

INSTITUT
MONTAIGNE



25 propositions pour sortir la psychiatrie de l'état d'urgence

NOTE - SEPTEMBRE 2018

PROPOSITIONS

Proposition 1

Mettre en place un opérateur pour définir et piloter une vision stratégique de la psychiatrie et de la santé mentale

L'époque n'est plus à la création d'agences, les pouvoirs publics n'y sont plus favorables arguant que la spécialisation de leurs missions, leurs statuts juridiques très différents et leur autonomie de gestion vis-à-vis des tutelles, n'est, ni forcément gage d'efficacité et d'économie, ni de cohérence d'ensemble de l'action de l'État.

Cette constatation est quelque peu nuancée par un rapport du Conseil d'État¹ qui souligne, en 2012, que, « si les agences ont pu être sévèrement critiquées, il est apparu au contraire qu'elles avaient pleinement leur place dans le dispositif de réformes de l'État et le bon accomplissement des missions publiques. Elles mobilisent des compétences et une expertise, en même temps qu'elles peuvent apporter cohérence, souplesse et fonctionnalités dans la conduite d'actions qui seraient pénalisées par une organisation traditionnelle ». L'action de l'INCa dans le domaine du cancer a notamment été décisive pour apporter une impulsion déterminante, coordonner les efforts et améliorer de façon notable la qualité des soins.

Le terme « agence » est également celui que choisit d'utiliser l'IGAS² dans l'une de ses récentes propositions visant à développer la recherche, en recommandant la « création d'une agence de santé mentale ». Nous prenons ici le parti de ne pas évoquer le terme d'agence et parlerons d'« opérateur ».

Placé sous la tutelle conjointe des ministères des Solidarités et de la Santé, de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, l'opérateur de la psychiatrie et de la santé mentale rassemblera, au sein de son comité de pilotage, des représentants des soignants, des associations de patients et de proches, de l'Assurance maladie, des organismes de recherche, des fédérations hospitalières, ainsi que des acteurs des secteurs social et médico-social.

¹ Conseil d'État, *Les agences : une nouvelle gestion publique*, 2012.

² A. Lopez, G. Turan-Pelletier, Inspection générale des affaires sociales, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, novembre 2017,

Doté de moyens propres et d'une personnalité morale, cet opérateur inspiré de l'INCa (dont le budget annuel est d'environ 87 millions d'euros³) sera le guichet unique de la politique nationale de la psychiatrie et le fer de lance de la vision globale de la discipline. Il articulera les structures existantes et garantira la mise en œuvre et l'évaluation de grands axes stratégiques, à savoir, la prévention et la détection précoce des troubles psychiatriques, les soins, la recherche, la formation et les actions de déstigmatisation de ces maladies.

En collaboration avec la HAS et les ARS, ce nouvel opérateur aura pour principales missions :

- d'orchestrer une stratégie nationale de prévention et de déstigmatisation ;
- de produire et diffuser des référentiels communs de pratiques cliniques ;
- de créer des indicateurs d'évaluation et des labels ;
- de favoriser l'appropriation des connaissances et des bonnes pratiques par les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social ;
- de fluidifier la transition entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte ;
- de créer des outils répertoriant par territoire les acteurs et ressources disponibles ;
- de favoriser une psychiatrie bâtie sur l'*empowerment* des patients et de leurs aidants ;
- de suivre et évaluer les performances de l'ensemble des mesures prises.

En collaboration avec les organismes de recherche, les universités et les ministères de la Santé et de la Recherche, l'opérateur de la psychiatrie lancera des appels d'offres dédiés sur des grands enjeux prioritaires de la recherche qu'il définira chaque année.

Cet opérateur sera également chargé de définir, en collaboration avec les ARS, le cahier des charges, la labélisation et l'évaluation des centres d'excellence spécialisés. Ces centres d'excellence, fonctionnant dans le cadre de réseaux de diagnostic, de formation et de recherche, contribueront à la production de données épidémiologiques et médico-économiques, sur lesquelles s'appuieront des projets de recherche innovants. Les objectifs de ces derniers seront de comprendre les mécanismes physiopathologiques qui sous-tendent les troubles psychiatriques majeurs, d'améliorer les outils diagnostiques et de découvrir de nouvelles voies thérapeutiques.

³ « Budget », site internet de l'Institut national du cancer, consulté le 2 juillet 2018.

L'investissement engagé par la création de cet opérateur s'appréciera dans une perspective de moyen et long termes : compte tenu des coûts exorbitants de la psychiatrie aujourd'hui pour l'Assurance maladie et des coûts indirects pour le pays, ce nouvel organisme de pilotage aura également pour objectif de contribuer à la maîtrise de ces coûts en proposant des expérimentations de nouveaux modes de tarification.

AXE 1 : INFORMER ET DESTIGMATISER

Briser les préjugés et donner accès à une information de qualité sur les maladies, leurs symptômes, les acteurs de la prise en charge et de l'accompagnement afin de faciliter la prévention

Proposition 2

Construire un portail web national interactif et accessible à tous

Ce portail interactif piloté par le nouvel opérateur de la psychiatrie, en lien avec les sites web des différentes ARS, pourra bénéficier de l'expérience et du travail de structures qui se sont déjà attelées à cartographier et décrire les ressources à disposition des patients au plus près de leurs lieux de vie.

Il aura pour objectifs :

- d'offrir une information pédagogique et de qualité sur les maladies psychiatriques, les signes d'alerte et leur prise en charge ;
- d'éclairer sur le rôle des différents acteurs dans le champ de la santé mentale ;
- de proposer une cartographie des offres accessibles sur un territoire donné.

Sources d'inspiration

Plusieurs sources documentaires accessibles par internet existent déjà : on peut citer comme initiative française le Psycom⁴, les Centres de ressources sur les handicaps psychiques (Crehpsy) ou Fil Santé Jeune.. Les exemples étrangers sont également riches d'enseignements, comme *Headspace*, *Reach Out*, *Mind* ou encore *Rethink Mental Illness*.

⁴ « Où s'adresser ? », Site internet du Psycom consulté le 25 janvier 2018.

Proposition 3

Mener des campagnes d'information grand public pour changer le regard de l'opinion publique et lutter contre la stigmatisation

Sources d'inspiration

La campagne *Heads Together* menée par la famille royale britannique mettant l'accent sur la déstigmatisation et ciblant les enfants, les adolescents, les jeunes adultes et leurs parents pour leur apprendre à repérer, en toute autonomie, des signes qui doivent amener à consulter.

Mesure 1 : Élaborer et diffuser des campagnes d'information ciblées à destination des 15-25 ans

Au regard de l'âge de survenue des troubles psychiatriques, le public jeune constitue une cible de choix pour améliorer l'identification des signes de mal-être et l'accès aux soins. En collaboration avec le ministère de l'Éducation et le ministère de la Recherche et de l'Enseignement supérieur et Santé Publique France, l'opérateur de la psychiatrie sera chargé de coordonner la diffusion d'informations (symptômes, facteurs de risques, évolution et modalités de prise en charge, etc.) et le déploiement d'actions de sensibilisation dans les collèges, les lycées et l'enseignement supérieur. Cette information pourrait se faire sous la forme de documentations, de formations en ligne et de réunions d'échange.

Mesure 2 : Élaborer et diffuser des campagnes d'information à destination du monde professionnel

Le déploiement d'actions de sensibilisation du monde professionnel répond à deux objectifs : faciliter d'une part le repérage précoce des sujets présentant un trouble psychiatrique et d'autre part l'inclusion des personnes malades dans le monde du travail.

Sources d'inspiration

Retours d'expériences menées par des acteurs de l'inclusion professionnelle, tels les initiatives de *job coaching* en appui avec le dispositif Cap Emploi, de lieux facilitant le retour à l'emploi comme les Clubhouses ou d'actions développées par l'Œuvre Falret.

