce dispositif. D'autres rapports et études ont également été pris en compte : le rapport de la Cour des comptes, le rapport de l'Igas. Nous aurons des résultats définitifs de l'étude longitudinale avec deux bras fin 2022. C'est une étude qui est aujourd'hui en cours, mais que nous avons dû un peu réadapter récemment, car avec l'annonce de la généralisation, les investissements des professionnels engagés dans l'étude sur le terrain ont été modifiés.

C'est sur ces données-là, avec des suivis de patients qui seront chaînés avec les données de consommation de soins des bases de l'Assurance maladie, que des éléments que nous espérons robustes pourront être présentés fin 2022. Donc oui, le rapport global est plutôt attendu fin 2022, mais les études intermédiaires ont déjà apporté pas mal d'enseignements qui ont été utilisés par les différentes institutions.

Franck BELLIVIER : Simplement pour confirmer ce que vient de dire Gabrielle Peyre-Lanquar, nous attendons beaucoup de cette évaluation qui est unique en son genre. Même si on a le projet de mettre en place un suivi de l'impact de la mesure généralisée, etc., on n'aura pas la granularité ni la rigueur méthodologique du volet évaluation des expérimentations Cnam qui va continuer à être extrêmement éclairant en 2022, en 2023, pour ajuster le dispositif. De toute façon, sur ce sujet-là il y a peut-être une course de vitesse, une accélération rendue nécessaire

par ce qu'a révélé la crise Covid, la prise de conscience et la volonté politique qui sont nées à ce moment-là et qui ont accéléré les choses. Mais je crois que le volet évaluation de la Cnam va rester encore plus d'actualité.

Question : *Concernant le dispositif australien, c'est peut-être un peu tôt, mais on imagine bien le rationnel qu'il y a derrière, passer de 10 à 20 sessions remboursées, est-ce qu'on a quelques infos déjà sur des impacts préliminaires de ce dispositif ? Ou est-ce que c'est évidemment trop tôt et vous n'avez pas encore de retour ?*

Emily HEWLETT : La réponse la plus courte est non, nous ne savons pas encore. Mais c'est peut-être important de souligner que ce système existe depuis assez longtemps, depuis 2006, c'est le *Better Access Scheme* mais il n'a pas été beaucoup évalué. Ce n'est pas un système où les outcomes des patients ont été intégrés dès le début, ce qui fait un peu le contraste avec le système similaire au Royaume-Uni (*Improving Access to Psychological Therapies*, IAPT) où des outcomes en termes de symptômes et de retour au travail ont été intégrés dès le début. Cela permet de suivre l'évolution des personnes qui ont bénéficié des services différents de ce dispositif. En Australie ça n'a pas été le cas. Donc l'évaluation pour la première partie de programme de 10 sessions a été limitée en termes d'impact global sur la santé mentale de la population australienne qui, comme vous pouvez l'imaginer, n'a pas beaucoup bougé. Ce n'est pas une intervention comme ça qui va changer radicalement la santé mentale de la population australienne. Donc, ce sont peut-être deux exemples intéressants et différents en Australie et au Royaume-Uni qui pourraient être instructifs pour des pays comme la France qui souhaitent développer des approches en termes de soins psychologiques.

Question : *Pour l'ensemble des interlocuteurs (État, Assurance maladie et Mutualité), j'ai une question relative à la situation de l'accès pour les jeunes, les enfants, les adolescents et les jeunes adultes. Cela a été pointé par tous. Il y a une sinistrose en termes d'offres et des difficultés d'accès sur la pédopsychiatrie. Quels seraient cette capacité et les leviers qui seraient mobilisés dans le cadre de l'institution scolaire, dont on sait qu'elle est aussi en très grande souffrance dans sa capacité à faciliter l'accès aux soins pour les enfants et les adolescents ?*

Table ronde 1

Procès-verbal des questions/réponses

Anne-Gisèle PRIVAT : Je veux bien répondre pour la Mutualité Française. Effectivement, la proposition consiste à organiser le dépistage précoce pour les enfants et adolescents. L'idée est vraiment de renforcer les services de médecine préventive et de promotion de la santé, notamment les services de médecine scolaire et universitaire. Il s'agit de repenser et de revaloriser leurs missions parce que, comme évoqué, il y a un vrai déficit dans ce secteur. L'idée est d'allouer les moyens humains et financiers qui seront nécessaires et qui assureront un bon fonctionnement, de former des professionnels, et de travailler à la valorisation de ces filières, à la fois auprès des étudiants en médecine et des étudiants en soins infirmiers.

Question : *Est-ce qu'il est prévu d'intégrer les établissements de protection de l'enfance dans les dispositifs de collaboration entre professionnels ?*

Franck BELLIVIER : Oui à de nombreux titres. D'abord, même si cet objectif n'a pas été atteint par la première génération des projets territoriaux de santé mentale, il y a quand même beaucoup de projets territoriaux, dont je rappelle que le dimensionnement est départemental, qui se sont saisis de cet enjeu et qui ont noué des articulations fonctionnelles avec les établissements de protection de l'enfant.

Et s'agissant de l'offre de première ligne en soins psychologiques, les liens fonctionnels entre les acteurs de la santé mentale et psychiatrie et les acteurs de la protection de l'enfance sont un enjeu extrêmement important, avec des besoins non satisfaits qui sont immenses. Et on espère bien que les prochaines générations de projets territoriaux de santé mentale se saisiront encore mieux de cet enjeu que la première génération. Mais oui bien sûr ils sont dans le viseur, et même ils sont rangés dans les priorités.

Gabrielle PEYRE-LANQUAR : Dans le dispositif généralisé, les enfants seront inclus et pourront bénéficier de la prise en charge de l'accompagnement psychologique. Au niveau de l'adressage, ce ne sera pas uniquement le médecin généraliste traitant qui pourra orienter vers le

psychologue, contrairement à notre expérimentation Cnam, mais par exemple les médecins scolaires pourront également adresser les enfants aux psychologues. C'est aussi une mesure qui avait été prise dans le dispositif d'urgence « psy enfants ados » qui a été mis en place ces derniers mois.

Des liens avec les établissements de protection de l'enfance pourront bien sûr être envisagés.

Question sur le remboursement des soins psychologiques

Franck BELLIVIER : Cette première mesure généralisée vise à la mise en place d'une offre de soins psychologiques de première ligne. C'est une première étape extrêmement importante, de repérage, de prise en charge initiale et de médiation vers les soins spécialisés si besoin.

La question porte sur « qu'en est-il des psychothérapies pour les personnes porteuses d'une pathologie psychiatrique sévère qui elles aussi ont besoin de soins en psychothérapie. » C'est envisagé dans un deuxième temps. Il reste un travail important de codification des modules de psychothérapie qui ont fait la preuve de leur efficacité dans certaines pathologies mentales identifiées (schizophrénie, troubles bipolaires, etc.). On a aujourd'hui des données probantes qui établissent l'efficacité de certains modules de psychothérapie dans des pathologies spécifiques, des psychothérapies spécifiques pour des pathologies spécifiques qui sont aujourd'hui dispensées par des psychologues et les neuropsychologues des établissements. Les patients y ont un accès, insuffisant certes, mais cette offre existe, elle est portée par les psychologues qui sont salariés des établissements.

S'agissant d'une offre psychothérapique spécifique en libéral, c'est quelque chose qu'il faut qu'on codifie dans un deuxième temps. En tout cas, il y a un immense travail qui reste à faire dans le champ des psychothérapies spécifiques. Donc aujourd'hui, ce n'est pas pris en compte dans l'offre libérale, mais ça l'est dans l'offre des établissements. ■

RÉFORME DU FINANCEMENT PSYCHIATRIE

Arnaud Joan-Grange

*Pilote stratégique des réformes du financement hospitalier,
Ministère des Solidarités et de la Santé***Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :**https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/11/20211109_PSY_CES-JOAN-GRANGE.pdf

Cette présentation est une synthèse des principaux éléments constitutifs de la réforme du financement des activités de psychiatrie des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, non lucratifs ou lucratifs.

