CESER Normandie



Santé mentale en Normandie : aux actes !

Octobre 2025

Présenté par Nathalie Sarge et Pierre-Édouard Magnan

Santé mentale en Normandie :

aux actes !

OCTOBRE 2025

Avis adopté avec :
97 pour
4 abstentions

Présidente de commission
Jocelyne AMBROISE

Co-rapporteurs
Pierre-Édouard MAGNAN
Nathalie SARGE

Avec la contribution de
Isabelle LABICHE

Sommaire

Sommaire 3

Composition de la commission n°2 « Développement humain et qualité de vie » 10

Composition du comité d'étude 11

Auditions et remerciements 12

AVIS 15

I. PRÉVENIR : Sensibiliser pour anticiper 23

A. Détecter et relayer les troubles de comportements dès l'enfance 23

B. Déstigmatiser la maladie mentale et le handicap psychique 24

C. Revaloriser la prévention en santé mentale 26

II. ACCOMPAGNER : Pour une prise en charge précoce, continue, humaine… et avec des moyens dédiés 28

A. L'organisation des soins 28

B. Animation des acteurs du territoire 31

C. Aidance et pair-aidance 32

D. Le milieu carcéral 34

III FORMER : Vers une culture renouvelée de la psychiatrie et du soin 35

A. Adapter et renforcer la formation des professionnels en santé mentale 35

B. Redonner du sens et de l'attractivité aux métiers du soin 36

IV. RÉFORMER / INNOVER autour des pratiques et des parcours de soin 38

A. Une politique publique renouvelée 38

B. Garantir l'éthique des pratiques de soins et d'accompagnement 39

C. Appréhender et agir sur les conséquences des organisations du travail sur la santé mentale 39

D. Une « boîte à outils » au service des pratiques de soin et d'accompagnement 41

Déclarations des groupes 51

RAPPORT 65

1 De la psychiatrie à la santé mentale 70

1.1 Quelques définitions et repères sémantiques 70

1.1.1 La psychiatrie 71

1.1.2 Les troubles psychiques 72

1.2 La discipline psychiatrique : toute une histoire 72

📣 Santé mentale France Normandie, avec le Dr Pascal CRÉTÉ, psychiatre 81

1.3 Psychiatrie et justice : les « liaisons dangereuses » 85

1.3.1 Un virage sécuritaire depuis 2008 85

1.3.2 La stigmatisation accrue qui en découle 86

2 Comment ça va ? … haro sur la santé mentale ! 87

2.1 Les déterminants de la santé mentale 88

2.1.1 Le fossé du genre 89

2.1.2 Les filles en souffrance de plus en plus jeunes 89

2.1.3 L'impact des violences sexistes et sexuelles (VSS) 91

2.1.4 L'inceste : forme extrême de violence aux conséquences dramatiques 92

2.2 L'ultra moderne solitude 92

2.3 Le fléau de la dépression 95

Et si la dépression était un problème mal posé ? 95

2.4 La très douloureuse question du suicide 96

2.4.1 Trois quarts des morts par suicide concernent des hommes 99

2.4.2 La Normandie : 2e région française la plus touchée par le suicide 100

Des disparités infrarégionales très marquées en Normandie 101

Un taux de tentatives de suicide supérieur à la moyenne nationale 101

Le suicide chez les étudiants normands 103

2.5 Les addictions : pathologie de notre époque ? 104

📣 Addictions et santé mentale : avec le Dr Alexandre BAGUET, psychiatre addictologue 107

Qu'est-ce que l'addictologie ? 107

Le service addictologie du CHU de Rouen : place à la pluridisciplinarité et au dialogue 107

Démographie médicale en souffrance 108

Addictions et consommation de produits 109

La lutte contre les addictions 111

2.6 Les enfants et les jeunes durement touchés 112

2.6.1 Les résultats d'une première étude épidémiologiques nationale 113

Repenser la psychiatrie pour les enfants et les adolescents 114

Le projet HARMONY : partager et développer les bonnes pratiques pour la santé mentale des jeunes Européens 114

2.6.2 La santé mentale des étudiants normands 115

2.6.3 Réseaux sociaux : tyrannie de l'idéal et contenus « toxiques » non régulés 116

Un rapport parlementaire accablant sur TikTok 118

2.7 Les différents visages de la vulnérabilité 119

2.7.1 L'économie du burnout : une approche disruptive 120

2.7.2 Les enfants issus de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) 121

2.7.3 Des populations plus spécifiquement exposées à la précarité 123

Les personnes âgées invisibilisées 123

Les femmes beaucoup plus précarisées que les hommes 123

Les traumatismes psychiques des migrants et demandeurs d'asile 123

2.7.4 La santé mentale des détenus 124

Des chiffres accablants sur l'état psychique des détenus 124

« Les prisons sont devenues les asiles d'autrefois » 125
Le suicide des personnes en détention 126
Projet d'ouverture d'une unité psychiatrique pour les détenus au Rouvray 126

