

Cahiers français

#Politiques publiques

La diplomatie culturelle française est-elle dépassée ?

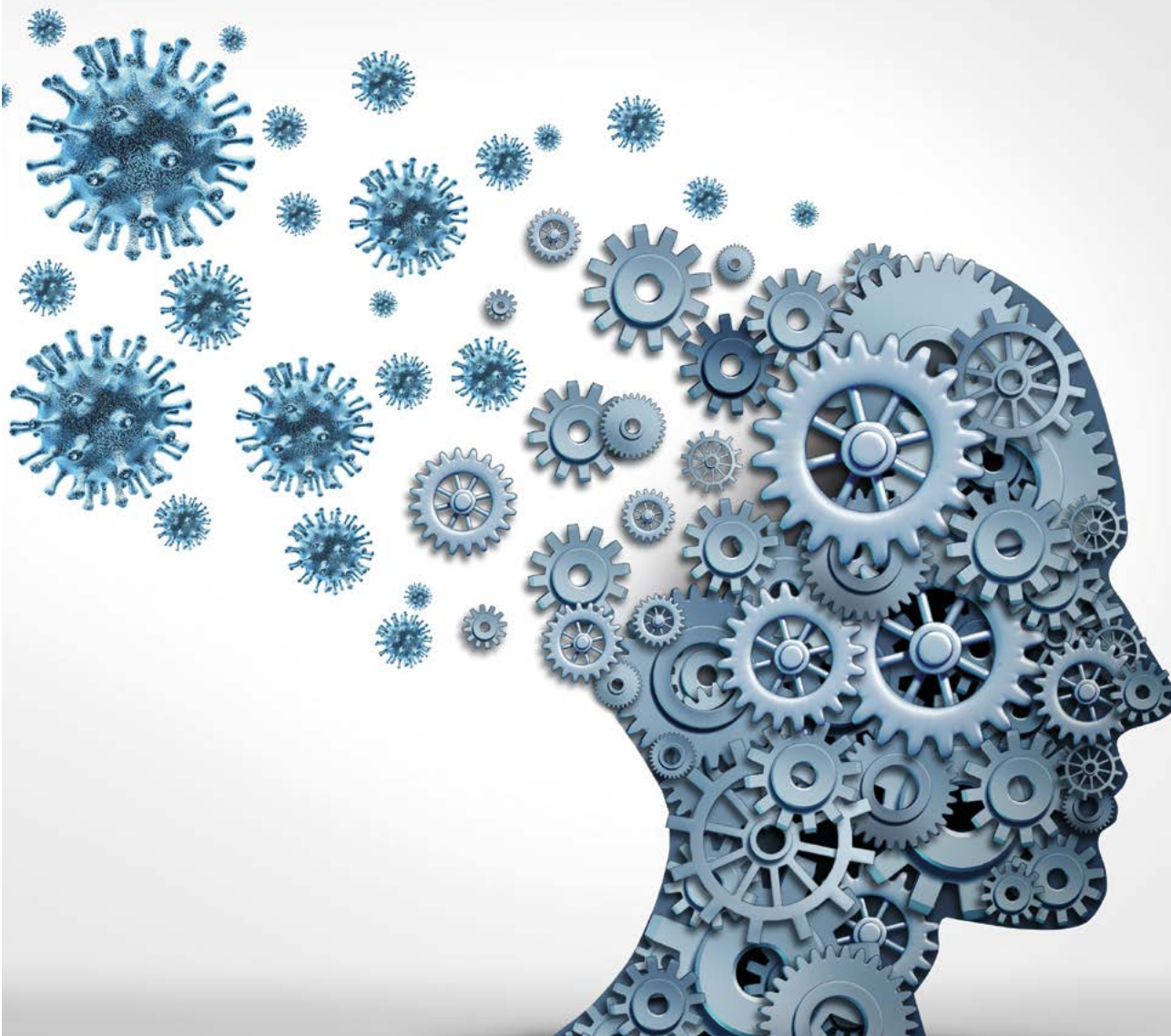
#En débat

Comment désengorger les prisons ?

**#C'était en...
mars 1962**

La signature des accords d'Évian

La santé mentale



#Sommaire

05

#Politiques publiques

La diplomatie culturelle française est-elle dépassée?