Cette réforme est justifiée par les limites des modes de financement historiques des établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie :

- a) La première limite consiste en une différence de dynamique de financement entre secteur public et non lucratif d'une part, et secteur privé lucratif d'autre part, devenue difficilement justifiable.
 - Les premiers, très majoritaires en termes d'offre, sont financés par une dotation annuelle de financement, relativement fixe
 - Le second est financé par des prix de journée, dispositif de financement permettant d'accompagner des dynamiques de croissance.
- b) La seconde, liée à la première, tient en une répartition qualitative de l'offre devenue très perfectible sur le plan territorial, avec des spécialités très inégalement réparties entre régions.
- c) En troisième lieu, l'euro consacré par habitant au financement des établissements de santé exerçant une activité de psychiatrie est devenu, lui-même, très inégalement réparti entre régions ; quel que soit le type d'établissement concerné.
- d) Enfin, et contrairement au MCO, cette iniquité se double d'une description peu médicalisée de l'activité réalisée au sein de ces établissements.

Fort de tous ces constats, la réforme du financement de la Psychiatrie a été engagée dans un cadre plus général, méthodologique et politique.

Il s'agit du plan « Ma santé 2022 », qui a engagé des évolutions sur plusieurs champs et modes de financement, au-delà de la psychiatrie, orientées vers l'idée de financements combinés, articulant plusieurs logiques de financement – activité, capitation, etc. – et de ne pas se limiter à l'une d'entre elles, de manière adaptée aux spécificités de chaque champ. En matière de psychiatrie, quatre types de logiques ont été retenues au sein d'un modèle unique :

- a) Tout d'abord, la concentration du financement sur une logique d'organisation territoriale.
 - Depuis plusieurs dizaines d'années, le pivot de la prise en charge en matière de santé mentale est une

logique d'organisation populationnelle au travers de la notion de secteur.

- Par ailleurs, c'est au niveau régional que doivent être traitées les inégalités de financement historiquement constatées.
- b) En deuxième lieu, il s'agit de reconnaître les dynamiques d'activité au travers de la prise en compte de l'évolution des files actives de patients.
 - La particularité de ce mode de financement est d'intégrer cette logique de prise en compte de l'activité avec une part différenciée.
 - Autrement dit, l'importance de ce financement va être différenciée entre les établissements qui étaient financés jusque-là en dotations – principalement les hôpitaux publics et une très grande majorité d'hôpitaux privés non lucratifs – et ceux qui étaient financés par les prix de journée – principalement le secteur privé lucratif.
 - La part de prise en compte de l'activité pourra ainsi, in fine, être plus importante pour le lucratif que pour le non lucratif et le public.
 - c) D'autres enveloppes et modes de financement sont envisagés.
 - L'idée est de pouvoir couvrir des problématiques particulières par des financements fléchés en matière de recours, d'innovation, de transformation et de recherche.
 - La prise en compte de ces logiques-là sera moindre – même si elle est non négligeable – que la double logique populationnelle d'un côté et prise en compte de l'activité de l'autre.
 - d) Le dernier point est celui de l'intégration de la dimension qualité.
 - C'est aussi une part relative, mais commune dans la mise en place des réformes de financement à partir du plan « Ma santé 2022 ».
 - La psychiatrie va y répondre par l'application de deux éléments de la prise en compte de la qualité : le droit commun en matière de financement des établissements de santé qui est l'application de l'incitation financière à la qualité (Ifaq).
 - Un compartiment un peu plus spécifique sur la qualité de codage.

De manière plus générale, ce modèle de financement de la psychiatrie confirme et renforce le rôle de l'échelon régional dans l'allocation de ressources, dans la mesure où, pour ce qui est des établissements publics et pri-

vés non lucratifs principalement financés en dotation, l'Agence Régionale de Santé sera le décisionnaire *in fine* de la distribution de ressources auprès des établissements spécialisés en psychiatrie. La responsabilité des agences est donc importante, et elle s'inscrit dans une articulation avec d'autres dispositifs de politique régionale de santé mentale. Il s'agit notamment du déploiement des PTSM et d'autres instruments qui s'inscrivent dans l'application de la feuille de route en santé mentale qui avait été publiée, et qui est maintenant suivie au niveau du Ministère de la Santé.

De manière non spécifique à la psychiatrie, cette confirmation du rôle prépondérant des Agences Régionales de Santé se concrétise par ailleurs par la création d'instances de concertation officielles formelles en matière d'allocation de ressources. Elles sont appelées « comités d'allocation de ressources ». Elles se déclinent en trois organisations, trois « sections » pour la psychiatrie : les soins de suite, les soins de réadaptation, et les urgences. Concrètement, ces instances intégreront des représentants des établissements au travers de leur fédération – principalement la fédération publique FHF, la fédération non lucrative FEHAP, et la fédération non lucrative FHP – et des représentants des usagers. Ces instances devront formuler des avis publics avant la prise de décision des directeurs généraux d'ARS, et donner un avis sur les critères qui vont être utilisés pour distribuer les ressources.

Je vais me permettre de faire un focus supplémentaire sur les deux principales enveloppes, qui représentent 90 % des ressources d'Assurance maladie, et leur mode de distribution dans cette réforme.

La première est la dotation populationnelle. Sa logique est de réorienter les financements historiques devenus inéquitables. L'objectif est donc de réduire non seulement les inégalités territoriales, mais également d'appuyer le déploiement de la politique de santé mentale des ARS.

De manière très concrète, le mode de distribution de cette ressource populationnelle comprend "deux étages". Le premier étage est le niveau national, qui va distribuer ces ressources auprès des régions sur une logique de rattrapage et non de convergence. Où se situe la nuance ? Le taux de croissance annuelle des ressources d'Assurance maladie allouées à la psychiatrie au travers de cette dotation populationnelle sera différencié entre les régions qui sont en dessous de la moyenne de financement historique, et celles qui sont au-dessus. Si on distribue différemment le taux de croissance, cela signifie concrètement que les régions ayant un financement moyen légèrement au-dessus de la moyenne ne seront pas sanctionnées, et ne verront pas leurs ressources baisser. Cependant, elles auront une croissance moins rapide que celles qui avaient un retard par rapport à la moyenne. Ce premier mécanisme intègre en fait une mesure de l'euro par habitant. C'est une mesure en population générale, mais elle est pondérée par un certain nombre d'indicateurs socio-économiques qui permettent de prendre en compte un certain nombre de critères sur la démographie médicale, et sur celle en termes d'offre de soins médico-sociale. Retenez que cette logique populationnelle aura pour premier objectif de rattraper l'iniquité issue des financements historiques.

Le deuxième mode de financement principal, prenant en compte l'activité, va passer par une mécanique qui a pu être présentée, à tort, comme ressemblant à la tarification à l'activité. La dotation file-active est bien, comme son nom l'indique, une dotation distribuée à partir d'une mesure de l'activité issue du PMSI spécifique à la psychiatrie (« RIM-P »). En intégrant des éléments d'activité, la volonté est de prendre en compte des dynamiques d'établissements, parfois différenciées, et de les intégrer dans le cadre des modes de financement. ■

LES CLSM, DES OUTILS DE LA TERRITORIALISATION DE L'ACTION PUBLIQUE EN SANTÉ MENTALE

Fanny Pastant

Chargée de mission, Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/11/PPT_CES-09_11_21s-pastant.pdf

Je coordonne les Conseils locaux de santé mentale à l'échelle nationale, et je travaille pour le Centre collaborateur de l'OMS de Lille, spécialisé sur les questions de santé mentale. L'objectif de ma présentation est de vous proposer un état des lieux pour savoir où en est-on actuellement avec les CLSM, et quelles sont les pistes pour la suite. On verra aussi les leçons qu'on a tirées de la crise

en termes de fonctionnement, et notamment de financements de ces instances. Pour ceux qui ne sont pas spécialistes des conseils locaux de santé mentale, ce sont des instances de concertation et de coordination autour de la santé mentale d'un territoire, qui peut être une petite commune rurale, une communauté de communes, des métropoles, des grandes villes, etc. C'est à l'échelle locale

que ce territoire est défini, selon la pertinence en fonction du secteur, des besoins, des élus qui souhaitent collaborer. Un CLSM est toujours présidé par un, ou plusieurs, élus locaux, si le territoire couvre plusieurs communes. Il est toujours coanimé par la psychiatrie publique, et intègre les usagers et les aidants. Il est piloté par un coordonnateur ou une coordonnatrice. On a ce quatre quarts « élu local - psychiatrie publique - usagers - aidants », qui constitue ce qu'on appelle le « noyau dur » du CLSM. Quand on met en place un CLSM sur un territoire, l'objectif principal va être de définir des politiques et des actions locales, qui vont permettre l'amélioration de la santé mentale de la population au sens large.