📣 **Soigner et accompagner les détenus avec le Dr Nicolas GILLES, psychiatre 128**
Contexte carcéral et troubles psychiques 128
Détention provisoire et sortie de prison 129
L'accompagnement et les soins extra et intra carcéraux 130
Projet d'ouverture d'une Unité Hospitalière Spécialement Adaptée (UHSA) 132
La prévention des récidives 132
Défis et besoins 132

2.8 Le travail, c'est la santé… ? 134
Un phénomène de dégradation observé à l'échelle mondiale 134
… mais des spécificités françaises 134
2.8.1 Quelle reconnaissance des troubles psychiques d'origine professionnelle ? 135
2.8.2 Le burn-out (ou le syndrome d'épuisement professionnel) 137
2.8.3 Comment expliquer l'augmentation de la souffrance psychique au travail ? 139
Le « Flex Office » : un mode de travail non sans conséquences sur la santé mentale 142
2.8.4 Des secteurs professionnels particulièrement exposés 143
La santé mentale des dirigeants 144
Détresse des enseignants… détresse des élèves 145
La santé mentale des maires à rude épreuve 146
Et qui s'occupe de la santé mentale des soignants… ? 146
Les professionnelles de santé exposées aux violences sexuelles et sexistes 147
📣 Accompagner les agriculteurs dans la Manche : avec Mickaël ANGE 149
📣 Table ronde : la souffrance au travail 151
Qu'est-ce que le travail ? 152
Pourquoi le travail peut-il détruire ? 152
La prévention des risques psychosociaux au Conseil régional de Normandie 155
L'exemple de la société Renault Trucks 158

3 Le millefeuille complexe du soin et de l'accompagnement 165

3.1 La réforme du financement de la psychiatrie 166
Un nouveau modèle de financement depuis 2022 167

3.2 Santé mentale : vous avez dit Grande Cause nationale en 2025 ? 168

3.3 Politiques de santé mentale déployées en Normandie 169
📣 Rencontre avec la direction de l'Agence régionale de Santé Normandie 171
La santé mentale, enjeu fort de transversalité des politiques publiques 171
Plan national de santé mentale : prévention, offre de soins et recherche 172
La lutte contre les addictions 172
Un enjeu crucial : l'attractivité des métiers de la santé et du soin 172
La formation des personnels médicaux 175
La psychiatrie négligée dans les parcours de formation 176
Alerte sur la santé mentale des enfants et des jeunes 178
Une simplification nécessaire 180
📣 L'organisation de l'offre de soins en Normandie 182
Le rôle de la direction de l'offre de soins 182
La sectorisation 182
Le financement de la psychiatrie 183

📣 **Rencontre avec les acteurs du Projet territorial de santé mentale (PTSM) de Dieppe 186**
Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) 186
Assurer la place des usagers 188
Et la question du financement ? 190
L'offre de soins en psychiatrie 190
Le Groupement d'Entraide Mutuelle (GEM) : pilier de l'accompagnement extra-médical 191
La Maison des Adolescents de Dieppe 192
Projet de Centre de santé mobile 195
Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) 195
Quid de la santé mentale des jeunes ? 197
Des messages clés à l'attention des décideurs ? 197

📣 **Le Conseil local de santé mentale (CLSM) de Caen-Mondeville-Hérouville-St-Clair, avec Gérald HALLEY 199**
Agir collectivement 200
Les vertus d'un fonctionnement souple 200
Intervenir sur les situations complexes de santé mentale 201
Sensibiliser à la santé mentale 201
Déstigmatiser la santé mentale 201

3.4 Normandie : une offre de soins inférieure à la moyenne nationale 205
📣 Rencontre avec les directrices de l'ORS-CREAI : observatoire de santé en Normandie 208
📣 Rencontre avec le directeur de l'Union pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM) Normandie 210
3.4.1 Un nombre de soignants insuffisant 213
📣 Paroles de soignant.es en santé mentale/psychiatrie 214
La formation : un enjeu absolument crucial 221
La « problématique des 12 heures » 221
Parcoursup : « une catastrophe ! » 222
Le dépistage précoce : recommandé et mieux appliqué qu'auparavant mais peu suivi d'effets 222
Quid de la santé mentale des détenus ? 223