Pierre Buhler



LUDVIG14/CC BY-SA 4.0

© MIZKIT - STOCKADOBÉ.COM



15 #Dossier La santé mentale

16/ Santé mentale et société

Alain Ehrenberg

26/ Politiques publiques et organisation de la prise en charge de la santé mentale en France

Magali Coldefy et Coralie Gandré

38/ Politiques de psychiatrie et de santé mentale de l'après-guerre à nos jours

Lise Demailly

48/ La santé mentale des populations vulnérables

Nicolas Chambon

58/ La dépression, un problème majeur de santé publique

Xavier Briffault

68/ Les addictions : pathologie de notre époque?

Marie Jauffret-Roustide

78/ Comment généraliser la prévention des troubles en santé mentale?

Enguerrand du Roscoät

92

#Les plus de la rédaction

92 / Ce qu'il faut retenir

93 / Les chiffres clés

94 / Les mots du dossier

95 / Le dossier en dessins

96 / Les dates clés

97 / Pour en savoir plus

99 #En débat

Comment désengorger les prisons ?

Dominique Simonnot et Jean-Paul Céré



© ANNE-CHRISTINE POUJOLAT/AFP

111 #Le point sur

Quel est le rôle du CSA dans la campagne présidentielle ?

Nathalie Sonnac



© LAURENCE GEA/SIPA

115 #C'était en... mars 1962

La signature des accords d'Évian

Guy Pervillé



© AFP



→ Retrouvez l'univers Cahiers français sur www.vie-publique.fr/cahiers-francais

→ Les fiches au format mobile

Politiques publiques et organisation de la prise en charge de la santé mentale en France

Magali Coldefy

Docteure en géographie, chercheuse associée à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Coralie Gandré

Docteure en santé publique et pharmacie, chargée de recherche à l'Irdes

Depuis le XIX^e siècle, la prise en charge de la santé mentale en France est régie par des politiques publiques dédiées. Celles-ci n'ont cessé d'évoluer au cours du temps, soutenant des soins hors du milieu de vie des personnes puis au plus près de celui-ci, se centrant sur un acteur unique avant de s'ouvrir à des intervenants diversifiés.

Le champ de la santé mentale est caractérisé par de nombreuses spécificités, et notamment le poids du fardeau épidémiologique et économique résultant des troubles psychiques. Si leur prévalence reste difficile à caractériser à l'échelle nationale, notamment du fait de l'importance du non-recours aux soins et de la difficulté à poser un diagnostic, en 2019, on estime que plus de 8 millions d'individus ont bénéficié d'une prise en charge spécialisée pour un trouble psychique diagnostiqué ou d'un traitement psychotrope. De ce fait, les dépenses liées

sont particulièrement élevées et elles constituent l'un des principaux postes de dépense de l'assurance maladie, qui s'élève à 23 milliards d'euros annuels, soit 14 % des dépenses totales remboursées (Caisse nationale d'assurance maladie, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'assurance maladie », rapports pour 2021 et 2022). Cela représente la part la plus élevée des pays développés (OCDE, *A New Benchmark for Mental Health Systems: Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health*, 2021). Dans ces pays, il est estimé que le fardeau économique total des troubles



André Brouillet
(1857-1914), *Une
leçon clinique à
la Salpêtrière,
1887, Université
Paris-Descartes*

ANDRE BROUILLET/
PUBLIC DOMAIN/VIA
WIKIPEDIA COMMONS

psychiques représente environ 4% du produit intérieur brut lorsque sont également considérés les coûts additionnels relatifs aux prises en charge médico-sociales, à la perte de productivité et à la réduction de la qualité de vie (*ibid.*). Néanmoins, les conséquences de ces troubles ne se limitent pas à leur impact direct car ils sont également à l'origine de fortes répercussions sur la santé somatique. Une étude récente montre une diminution de l'espérance de vie atteignant en moyenne seize ans chez les hommes et treize ans chez les femmes suivis pour un trouble psychique, ainsi que des taux de mortalité systématiquement supérieurs à ceux de la population générale, particulièrement marqués pour la mortalité prématurée, et ce quelle que soit la cause de décès (Magali Coldefy et Coralie Gandré, « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et

une mortalité prématurée quadruplée », *Questions d'économie de la santé*, n° 237, septembre 2018).