Pour rappel, le CLSM s'adresse vraiment à la population générale, et pas forcément aux personnes atteintes de troubles ou en situation de handicap psychique, même si bien sûr l'action touche aussi ces personnes-là. C'est une action qui est centrée sur la promotion et la prévention de la santé mentale, davantage que sur le traitement, même si les parcours de soins sont abordés. L'objectif est de favoriser à la fois la résilience individuelle, notamment via les compétences psycho-sociales qui ont été abordées plus tôt dans les présentations, et les environnements de soutien qui vont diminuer le risque de développer des troubles de santé mentale.

Enfin, l'action des CLSM vise essentiellement les déterminants sociaux. C'est pour cela qu'on implique tous les acteurs, à la fois des champs sanitaire, social, médico-social, associatif, et que, lorsqu'on dit qu'on travaille avec les élus locaux, ce sont toutes les directions des équipes municipales qui sont impliquées. Bien sûr, il y a celle de la santé, mais on travaille aussi avec les élus au logement, petite enfance, handicap, environnement, démocratie locale, jeunesse, éducation, etc.

Le CLSM a un fonctionnement en trois niveaux. Dans le comité de pilotage, on retrouve le fameux quatre quarts « élus locaux - psychiatrie - usagers - aidants », et des acteurs de terrain du social, médico-social et sanitaire. Le Copil est restreint, l'idée étant de s'appuyer sur un diagnostic local des besoins du territoire couvert par le CLSM. Et selon ces besoins identifiés, ce Copil met en place des groupes de travail qui vont ensuite définir des politiques ou des actions locales permettant d'adresser les besoins.

Par exemple, pour reprendre le schéma d'un CLSM déjà existant, le Copil avait défini une priorité sur le logement. On avait donc rassemblé un groupe d'entraide mutuelle, les gardiens d'immeuble du territoire, le pôle psychiatrie adulte et les services logements municipaux. On avait aussi une priorité sur la santé mentale des adolescents. De la même façon, on rassemble tous les acteurs du territoire qui vont être compétents pour travailler sur la question. Il y a un groupe de travail « cellules de gestion situation complexe ». On les appelle ainsi parce qu'on suit des personnes ayant des situations individuelles compliquées, on essaie de mettre en réseau les professionnels qui peuvent l'accompagner. Et enfin, il y a un groupe sur

l'emploi, les loisirs et la citoyenneté des personnes qui sont en situation de handicap psychique ou qui vivent avec des troubles. Ensuite, chaque groupe de travail met en place les actions identifiées par les acteurs qui le composent.

Les types d'acteurs qu'on peut retrouver dans les CLSM sont les services municipaux, les élus, la psychiatrie. On a aussi l'Unafam, les structures sociales, les associations d'usagers, les structures médico-sociales, les bailleurs, la pédopsychiatrie, les ARS, la Police et la Justice, l'Éducation nationale (de plus en plus présente depuis le début de la crise sanitaire), la Préfecture, les missions locales, les médecins généralistes, les maisons des adolescents, les programmes de réussite éducative, et les CPTS de plus en plus aussi. À l'échelle locale, on a vraiment une coordination de tous ces acteurs-là, travaillant sur des domaines différents, mais ayant tous un lien avec les questions de santé mentale, de près ou de loin.

Pour les thématiques de groupes de travail, les chiffres datent de 2018, ils seront mis à jour début 2022. Ils comprennent tout ce qui est logement-habitat, la semaine d'information sur la santé mentale, la communication au sens large à la population générale, l'accès aux soins, la santé mentale des adolescents, toutes les questions de parentalité, la santé mentale des enfants, les soins sous contrainte, toutes les questions de formation croisée des professionnels, la santé mentale en lien avec les questions de précarité, la prévention précoce, la prévention du suicide, l'addiction, l'amélioration de l'accès aux loisirs et à la culture pour les personnes qui ont des troubles ou qui sont en situation de handicap psychique, la santé mentale au travail, l'insertion professionnelle.

Historiquement, les premiers CLSM sont apparus dans les années 2000 en France. Le déploiement de ces instances et de ces outils s'inscrit dans la convergence, à la fin des années 90, entre la politique de Santé et la politique de la Ville. L'objectif était vraiment de permettre aux collectivités de prendre conscience de l'importance des déterminants sociaux et territoriaux de santé. Le but a été d'amorcer progressivement des politiques locales qui prennent en compte la question de la santé mentale, et agissent dans cette perspective sur l'environnement de la population au sens large, en intégrant cette question.

Concernant le déploiement, on est passé d'une quarantaine de CLSM au début des années 2010 à 260 aujourd'hui. On en a une soixantaine en projet, et on n'a apparemment jamais été autant contactés qu'en 2021 par les élus locaux et les collectivités locales afin de mettre en place des conseils locaux de santé mentale. Je dis « apparemment », parce que je suis à ce poste depuis un an seulement. On a reçu des dizaines et des dizaines de demandes de villes qui souhaitent être accompagnées dans la démarche. C'est encourageant.

Pour ce qui est du financement des CLSM, on n'a pas de politiques harmonisées à ce jour. Sur certains territoires, ils bénéficient de plusieurs sources de financement. Par

exemple, on va avoir un portage à la fois de l'ARS, de l'hôpital, des différentes communes qui sont couvertes par le CLSM, un recours aux crédits politiques de la Ville... Ce sont vraiment des sources de financement multiples. Sur d'autres territoires, la ville va être la seule à financer parce que l'ARS n'a pas une politique financière des CLSM. Quand on dit « financement du CLSM », très souvent il ne s'agit que du poste de la personne qui le coordonne. Il n'y a quasiment jamais de financement des actions, sauf si le CLSM a recours à des appels à projets. On parle donc du financement d'un poste d'une personne sur un an, qui est très peu souvent à temps plein. On a beaucoup de mi-temps, avec des personnes qui coordonnent à la fois le contrat local de santé et le conseil local de santé mentale par exemple. Ce manque de financement pose problème dans le fonctionnement effectif des CLSM.

Pour terminer sur cette première partie de la présentation, je voudrais revenir sur la pyramide qui a été proposée par l'OMS concernant la composition optimale des services de soins en santé mentale. On constate que le CLSM se situe à l'articulation de tous les niveaux de cette pyramide. Il est à la fois au premier niveau basique et qui coûte le moins cher, c'est le « *self-care* », le « prendre soin de soi ». En effet, le CLSM fait énormément de promotion de ce qu'est la santé mentale, comment on en prend soin, etc. Le second niveau est celui des soins informels dans la communauté. Il concerne les associations, comment les personnes s'organisent, les groupes de parole sur ces questions-là. Viennent ensuite les services de santé primaire pour la santé mentale, le premier recours. Les CLSM travaillent avec tous ces professionnels, et proposent aussi des formations. Puis on a les services de santé mentale communautaires, les services psychiatriques à l'hôpital général, et enfin les hospitalisations plus longs séjours. Selon cette pyramide de l'OMS qui est optimale en termes de prise en charge et d'organisation des soins, le CLSM agit et propose des actions à tous les niveaux.

En lien avec l'actualité, je vous présente les résultats de deux états des lieux menés au CCOMS depuis le début de la crise Covid. Le premier a été publié en mai 2020, et le second vient d'être publié il y a quelques semaines. La question était de savoir si les CLSM ont réussi à fonctionner globalement pendant la crise sanitaire, et quels ont été les freins et les leviers de ces instances à l'échelle locale. On a eu beaucoup de constats positifs. Dans l'ensemble, 9 sur 10 CLSM ont fonctionné. Il y a eu une très bonne collaboration entre les différents acteurs, notamment avec les élus locaux. 50 % des coordonnateurs qui ont répondu à l'enquête nous ont dit qu'ils avaient réussi à travailler davantage avec les élus locaux depuis le début de la crise sanitaire. C'est encourageant. On note une bonne collaboration avec tous les acteurs de terrain : la psychiatrie, les élus locaux, les représentants d'usagers, d'aidants ; et le fonctionnement a continué d'être globalement opérationnel.

J'aimerais aussi insister sur les difficultés qui sont remontées dans ces deux états des lieux. Il y a notamment la question des manques de moyens en termes de temps

des coordonnateurs mobilisés sur de nombreuses missions. Finalement, ils avaient très peu de temps de travail alloué à la coordination de leur CLSM. Et on note aussi des manques de financement de moyens en termes des actions qui avaient été identifiées par tous les acteurs, des propositions de solutions à mettre en place au moment de la crise, qui n'ont pas pu être menées à bien. Ça a aussi été un gros frein.