Mesure 3 : Élaborer et diffuser des campagnes d'information à destination des médias

De par leur rôle d'information du grand public, les médias jouent un rôle majeur dans la perpétuation des préjugés aussi bien que dans la déconstruction de ces derniers. Il s'agit donc d'amplifier les actions de sensibilisation des médias quant au traitement qu'ils réservent aux sujets de santé mentale.

Sources d'inspiration

Les expériences telles que le programme PAPAGENO-Suicide, à destination des étudiants en école de journalisme⁵ ou encore l'étude conduite par l'Observatoire Société et Consommation (ObSoCo) pour l'association PromesseS qui a analysé de 2011 à 2015 l'usage médiatique du terme « schizophrénie » dans un corpus de 1,3 million d'articles.

Informier et déstigmatiser : quelques propositions d'indicateurs à suivre

- Évolution des connaissances et des perceptions associées aux maladies psychiatriques (baromètre annuel).
- Évolution du nombre de connexions et demandes d'informations transitant par la plateforme web nationale d'information.
- Évolution du traitement médiatique mesuré par des études linguistiques et sociologiques d'analyse de l'usage des termes associés aux principales maladies psychiatriques.
- Taux d'établissements scolaires exposés aux campagnes d'information.
- Nombre d'entreprises ayant mis en place des programmes d'information et de prévention sur la santé mentale.

⁵ Le Programme PAPAGENO vise à améliorer la qualité du traitement médiatique du suicide pour en améliorer la prévention en sensibilisant les étudiants en journalisme à la conscience de leur responsabilité sur cette problématique. Le programme repose sur des rencontres entre promotions d'étudiants en journalisme et un groupe d'internes en psychiatrie, sous les regards experts d'un psychiatre et d'un journaliste professionnel.

AXE 2 : AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE

Renforcer les dispositifs de première ligne pour enrayer les retards au diagnostic et éviter l'évolution chronique de la maladie

Proposition 4

Mobiliser le dispositif national existant des « maisons des adolescents » pour organiser un repérage et une orientation précoces

L'accès des adolescents de 12 à 25 ans aux maisons des adolescents (MDA) de chaque département, *via* les points d'accueil et écoute jeunes (PAEJ), autorise des interventions sociales, éducatives, psychologiques et médicales, somatiques et psychiatriques non stigmatisantes.

Le dispositif MDA apparaît comme une plateforme collaborative interinstitutionnelle, à l'articulation des réseaux de santé avec ceux de l'Éducation nationale, de l'éducation spécialisée, des dispositifs sociaux et des collectivités territoriales. Il permet un repérage des situations à risque, un filtrage et une orientation dynamique par des interventions précoces multi-systémiques.

La période critique d'entrée dans une pathologie psychiatrique justifie la mobilisation d'équipes mobiles avant et après un premier épisode, et autorise, en partenariat avec les structures spécifiques pédopsychiatriques et psychiatriques, le repérage des situations à risque et l'orientation rapide vers les institutions partenaires. Les buts en sont la diminution de la fréquence et de l'intensité des épisodes de décompensation, des hospitalisations, l'amélioration de la qualité des suivis et la déstigmatisation.

Mesure 1 : coordonner le dispositif à l'échelle nationale pour s'assurer de la bonne articulation des MDA avec les acteurs de terrain (Éducation nationale, travailleurs sociaux, professionnels médico-sociaux)

Sources d'inspiration

Headspace est un programme australien qui promeut le bien-être chez les jeunes de 12 à 25 ans et les accompagne dans leurs questionnements et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Son ambition : identifier de façon très précoce les premiers symptômes psychotiques et proposer des stratégies d'accompagnement pour éviter l'entrée dans la maladie ou l'aggravation des troubles.

Proposition 5

Faire des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) une nouvelle porte d'entrée vers une prise en charge de proximité, globale et non stigmatisante des troubles psychiatriques

Dans son récent plan de lutte contre les déserts médicaux (octobre 2017), la ministre de la Santé a promis de porter à 2 000 (contre 1 000 à ce jour) le nombre de MSP d'ici à 2020. Ce mouvement de structuration de la médecine de ville à travers le déploiement de lieux et structures regroupant généralistes, spécialistes, professions paramédicales a été amplifié en 2016 avec la création des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces structures de premier recours pourraient être mises à profit pour expérimenter l'intégration en leur sein de psychiatres et de psychologues, voire l'intégration des Centres médico-psychologiques (ce qui exigerait au préalable une évolution de leurs statuts).

Cette mesure présenterait plusieurs atouts pour les patients : déstigmatiser la psychiatrie, qui trouverait sa place au sein de structures médicales « classiques », intégrer les soins, permettre un adressage plus rapide des patients nécessitant un suivi psychiatrique, améliorer le dépistage précoce et l'orientation des personnes ayant besoin d'un suivi psychiatrique, et assurer une prise en charge vraiment globale des personnes, visant à améliorer à la fois la prise en charge des pathologies psychiatriques et des comorbidités somatiques.

Proposition 6

Développer à l'attention des médecins généralistes des outils d'aide au repérage précoce

Mesure 1 : doter les professionnels de première ligne d'outils cliniques faciles et rapides à utiliser et les inciter à les utiliser

Poursuivre les efforts pour déployer des échelles cliniques simples et rapides :

- inciter financièrement généralistes et pédiatres à utiliser les échelles en faisant de cet acte l'un des critères du paiement au résultat. Les pouvoirs publics remboursent d'ores et déjà spécifiquement (à hauteur de près de 70 € par consultation) les médecins généralistes, qui les utilisent pour diagnostiquer une dépression.

- intégrer, selon les recommandations de la CNAMTS, le passage d'échelles cliniques dans le paiement à la performance des médecins de ville (ROSP) qui a montré son efficacité dans la modification des comportements des professionnels de santé.
- mettre à disposition ces échelles cliniques dans les logiciels-patients des cabinets médicaux et permettre leur facile inclusion dans le dossier médical partagé (DMP).

Mesure 2 : créer une plateforme téléphonique et internet de dialogue et de télé-expertise entre médecins généralistes et psychiatres

Développer une plateforme téléphonique et/ou internet d'échanges entre médecins généralistes et psychiatres afin de permettre la télé-expertise et la mise en relation rapide des professionnels concernés.

Sources d'inspiration

Deux expérimentations ont été mises en place :

- l'une à Saint-Nazaire, suite à un appel d'offre de l'ARS en 2015 : un premier rendez-vous est fixé à l'issue de la consultation en médecine générale, une fiche de liaison est réalisée à l'issue de chaque entretien et mise à disposition du généraliste. Des réunions mensuelles de coordination permettent d'assurer un suivi entre psychiatrie et médecine somatique. Les premiers résultats de cette expérimentation pourraient servir de base de réflexion pour poursuivre et améliorer ce type d'initiatives⁶.
- l'autre a été développée par le CHU de Clermont-Ferrand pour le soutien des médecins généralistes par les services de médecine interne de l'hôpital
- la dernière, en Île-de-France, porte sur le déploiement des Dispositifs de Soins Partagés construits pour faciliter les liens entre généralistes et psychiatres (DSP Yvelines et DSP Val de Marne).

Améliorer le dépistage précoce : quelques propositions d'indicateurs à suivre

- Réduction du délai diagnostique.
- Augmentation de l'utilisation d'outils cliniques de dépistage par les professionnels du soin primaire.
- Création et développement des consultations psychiatriques ouvertes en maisons et centres de santé.

⁶ Dr. Patrick Delbrouck, Karine Rio, *Consultations spécialisées de psychiatrie en maison de santé pluriprofessionnelle*, centre hospitalier de Saint-Nazaire, 2015.

- Augmentation du recours aux Maisons des adolescents.
- Diminution du nombre de recours aux urgences psychiatriques.
- Amélioration de la coordination entre médecine de ville et hôpital (mesurables par enquête, par partage de DMP).
- Diminution des délais d'obtention de rendez-vous en CMP.