3.5 La pédopsychiatrie sinistrée : des décennies d'abandon institutionnel 226
3.5.1 Les malades mentaux sont-ils les oubliés de la santé publique ? 226
📣 Pédopsychiatrie en Normandie : un enjeu majeur, avec la Pr Priscille GÉRARDIN 229
Le pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents au CH du Rouvray 229
Focus sur la réforme des études en psychiatrie 231
« Nous sommes des êtres sociaux qui avons besoin de réalité » 231
Le suicide : faire connaître le numéro national 3114 232
La protection de l'enfance : un cri d'alarme, un enjeu majeur ! 233
La consommation de psychotropes des enfants et adolescents 234
Le projet d'une clinique soins-études 235
3.5.2 Les Maisons des Adolescents (MDA) 236

3.6 Des dispositifs en réponse au mal-être croissant des étudiants 237

3.7 Le « turn-over » des aides médico-psychologiques (AMP) 239

3.8 « Il y a urgence aux urgences ! » 239
3.8.1 À l'EPSM de Caen 241
3.8.2 La moitié des points d'accueil des urgences générales et adultes dépourvue de psychiatres en France 241

3.9 Le marché des médicaments 241
3.9.1 La consommation de psychotropes des Français 242
3.9.2 Des ruptures d'approvisionnement de médicaments 244

3.10 La psychiatrie en crise d'identité 244

3.11 Assiste-t-on au retour du mode asilaire ? 245

📣 Unité pour malades difficiles (UMD) au Rouvray 249
L'unité pour malades difficiles : un lieu hyper sécurisé, avec des moyens humains en nombre . 249
Les admissions des patients et leurs liens avec l'extérieur 250
Le quotidien ultra réglé des patients 251
L'organisation des sorties 252
3.11.1 Étude sur les mesures d'isolement et de contention 256
3.11.2 La psychiatrie hospitalière boudée 257

4 Accompagner et soigner autrement 260

4.1 Les droits des usagers 260

📣 L'Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), avec Marie-Christine MANGANE 261

📣 France Assos Santé Normandie, avec Célia VERLAND 264
Forces et faiblesses du bénévolat : indispensable mais quelque peu à bout de souffle et menacé 265
La nécessité de sensibiliser les jeunes à la santé mentale 266

4.2 Les bienfaits de la pair-aidance 267
Jeunes ambassadeurs Santé mentale 268

📣 Table ronde : pair-aidance et entraide mutuelle en santé mentale 269
Ce qu'a permis la loi de 2005 269
Les GEM : une utilité qui n'est plus à prouver 269
Association Advocacy Normandie : le regroupement de 5 GEM 270
3 Groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans l'Orne 270
Tutti G.A.J : un groupe amical pour les jeunes 271
Small is beautiful ! 272
Organisation et vie d'un GEM 272
La mobilité en milieu rural 273
Soignants et adhérents de GEM : une « alliance » qui n'allait pas de soi 273
La culture comme pilier d'accompagnement 274

4.3 Réhabilitation psychosociale en France : où en est-on ? 275

📣 Table ronde : réhabilitation psychosociale en Normandie 276
Normandie REHAB, qu'est-ce que c'est ? 276
La réhabilitation psychosociale : plus qu'une méthode, une manière d'être 277
La pair-aidance 278
Qu'est-ce qu'un médiateur de santé-pair ? 278
Des outils : remédiation cognitive – compétences psychosociales – TCC... 278
Viser le rétablissement… c'est quoi au juste ? 279
Une répartition inégale des services en Normandie 280
Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) 281
LADAPT Normandie 281

Travail, santé mentale… et auto-stigmatisation 282
Une stigmatisation également présente chez les professionnels de santé 282
Le Clubhouse de Rouen 283
"Un chez-soi d'abord" : un dispositif national déployé en Normandie 284
Bientôt « Un chez soi d'abord jeunes » ? 287
Le Centre de proximité de réhabilitation psychosociale (CREP) de Canteleu 287
Les infirmier·es au cœur du soin et de l'accompagnement 288
L'accueil des usagers 289
Développer la réhabilitation psychosociale en milieu carcéral 289
Les vertus des hôpitaux de jour 290
La psychiatrie en évolution 290

📣 Vivre et Devenir et Côté Cours (Le Havre) et La Clé (Rouen), avec Marie DELAROQUE et Martine RATAJ 291

📣 Vivre et Devenir : rencontre au Havre 296
Le « virage inclusif » 296
Vivre et Devenir 296
Un préalable : le logement 297
Créer du lien en vertu d'un accompagnement unique 297
Engagement sur la Qualité de vie au travail (QVT) 298
Accompagnement à la rédaction de directives anticipées en psychiatrie (DAP) 298
Un accès à l'emploi très limité 298