Quelle leçon tirer de la crise sanitaire, et en quoi les CLSM constituent-ils une partie de la réponse ? Pour y répondre, je me suis basée sur les recommandations, les conclusions et les discussions qui ont été proposées au cours des derniers mois, depuis le début de la crise Covid, de ce qu'il semblait pertinent à mettre en place pour les prochains mois et les prochaines années, en termes d'organisation et prise en charge des besoins en santé mentale. Le plan d'action globale de l'OMS pour la santé mentale mis à jour en 2021 insiste encore une fois sur la nécessité de promouvoir la santé mentale et le bien-être de tous, ce que font les CLSM. C'est une de leurs missions principales, en plus de prévenir les problèmes de santé mentale des personnes à risque. C'est une priorité des CLSM implantés particulièrement dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, et qui travaillent avec les populations vulnérables. On l'a largement vu remonter des deux états des lieux, où ils ont notamment beaucoup travaillé avec les personnes en situation de grande précarité.

Pour ce qui est des recommandations du Haut conseil de la santé publique, là aussi on a identifié des lignes directrices qui correspondent à l'action des CLSM. Concernant la recommandation sur la contractualisation santé mentale État/collectivités territoriales, encore une fois les CLSM sont particulièrement bien placés pour faire le lien. Ensuite, on note la nécessité de coordonner les actions en santé mentale sur les territoires dans une logique globale, et notamment renforcer les CLSM. Il faut aussi consolider les actions d'« aller-vers ». En tant qu'instance intervenant à l'échelle locale, le CLSM est particulièrement bien placé pour mettre en place ces actions de contact avec la population. À ce niveau-là, il y a énormément d'exemples de ce qui a été proposé au cours des derniers mois.

Dans la suite des recommandations du Haut conseil de la santé publique, on a organisé le volet « soutenir le déploiement dans l'ensemble des milieux de vie des actions de promotion de la santé ». Le CLSM intervient partout, dans les écoles, les universités, le milieu professionnel, etc.

Pour ce qui est de « développer une culture partagée de la santé mentale », les CLSM le font à destination de la population générale et des professionnels de santé, et au sens large.

Parmi les recommandations sorties au niveau national en février 2021, la Cour des comptes a précisé que les CLSM représentaient un dispositif adapté de concertation et de coordination à l'échelle locale. On a été mentionné dans

plusieurs recommandations récentes, et je souhaite le mettre en avant.

Pour terminer, j'aimerais faire le lien avec ce qui avait été annoncé au moment des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, à propos de la centralité des déterminants sociaux de santé et de la nécessité de territorialiser davantage les politiques et les actions en santé mentale. Il faut absolument agir de manière transversale et intégrer. Du fait de la diversité des acteurs qu'il intègre dans ses actions et dans ses discussions, encore une fois le CLSM le fait largement.

En termes financiers, énormément de projets, de dispositifs et de solutions innovantes se mettent en place. Mais au CCOMS, on souhaite vraiment rappeler l'importance de décliner aussi cet investissement financier au niveau local, si on veut que cette territorialisation soit effective.

Pour conclure, un très bon article du *Lancet Psychiatry* est sorti en septembre 2021. Il rappelle la nécessité d'une approche vraiment systémique, intégrée, intersectorielle, interdisciplinaire. L'échelle locale y est encore présentée comme très pertinente pour proposer ses actions et ses politiques. ■

Denis Mathieu

Directeur médical, Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale

Par rapport aux deux grands sujets que sont la nouvelle gouvernance et le financement de la santé mentale, je voudrais simplement témoigner de ce que l'on vit au niveau des établissements. Je ferai aussi un point sur l'impact de l'évolution de la démographie et de notre encadrement juridique sur l'offre.

La sectorisation a permis de sortir les patients de l'hôpital par la mise en place d'outils ambulatoire ; ceci a conduit à une baisse des durées de séjours et du besoin en lits. La sectorisation permettait – et permet encore – de garantir un accès à tous à des soins de santé mentale. De fait, la sectorisation s'adressait essentiellement aux psychotiques, mais qui ne représentent désormais qu'une faible part des personnes s'adressant à la psychiatrie. Pourquoi ce modèle est-il arrivé maintenant à ses limites ? Parce que justement il est devenu enfermant. On se rend compte de plus en plus que l'offre doit être pour les territoires plus larges que le secteur, qui n'est plus vraiment le lieu de vie des patients. Je travaille en Île-de-France à Rueil-Malmaison, mais on voit très bien que nos patients de Nanterre sont exactement la même population, de même que ceux qui sont dans les communes limitrophes, pourtant ce ne sont pas les mêmes secteurs et l'offre ne sera pas du tout identique.

Le financement a aussi un fort impact sur l'offre. Il y a peu de fongibilité entre le sanitaire et le médico-social. Même si nous travaillons avec le médico-social depuis fort longtemps, le système de financement ne permet pas réellement de faire des parcours coordonnés. Pour nous, le système des projets territoriaux de santé mentale est vu comme une opportunité d'aller vers ce décloisonnement. C'est un long travail d'appropriation des uns et des autres. L'élément de base de notre travail a été la phase de présentation de ce que chacun fait, et une cartographie : Qui fait quoi ? Quelle population ? Et très vite, cela a permis d'avoir une idée des questions à résoudre au travers du PTSM telles que : Que nous manque-t-il ? À quel

moment du parcours des patients est-on absent ? Quelle population ne suit-on pas ? Des éléments sont apparus rapidement : les populations spécifiques, les jeunes adultes, les personnes âgées, les personnes précaires, les relais après l'hospitalisation. L'Île-de-France a un défaut de place de médico-social depuis fort longtemps, plus particulièrement dans le département des Hauts-de-Seine où je travaille, et nous avons un recours massif à la Belgique. Il n'est plus possible maintenant. Il y a donc un vrai problème de lits disponibles d'aval.

On note également une disparité régionale. Nous sommes dans un des départements ayant un fort dépassement d'honoraires, et c'est plus particulièrement vrai pour les patients ayant des troubles sévères et persistants. En général, ils n'ont pas de gros moyens financiers. Bien que nous soyons fortement dotés en psychiatres dans les Hauts-de-Seine, en réalité l'offre ne s'oriente pas forcément vers toutes les personnes.

Le PTSM met aussi très largement en avant la réhabilitation. Même si elle apparaît comme une évidence, elle ne l'est pas forcément pour la psychiatrie, puisque c'est un peu une réorientation de notre métier. Très longtemps, nous étions des métiers centrés sur le soin, c'est-à-dire la limitation des symptômes et de leur répercussion sur le fonctionnement psychique. Là, on va beaucoup plus loin, puisque la question est de savoir comment les personnes peuvent vivre avec leur pathologie. Je crois que c'est une vraie évolution que le PTSM a pu mettre en avant, et il va soutenir les projets qui vont dans ce sens.

Dans le groupe de rédaction du PTSM, il a été question de la place de la prévention afin de savoir comment l'Éducation nationale va intégrer la santé mentale à l'école. Par exemple, les petits australiens sont capables de voir très vite s'il y a quelque chose qui va ne pas dans leur fonctionnement psychique. Il n'y a pas de stigmatisation; en tout cas, elle est moins marquée que chez nous.

LE PTSM du 92 a permis de faire le point sur ce qui concerne le somatique. Les patients ayant des troubles psychiques sont des consommateurs de soins, non seulement en psychiatrie, mais aussi dans d'autres domaines. Ils ont plus de comorbidités (diabète, problèmes cardiaques...). En fait, le PTSM a été assez efficace, et on est allé vers des groupes avec des actions. Il y a trois grands groupes et chacun est piloté à la fois par du sanitaire, du médico-social, des représentants des usagers, et des représentants d'une collectivité. Et maintenant l'Éducation nationale et la MDPH sont présentes. C'est donc vraiment un lieu de réflexion.

La limite, ce sont les moyens effectifs du PTSM dans la mise en place des actions. On sait très bien que finalement, c'est le payeur qui décide. On n'a pas encore tout à fait l'articulation fine entre les financements, les orientations et les propositions faites par le PTSM, même si la majorité des actions proposées sont en cohérence avec celles de l'Agence Régionale de Santé.