AXE 3 : ASSURER DES SOINS DE QUALITÉ CENTRÉS SUR LES BESOINS DES PATIENTS

Accompagner une transformation de l'organisation des soins afin de promouvoir un égal accès à une prise en charge globale et personnalisée, centrée sur les besoins du patient et sur son *empowerment*

Proposition 7

Proposer un niveau de recours spécialisé, multidisciplinaire et personnalisé

Au regard de la complexité et de l'hétérogénéité de ces troubles, la construction d'une offre de soins diversifiée, incluant la promotion d'une psychiatrie spécialisée dite « de niveau 3 », semble s'imposer naturellement. Cette évolution, à l'œuvre dans d'autres disciplines médicales (notamment la cancérologie), a permis d'améliorer la prise en charge des patients, en leur faisant bénéficier des avancées les plus récentes de la science.

*Le Livre blanc 2012 de la psychiatrie française*⁷ appelait de ses vœux la construction de soins spécialisés permettant « la mise à disposition de techniques nouvelles d'évaluation et de soins, et de participer, voire d'initier des programmes de recherche ». La mission de ces « dispositifs plus spécialisés, « experts » ou « ressources », à vocation régionale, [...] serait d'effectuer des bilans approfondis, de définir des plans d'intervention, de diffuser aux équipes territoriales de soins des recommandations pratiques, de constituer un lieu d'accueil, d'information, d'orientation pour les malades et leurs familles ».

⁷ *Livre blanc 2012 de la psychiatrie française*, publié par l'Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique et un collectif de signataires.

Mesure 1 : généraliser les réseaux d'expertise qui assurent des consultations de niveau 3 et s'intègrent dans le maillage territorial

Ces équipes multidisciplinaires et spécialisées partagent les mêmes outils d'évaluation afin d'assurer l'homogénéité des diagnostics sur le plan psychiatrique, somatique, cognitif et social, en vue d'établir des recommandations thérapeutiques personnalisées. Elles mettent en commun les données anonymisées pour assurer un suivi de cohorte et veillent à s'intégrer dans les filières de soins territoriales.

Mesure 2 : coordonner ces dispositifs afin d'assurer le suivi du cahier des charges, le partage des données et un suivi de cohortes de qualité

Sources d'inspiration

Ce modèle de centre d'excellence en psychiatrie a été déployé, dès 2007, par la Fondation FondaMental avec le soutien du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche puis du ministère de la Santé. Il a donné naissance à un réseau de 43 Centres Experts financés pour certains d'entre eux par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et coordonnés par la Fondation FondaMental (dossier médical informatisé commun, projets de recherche collaboratifs, suivi de cohortes, construction de bases de données et de biobanques partagées, études épidémiologiques et médico-économiques, formation...⁸).

Cependant, ce dispositif innovant, loué par les associations de patients, demeure toujours, au bout de 10 ans, à l'état d'« expérience-pilote ». Sa coordination, assurée par la Fondation FondaMental, repose sur des financements non pérennes, ce qui à moyen terme, met en péril son fonctionnement. C'est en substance ce que concluait l'IGAS dans son rapport de 2017. « *Si ce dispositif [centre expert] est jugé pertinent, il faut déterminer les conditions de sa généralisation sur tout le territoire. S'il n'est pas jugé intéressant, il faut cesser de le financer. Or, aucune disposition n'est prise pour sortir de cet entre-deux* »⁹.

⁸ C. Henry, O. Godin O, P. Courtet, J. M. Azorin, S. Gard, F. Bellivier, M. Polosan, J. P. Kahn, P. Roux, V. Aubin, D. Costagliola, M. Leboyer, B. Etain, « Outcomes for bipolar patients assessed in the French expert center network : a 2-year follow-up observational study (FondaMental advanced centers of expertise for bipolar disorder [face-bd]) », *Bipolar Disorder*, septembre 2017.

⁹ A. Lopez ; G. Turan-Pelletier, Inspection générale des affaires sociales, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, novembre 2017.

Proposition 8

Assurer une prise en charge globale psychiatrique et somatique des patients par la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP)

Le hiatus existant entre la médecine somatique et la médecine psychiatrique, l'éloignement fréquent entre établissements ou services dit de MCO (médecine chirurgie obstétrique) et les soins psychiatriques concourent à une perte de chance pour les patients. L'hospitalisation d'un patient devrait être l'occasion d'une prise en charge pluridisciplinaire prenant en compte toutes les dimensions des troubles.

Nous proposons de développer des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en psychiatrie, pour les cas les plus sévères à l'instar des RCP « protocolisées » dans le traitement du cancer. Ces échanges visent à organiser la confirmation diagnostique dans des situations complexes, à proposer des stratégies de soins adaptées, à uniformiser les pratiques sur l'ensemble du territoire, à favoriser les liens et la communication entre les différents acteurs de terrain, à participer à la formation des internes et étudiants en médecine, et au final à améliorer la prise en charge des malades.

Sources d'inspiration

Ce déploiement de RCP en psychiatrie pourrait s'inspirer de la pratique et du retour d'expérience du CHU de Besançon qui a mis en place la première RCP en psychiatrie en France en janvier 2017.

Proposition 9

Multiplier les équipes mobiles pour diminuer le recours à l'hospitalisation

Il est nécessaire d'opérer un changement de paradigme dans lequel la logique d'intervention à domicile deviendrait la norme, au quotidien comme en temps de crise, les pathologies chroniques n'ayant plus vocation à être soignées au long cours à l'hôpital. Le déploiement d'équipes mobiles est une demande récurrente des associations de patients ainsi qu'une recommandation mise en avant par divers rapports¹⁰.

Ce dispositif, normalement dévolu aux centres médico-psychologiques, s'inscrit dans une prise en charge centrée sur la personne et promeut l'« aller vers », dans une

¹⁰ Voir notamment M. Laforcade, *Rapport relatif à la santé mentale*, octobre 2016, *op. cit.*

discipline où nombre de patients sont réticents à accéder aux soins. Très développé à l'étranger depuis les années 1970, notamment en Grande-Bretagne (*community rehabilitation teams, assertive outreach teams*), en Suisse et en Italie, ce modèle a rencontré un moins grand essor en France.

Mesure 1 : multiplier le nombre d'équipes mobiles pour se rapprocher des proportions d'équipes mobiles par habitant de l'Allemagne (pays comparable en termes de lits de psychiatrie disponibles). En 2012, la France comptait 94 équipes mobiles dans le dispositif Psychiatrie Solidarité (à destination des personnes en situation de précarité) contre 580 en Allemagne¹¹

Mesure 2 : expérimenter et développer les dispositifs d'équipes mobiles d'intervention précoce pour des patients ayant eu un premier épisode psychotique pour la prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD) et pour les patients suicidaires

Sources d'inspiration

Les données et résultats d'une expérimentation développée en Suisse ont démontré une amélioration de l'acceptation des soins et de l'observance, ainsi que du pronostic des patients. Leur ambition est de prendre en charge, par une équipe mobile spécialisée, 100 % des patients de 18 à 35 ans atteints de psychose débutante. Leurs objectifs : réduire le risque de désocialisation, très important au début de la maladie et réduire le risque d'arrêt du traitement durant la période critique des trois premières années de psychose. Le recrutement estimé est de 40 à 50 nouveaux patients par an dans un secteur de 250 000 habitants (incidence 2 cas pour 10 000 habitants). L'équipe ambulatoire est composée d'un médecin responsable du programme (0,10 ETP), d'un chef de clinique (0,15 EPT) qui supervise les situations et gère les admissions dans le programme, de deux médecins assistants (0,6 EPT) qui ont en charge le traitement médical des patients et de cinq *case managers* (3,5 EPT). L'évaluation de ce programme, au terme de 5 ans d'existence et de 235 patients suivis, a conduit le département de la Santé publique en Suisse à développer d'autres équipes mobiles premier épisode dans d'autres secteurs¹².

¹¹ Coldefy et al, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques ; en Allemagne, France, Angleterre et Italie : similitudes et divergences », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, octobre 2012.