4.4 Virage ambulatoire, virage inclusif 300
4.4.1 Des équipes mobiles spécialisées 300
4.4.2 Qu'est-ce que le virage inclusif ? 301
📣 Dispositifs d'équipes mobiles (secteur médico-social), avec Nathalie Sarge 303
Qu'est-ce qu'une EMAS ? 303
Qu'est-ce qu'une EMID ? 304

4.5 Faire évoluer la psychiatrie de secteur 307

📣 Sectorisation et financement : le cas du Rouvray, avec William DUROCHER 309
Forces et limites de la sectorisation 309
Nouveau mode de financement pour la santé mentale 310
Enjeux et limites 311

4.6 Des leviers simples mais puissants pour soulager la souffrance psychique 313
4.6.1 Les bienfaits du lien avec la nature 313
📣 Les bienfaits de l'art et de la culture, avec Denis LUCAS 317
📣 Les bienfaits du sport, avec Erwann ALLAIN 319

4.7 Déprescription et optimisation médicamenteuse 321

4.8 Le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) 321

4.9 Innovations technologiques : amies ou ennemies de la santé mentale ? 322
4.9.1 Les IA thérapeutiques : ChatGPT est-il un bon psychologue ? 323
4.9.2 « L'homme augmenté » : science-fiction ou réalité ? 325
Nos cerveaux « en surrégime » 325

4.10 Les infections à l'origine de troubles de santé mentale ? 325

4.11 Voix dissidentes de la psychiatrie 326

4.11.1 Roland Gori, psychanalyste 327
4.11.2 Daniel Zagury, psychiatre 328
4.11.3 Mathieu Bellahsen, psychiatre et lanceur d'alerte 329
4.11.4 Emmanuel Venet, psychiatre 331

ANNEXES 335

5 Annexes 336

5.1 Transcription de la rencontre avec le Dr Pascal CRÉTÉ, Assemblée plénière du CESER du 10 octobre 2024 à Rouen 336

5.2 Des approches innovantes en réponse aux problèmes de santé mentale 362

5.3 Le parcours de soins en santé mentale 363

5.4 Programme santé mentale et psychiatrie 2025-2030 364

5.5 Des dépenses de tests liés à la santé mentale en forte augmentation entre 2015 et 2023 365

Composition de la commission n°2

« Développement humain et Qualité de vie »

Présidente : Jocelyne **AMBROISE**

Vice-présidente : Roseline **LEMARCHAND**

Co-rapporteurs : Pierre-Édouard **MAGNAN** et Nathalie **SARGE**

Jocelyne **AMBROISE**

Jean-Daniel **AUVRAY**

Élisabeth **BELLOMO**

Pascale **BLASSEL**

Sandrine **CALVET**

Guillaume **CARON**

Séverine **CARRIÉ**

Frédéric **COCHU**

Sophie **COULIER**

Corinne **COURTEL**

Marie-Christiane **DE LA CONTÉ**

Alain **DEVAUX**

Ève **DOUET**

Estelle **DUCLOS**

Valérie **ÉGLOFF**

Arnaud **FOSSARD**

Gaëlle **HAMARD**

Emmanuèle **JEANDET-MENGUAL**

Christophe **LE BAIL**

Rémy **LECŒUR**

Roseline **LEMARCHAND**

Jacques **LETHUILLIER**

Marie **LEVARAY**

Antoine **LEVENEUR**

Didier **LUTSEN**

Pierre-Édouard **MAGNAN**

Guy **MAILHAN**

Marc **MAOUCHE**

Christine **MULLER**

Jérôme **PINEL**

Ludovic **PIQUOT**

José **SAGIT**

Nathalie **SARGE**

Jean-Pierre **SOUBRANE****

Laure **TANKÉRÉ**

Quentin **THIROT***

Emmanuelle **TUAL****

Valérie **VARENNE****

Yves **VERNON**

Prénom **YON**

***Conseiller ayant quitté depuis la commission 2 – ** Conseillers ayant quitté le CESER.

Composition du comité d'étude

Jocelyne **AMBROISE**

Élisabeth **BELLOMO**

Corinne **COURTEL**

Estelle **DUCLOS**

Raphaëlle **FOLIO**

Marc **GRANIER**

Philippe **HEDDE**

Pierre-Édouard **MAGNAN**

Nathalie **SARGE**

Auditions et remerciements

NB : Les fonctions mentionnées sont celles qu'occupaient les intervenants au moment où nous les avons rencontrés.