Concernant le deuxième volet de la gouvernance, parlons des CLSM. À Rueil-Malmaison et à Neuilly-sur-Seine, les CLSM sont très anciens. Ils ont plus de 10 ans de fonctionnement, et c'est un vrai lieu de coordination. Par exemple, vous savez que très souvent on découvre les patients trop tard, quand ils sont en crise. En fait, grâce au CLSM, une cellule de vigilance a été mise en place. Elle permet de parler des situations qui risquent de devenir problématiques avec les bailleurs sociaux, les gardiens d'immeuble, la police municipale, tous les gens qui sont un petit peu diffus dans la cité. De ce fait, nous n'avons presque pas de recours aux hospitalisations sous contrainte à la demande du maire, parce que les situations sont traitées en avance. En comparant avec plusieurs secteurs, il y a à peu près 10 fois moins de recours à l'hospitalisation sous contrainte à la demande du représentant de l'État. Donc, un CLSM avec une cellule de vigilance qui fonctionne bien permet une vraie prévention sur les situations de crise.

Le CLSM est aussi le moyen d'aller vers la cité. Cela a permis de développer les appartements associatifs, parce qu'à un moment donné il y a une rencontre. Et le fait que l'on puisse garantir une intervention et une présence s'il y a un souci dans les appartements rassure les bailleurs sociaux et la municipalité. Cela nous permet d'avoir des appartements associatifs diffus dans la ville, à tel point que même maintenant les bailleurs sociaux ne savent même plus lesquels de ces appartements sont associatifs. Pour eux, c'est tout à fait transparent.

Pour nous, le CLSM est aussi le moyen d'avoir un groupe d'entraide mutualiste. Là aussi, la municipalité de Neuilly-sur-Seine a trouvé un intérêt à mettre à disposition des locaux et à soutenir ce projet.

Je voudrais vous parler également du projet Pass-Vers, qui permet d'associer les services municipaux et ceux de la psychiatrie pour la prise en charge globale des patients qui deviennent des usagers. La municipalité met à dis-

position un travailleur social qui va permettre d'aller vers les dispositifs sociaux très généralistes (l'emploi, les loisirs, la culture...). L'idée est vraiment de faire de nos patients des citoyens, avec un regard croisé entre les deux dispositifs. C'est un dispositif fragile qui dépend d'une coordinatrice et de la bonne volonté des municipalités, il n'y a rien d'inscrit. C'est un élément supplémentaire puisque la Santé n'est pas une compétence obligatoire des municipalités.

Parlons maintenant des financements. Je travaille dans un établissement privé non lucratif qui reçoit donc une dotation annuelle de fonctionnement. Elle doit normalement être modifiée d'ici deux mois. Nous avons eu l'exposition sur la manière dont va être fait le financement avec la grosse partie populationnelle. Cependant, c'est la Région qui va disposer de la répartition de cette enveloppe qui pourra aller jusqu'à 85 % de notre financement. Pour le moment nous n'avons pas de connaissance. Pour un établissement, il est toujours un peu compliqué d'imaginer son futur sans avoir encore de simulation un peu stabilisée, deux mois avant le début de l'année. On a d'autres interrogations par rapport à ce compartiment population qui « re-répartit » au niveau national, afin que toutes les régions aient le même financement. Qu'en est-il des établissements qui n'ont pas de secteur ? Je travaille par ailleurs sur un hôpital de jour non sectorisé : quelle va être sa population de référence ? C'est une question forte et fréquente pour les établissements de psychiatrie non-lucratifs. En effet, les ESPIC en santé mentale sont souvent des hôpitaux de jour non sectorisés : *quid* de la partie populationnelle.

Concernant la partie liée à la file active, elle recoupe des données « file active », mais aussi d'activité, puisque ce sont des volumes d'activité, soit des journées, soit des actes. À travers les tarifs, on a favorisé de façon non-volontaire le fait que le privé aille vers des hospitalisations (mieux payées) et le public ou le privé non lucratif aille vers de la consultation et de l'ambulatoire. Dans le nouveau dispositif, il y a donc quelque chose d'un peu surprenant qui va devoir se maintenir. Je pense qu'on doit être attentif sur le fait que ce ne sont peut-être pas des actes qu'il faut financer, mais des activités, en allant vers des paiements au parcours.

Le dernier point est la partie sur le financement de l'innovation. Ce compartiment a déjà de l'ancienneté. On parlait du Fonds d'Innovation d'Organisation en Psychiatrie, le Fiop. Il finance des dispositifs renouvelés chaque année, mais qui ne sont pas pérennes. Comme beaucoup d'établissements, nous avons déposé un Fiop sur l'ensemble du territoire, il n'est pas propre à notre établissement. Si jamais nous sommes validés, que se passera-t-il dans 3, 4 ou 5 ans ? Comment ces innovations seront-elles réellement intégrées ? Comment vont-elles être valorisées ? Vont-elles rentrer dans le dispositif commun de ce qui est la partie file active ? Ou vont-elles être maintenues dans un dispositif plus spécifique de type mission d'intérêt général, comme il en existe en MCO ?

Enfin, je voudrais vous donner un peu un sentiment par rapport à l'impact sur l'offre de plusieurs choses. Il s'agit de l'évolution des métiers. Nous avons un taux de couverture de psychiatres très important en France, un des plus importants au niveau de l'OCDE. Simplement, nous avons des métiers très différents, ceux de la ville, et ceux de l'hôpital. C'est un peu « la ville et les champs » dans la mesure où, à l'hôpital, les prises en charge sont de plus en plus contraintes par le cadre juridique. Cela a un impact direct sur l'attractivité. Je pense qu'il faut qu'on soit très vigilant sur le cadre juridique que l'on met à l'hospitalisation. Nous avons des lois sur les soins sous contrainte, l'isolement, la contention. Elles deviennent de plus en plus contraignantes et elles prennent de plus en plus de temps aux psychiatres des hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés, avec le sentiment de perdre son travail. Je pense qu'il faut être très attentif parce que cela va

avoir un impact sur l'offre. Je suis convaincu que la psychiatrie de ville va se développer. On voit bien que nos jeunes psychiatres vont vers elle. Mais ils vont beaucoup moins vers la psychiatrie de secteur, celle qui concerne les troubles sévères et persistants. Je pense qu'il ne faut pas seulement réfléchir au côté économique, mais aussi juridique.

Et comme tout un chacun, nous sommes très favorables à ce que de nouveaux métiers apparaissent, que les psychologues prennent une place plus importante dans l'organisation, qu'ils soient responsables de service. Les infirmiers de pratique avancée seront probablement une des voies d'avenir de notre discipline et d'autres, comme les gestionnaires de cas, ou des activités comme la psycho-éducation. ■

Marie-Jeanne Richard

Présidente de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Vous l'aurez compris, je ne suis pas ici en tant qu'économiste des professions de santé, je vais juste apporter le regard de notre association de familles, l'Unafam, au travers des besoins que les familles identifient dans leur quotidien. Notre association soutient, forme et informe les familles dont un proche souffre de troubles psychiques, et plus particulièrement des pathologies les plus sévères. J'évoquerais aussi les enjeux pour cette transformation.

Il y a quatre points importants :

- 1) Des prises en charge adaptées au bon moment, au bon endroit et par le bon acteur. Selon notre baromètre 2021, 73 % des familles disent que c'est difficile, et 14 % qu'elles ont rencontré des difficultés extrêmes.
- 2) Des parcours de soins en santé mentale sans rupture. Ce que nous attendons beaucoup, c'est de mettre un terme aux hospitalisations itératives. 35 % des répondants disent que leur proche a été hospitalisé plus de 5 fois, et 15 % plus de 10 fois (Baromètre Unafam 2021).
- 3) Ces prises en charge doivent être lisibles par les acteurs de santé eux-mêmes, par ceux du territoire à travers des Conseils locaux de santé mentale, et par les usagers. Dans notre baromètre, 71 % des répondants ont le sentiment de ne pas être suffisamment accompagnés dans ce parcours de soins.
- 4) Même si on est dans le domaine de la santé, il faut redire à chaque fois que ces prises en charge doivent être faites dans le respect du droit des personnes, avec une application de la Convention internationale des droits des personnes en situation de handicap (CIDPH). On ne doit jamais penser la santé uniquement en termes de sanitaire, mais vraiment intégrer

toutes les composantes d'une bonne santé, à savoir les réponses par le social et le médico-social aux besoins des personnes.

On entend beaucoup parler de « dotation populationnelle », qui vise évidemment à réduire les inégalités. Malheureusement, elle ne préjuge pas suffisamment de la responsabilité populationnelle dans la manière dont elle est présentée. L'Institut national de santé publique du Québec disait : « La responsabilité populationnelle implique l'obligation, pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire, de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population d'un territoire donné ». En France, si nous parlons de « l'autonomie de la population d'un territoire donné », il est absolument essentiel de travailler sur la gouvernance territoriale, qui va effectivement impliquer, outre les ARS, les Conseils départementaux, les Conseils locaux de santé mentale, comme présenté par Fanny Pastant.