Proposition 10

Faciliter l'accès aux soins en déployant et remboursant les thérapies adaptées

Il est indispensable d'introduire la notion d'espoir en psychiatrie et de promouvoir tous les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement qui permettront à la personne atteinte d'une maladie psychiatrique de regagner du pouvoir et de redonner un sens à sa vie.

Cela implique des mutations dans la prise en charge sanitaire, qui doit avoir pour ambition la réhabilitation des personnes suivies et changer sa perception des malades en en faisant des acteurs du soin à part entière et non de simples récipiendaires de traitements au long cours.

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

Ces séances peuvent recouvrir plusieurs types de prise en charge telles que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), la psychoéducation et la remédiation cognitive.

- **Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) :** thérapies brèves visant à améliorer la prise en charge des symptômes invalidants en agissant spécifiquement sur les schémas de pensée.
- **Psychoéducation ou éducation thérapeutique :** permet d'améliorer chez le patient ses connaissances de la maladie et de l'aider à détecter les symptômes annonciateurs de rechute afin d'en réduire les risques. Elle vise également à mettre en place un rythme de vie plus équilibré et à favoriser la bonne observance des traitements.
- **Remédiation cognitive :** vise à réduire les difficultés cognitives liées à certaines pathologies (schizophrénie, troubles bipolaires, anorexie mentale, mais aussi déficits attentionnels chez les enfants) notamment en travaillant sur la mémoire, l'attention et la résolution de problèmes complexes.

Pour autant, ces thérapies sont peu disponibles en France, par manque de professionnels formés, mais, surtout, faute de remboursement par l'assurance maladie, dès lors qu'elles sont proposées par des praticiens libéraux non médecins. Dans le cadre du Plan « Bien-être et santé des jeunes », une première expérimentation a été lancée qui prévoit le remboursement de dix séances de consultations chez un psychologue pour des jeunes de 6 à 21 ans chez lesquels un médecin a évalué une souffrance psychique¹².

Il est urgent de poursuivre le déploiement sur tout le territoire du remboursement de séances de psychothérapie par des professionnels formés. Ce remboursement s'effectuera dans le cadre d'un protocole de soins. Leur nombre reste à définir selon la gravité de la pathologie¹³.

Sources d'inspiration

- Expérimentation de la Caisse primaire d'Assurance maladie de Paris, en partenariat avec l'expérience PHARE Enfants-Parents de remboursement de 26 séances avec un psychologue pour des jeunes en risque suicidaire.
 - Test mené par les Caisses primaires d'Assurance maladie dans 4 départements (Morbihan, Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, les Landes) de 2018 à 2020 d'une prise en charge à 100 % des consultations chez des psychologues et psychothérapeutes agréés. Dans ce dispositif, le patient consulte d'abord son médecin traitant qui lui prescrit une séance d'évaluation de 45 minutes auprès d'un psychologue conventionné. Si ce dernier diagnostique un « trouble mental », il peut alors effectuer 10 séances de soutien d'une demi-heure, puis 10 autres séances de 45 minutes dans le cas où les troubles persistent. Pour ces 20 séances maximum, le psychologue est réglé directement par la CPAM, sans dépassements d'honoraires possibles.
-

Proposition 11

Développer et évaluer des dispositifs de e-santé pour donner un accès plus large aux thérapies psychosociales

Ces programmes de prises en charge (psychoéducation, remédiation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales) peuvent être juxtaposés à des outils de

¹² Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, adopté le 6 décembre 2016.

¹³ Voir « Proposition 11 » et les expérimentations en cours.

e-santé (EMA¹⁴ et EMI¹⁵) permettant de faire à distance certains exercices, de renforcer les apprentissages, et d'assurer un suivi du patient au-delà des séances prescrites. Ces outils devront faire la preuve de leur efficacité par des études de validation, d'une réflexion sur leur mode d'utilisation et d'implémentation dans le soin et sur la tarification qui sera liée à leur utilisation.

Proposition 12

Mesurer la qualité des soins grâce à l'évaluation faite par les patients

Au-delà de l'adéquation entre recommandations internationales et pratiques en soins courants, qui constitue indéniablement un objectif d'amélioration de notre système de santé, il est indispensable que l'évaluation de la qualité des soins intègre le retour d'expérience des patients et leur perception de leur santé post-interventions. La prise en compte du savoir expérientiel des patients doit accompagner les mutations à venir : acteurs de leurs soins et porteurs d'une expertise sur leur maladie, les patients peuvent nous aider à identifier ce qui leur importe le plus, afin d'améliorer l'offre proposée. Ce retour des patients a une forte valeur incitative pour les établissements et permet d'améliorer considérablement le service rendu, notamment en mesurant la disponibilité des stratégies thérapeutiques. Il permet d'observer l'évolution de la qualité de vie des patients et de diminuer considérablement les rechutes.

- **Créer un outil de recueil de la valeur perçue par le patient.** À l'image de ce qui existe pour la chirurgie obstétrique, il convient d'étendre le programme e-Satis lancé par la HAS à la psychiatrie afin de recueillir les avis patients. Cette mission serait celle de la HAS, en collaboration avec l'opérateur en psychiatrie et les associations de patients.
- **Intégrer les indicateurs de qualité perçue par les patients** dans la modulation de la tarification afin d'inciter à un changement des pratiques et à une meilleure réponse aux besoins des patients.
- **Recueillir et harmoniser au niveau national d'autres types d'indicateurs,** comme la disponibilité des diverses stratégies thérapeutiques pour les patients en

¹⁴ EMA *Ecological Momentary Assessment* : collecte de données quantitatives, objectives et continues des patients dans leur environnement quotidien.

¹⁵ EMI *Ecological Momentary Interventions* : traitements proposés dans la vie et l'environnement quotidiens des patients, par le biais d'applications mobiles.

soins courants, l'amélioration de l'observance, de la qualité de vie des patients, la diminution des rechutes, des hospitalisations ou encore le nombre de structures extrahospitalières par territoire.

- **Étendre le recueil aux informations communiquées par les proches** qui peuvent proposer un retour d'expérience que le patient n'est parfois pas en mesure de fournir. La mesure de leur ressenti pourrait également faire l'objet d'un recueil de données, notamment dans la gestion des situations d'urgence et dans le processus de réhabilitation.

Sources d'inspiration

La construction d'indicateurs de qualité en santé reste un réel défi technique et des initiatives se créent pour avancer dans cette construction, tel l'*International Consortium for Health Outcomes Measurements* (ICHOM) qui développe des protocoles standardisés sur de multiples pathologies dont l'anxiété et la dépression, ou encore les indicateurs mesurant l'expérience-patient (*Patients Reported Experience Measures* dits PREMs) et leur gain en qualité de vie une fois l'intervention pratiquée (*Patient Report Outcomes Measures* dits PROMs), mis au point en Grande-Bretagne par le National Health Service (NHS).

Proposition 13

Répondre aux besoins et aux attentes des familles et leur donner une place dans le dispositif de prise en charge

Mesure 1 : créer des consultations dédiées aux familles, intégrées au protocole de prise en charge, reconnues comme un acte médical

Souvent en première ligne en situation de crise, la famille peut apporter des éclairages pour aider à préciser un premier diagnostic, ou évaluer plus précisément certaines dimensions de la maladie. Elle joue également un rôle essentiel dans le processus d'accompagnement, de stabilisation et de réhabilitation des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Pourtant, les proches se sentent encore trop souvent tenus à l'écart des protocoles de soins. L'enjeu est complexe : comment permettre à la famille de mieux appréhender la maladie de son proche et l'aider à devenir un partenaire des soins, tout en respectant les droits des patients en matière de confidentialité, et la relation privilégiée entre le psychiatre et son patient ?

Mesure 2 : développer une consultation « familles sans le patient » destinée aux proches au sein de tous les services d'urgence psychiatrique

Cette consultation d'urgence avec un psychiatre se conçoit comme une réponse médicale d'urgence apportée aux familles confrontées à un proche qui va très mal, qui est dans le déni de son état, qui refuse de se faire hospitaliser. Son objectif : recueillir des informations et faire le point avec la famille sur les différentes options possibles, afin d'éviter chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation sans consentement. Ce dispositif nécessite d'associer aux urgences une équipe mobile d'intervention spécifiquement formée pour gérer ce type de situation au domicile du patient.