Erwann **ALLAIN**
Enseignant en activité physique adaptée à l'URPS du Nouvel hôpital de Navarre

Mickaël **ANGE**
Conseiller à la Chambre d'agriculture de la Manche

Didier **BABONNEAU**
Délégué départemental de l'UNAFAM 61

Dr Alexandre **BAGUET**
Chef du service d'addictologie au CHU de Rouen

Emmanuel **BARON**
Responsable Santé & Sécurité du site Renault Trucks à Blainville-sur-Orne

Dr Cécile **BONNEFOY**
Cheffe de projet régional en santé mentale à l'Agence régionale de Santé (ARS) Normandie

Julien **BORDRON**
Directeur de l'UGECAM Normandie

Dr Marie-France **CANOVILLE**
Psychiatre – Médecin du travail

Audrey **CAPITAINE**
Infirmière à l'hôpital Pierre Janet

Bruno CATASSO
Animateur du GEM de Caen

Julien **COQUAIS**
Directeur général d'Appui Santé Caux Bray Albâtre

Geoffroy CORBLIN
Administrateur et adhérent au GEM de Caen

Nancy **COUVERT**
Présidente de la commission Santé mentale du territoire de santé de Dieppe

Dr Pascal **CRÉTÉ**
Psychiatre – Président de Santé mentale France Normandie et directeur des Foyers de Cluny

Marie **DELAROQUE**
Directrice de Vivre et Devenir et Côté Cours au Havre

Sébastien **DELESCLUSE**
Directeur général adjoint de l'ARS Normandie

Thomas **DEROCHE**
Directeur général de l'ARS Normandie

Martine **DESMAREST**
Représentante de l'UNAFAM

Pascale **DESPRÈS**

Directrice de l'ORS-CREAI de Normandie

Antony **DUMONT**
Administrateur et adhérent au GEM Solidarité de Dieppe

Christine **ÉCHELARD**
Directrice générale adjointe Ressources Performance Vie et Evolution de la Collectivité à la Région Normandie

Thierry **ÉNOUF**
Directeur des ressources humaines de Renault Trucks, site de Blainville-sur-Orne

Dr Jacques **FÉRY**
Psychiatre pour le Centre de santé mobile Caux Bray Albâtre

Florence **FORTI**
Présidente de Tutti G.A.J

Dr **Alain FUSEAU**
Psychiatre au GHH du Havre

Karine **GALLOT**
Infirmière hygiéniste au CH du Rouvray

Pr Priscille **GÉRARDIN**
Pédopsychiatre - Professeur des universités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Cheffe de service au CHU de Rouen et cheffe de pôle au CH du Rouvray

Dr Nicolas **GILLES**
Psychiatre – Responsable du SMPR et du CSAPA de la Maison d'Arrêt de Rouen – Responsable du CSAPA du Centre de Détention de Val de Reuil

Gérald **HALLEY**
Coordinateur du Conseil local de santé mentale de Caen-Mondeville-Hérouville-Saint-Clair

Blandine **HAQUET-LEBAS**
Directrice de la Maison des adolescents de Dieppe

Alison **HARAUX**
Chargée de développement projet et responsable qualité à Appui Santé Caux Bray Albâtre

Gwennaelle **JAOUEN**
Infirmière à l'EPSM de Caen

Annie **KAPPATO CHADEIX**
Cadre de santé au CH du Rouvray

Karen **LABBEY**
Éducatrice spécialisée au pôle autisme de l'IME, ACAIS

Josselin **LANGE**
Coordinateur de parcours à la clinique des Portes de l'Eure

Claire **LEMOINE**
Psychologue au CMP d'Argentan et au centre psychothérapique de l'Orne

Samuel **LEROY**
Directeur des dispositifs de l'association ALVE Dieppe

Denis **LUCAS**

Attaché culturel au CH du Rouvray

Catherine **MAHIET**
Administratrice et adhérente au GEM de Flers

Marie-Christine **MANGANE**
Déléguée régionale de l'UNAFAM Normandie

Catherine **MARILLONET**
Directrice de l'Institut de formations paramédicales Marie Thieullent (Le Havre)

Dr Simon **MARTINEZ**
Psychiatre – Chef du pôle psychiatrie du GHT Dieppe Caux Maritime

Romane **MAURICE**
Chargée de projets Région en santé et prévention à la Région Normandie

François **MENGIN LECREULX**
Directeur général de l'ARS Normandie

Christelle **MONTIER**
Cadre de santé au CH du Rouvray

Emmanuel **MOULIN**
Animateur du GEM de Flers

Jade **POLLEZ**
Directrice du Clubhouse de Rouen

Claire **PRÉVOST**
Cadre de santé au CH du Rouvray

Marc **PURREY**
Cadre de santé au CH du Rouvray

Martine **RATAJ**
Co-présidente de La Clé (Rouen)