Nous pouvons espérer que cette gouvernance territoriale partagée commence avec les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Les PTSM peuvent être une réponse à ce concept de coopération. Au niveau de l'Unafam, nous nous sommes beaucoup impliqués dans l'élaboration de ces projets, mais ils sont très différents les uns des autres selon la richesse des territoires. Le risque est de renforcer les inégalités d'accès aux soins et aux accompagnements. Une attention particulière doit être portée pour limiter ce risque. La mise en œuvre des PTSM sur le terrain soulève encore beaucoup d'inquiétudes aujourd'hui.

Il y a d'abord le problème des ressources. Peut-on réellement envisager de transformer sans qu'il y ait des

moyens ? Et si on veut viser plus d'efficacité, il faut prendre en compte le temps de transformation, et cela a un coût. Si on ne parle pas du coût de la transformation, on se condamne à des « réformattes ». De plus, en tant qu'acteurs de ces PTSM, nous avons pu identifier les freins qui leur sont opposés par certains acteurs.

Comment, lorsqu'on parle du financement de la dotation populationnelle, peut-on aller vers une responsabilité populationnelle ? Il nous semble par ailleurs important de décliner les financements jusqu'au dernier kilomètre. Le rôle des CLSM est de renforcer, avec des budgets indépendants, la volonté des élus, afin de pouvoir mettre en perspectives leurs missions. La réforme de financement est un levier pour transformer l'offre de soins, faut-il encore lui donner un cap. Elle est vue sous un angle de psychiatrie hospitalière, qu'elle soit *intra-muros* ou ambulatoire, mais elle intègre vraiment trop peu les autres acteurs, toujours avec cette méfiance mutuelle. Comme l'a dit un intervenant, les politiques de financement en silo restent d'actualité. Il est vrai qu'un des points positifs des Assises a été de mettre en mouvement d'autres ministères que celui de la santé, mais c'est encore extrêmement balbutiant. Pour l'Unafam, c'est un point important.

Le cap fixé par la réforme du financement est l'ambulatoire. Cette réforme porte en elle du positif, encore faut-il que cet ambulatoire ne soit pas pensé qu'en termes de soins. Comment faire un bon ambulatoire s'il n'y a pas du médico-social et du social ? Il n'est pas possible d'envisager qu'il ne repose que sur l'entourage. De plus, cette réforme s'appuie trop peu sur la coopération avec la médecine de ville. Telle qu'elle nous a été présentée, on voit assez peu la place de l'ensemble des acteurs. Or, le médecin généraliste a une place de choix pour repérer et soigner les troubles légers à modérés, mais pas seulement. Il a aussi une place de choix pour accompagner quelqu'un qui a besoin de soins plus rapprochés, à cause d'une pathologie psychique plus sévère. Il est donc vraiment important que ce médecin généraliste existe et ait toute sa place.

Et bien sûr, il a une place de choix pour le suivi somatique. Nous voulons en finir avec le fait que nos proches mourront jeunes. Dans le baromètre 2021, on a un chiffre qui doit nous faire réfléchir. Seulement 25 % des répondants disent que leur proche a un suivi des conséquences somatiques de son traitement par un médecin généraliste. Seulement 1 personne sur 4 ! Et à la question « Est-ce que votre proche voit régulièrement son médecin traitant ? », il n'y a que 57 % de oui. Enfin, il reste 7 % de personnes qui n'ont pas de médecin généraliste. Dans les indicateurs qualité, il serait intéressant de savoir le taux de personnes qui, présentant des troubles psychiques sévères, ont une santé globale qui est prise en charge conjointement par un médecin traitant et par un psychiatre.

Les autres limites que nous pressentons, c'est que cette réforme va devoir être conduite dans un contexte de ressources humaines difficile, et dans un contexte bud-

gétaire contraint. Comment faire face au manque d'attractivité ? Quand nous discutons avec les soignants, nous notons leur perte d'espoir. Et nous sommes inquiets parce que nous rencontrons beaucoup de jeunes psychiatres qui ne savent pas comment ils vont trouver leur place dans cette psychiatrie actuelle. Ne faut-il pas modifier les formations ? Quelle est la place des neurosciences dans leur formation ? Connaissent-ils également le handicap ? Nous avons très peu parlé de la place de la e-santé, comment les futurs praticiens sont-ils formés à la e-santé. Ils n'ont aucun cours sur ce dernier point.

Nous attendons toujours le développement du « aller vers ». Une maman me disait : « *Parce que mon fils de 33 ans n'a pas de projet, on le renvoie* ». Mais ne serait-ce pas plus positif de le prendre tel qu'il est, là où il en est, et de travailler avec lui un projet, au lieu de le renvoyer à la maison où il passe ses journées enfermé dans sa chambre ? Donc nous attendons en même temps le développement des « *case manager* » et l'établissement d'une véritable liaison avec les médecins généralistes. Un indicateur qualité est en cours d'élaboration dans le domaine de la liaison médecin généraliste - médecin psychiatre. Cet indicateur sera à suivre.

Le développement des infirmiers en pratique avancée ne sera pas suffisant, pour répondre aux besoins de soins en psychiatrie, et il faudra leur donner une feuille de route claire. Les acteurs, comme les médiateurs de santé pairs, devraient se déployer dans tous les services, mais aujourd'hui ils ne sont pas encore présents partout. Quant aux psychologues, ils ont une place de choix. Mais nous attendons qu'ils soient formés aux thérapies qui soutiennent le rétablissement. Monsieur Mathieu a abordé très brièvement l'importance de ces formations. Aujourd'hui, celle des psychologues est extrêmement différente selon les universités. Cela ne sera pas sans poser rapidement un problème.

Nous n'avons pas parlé des neuropsychologues. On a besoin qu'ils soient capables de mesurer les retentissements des altérations des fonctions cognitives et psychiques sur la vie quotidienne. Comment tous ces acteurs seront-ils formés ? Comment la réforme des financements y apportera-t-elle des réponses ?

Nous avons tendance à dire que nous vivons une époque formidable puisqu'il y a des outils, des leviers : les réformes du financement et des autorisations, les projets territoriaux de santé mentale, les Conseils locaux de santé mentale... On voit apparaître la e-santé, les nouvelles pratiques centrées sur le rétablissement se développent. Mais ces leviers doivent être démultipliés. Quelques conditions sont requises. Elles reposent d'abord sur une acculturation mutuelle entre les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social. Le deuxième levier est la démocratie sanitaire. Elle ne doit pas rester un mot creux, on doit vraiment travailler cette reconnaissance du pouvoir et de la capacité d'agir des usagers, et en soutenir les collectifs. On a vu combien il est difficile de reconnaître que ces patients ont la capacité de dire ce qui les

satisfait, ce qui leur correspond, sans oublier la mesure de la satisfaction de leurs aidants.

Il faut donc partir des besoins spécifiques de la personne et y répondre, ne pas mettre l'espoir sous cloche, sinon nous fermons la porte à la demande. Il est inimaginable que des parents d'un jeune de 30 ans s'entendent dire aujourd'hui : « *Trouvez-lui une chambre bien claire et lumineuse dans un foyer d'accueil médicalisé* ». Il faut passer de l'innovation, de l'expérimentation probante, à la généralisation. Cela va demander d'embarquer les acteurs, et les freins sont nombreux. Il faut vraiment les identifier et les contourner.

Hier, Monsieur Valletoux (Président de la FHF) disait : « *Je suis frappé par l'hyper conservatisme des positions, et surtout cette impression que chacun fait l'autruche dans son coin. C'est donc peut-être au pouvoir politique, constatant qu'il ne sort rien de précis des professionnels de santé, des corps et institutions représentatifs, d'être plus ambitieux* ». À l'Unafam, nous sommes aussi parfois atterrés par l'absence de proposition émanant des acteurs. Tout le monde s'accorde sur le fait que le système est en tension, mais il y a une difficulté à définir le modèle que nous voulons porter. Est-ce qu'on veut porter une psychiatrie sécuritaire ? Communautaire ? Est-ce

que la prise en charge doit être tout sanitaire ? Ou doit-elle être partagée avec une pratique de la santé mentale inclusive ?