Les troubles psychiques se caractérisent également par leur grande diversité. Ils s'étendent de troubles légers à modérés et fréquents (troubles anxieux et dépressifs, abus de substances) à des troubles plus sévères à la prévalence plus faible mais mobilisant plus de soins et d'accompagnement (troubles schizophréniques, bipolaires et dépressifs sévères). Ils affectent à des degrés divers les différents aspects de la vie personnelle et sociale, tant de la personne concernée que de son entourage. Dans ce contexte, les réponses à apporter englobent non seulement le traitement des symptômes, mais aussi la réduction des conséquences fonctionnelles et sociales des troubles ; elles vont donc être très variées et faire appel à une grande pluralité d'acteurs et d'organisations.

Ces spécificités combinées à d'autres caractéristiques propres au champ de la santé mentale (tels le caractère souvent durable et évolutif des troubles, la stigmatisation couramment associée qui peut retarder la prise en charge ou le consentement aux soins pouvant être rendu difficile par les conséquences des troubles) ont été à l'origine d'une politique, d'une organisation et d'une législation, spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire, et façonnées depuis le XIX^e siècle. Malgré des tentatives de rapprochement, l'organisation des soins en psychiatrie diffère aujourd'hui de celle des autres champs de la médecine, avec des établissements spécialisés distincts des hôpitaux généraux, ainsi qu'une planification, des instances de décision et de représentation et un financement spécifiques. Néanmoins, la politique de santé mentale en France n'est pas restée figée et a évolué en fonction des connaissances, des besoins, du périmètre à couvrir et de l'émergence de nouveaux acteurs. Ce texte propose de décrire la politique de santé mentale, à partir d'un retour sur la naissance de la discipline psychiatrique au XIX^e siècle, afin de mieux comprendre ses enjeux et ses contours actuels ainsi que les défis auxquels elle continue de faire face.

Au XIX^e siècle, l'asile comme première réponse sanitaire proposée aux personnes vivant avec un trouble psychique

La loi du 30 juin 1838 organisant la prise en charge des « aliénés » apparaît comme la première réponse sanitaire proposée aux personnes vivant avec un trouble psychique, qui étaient jusqu'alors placées en prison ou dans des institutions pour les indigents dans des conditions souvent déplorables. Ce texte législatif impose la création d'un asile (établissement public spécialement

“

La politique de santé mentale en France n'est pas restée figée et a évolué en fonction des connaissances

destiné à recevoir et à soigner les « aliénés ») par département, ou la signature d'une convention avec un autre département, représentant ainsi l'une des premières planifications territoriales dans le domaine de la santé. C'est du fait de cette loi qu'ont été créés la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France. La prise en charge des troubles psychiques repose alors sur un acteur et sur une modalité de prise en charge uniques : l'asile et l'internement. Il s'agissait, dans la conception des médecins de l'époque, d'isoler, de protéger, de mettre le malade à l'écart du reste de la société en le séparant des lieux, des objets, des personnes, des circonstances dont se formaient ses relations habituelles. Ainsi, les établissements spécialisés se multiplient jusqu'au début du XX^e siècle, mais se trouvent rapidement saturés, ce qui conduit à renoncer de fait aux ambitions thérapeutiques de départ et à cantonner les asiles à un rôle de gardiennage.

La Seconde Guerre mondiale marque la fin de l'ère asilaire en révélant l'ampleur de la crise qui affecte la psychiatrie, avec notamment une surmortalité importante des personnes hospitalisées, principalement du fait de la malnutrition et de l'isolement social dont les malades étaient victimes. Cela entraîne une prise de conscience de la nécessité de réformer l'institution qui, combinée aux découvertes médicamenteuses des années 1950, favorise la sortie d'un grand nombre de patients de l'hôpital.