Sources d'inspiration

Cette proposition pourrait bénéficier des retours d'expérience du CPOA (Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) de l'hôpital Saint-Anne à Paris ou du centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux, où ce mode de consultations existe déjà.

Proposition 14

Agir sur le mode de financement pour accélérer la diffusion des pratiques innovantes en psychiatrie

La psychiatrie est financée au travers d'une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) dont le montant et le versement ne sont pas corrélés avec l'activité réelle des établissements. Si ce mode de financement donne une certaine marge de manœuvre aux établissements pour organiser leur offre de soins, il n'incite pas à l'innovation et laisse perdurer, voire s'empirer, des inégalités de dotation entre établissements, débouchant sur des phénomènes de rente, cohabitant avec des sous-financements chroniques et de plus en plus marqués de certains établissements.

En outre, l'existence d'un budget global pour financer le secteur psychiatrique ne permet pas d'intégrer les soins de ville (rémunérés à l'acte), ceux assurés par les cliniques privées (rémunérées à la journée) et ceux des établissements de médecine de chirurgie et d'obstétrique (payés au séjour).

De nouveaux modes de tarification dits « à l'épisode de soin » se développent largement à l'étranger. Ils ont pour objectif de s'adapter aux besoins des patients en regroupant dans une même enveloppe tous les types de prise en charge médicale et médico-sociale, d'améliorer la qualité des soins, de limiter les actes inutiles et de renforcer la coordination entre professionnels. En alignant les intérêts de l'ensemble des acteurs, ces financements permettraient d'améliorer l'optimisation des parcours tant sur le volet clinique qu'économique des soins.

Mesure 1 : améliorer la collecte des données médico-économiques

Il existe déjà une base de données, le RIM Psy, qui permet ce recueil. La première étape pour le changement de financement serait de définir des épisodes de soins ou des forfaits homogènes avec des situations pathologiques comparables (par exemple on fera deux tarifs pour une crise maniaque si les ressources consommées sont très dépendantes de l'âge). Les travaux médico-économiques préliminaires s'appuieront sur les bases de données médico-administratives pour identifier ces groupes homogènes de patients.

Mesure 2 : définir, pour chaque épisode de soin (premier épisode psychotique, épisode récurrent, crise, etc.) ou pour chaque type de patient pour la capitation (patient schizophrène, patient dépressif résistant, etc.), quelle doit être la pratique clinique à suivre et le forfait correspondant

Des indicateurs de qualité définis en lien avec les patients permettront de mesurer le suivi des recommandations et l'amélioration de la qualité des soins et seront associés à un financement supplémentaire de type bonus/malus rémunérant la performance clinique au-delà de la performance économique.

Mesure 3 : identifier le gestionnaire approprié pour centraliser le forfait et le redistribuer à l'ensemble des acteurs de la chaîne de soins

Le gestionnaire doit posséder une patientèle suffisamment importante (plusieurs milliers) pour que les forfaits calculés gardent une pertinence statistique. Cela implique de s'appuyer prioritairement sur les établissements hospitaliers, à rebours de la tendance à la prise en charge ambulatoire. Un regroupement de CMP pourrait constituer une alternative intéressante de même que des regroupements de professionnels de santé libéraux au sein des maisons de santé pluridisciplinaires ou des CPTS (voir proposition 5).

Sources d'inspiration

Le passage au paiement à la capitation aux Pays-Bas a permis en quelques années la création de « groupes de soins », entités juridiques gestionnaires (mais non soignantes) regroupant des médecins de ville libéraux. Ces groupes de soins regroupent aujourd'hui plus de 75 % des médecins libéraux aux Pays-Bas qui gèrent le forfait et le distribuent aux différents soignants en s'assurant de la qualité et de l'efficacité des soins.

Améliorer les parcours de soins : quelques indicateurs de réussite

- Diminution du nombre et de la durée des hospitalisations complètes.
- Diminution du nombre de recours aux urgences psychiatriques.
- Baisse du nombre de suicides et de tentatives de suicide.
- Augmentation de l'espérance de vie des patients souffrant de troubles psychiatriques.
- Amélioration du niveau de qualité des soins perçu par les patients.

AXE 4 : PROMOUVOIR LE RÉTABLISSEMENT EN PENSANT LE PARCOURS DE VIE

Faciliter la coordination des acteurs et déployer l'accompagnement des personnes

Proposition 15

Développer l'accompagnement social et médico-social en repensant les dispositifs existants

Le manque d'alternatives à l'hospitalisation a été maintes fois dénoncé en France et constitue, à bien des égards, une perte de chance pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères et chroniques. Non seulement l'hospitalisation au long cours fait obstacle à une meilleure intégration des personnes malades dans la société (faut-il le rappeler, l'hôpital n'est pas un lieu de vie), mais elle entrave leur processus de rétablissement et occasionne des coûts considérables qui pèsent

lourdement sur le budget de l'État. C'est donc un cercle vicieux qui est à l'œuvre, qu'il convient d'enrayer.

Un panel de réponses doit être développé correspondant à la situation des personnes, leur état de santé et leur projet de vie : accès au logement, accès à l'emploi, en complément de l'accès à des solutions d'accompagnement et de réhabilitation. Ces dispositifs doivent être ouverts à la fois à des personnes fragilisées par la maladie mais n'ayant pas besoin ou ne souhaitant pas être reconnues comme personnes handicapées, ainsi qu'à celles disposant d'une reconnaissance handicap.

Mesure 1 : développer des dispositifs financés d'accompagnement mixte à des personnes qui ne sont pas en situation de handicap afin d'accompagner et de favoriser, autant que possible, le processus de rétablissement et d'autonomie des personnes.

- Développer des dispositifs d'accompagnement pour favoriser le suivi des études ou le retour en formation.
- Développer des places dans des foyers de vie, des centres d'hébergement, des appartements thérapeutiques ou encore des logements partagés ou individuels.
- Développer les dispositifs d'accompagnement vers le retour à l'emploi.

De tels dispositifs existent aujourd'hui et sont portés par des acteurs tels que l'Œuvre Falret ou Clubhouse France. Ils sont développés de façon expérimentale sans soutien pérenne de la puissance publique, ce qui fragilise considérablement leur développement.

Mesure 2 : renforcer le pilotage des dispositifs existants afin d'éviter la vacance récurrente de places dans certains établissements

Proposition 16

Favoriser la création et le déploiement de *case managers* en psychiatrie pour améliorer la coordination des parcours sanitaire, médico-social et social des personnes atteintes de troubles psychiatriques

L'évolution d'un trouble psychiatrique, notamment en cas d'épisode aigu, nécessite parfois le recours à l'hospitalisation. Non-consentement, sorties peu préparées et manque de coordination avec les centres médico-psychologiques, avec le psychiatre référent, ou avec les généralistes, ou encore manque de solutions d'aval comptent parmi les carences les plus fréquemment dénoncées en cas de troubles psychiatriques sévères et chroniques.

Pour pallier ces difficultés et en atténuer les effets délétères, nous proposons d'enrichir ou de compléter l'offre de soins hospitalière en veillant à une meilleure articulation avec l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la prise en charge. La fin de l'hospitalisation est une étape critique de la prise en charge. Tout l'enjeu réside dans la mise en place du suivi ambulatoire, incluant, certes les soins, mais également les dimensions médico-sociales et sociales, rarement prises en compte. Cela nécessite une articulation avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge.