Rémunérer la qualité impliquerait de mieux définir notre modèle, et de s'assurer que cette qualité est celle attendue par les usagers. Si on ne garde que des indicateurs de qualité pour l'hospitalisation à temps plein, on donne un très mauvais signal. Il faut vraiment définir des indicateurs plus globaux de la prise en charge, et en particulier ceux de la qualité de parcours. Le taux de ré-hospitalisation à 3 mois, à 6 mois, à un an, a beaucoup de sens pour nous. Le taux de perte de vue dans un CMP est un indicateur important. Que devient le patient ? Est-il pris en charge directement par son médecin traitant, ou par un psychiatre libéral ? Non, il est juste perdu de vue. Donc, pour nous, il est important qu'il y ait cette idée d'indicateurs qualité de parcours. En conclusion, il est nécessaire de rendre incontournable l'accroissement de l'efficacité de la politique de santé mentale et de la psychiatrie. Les transformations du sanitaire sont les plus critiques, parce qu'elles vont conditionner lourdement les missions des autres acteurs. Mais il y a réellement une coresponsabilité populationnelle, avec des exigences d'adaptation aux attentes et aux besoins des intéressés. ■

LA GOUVERNANCE TERRITORIALE EN SANTÉ MENTALE : DE L'ASILE DÉPARTEMENTAL AU PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Magali Coldefy

*Chercheuse indépendante, chercheuse associée,
Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)*

Les diapositives de cette présentation sont disponibles sur :
https://www.ces-asso.org/wp-content/uploads/2021/11/Matinee-CES_Coldefy.pdf

Il me paraît important de retracer rapidement l'histoire de la gouvernance territoriale en santé mentale pour tirer les leçons des expériences passées, et les prendre en compte dans les réformes actuelles. On peut observer cette gouvernance dès le XIX^e siècle avec la loi de 1838 sur la prise en charge des aliénés, qui mettait en place un asile par département. C'était une des premières planifications en santé. À l'époque, l'asile était l'acteur unique de la prise en charge des personnes ayant des troubles psychiques, et l'internement constituait la seule modalité de soins et d'accompagnement. Ces établissements vont se retrouver cependant rapidement saturés. La Seconde Guerre Mondiale va marquer la fin de l'ère asilaire avec la surmortalité des patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques du fait de l'isolement social dont ils étaient victimes. Cela a amené à une prise de conscience sur la nécessité de réformer l'institution et a abouti à la mise en place de la politique de sectorisation psychiatrique.

Quand on relit les textes de la circulaire de 1960 sur la sectorisation psychiatrique, on se rend compte que les missions confiées au secteur sont les mêmes que celles qui sont confiées aujourd'hui au projet territorial de santé mentale. Les acteurs en charge de ces missions ont juste été étendus et diversifiés. La sectorisation psychiatrique s'intègre dans le mouvement international de désinstitutionalisation des soins psychiatriques qui vise à passer d'une prise en charge exclusivement hospitalière vers une prise en charge au plus proche du lieu de vie de la personne, à travers le développement des soins ambulatoires. En France, cela s'est inscrit très rapidement sur les territoires à travers la sectorisation, avec l'idée que c'est en agissant dans, et parfois sur, le milieu que se mène le combat contre les maladies mentales.

Ce concept était valable en faisant l'hypothèse qu'il y avait une société accueillante pour toutes ces popula-

tions autrefois hospitalisées, éloignées du regard et qui maintenant allaient vivre dans la société, avec des prises en charge en ambulatoire. Il y avait déjà à l'époque un objectif de coordination globale du parcours de santé depuis la prévention, les soins, jusqu'à la réinsertion, avec une véritable politique de santé publique très novatrice, ainsi que cette idée importante de continuité des soins avec une équipe pluriprofessionnelle, médicale et médico-sociale en charge des soins à la fois ambulatoires et hospitaliers.

Dans la sectorisation psychiatrique, on avait une approche intégrée entre l'hôpital et l'ambulatoire, des modalités de soins plurielles, adaptées aux différentes phases de la maladie. Comme en 1838 et en 2021, on a une politique et une organisation des soins qui restent spécifiques à la santé mentale par rapport aux autres champs de la santé, et les missions globales vont de la prévention à la réinsertion. À l'époque, on avait une politique de santé mentale, et non seulement de psychiatrie, qui était confiée à un acteur unique, le secteur de psychiatrie.

Cela a amené beaucoup de modifications dans les prises en charge. Il y a eu une explosion de l'ambulatoire, une très forte réduction de la durée d'hospitalisation et du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, une croissance très importante de la demande exprimée. Mais différentes études et rapports ont montré à la fois un inachèvement de la politique de sectorisation qui est marquée par de très fortes disparités territoriales, un engagement inégal dans le mouvement de désinstitutionalisation avec des différences dans le développement de l'ambulatoire, des alternatives à l'hospitalisation.

Par rapport à ce qui se fait à l'étranger, on notait une faillite de l'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général et un développement insuffisant des structures et services d'hébergement et d'accompagnement dans la cité, ainsi qu'une faiblesse des actions de prévention et promotion de la santé par rapport aux missions qui étaient confiées au secteur de psychiatrie. Aujourd'hui, dans le parcours de soins des personnes, l'hospitalisation continue d'avoir une place importante, notamment à l'entrée du système.

C'est vrai qu'il y a eu un financement peu incitatif au développement de l'ambulatoire, de l'aller-vers, de la prévention, parce qu'une partie de la dotation globale de financement était liée aux journées d'hospitalisation. Différents plans, rapports et études ont pointé les limites de ce dispositif, ce qui explique le passage du secteur de psychiatrie au projet territorial de santé mentale.

Deux textes assez intéressants pointent vraiment cette évolution. Le plan de psychiatrie et santé mentale 2011-2015 demande au secteur de psychiatrie d'évoluer « d'une approche totale vers une approche globale, en complémentarité et coopération avec tous les acteurs et notamment ceux situés sur le territoire de santé considéré, car le secteur ne peut et ne doit tout faire lui-même. Le secteur c'est d'abord un outil au service du territoire ». Une autre phrase intéressante du rapport de 2009 de la

Commission Couty disait : « même si certains secteurs de psychiatrie se sont attachés à conduire une action englobant tout ou partie des missions qui leur était imparties, il était très ambitieux de confier à une structure intégrée à un établissement de santé, dont le savoir-faire est centré sur le soin, la responsabilité globale de réponses qui relèvent de compétences des différentes collectivités de plusieurs types d'institutions et supposent la maîtrise de technicités diverses ».

Finalement, la loi de Modernisation du système de santé de 2016 avec les projets territoriaux de santé mentale vise à répondre à ces différentes limites mises en avant et à prendre en compte des évolutions en cours. Les constats sur le parcours de santé des personnes sont en partie insatisfaisants, les délais d'accès à une première consultation et au diagnostic sont très importants, la prévalence du taux de suicide est trop élevée, le taux d'inclusion des personnes en situation de handicap psychique reste très inférieur à celui de la population générale. On note aussi une hétérogénéité des pratiques dans les parcours de soins et de vie, avec des recours élevés à l'hospitalisation, des séjours longs, un développement insuffisant des services d'accompagnement et d'insertion, des dispositifs d'aller-vers.

La nouvelle organisation de la politique de santé mentale dans la loi de 2016 vise aussi à prendre en compte les évolutions importantes de la demande. Jusqu'au XX^e siècle, la sectorisation traitait essentiellement des troubles plus sévères, mais il y a eu une augmentation du recours pour des troubles psychiques plus fréquents, pour les troubles du développement, etc. Les demandes de recours vers la psychiatrie ont été plus nombreuses.

Il y a eu une évolution des partenaires sanitaires, la création et le développement des établissements privés à but lucratif, l'installation de la psychiatrie à l'hôpital général, les médecins libéraux qui eux aussi se sont développés dans les années 70, et l'évolution des partenaires sociaux et médico-sociaux avec la reconnaissance du handicap psychique (loi de 2005) ainsi qu'une évolution des outils thérapeutiques et d'accompagnement.

La loi de Modernisation du système de la santé à travers le projet territorial de santé mentale vise vraiment à repositionner les responsabilités des différents acteurs et à développer une approche globale et coordonnée, en complémentarité avec tous les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale. Le texte liste tous ceux qui doivent intervenir dans le projet territorial de santé mentale, que ce soient des acteurs sanitaires, de la prévention, du logement, de l'hébergement, de l'insertion, des collectivités locales, et bien sûr les usagers et les familles.