Bérengère **RAYÉ**
Coordinatrice du Clubhouse de Rouen

Denis **RENIER**
Administrateur et adhérent au GEM de Caen

Dr Maud **ROTHARMEL**
Psychiatre au CH du Rouvray

Nathalie **SARGE**
Représentante de l'URIOPPS Normandie

Mélanie **SOUFFLET**
Psychopraticienne, spécialisée dans la souffrance au travail

Emma **SOULA**
Infirmière et déléguée générale par intérim de Normandie REHAB

Timothée **TROMPESANCE**
Directeur d'Un chez soi d'abord à Rouen

Célia **VERLAND**
Coordinatrice régionale de France Assos Santé Normandie

Annabelle **YON**
Directrice adjointe de l'ORS-CREAI de Normandie

AVIS

« Là où il n'y a pas d'espoir, nous devons l'inventer. L'impuissance est une illusion. La force du cœur, l'intelligence, le courage, suffisent pour faire échec au destin et le renverser parfois. Il faut seulement vouloir, non pas aveuglément, mais d'une volonté ferme et réfléchie ».

Albert Camus

Avis

Introduction

Tout au long de la vie, notre santé mentale peut être mise à mal. Plusieurs raisons à cela : environnement familial, scolaire, professionnel, événements de la vie… Les contextes social, sociétal, géopolitique affectent et impactent notre santé mentale à des degrés divers. Cette corrélation a été amplement et clairement établie.

L'étude conséquente menée par le CESER Normandie intitulée *« Accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie, il est urgent d'agir »*, parue en décembre 2020, a suscité un intérêt au-delà des attentes[1]. L'amplitude du sujet n'avait pas permis de traiter spécifiquement de la santé mentale, laquelle – par son importance et sa dimension – nous semblait mériter qu'on lui consacrât une étude entière.

La situation du secteur de la santé mentale en France est très dégradée et notre région, la Normandie, n'est pas épargnée, bien au contraire. La quasi-totalité des indicateurs de santé s'avère nettement plus défavorable que dans la moyenne nationale, que ce soit en termes de démographie médicale, de taux de suicide, d'addictions, de consommation de psychotropes, etc.

En France, comme dans l'ensemble des pays de l'OCDE où l'on observe la prévalence des troubles de santé, les personnes à faibles revenus sont deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression que celles bénéficiant d'un revenu élevé. La situation socio-économique de la Normandie n'est donc pas sans effet sur la santé mentale de ses habitants.

Citons quelques éléments propres à la Normandie :

- Elle affiche – derrière la Bretagne – le **2e taux de mortalité par suicide le plus élevé** de France hexagonale, avec 18,1 décès pour 100 000 habitants.
- Le suicide est la **première cause de décès chez les hommes de 15 à 34 ans** en Normandie, devant les accidents de la route.
- La démographie médicale est très défavorable ; la moitié des postes d'internes en psychiatrie à Rouen et à Caen est non pourvue et le taux de pédopsychiatres est l'un des plus bas de France.
- La consommation de psychotropes y est bien supérieure à la moyenne nationale.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé mentale comme un « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ».

Pour autant, cette définition est loin de faire consensus ; elle est même contestée par nombre de médecins et sociologues. Est-ce cela « *être en bonne santé mentale* » ? Correspondre à des

[1] Sante Integrale Web
Bien que n'étant pas une prérogative régionale, le secteur de la santé s'est néanmoins vu attribuer des financements significatifs de la Région Normandie, dans le cadre de la feuille de route qui lui est dédiée (*2023-2030, La santé au cœur de l'action régionale*).

critères économiques et rentrer dans les cases ? Ne devrait-on pas plutôt insister sur le respect des droits humains, le développement de services communautaires, une approche centrée sur les personnes ?

Rappelons, par ailleurs, que la santé mentale relève de la santé publique – embrassant elle-même un spectre large tel que le cadre de vie, le logement, l'éducation, la culture, le sport, et d'une multiplicité de facteurs touchant à l'environnement, etc. – et non de la psychiatrie qui constitue une branche de la médecine.

Pour tenter de comprendre pourquoi la santé mentale se trouve dans un tel état de délabrement, nous avons auditionné plus de 60 personnes, organisé des tables rondes, et des déplacements sur le terrain. Nous avons voulu en comprendre les déterminants.