À l'instar de dispositifs qui ont fait leurs preuves, il est nécessaire de promouvoir et généraliser, au sein des services hospitaliers, la création de fonctions de *case managers* (infirmier, travailleur social, etc., idéalement des duos sanitaire et social) ayant la responsabilité de coordonner les divers aspects de la prise en charge d'un malade, afin d'assurer son maintien dans son cadre de vie et favoriser les conditions de son rétablissement. L'utilisation de la télémédecine et le suivi d'indicateurs quantitatifs et écologiques ayant pour but le repérage rapide de rechutes doivent permettre d'intervenir rapidement en déléguant des tâches de suivi et d'alerte aux *case managers*.

L'accompagnement par un *case manager* doit s'envisager de façon intensive sur une durée relativement courte (entre trois mois et un an en fonction des besoins du patient). Il a en charge d'assurer l'articulation de tous les acteurs sanitaires (CMP, équipes mobiles, psychologues, médecins généralistes, médecins spécialistes) et médico-sociaux (retour à l'emploi, solutions d'hébergement adapté).

Améliorer les parcours : quelques indicateurs de réussite

- Augmentation du taux d'accès au médecin traitant.
- Diversification de l'offre médico-sociale répondant aux besoins différents des personnes en souffrance psychique.
- Augmentation du nombre de *case managers* dans les services hospitaliers.
- Augmentation du taux d'accès à l'emploi en milieu ordinaire ou protégé pour les patients souffrant de troubles psychiatriques.

AXE 5 : ACCOMPAGNER LES TRANSFORMATIONS À L'ŒUVRE GRÂCE À LA FORMATION

Renforcer les qualifications des acteurs pour améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes malades

Proposition 17

Allonger la durée de l'internat en psychiatrie à cinq ans et développer les spécialisations

La récente réforme de l'internat, entrée en vigueur en septembre 2017, n'a pas donné suite à cette demande de fédérations étudiantes d'allonger la durée de l'internat en psychiatrie (3^e cycle des études) à cinq ans (comme en Grande-Bretagne). Cependant, le dispositif comportant trois phases correspond aux attentes d'une formation graduelle permettant après une phase socle de spécifier sa formation ; il faudra attendre la mise en œuvre sur un cycle complet de formation pour en tirer des enseignements en termes d'impacts sur les acquis des étudiants de troisième cycle (dénomination actuelle des internes). La réévaluation de l'intérêt d'un allongement de la durée de l'internat est impérative à l'horizon 2025. Elle doit être anticipée par la mise en place d'indicateurs nationaux concernant les acquis pédagogiques des internes (étudiants de 3^e cycle) en relation avec un référentiel métier élaboré en coordination avec les collègues professionnels.

Toutefois, en matière de spécialisation, seule une nouvelle option a été introduite, concernant la psychiatrie de la personne âgée (PPA), qui vient s'ajouter à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA). Ces options allongent d'un an la durée de l'internat. D'autres spécialités avaient été envisagées, mais n'ont pas été retenues pour l'instant. L'option psychiatrie médico-légale est essentielle du fait des nombreuses interfaces entre psychiatrie et justice notamment dans le domaine de la responsabilité, mais aussi des problématiques de privation de liberté. Sa mise en place est indispensable pour améliorer cette pratique spécifique.

Proposition 18

Développer la formation aux psychothérapies

La France souffre aujourd'hui d'une carence de professionnels de santé (psychiatres, psychologues, infirmiers) formés aux techniques de psycho-éducation, aux thérapies cognitivo-comportementales ou encore aux habiletés sociales. La formation aux psychothérapies est considérée comme très insatisfaisante par plus de 75 % des internes¹⁶, alors que depuis 2010, les psychiatres sont automatiquement reconnus comme psychothérapeutes.

Pourtant, cet accompagnement participe activement au rétablissement des personnes atteintes de troubles psychiatriques. Ces métiers doivent aujourd'hui faire l'objet de formations adaptées, proposées de manière équilibrée sur le territoire.

Proposition 19

Développer la surspécialisation d'infirmiers cliniciens spécialisés

Les programmes de formation des infirmiers doivent évoluer pour permettre une montée en compétences spécifiques, soutenir la délégation de tâches ou le développement de nouvelles missions tel que le *case management*. Mais, c'est dans le domaine de la formation continue que les actions les plus immédiates pourraient être mises en œuvre.

¹⁶ A. Van Effentere, M. Azoulay, F. Champion, X. Briffault, « La formation aux psychothérapies des internes de psychiatrie en France : résultats d'une enquête nationale », *L'Encéphale*, juin 2013.

Sources d'inspiration

- le Canada, les États-Unis ou le Royaume Uni ont développé des métiers d'infirmiers de pratique avancée qui permettent à des infirmiers d'avoir un rôle nouveau notamment dans les services de psychiatrie. Ces infirmiers peuvent accomplir des tâches complexes en termes de diagnostic, de formation ou encore de consultations de première ligne.
 - en France, l'hôpital Maison-Blanche forme depuis 2012 des Infirmiers cliniciens spécialisés (ICS)¹⁸ qui suivent pendant deux ans un DU à l'Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines. Ces infirmiers approchent des situations complexes, mettent en œuvre un raisonnement clinique infirmier expert dans sa partie diagnostique et thérapeutique (relation d'aide, démarche éducative...) et peuvent proposer des séances d'analyse de pratique ou de supervision aux équipes soignantes.
-

Proposition 20

Accompagner et encourager les filières de formation du social et du médico-social spécialisées pour l'accompagnement des personnes en souffrance psychique

L'accompagnement social ou médico-social des personnes avec un trouble psychiatrique requiert des compétences particulières. Afin de d'accroître le nombre de professionnels en capacité de proposer un accompagnement de qualité et personnalisé, il faut promouvoir une filière de formation dédiée à l'accompagnement des personnes en souffrance psychique.

Sources d'inspiration

ALFAPSY (groupe Fabret) propose des formations courtes ou longues à des professionnels du champ éducatif, social et médico-social accompagnant des personnes touchées par des troubles psychiques.

¹⁷ « Pratiques avancées à Maison Blanche », Site internet de Santé Mentale, consulté le 4 juillet 2017.

Proposition 21

Créer des filières de formation pour les *case managers* en santé mentale

La fonction de *case management* que nous avons décrite plus haut correspond à une des modalités innovantes d'organisation et de coordination des parcours de vie et de soins des patients. Cette fonction est principalement occupée en France par des infirmiers, alors que dans d'autres pays tels que le Royaume-Uni, elle peut l'être par des travailleurs sociaux, ce qui, de fait, contribue à réduire les effets de silos entre les secteurs sanitaires et sociaux.

Mesure 1 : s'appuyer sur les expériences à l'étranger pour définir le référentiel métier de ces futurs *case managers* en santé mentale, ce qui permettra de structurer le parcours de formation de ces professionnels des secteurs sanitaires et sociaux

Mesure 2 : développer des filières de formation dédiées au *case-management*

Proposition 22

Accompagner le développement de la formation des usagers et des pairs aidants en santé mentale

Sources d'inspiration

- L'Unafam propose à ses adhérents deux types de formation. L'une sur les troubles psychiques pour acquérir certains repères sur la psychiatrie, aider la personne touchée à prendre conscience qu'elle n'est pas seule à connaître les difficultés qu'elle traverse et se familiariser avec les dispositifs d'aide qu'elle peut solliciter. L'autre, intitulée « Prospect famille », vise par des ateliers à amener les familles à prendre conscience de leur savoir profane acquis par expérience et des retentissements de la maladie de leur proche sur l'ensemble de la famille.
- Porté par le CCOMS¹⁹, le programme « Médiateur de Santé-Pair » (MSP) est un projet d'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie dans des équipes de soin en santé mentale. Ce programme est construit en partenariat avec les agences régionales de santé du Nord/Pas-de-Calais, d'Ile-de-France et de Provence Alpes

Côte-d'Azur, l'Université Paris 8 et avec le soutien du ministère de la Santé et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Le diplôme universitaire « Médiateur de Santé-Pair » a été créé en 2012 par le CCOMS, en partenariat avec l'Université Paris 8 et la Fédération nationale des patients en psychiatrie (Fnapsy). En décembre 2017: la licence Sciences sanitaires et sociales mention « Médiateurs de Santé-Pairs » a été lancée à l'Université Bobigny Paris 13/CCOMS.