La Loi de Modernisation 2016 va aussi clarifier les concepts et les missions. Elle va bien distinguer ce qu'est la politique de santé mentale (la prévention, le diagnostic, les soins, la réadaptation, la réinsertion sociale) en disant que cette politique est mise en œuvre par des acteurs diversifiés, et pas uniquement par la psychiatrie de sec-

teur. D'ailleurs, il est précisé que la mission psychiatrique de secteur concourt à la politique de santé mentale et limite son périmètre aux soins de proximité, à l'accessibilité territoriale et financière, à la continuité des soins. Le texte législatif insiste également sur la coopération avec les autres acteurs du territoire pour mener ses missions.

Si on regarde ce qu'il en est aujourd'hui, la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale dans les territoires est encore en cours. Ils ne sont pas arrêtés dans l'ensemble des départements français, et c'est vrai que cette mise en œuvre pose toujours quelques questions. Initialement, il y a eu celle de l'échelle territoriale. Le département a été majoritairement choisi à la fois par les liens qu'entretient la psychiatrie avec le secteur médico-social, pour la question de soins sans consentement, ainsi que l'articulation avec les territoires de démocratie sanitaire.

La question de l'élaboration par les acteurs et le rôle des ARS s'est aussi posée. Dans le texte, les projets territoriaux de santé mentale doivent être initiés et élaborés par les acteurs du territoire. Les acteurs qui sont impliqués dans la politique de santé mentale n'ont pas les mêmes capacités, les mêmes compétences, ni la même expérience dans cette élaboration de politiques territoriales. Dans de nombreux départements, la psychiatrie et la psychiatrie publique ont pris en charge l'animation, l'organisation et l'élaboration de ces projets. Il y a souvent eu une coanimation établissements de santé /secteur médico-social, avec une implication plus ou moins importante des représentants d'usagers et de famille.

Mais de mon point de vue, les projets territoriaux de santé mentale sont un processus, une sorte de première version, ils ne sont pas figés. Avec le temps, il va falloir voir comment chacun a appris à se connaître pendant ces premiers projets territoriaux de santé mentale, et comment les paroles des uns et des autres vont pouvoir peser autant dans l'élaboration du projet. Le but est d'arriver à des projets territoriaux de santé mentale, et non pas seulement de psychiatrie.

La question de l'articulation avec les autres dispositifs prévus par la loi se pose aussi : les groupements hospitaliers de territoire, les plateformes territoriales d'appui (qui ont changé de nom depuis), les territoires de démocratie sanitaire et les conseils territoriaux de santé, les commissions de santé mentale, les CLSM, les communautés professionnelles territoriales de santé... Là encore, le PTSM faisait l'objet d'un traitement spécifique des autres champs de la santé au sein de la loi de Modernisation de 2016, parce qu'il y avait les diagnostics territoriaux de santé qui devaient être faits, mais il y avait des diagnostics territoriaux partagés en santé mentale qui devaient être faits dans le cadre de la santé mentale.

On peut noter la difficulté à intégrer les acteurs du premier recours. Dans la première table ronde, on a vu l'importance du premier recours et tout ce qui est fait en ce moment pour faciliter l'accès à ces soins. En revanche,

dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, il n'a pas été si évident d'inviter les acteurs du premier recours à y participer.

Avec les PTSM, on peut d'ores et déjà constater l'intérêt des diagnostics territoriaux partagés, l'interconnaissance, la possibilité de rencontrer tout le monde, de faire une évaluation partagée de la situation d'un territoire, des besoins qui n'étaient pas satisfaits, et des réponses à y apporter. Suite aux différents retours que j'ai pu avoir, je crois que cette démarche a été extrêmement importante.

Elle a permis de déplacer un peu la psychiatrie vers la santé mentale, puisque nombre d'actions que les projets ont mis en avant ne relèvent pas du strict champ sanitaire ou psychiatrique. On voit l'intérêt de mettre toutes les parties prenantes autour de la table et de penser globalement la santé mentale, et non seulement la psychiatrie, à l'échelle d'un territoire. Grâce à cela, la prévention, la promotion et l'information en santé mentale, et les réponses à apporter en termes d'accompagnement à la vie sociale et citoyenne, ont été davantage travaillées, et pointées comme des engagements et des actions à améliorer sur les territoires.

À ce jour, un bilan des projets territoriaux de santé mentale montre qu'il y a une grande hétérogénéité entre les projets, avec des diagnostics et des projets qui sont parfois encore trop sanitario-centrés, trop psychiatrico-centrés, et insuffisamment articulés aux autres composantes d'une politique de santé mentale plus globale. Je pense que, dans les textes, les PTSM pourraient amener à une meilleure couverture des besoins des personnes et des proches en termes d'accompagnement, de soutien dans la communauté et d'inclusion citoyenne. Ils permettraient d'achever le mouvement de désinstitutionalisation par la participation de l'ensemble des parties prenantes à l'élaboration d'une politique de santé mentale territorialisée. Dans les quelques PTSM que j'ai pu parcourir, on voit que lorsqu'il y a une véritable implication des usagers et des proches dans son élaboration, les thématiques d'action à prioriser ne sont pas les mêmes. Il est donc important d'associer l'ensemble des parties prenantes, et particulièrement les usagers et les proches, dans l'élaboration de la politique de santé mentale.

Pour terminer, voici une question en miroir : faut-il penser seul le financement de la psychiatrie au sein des établissements de santé, ou penser un financement global de la politique de santé mentale au sein des territoires ? En effet, l'activité d'un établissement est liée à la fois aux ressources et aux parcours de santé des personnes sur l'ensemble du territoire. Donc, c'est très bien de travailler le financement des établissements de santé plus précisément, mais à terme, il faudrait pouvoir rêver à un financement intégré d'une politique territorialisée de santé mentale.

Comme l'a présenté Emily Hewlett avec le rapport de l'OCDE, l'OMS rappelle que l'accent mis sur des modèles de soins curatifs indépendants « en vases clos » en milieu

hospitalier, axés sur des maladies particulières, réduit la capacité des systèmes de santé à fournir des soins universels, équitables, de haute qualité, et qu'il est possible de financer durablement. Pour financer durablement le système de santé mentale, l'OCDE appelle à investir dans la santé mentale et la qualité des soins pour réduire les

coûts sociaux et économiques. Ce sont des coûts en partie évitables par l'amélioration de la prévention et la prise en charge d'un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi. Beaucoup de leviers ne relèvent pas uniquement du secteur sanitaire *stricto sensu*. ■

TABLE RONDE 2 : PROCÈS-VERBAL DES QUESTIONS/RÉPONSES

Modérateur : Julien Mousquès

Directeur de recherche,

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Question : *Question relative à la pénalisation éventuelle d'établissements localisés dans des territoires plus ruraux avec une base populationnelle moindre, et qui seraient défavorisés par cette réforme, alors qu'ils ont une attractivité qui va au-delà de leur territoire de chalandise proche. Question sur le contenu un peu plus précis des indicateurs de qualité.*

Arnaud JOAN-GRANGE : Sur la question des établissements ruraux, non ils ne sont pas défavorisés *a priori*. Dans le modèle, l'une des subtilités de la mise en place d'une dotation populationnelle est la relative liberté conférée à chaque région d'« ajouter des indicateurs ». Et *a fortiori*, les régions, dans lesquelles il y aurait des départements et des établissements, pour lesquels cette problématique, qui est quand même connue et qui peut exister dans plusieurs régions, pourront intégrer les éléments d'indicateurs spécifiques aux régions.

Sur les indicateurs qualité, à date, les premiers indicateurs pris en compte dans l'FAQ Psy ne sont pas tota-

lement arrêtés. Des indicateurs fondés sur les dossiers médicaux, et des indicateurs dits médico-administratifs, plus automatisés, sont envisagés.

Question : *Quel est le pas suivant pour avancer dans la bonne direction ? Le nombre de chantiers est tellement colossal qu'on se demande par où prendre les politiques, et quel est le pas suivant vraiment vital à mettre en premier ?*

Marie-Jeanne RICHARD : Peut-être qu'une agence nationale santé mentale et psychiatrie est le pas suivant. Les Assises ont permis à d'autres ministères de s'intéresser à la santé mentale et à la psychiatrie, mais nous voyons qu'il y a beaucoup de freins. De ce fait, est ce qu'il ne faut pas créer une agence nationale sur le modèle de l'INCa avec des budgets dédiés, une agence qui intègre à la fois la recherche, le sanitaire, le social, et le médico-social ? C'est une suggestion qui dépasse le financement de la psychiatrie. ■