Le secteur psychiatrique : inscrire la personne dans son environnement

La politique de sectorisation psychiatrique, mise en place par la circulaire du 15 mars 1960, marque une rupture avec le système asilaire et entraîne une profonde transformation du système de soins psychiatriques. Cette politique vise à mettre en place une coordination globale du parcours de santé mentale pour la population d'un territoire donné, depuis la prévention et les soins jusqu'à la réinsertion, fondée sur les principes de continuité et de proximité, en s'appuyant sur les ressources du territoire. Elle s'appuie ainsi sur l'engagement d'une équipe pluriprofessionnelle médicale et paramédicale, rattachée à un établissement hospitalier, à assumer une responsabilité géo-populationnelle, réaffirmant la forte dimension territoriale de la politique de prise en charge des troubles psychiques. Le secteur psychiatrique, en privilégiant une approche populationnelle et intégrée (entre prise en charge hospitalière et ambulatoire), apparaît comme un dispositif original et novateur.

Ainsi, la politique de sectorisation est, en France, la traduction du mouvement international de désinstitutionalisation des soins psychiatriques, soit le passage d'une prise en charge exclusivement hospitalière à une prise en charge au plus proche du lieu de vie de la personne, permettant son maintien dans la société, en favorisant le développement des prises en charge ambulatoires. Ce mouvement de désinstitutionalisation a pris des formes différentes selon les pays (notamment en termes d'ampleur de la réduction du nombre de lits hospitaliers et de nature des services implantés dans la communauté), et reste en partie inachevé. Au Royaume-Uni comme en Italie, il s'est traduit par une fermeture des

hôpitaux psychiatriques et le développement de nombreuses structures d'hébergement non hospitalières, proposant un soutien plus ou moins intensif dans la communauté, à la différence de la France et de l'Allemagne, qui connaissent une simple réduction et restructuration des services.

En France, la politique de secteur ne s'est pas prononcée contre l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie, mais pour son intégration dans un arsenal thérapeutique plus diversifié, les hospitalisations et leurs alternatives faisant alors partie d'un système de prise en charge unifié. Jugés nécessaires, les services hospitaliers ne sont pas supprimés mais connaissent une réduction drastique. Le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein a été réduit de moitié depuis les années 1980 pour atteindre 54 000 lits en 2020. La même année, plus de 2 millions de personnes ont été suivies en psychiatrie en établissement de santé : moins de 15 % ont été hospitalisées à temps plein et 77 % ont été suivies exclusivement en ambulatoire (« Statistique annuelle des établissements de santé », Drees, 2020). Au regard de celle

Centre médico-psychologique/
Centre d'accueil
thérapeutique
à temps partiel
(Marseille) : séance de
relaxation pour une
patiente atteinte de
schizophrénie

© IAN HANNING/REA



des voisins européens, la situation française présente un retard en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, qui n'a débuté que dans les années 1980. L'objectif est de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques, qui affecte les personnes, les professionnels et les structures de prise en charge. Néanmoins, en 2020, les deux tiers des lits de psychiatrie se situent toujours dans des établissements spécialisés. Cette part s'élève à 75 %, en comprenant les lits des cliniques privées (*ibid.*). Le retard français est également perceptible en matière de développement des structures d'hébergement et de services d'accompagnement à la vie quotidienne des personnes vivant avec un trouble psychique. Ainsi les services de soutien d'intensité variable et de suivi intensif dans le milieu, type « Assertive Community Treatment », les dispositifs de soutien à l'emploi tels que le programme Individual Placement and Support (IPS), mis en œuvre notamment au Canada, sont peu déployés en France. Leur prise en charge a longtemps été gérée essentiellement par le secteur de psychiatrie, avec une vision sanitaire et souvent « totalisante » de ses missions. Pour Édouard Couty (« Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie », rapport, 2009), « 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 de différentes collectivités, de plusieurs types d'institutions et supposent la maîtrise de technicités diverses ». Le secteur de la psychiatrie est ainsi appelé à 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 » (Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015).

Les années 2000 voient fleurir les plans et les rapports sur la santé mentale, pointant les limites de la politique de sectorisation et de la prise en charge des troubles psychiques : articulation insuffisante avec les autres acteurs du champ sanitaire, médico-social et social (médecine de ville, établissements de santé privés, services d'accompagnement à la

“

Le retard français est perceptible en matière de développement des structures d'hébergement et de services d'accompagnement

vie quotidienne), ruptures dans les parcours de santé et de vie des personnes, prise en compte insuffisante également des attentes des patients et de leurs proches. Ces différents constats, associés à une évolution des besoins de soins de santé mentale (croissance forte de la demande exprimée à moyens humains relativement constants dans les structures de prises en charge), vont conduire à de nouvelles évolutions de la politique de santé mentale.