- Le Centre de Formation au Rétablissement (CoFor) initié en 2016 par l'Association Solidarité Réhabilitation.
-

Accompagner grâce à la formation : quelques propositions d'indicateurs

- Augmentation de l'offre des thérapies psychosociales sur le territoire.
- Augmentation du nombre d'infirmiers de pratiques avancées.
- Augmentation du nombre de travailleurs sociaux bénéficiant d'une spécialité « psychiatrie ».
- Intégration des pairs-aidants au sein des équipes soignantes ou du secteur social et médico-social.
- Augmentation du nombre de formations au *case management*.

AXE 6 : SOUTENIR LES ESPOIRS DE LA RECHERCHE

Définir une stratégie nationale coordonnée de recherche en psychiatrie qui soit multidisciplinaire

Aligner le budget public de la recherche ciblé sur la psychiatrie sur les budgets européens permettrait d'accélérer et de dynamiser les travaux des équipes françaises à un moment crucial pour la recherche mondiale en psychiatrie. Des priorités claires seront identifiées par l'opérateur de la psychiatrie : identification de biomarqueurs

¹⁸ CCOMS : le Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale est un organisme phare en Europe sur les thèmes de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination et sur la transformation des services et l'empowerment des usagers et des aidants.

diagnostiques et pronostiques, meilleure compréhension des causes et mécanismes des pathologies, nouvelles hypothèses rendues possibles par la puissance du Big Data, développement de dispositifs digitaux, innovations thérapeutiques depuis les médicaments comme les immuno-modulation, biothérapies, la e-santé, soutenir les études épidémiologiques et les études médico-économiques notamment.

Proposition 23

Développer une politique de recherche orientée par programmes et favorisant les partenariats entre recherche publique et privée

Mesure 1 : identifier les pôles de recherche en psychiatrie associant hôpitaux de référence et unités de recherche labellisées afin de promouvoir un continuum soins-recherche

Mesure 2 : disposer de grands programmes thématiques de recherche fondamentale, translationnelle et clinique en phase et en lien avec les grands axes mondiaux de recherche et lancer des appels à projets dédiés (ANR, PHRC) dotés de moyens financiers en adéquation avec les enjeux principaux de la discipline et soutien aux équipes françaises de recherche lors de réponses aux appels à projets européens

Mesure 3 : développer des travaux médico-économiques et d'épidémiologie en créant les outils manquants et en exploitant mieux les outils existants, comme :

- la cartographie des pathologies établies par la CNAMTS, pour disposer d'une évaluation sans précédent de la prévalence des principales pathologies psychiatriques et une évaluation également inédite de leur coût. Ceci servirait de support à des recherches innovantes sur les parcours des patients ;
- l'exploitation des données du Système national des données de santé (SNDS), s'appuyant sur un recueil de plus en plus complet des données médico-administratives dans le secteur psychiatrique et d'un chaînage des différents épisodes de soins des patients en suivi ambulatoire et hospitalier.

Mesure 4 : développer des travaux de recherche en sciences humaines et sociales et en recherche appliquée

Soutenir la recherche : quelques propositions d'indicateurs à suivre

- Disposer de chiffres français sur la prévalence des principales maladies psychiatriques.
- Disposer de données économiques sur le coût des maladies, sur l'évaluation des stratégies de prises en charge, sur les résultats des expérimentations des nouveaux systèmes de tarification.
- Augmentation du nombre de postes de chercheurs et d'hospitalo-universitaires ouverts en psychiatrie.
- Augmentation des financements *via* le lancement d'appels d'offre nationaux dédiés à la psychiatrie (ANR, PHRC).
- Augmentation du nombre de projets européens et internationaux portés par des équipes de psychiatrie françaises.
- Développement de partenariats publics-privés pour stimuler l'innovation.
- Augmentation du nombre et de la qualité des publications internationales.
- Augmentation du nombre de brevets déposés.

Proposition 24

Faciliter l'accès à des services et infrastructures d'excellence : cohortes, base de données, biobanques, plateformes technologiques

Proposition 25

Créer les conditions et incitations pour attirer des partenaires industriels

LES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT MONTAIGNE

- Le défi démographique : mythes et réalités (juillet 2018)
- Droit d'asile européen : retrouver une solidarité (juin 2018)
- Macron : les 12 mois de Jupiter (avril 2018)
- Protection sociale : une mise à jour vitale (mars 2018)
- Innovation en santé : soignons nos talents (mars 2018)
- Travail en prison : préparer (vraiment) l'après (février 2018)
- ETI : taille intermédiaire, gros potentiel (janvier 2018)
- Réforme de la formation professionnelle : allons jusqu'au bout ! (janvier 2018)
- Espace : l'Europe contre-attaque ? (décembre 2017)
- Justice : faites entrer le numérique (novembre 2017)
- Apprentissage : les trois clés d'une véritable transformation (octobre 2017)
- Prêts pour l'Afrique d'aujourd'hui ? (septembre 2017)
- Nouveau monde arabe, nouvelle « politique arabe » pour la France (août 2017)
- Enseignement supérieur et numérique : connectez-vous ! (juin 2017)
- Syrie : en finir avec une guerre sans fin (juin 2017)
- Énergie : priorité au climat ! (juin 2017)
- Quelle place pour la voiture demain ? (mai 2017)
- Sécurité nationale : quels moyens pour quelles priorités ? (avril 2017)
- Tourisme en France : cliquez ici pour rafraîchir (mars 2017)
- L'Europe dont nous avons besoin (mars 2017)
- Dernière chance pour le paritarisme de gestion (mars 2017)
- L'impossible État actionnaire ? (janvier 2017)
- Un capital emploi formation pour tous (janvier 2017)
- Économie circulaire, réconcilier croissance et environnement (novembre 2016)
- Traité transatlantique : pourquoi persévérer (octobre 2016)
- Un islam français est possible (septembre 2016)
- Refonder la sécurité nationale (septembre 2016)
- Breain ou Brexit : Europe, prépare ton avenir ! (juin 2016)
- Réanimer le système de santé - Propositions pour 2017 (juin 2016)
- Nucléaire : l'heure des choix (juin 2016)
- Un autre droit du travail est possible (mai 2016)
- Les primaires pour les Nuls (avril 2016)
- Le numérique pour réussir dès l'école primaire (mars 2016)
- Retraites : pour une réforme durable (février 2016)
- Décentralisation : sortons de la confusion / Repenser l'action publique dans les territoires (janvier 2016)
- Terreur dans l'Hexagone (décembre 2015)
- Climat et entreprises : de la mobilisation à l'action / Sept propositions pour préparer l'après-COP21 (novembre 2015)
- Discriminations religieuses à l'embauche : une réalité (octobre 2015)
- Pour en finir avec le chômage (septembre 2015)