Sans vouloir tomber dans le misérabilisme ou pire encore dans le sensationnalisme, comment ne pas être effrayé lorsqu'un professionnel de santé vous dit au cours d'une table ronde : *« Quand on envoie vers une chambre d'isolement une gamine de 12 ans qui arrive avec sa peluche licorne après avoir fait une tentative de suicide, et que tout le monde trouve ça normal vu que ça fait des années qu'on fait comme ça, sans que personne ne se pose la question… on ne trouve plus la situation soutenable »* [2].

Ou qu'une psychologue vous dit : *« Est-ce que ça a du sens de devoir remplir cinq questionnaires quand quelqu'un vient vous voir pour vous dire qu'il va mal ?! »*

Aussi, et nous le rappelons pour l'ensemble de l'avis et du rapport, **la santé mentale est une urgence, pour toutes et tous, sur tous les territoires**. Sans moyens, pas d'action, pas de prise en charge, pas d'amélioration d'une situation qui se dégrade partout. Et à la fin, c'est à une population de plus en plus touchée, à un coût tant humain que financier de plus en plus élevé, que l'on assiste.

Nous tenons à signaler que ce sont des professionnels, des responsables associatifs, des aidants, des patients qui nous ont permis d'établir les préconisations que vous trouverez en détail ci-après. Nous espérons la prise en compte de leurs remarques et suggestions afin que chacune et chacun d'entre nous puisse envisager un avenir plus serein et vivable, pour soi-même comme pour ses proches.

[2]Toutes les citations figurant dans cet avis ont été prononcées au cours des auditions et rencontres organisées pour les besoins de cette étude. Leurs auteurs sont mentionnés dans le rapport qui suit.

Préambule

La psychiatrie occupe une place centrale dans le dispositif de prévention et de soins en santé mentale. Elle assure notamment la prise en charge des urgences, des périodes de crise des patients, des troubles graves et prolongés. Les auditions que nous avons conduites ont pleinement confirmé l'état très alarmant dans lequel se trouve la psychiatrie aujourd'hui. Sans une augmentation significative des moyens financiers et humains, il est peu probable que nos recommandations puissent avoir un impact sur la situation actuelle, laquelle exige une intervention des pouvoirs publics urgente et concertée.

→ **Il est impératif de mettre en place un vaste plan d'action, triennal ou quinquennal renouvelable, assorti d'engagements financiers, inspiré du modèle du « Plan cancer », reposant sur un financement conjoint de l'État (via les Agences Régionales de Santé et l'Assurance Maladie), des Régions (contribution aux investissements qui s'imposent) et des Départements (actions médico-sociales).**

→ **Celui-ci devrait être accompagné d'un plan de communication régional, afin de sensibiliser le plus grand nombre à la question essentielle de la santé mentale, mais aussi d'orienter vers les bonnes structures les personnes en souffrance psychique.**

Les domaines d'intervention devraient inclure tout à la fois :

- La formation des professionnels ;
- La prévention des troubles mentaux ;
- La gradation des soins ;
- La fluidification des urgences hospitalières ;
- L'amélioration des soins ;
- Le renforcement de la prise en charge des addictions ;
- La promotion de l'éthique dans les pratiques ;
- Le soutien aux associations de familles et aux bénévoles ;

→ **La lutte contre la stigmatisation de la psychiatrie à travers des actions fortes de sensibilisation à la santé mentale.**

« Le constat est déplorable en France : très peu de centres hospitaliers psychiatriques ont des locaux décents ».

→ **Ce plan d'action ne peut se concevoir sans la mise en œuvre d'un vaste plan de réhabilitation des locaux hospitaliers – en majorité vétustes et insalubres – et d'un plan d'appui à la création de locaux ambulatoires et de lieux favorisant la réhabilitation des personnes.**

Pareil plan doit impérativement s'assortir de mesures solides et vigoureuses propres à renforcer l'attractivité des métiers, à contrecarrer les difficultés de recrutement et de pérennisation des emplois dans la filière « psy ».

Aucune de nos auditions, pas plus que nos rencontres et nos lectures, n'a échappé à la question du manque de moyens abyssal dans tous les champs d'intervention de la santé mentale.

Après tant d'autres qui l'ont fait avant nous et qui le font encore avec force aujourd'hui, nous tenons à tirer la sonnette d'alarme sur un secteur dont tous les volets sont sinistrés, depuis le champ médico-social – principalement associatif – jusqu'au secteur hospitalier, en passant par le secteur libéral.