Un nouveau paradigme, de la psychiatrie vers la santé mentale

Dans la suite des critiques émergeant sur la politique de sectorisation en France, les années 2000 sont marquées par un changement de paradigme étendant le champ de la psychiatrie à celui de la santé mentale par l'intégration

des différents secteurs de prise en charge. La reconnaissance du handicap psychique en 2005 (loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées) en représente une des premières illustrations législatives majeures en étendant la prise en charge vers le secteur médico-social et social en reconnaissant le droit des personnes vivant avec de tels troubles à accéder aux différents registres de la citoyenneté (accès à l'emploi, au logement, aux droits, aux loisirs, à la culture, à la formation...).

Ainsi, depuis la mise en place de la sectorisation psychiatrique, de nouveaux acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale sont apparus : médecine libérale et offre de soins spécialisés privée, structures et services d'accompagnements médico-sociaux (dont le nombre augmente à la suite de la loi de 2005 reconnaissant le handicap psychique), groupes de soutien animés par les usagers... Le secteur n'est plus le seul opérateur sur le territoire et doit coopérer avec ses nouveaux partenaires. La nécessité d'intégrer les différents secteurs de prise en charge est réaffirmée par la loi de modernisation du système de santé de 2016 qui redéfinit les missions de la psychiatrie de secteur ainsi que la politique territoriale de santé mentale. La nouvelle organisation proposée, qui repose sur la création de projets territoriaux de santé mentale (PTSM), vise à repositionner les responsabilités des différents acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale (acteurs sanitaires, de la prévention, du logement, de l'insertion, des collectivités locales, usagers et leurs proches – ces derniers étant enfin identifiés comme des parties prenantes de la politique de santé mentale) et à développer une approche globale coordonnée entre eux. La politique de santé mentale ne repose désormais plus sur le seul secteur de la psychiatrie,



les missions qui lui étaient propres sont partagées avec les autres acteurs et les siennes sont recentrées sur les soins ambulatoires de proximité, l'accessibilité territoriale et financière et la continuité des soins.

Globalement, la politique de santé mentale, branche de la santé publique, devient progressivement distincte de l'organisation de la psychiatrie. Elle s'étend à une population élargie incluant les personnes vivant avec des troubles psychiques fréquents et moins sévères, qui n'ont pas nécessairement besoin d'une prise en charge psychiatrique importante, ou des populations sur lesquelles doivent être concentrés les efforts de prévention (notamment les personnes âgées ou précaires).

Les actions des maisons médicales, équipes pluridisciplinaires, visent à une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physiques, mais aussi psychiques et sociales

FRANCOIS GOGLINS/CC BY-SA 4.0

La pandémie de Covid-19 révèle les fragilités persistantes du système de santé mentale

À l'aube des années 2020, la stratégie nationale de santé soutient – dans le cadre d'une feuille de route dédiée – de grandes orientations pour la politique de santé mentale en France incluant le développement des compétences psycho-sociales de la population ; une offre de prise en charge qui se déplace vers le lieu de vie des personnes (« l'aller vers ») ; le renforcement des pratiques de pair-aidance, qui correspondent à un soutien ou une médiation apportés par des usagers ou d'ex-usagers de la psychiatrie au sein de dispositifs de prise en charge classiques ou d'associations

gérées par les usagers eux-mêmes (groupes d'entraide mutuelle) ; et des objectifs de rétablissement et d'empowerment qui visent, en plus de la stabilisation des troubles, à promouvoir les capacités des personnes et leur accès à une vie active et sociale.

Malgré cette volonté politique et ces ambitions affichées, les effets psychiques de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 et des mesures de restriction des déplacements lui étant consécutives ont révélé des insuffisances persistantes de la politique de santé mentale française : sous-investissement dans la promotion et la prévention de la santé mentale, saturation de l'offre de soins et de services, absence de lisibilité et de gradation des dispositifs de prise en charge existants...