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

- Pour des logements sobres en consommation d'énergie (juillet 2013)
- 10 propositions pour refonder le patronat (juin 2013)
- Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale (mai 2013)
- Nouvelle réglementation européenne des agences de notation : quels bénéfices attendre ? (avril 2013)
- Remettre la formation professionnelle au service de l'emploi et de la compétitivité (mars 2013)
- Faire vivre la promesse laïque (mars 2013)
- Pour un « New Deal » numérique (février 2013)
- Intérêt général : que peut l'entreprise ? (janvier 2013)
- Redonner sens et efficacité à la dépense publique
15 propositions pour 60 milliards d'économies (décembre 2012)
- Les juges et l'économie : une défiance française ? (décembre 2012)
- Restaurer la compétitivité de l'économie française (novembre 2012)
- Faire de la transition énergétique un levier de compétitivité (novembre 2012)
- Réformer la mise en examen Un impératif pour renforcer l'État de droit (novembre 2012)
- Transport de voyageurs : comment réformer un modèle à bout de souffle ? (novembre 2012)
- Comment concilier régulation financière et croissance :
20 propositions (novembre 2012)
- Taxe professionnelle et finances locales : premier pas vers une réforme globale ? (septembre 2012)
- Remettre la notation financière à sa juste place (juillet 2012)
- Réformer par temps de crise (mai 2012)
- Insatisfaction au travail : sortir de l'exception française (avril 2012)
- Vademecum 2007 – 2012 : Objectif Croissance (mars 2012)
- Financement des entreprises : propositions pour la présidentielle (mars 2012)
- Une fiscalité au service de la « social compétitivité » (mars 2012)
- La France au miroir de l'Italie (février 2012)
- Pour des réseaux électriques intelligents (février 2012)
- Un CDI pour tous (novembre 2011)
- Repenser la politique familiale (octobre 2011)
- Formation professionnelle : pour en finir avec les réformes inabouties (octobre 2011)
- Banlieue de la République (septembre 2011)
- De la naissance à la croissance : comment développer nos PME (juin 2011)
- Reconstruire le dialogue social (juin 2011)
- Adapter la formation des ingénieurs à la mondialisation (février 2011)
- « Vous avez le droit de garder le silence... »
Comment réformer la garde à vue (décembre 2010)
- Gone for Good? Partis pour de bon ?
Les expatriés de l'enseignement supérieur français aux États-Unis (novembre 2010)
- 15 propositions pour l'emploi des jeunes et des seniors (septembre 2010)

- Afrique - France. Réinventer le co-développement (juin 2010)
- Vaincre l'échec à l'école primaire (avril 2010)
- Pour un Eurobond. Une stratégie coordonnée pour sortir de la crise (février 2010)
- Réforme des retraites : vers un big-bang ? (mai 2009)
- Mesurer la qualité des soins (février 2009)
- Ouvrir la politique à la diversité (janvier 2009)
- Engager le citoyen dans la vie associative (novembre 2008)
- Comment rendre la prison (enfin) utile (septembre 2008)
- Infrastructures de transport : lesquelles bâtir, comment les choisir ? (juillet 2008)
- HLM, parc privé
Deux pistes pour que tous aient un toit (juin 2008)
- Comment communiquer la réforme (mai 2008)
- Après le Japon, la France...
Faire du vieillissement un moteur de croissance (décembre 2007)
- Au nom de l'Islam... Quel dialogue avec les minorités musulmanes en Europe ? (septembre 2007)
- L'exemple inattendu des Vets
Comment ressusciter un système public de santé (juin 2007)
- Vademecum 2007-2012
Moderniser la France (mai 2007)
- Après Erasmus, Amicus
Pour un service civique universel européen (avril 2007)
- Quelle politique de l'énergie pour l'Union européenne ? (mars 2007)
- Sortir de l'immobilité sociale à la française (novembre 2006)
- Avoir des leaders dans la compétition universitaire mondiale (octobre 2006)
- Comment sauver la presse quotidienne d'information (août 2006)
- Pourquoi nos PME ne grandissent pas (juillet 2006)
- Mondialisation : réconcilier la France avec la compétitivité (juin 2006)
- TVA, CSG, IR, cotisations...
Comment financer la protection sociale (mai 2006)
- Pauvreté, exclusion : ce que peut faire l'entreprise (février 2006)
- Ouvrir les grandes écoles à la diversité (janvier 2006)
- Immobilier de l'État : quoi vendre, pourquoi, comment (décembre 2005)
- 15 pistes (parmi d'autres...) pour moderniser la sphère publique (novembre 2005)
- Ambition pour l'agriculture, libertés pour les agriculteurs (juillet 2005)
- Hôpital : le modèle invisible (juin 2005)
- Un Contrôleur général pour les Finances publiques (février 2005)
- Les oubliés de l'égalité des chances (janvier 2004 - Réédition septembre 2005)

Pour les publications antérieures se référer à notre site internet :

www.institutmontaigne.org

INSTITUT MONTAIGNE



ABB FRANCE
ACCURACY
ADIT
AIR FRANCE - KLM
AIRBUS
ALLEN & OVERY
ALLIANZ
ALVAREZ & MARSAL FRANCE
ARCHERY STRATEGY CONSULTING
ARCHIMED
ARDIAN
A.T. KEARNEY
AUGUST DEBOUZY
AXA
BAKER & MCKENZIE
BANK OF AMERICA MERRILL LYNCH
BEARINGPOINT
BNI FRANCE ET BELGIQUE
BNP PARIBAS
BOLLORE
BOUYGUES
BPCE
BRUNSWICK
CAISSE DES DÉPÔTS
CAPGEMINI
CAPITAL GROUP
CARBONNIER LAMAZE RASLE & ASSOCIÉS
CAREIT
CARREFOUR
CASINO
CGI FRANCE
CHAÎNE THERMALE DU SOLEIL
CHUBB
CIS
CISCO SYSTEMS FRANCE
CNP ASSURANCES
COHEN AMIR-ASLANI
COMPAGNIE PLASTIC OMNIUM
CONSEIL SUPÉRIEUR DU NOTARIAT
CRÉDIT AGRICOLE S.A.
CRÉDIT FONCIER
D'ANGELIN & CO LTD
DE PARDEU BROCAS MAFFEI
DENTSU AEGIS NETWORK
DRIVE INNOVATION INSIGHTS - DII
EDF
ELSAN
ENGIE
EQUANCY
EURAZEO
EUROGROUP CONSULTING
EUROSTAR
FONCIÈRE INÉA
GAILLARD PARTNERS
GALILEO GLOBAL EDUCATION
GIC PRIVATE LIMITED
GOOGLE
GRAS SAVOYE
GROUPAMA
GROUPE EDMOND DE ROTHSCHILD
GROUPE M6
GROUPE ORANGE
HAMEUR ET CIE
HENNER
HSBC FRANCE
IBM FRANCE
IFPASS
ING BANK FRANCE
INSEEC
INTERNATIONAL SOS
IONIS EDUCATION GROUP
ISRP
JEANTET ET ASSOCIÉS
KANTAR

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE

INSTITUT MONTAIGNE



KPMG S.A.
LA BANQUE POSTALE
LA PARISIENNE ASSURANCES
LAZARD FRÈRES
LINEDATA SERVICES
LIR LES ENTREPRISES INTERNATIONALES DE RECHERCHE
LIVANOVA
LVMH MOÛT-HENNESSY - LOUIS VUITTON
MACSF
MALAKOFF MÈDERIC PRÉVOYANCE
MAREMMA
MAZARS
MCKINSEY & COMPANY FRANCE
MEDIA PARTICIPATIONS
MEDIOBANCA
MERCER
MERIDIAM
MICHELIN
MICROSOFT FRANCE
MNH GROUP
NESTLÉ FRANCE SAS
OBEA
ONDRÁ PARTNERS
OPTIGESTION
ORTEC GROUP
PAI PARTNERS
PIERRE & VACANCES
PRUDENTIA CAPITAL
PRICEWATERHOUSECOOPERS
RADIALL
RAISE
RAMSAY GÉNÉRALE DE SANTÉ
RANDSTAD
RATP
RENAULT
REXEL
RICOL, LASTEYRIE & ASSOCIÉS
RIVOLIER
ROCHE
ROLAND BERGER
ROTHSCHILD MARTIN MAUREL
SAFRAN
SANOFI
SCHNEIDER ELECTRIC
SERVIER
SGS
SIA PARTNERS
SIACI SAINT-HONORÉ
SIER CONSTRUCTEUR
SNCF
SNCF RÉSEAU
SODEXO
SOLVAY S.A.
SPRINKLR
SUEZ
SYSTEMIS
TECNET PARTICIPATIONS SARL
TERÉGA
THE BOSTON CONSULTING GROUP
TILDER
TOTAL
UBS FRANCE
VEOLIA
VINCI
VIVENDI
VOYAGEURS DU MONDE
WAVESTONE
WENDEL
WILLIS TOWERS WATSON
WORDAPPEAL

SOUTIENNENT L'INSTITUT MONTAIGNE