ZoOm

La galaxie des professionnels de santé mentale

Psychologue, psychiatre, thérapeute... Les professions en lien avec la santé mentale sont nombreuses et les domaines d'expertise de chacun parfois difficiles à cerner. Parmi les professions réglementées, le **psychiatre** est un médecin, il peut effectuer un diagnostic, prescrire des soins, réaliser des certificats médicaux. Le **psychologue** n'est pas médecin, mais titulaire d'un diplôme en psychologie. Il ne prescrit pas de soins mais propose les psychothérapies dans lesquelles il est compétent. Le **psychanalyste**, quant à lui, est un thérapeute utilisant la méthode psychanalytique établie par Sigmund Freud et reposant sur l'exploration de l'inconscient. Les **cadres de santé, infirmiers, assistants de service social et éducateurs spécialisés** qu'un patient peut rencontrer lors de son parcours de soins sont titulaires également

d'un diplôme d'État. C'est aussi le cas du **psychomotricien** qui est spécialisé dans la gestion du mouvement et du corps, et de l'**ergothérapeute** qui aide le patient à effectuer des soins, à se déplacer et à communiquer. Certaines professions ne font pas l'objet d'un diplôme d'État mais sont réglementées par l'enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles. Parmi elles, l'**art thérapeute** (dont la pratique centrée sur l'art et la créativité des personnes peut s'inscrire dans le cadre d'un parcours de soins). Le **psychothérapeute** qui s'enregistre, quant à lui, sur le registre national des psychothérapeutes peut être psychiatre, médecin non psychiatre, psychologue ou encore psychanalyste. Le site d'information Psycom, organisme national d'information sur la santé mentale, propose une brochure et une page d'information, « Les professionnels de la santé mentale », qui recense de nombreuses professions.

Cahiers français

Cette prise de conscience a conduit à la tenue inédite d'Assises de la santé mentale et de la psychiatrie à la fin de l'année 2021, faisant suite au lancement d'une grande consultation nationale. À l'issue de ces Assises, un ensemble de mesures ont été annoncées par le président de la République pour la future politique de santé mentale. Cette politique s'inscrit désormais dans des dynamiques interministérielles, en lien avec une prise de conscience qu'elle ne doit plus être la seule responsabilité du ministère en charge de la santé, puisque la santé mentale a un impact sur toutes les dimensions de la vie et que ses déterminants sont multifactoriels. Les mesures annoncées, porteuses d'espoir pour l'avenir, bien qu'encore timides, s'orientent autour de trois axes principaux : une meilleure information et une meilleure prévention, une organisation des soins facilitant le premier recours et l'aller vers (notamment par le remboursement des consultations de psychologues libéraux et le développement d'équipes mobiles) et un plus grand investissement dans la recherche.

Conclusion

La politique de santé mentale en France a été en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales à de nombreux égards (ancrage territorial et responsabilité géo-populationnelle, développement précoce des prises en charge ambulatoires et de l'aller vers en remplacement de l'hospitalisation, approche globale de la santé allant de la prévention à l'inclusion sociale, émergence de la pair-aidance...). Son évolution a été marquée par les crises auxquelles a été confrontée la société (Seconde Guerre mondiale, pandémie de Covid-19...). Néanmoins, la persistance d'une législation spécifique à la santé mentale a pu contribuer à limiter le développement d'approches intégrées et multisectorielles pour la

prévention et la prise en charge des troubles psychiques, approches pourtant largement soutenues par les recommandations internationales récentes qui s'appuient sur la preuve scientifique de leur efficacité (*Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, OMS, 2013). Enfin, l'engagement des usagers et de leurs proches dans le projet thérapeutique et l'élaboration de la politique de santé mentale – à travers notamment les concepts de rétablissement, d'*empowerment* ou d'approche centrée sur les personnes mis en œuvre avec succès dans les pays anglo-saxons – demeure embryonnaire en France et continue de requérir des politiques les soutenant plus largement. #

Pour aller plus loin

Cour des comptes, «Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie», rapport, février 2021. Rapport disponible sur le site viepublique.fr.

Magali Coldefy, «L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences», *Questions d'économie de la santé*, n°180, octobre 2012.

Magali Coldefy, «L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée», *La Santé de l'homme*, n° 413, mai 2011.

Magali Coldefy et Coralie Gandré (dir.), *Atlas de la santé mentale en France*, Irdes, 2020.