Nous sommes conscients que le vaste champ de la santé relève essentiellement de l'État, qui n'est certes pas l'interlocuteur premier du CESER, mais qui n'en demeure pas moins un acteur essentiel qu'il nous faut continuer d'interroger et d'interpeller. Nous refusons par ailleurs de nous retrancher derrière une attribution de compétence ; face à des questions qui se posent de manière aussi aiguë et urgente, nous tenons aussi à préconiser des outils d'amélioration de notre action régionale en matière de santé. Nous nous y autorisons d'autant plus que la Région Normandie a pris, au-delà de ses compétences propres, des engagements forts en faveur de la santé.

Dans un rapport sur la santé mentale, même à l'échelle régionale, nous nous devons quand même de rappeler qu'une politique publique sans moyens n'est qu'un décor de théâtre. La récente stratégie nationale déployée dans le cadre de la Grande Cause nationale 2025 consacrée à la santé mentale en est l'illustration frappante et même cynique à nos yeux : phénomène fréquent dans les politiques sanitaires et sociales, elle contient de belles intentions, des discours mobilisateurs, mais dépourvue de moyens humains, financiers et organisationnels qui la rendraient réelle et concrète ; en l'état, cette stratégie reste – et restera – purement symbolique.

I. PRÉVENIR : Sensibiliser pour anticiper

A. Détecter et relayer les troubles de comportements dès l'enfance

« La réalité est catastrophique. On est en train de fabriquer des enfants à haut risque de problèmes ».

L'utilisation excessive des réseaux sociaux impacte la santé mentale des adolescents et des jeunes adultes ; une corrélation inquiétante a été établie avec une augmentation des troubles anxieux, de la dépression et des pensées suicidaires, en particulier chez les jeunes femmes et les très jeunes filles. Notons que la santé mentale est une des premières causes de consultation chez les jeunes.

L'exposition constante à des standards de vie « parfaite », ainsi qu'à des standards de beauté irréalistes, voire inventés par l'intelligence artificielle, crée un sentiment d'échec et une baisse de l'estime de soi.

S'ajoutent dans ce contexte des problèmes de cyberharcèlement et de dépendance aux contenus numériques ; cela passe avant tout par une meilleure éducation aux outils numériques, et au-delà, à l'esprit critique.

Le CESER préconise :

→ **De déployer des actions de sensibilisation auprès des élèves de l'Éducation nationale, et pour ce faire, il convient :**

- ☞ De **former les professionnels de l'Éducation nationale** qui se trouvent régulièrement face à des enfants en difficulté, en vue d'une détection des troubles plus rapide et d'un adressage plus ciblé ; il convient en second lieu que les troubles du neurodéveloppement (troubles des apprentissages, du spectre autistique, de déficit de l'attention) soient détectés et reconnus avec des moyens dédiés ; enfin, il est important d'équiper les enfants concernés de matériels adaptés ;
- ☞ De **doter les structures de moyens *ad hoc*** leur permettant d'accompagner les enseignants (ASE[3], RASED[4], EMAS[5], hôpital de jour, PMI[6], IME[7], CMP[8]) afin que ces élèves soient pris en charge très jeunes par des personnels formés aux difficultés qu'ils rencontrent ;
- ☞ A**ugmenter le nombre d'accompagnants des élèves** en situation de handicap (AESH), par ailleurs dûment formés, ces personnels étant actuellement contraints de partager leurs interventions auprès de plusieurs élèves, dans différents établissements ;

[3] Aide sociale à l'enfance.
[4] Réseau d'Aide Spécialisée aux Élèves (maternelle et primaire) en Difficulté.
[5] Équipe mobile d'appui à la scolarisation.
[6] Protection maternelle et infantile.
[7] Institut médico-éducatif, désormais connu sous l'appellation de Dispositif d'accompagnement médico-éducatif (DAME).
[8] Centre médico-psychologique.

- ☞ De permettre que des **personnels formés interviennent auprès des élèves** dans les collèges et lycées autour de la santé mentale, afin de leur exposer les dangers de l'utilisation des réseaux sociaux, en vue notamment d'éviter d'une part les problèmes de harcèlement et d'autre part d'auto-stigmatisation ; ces journées de sensibilisation seraient également axées sur l'acceptation de la différence, qu'elle soit pour les autres ou pour soi-même ;
- ☞ **Créer et/ou renforcer** des services de santé destinés aux étudiants ainsi que leurs moyens qui ne sont pas homogènes sur l'ensemble du territoire normand.

Pour cela, il est également nécessaire :

- ☞ Que la **question de l'attractivité des métiers d'infirmier et de médecins scolaires** soit impérativement traitée, un très grand nombre de postes restant non pourvus. En première ligne face à la détresse psychologique des élèves, il importe d'être mieux formé et « outillé » pour prévenir, dépister et orienter en cas de troubles ;
- ☞ De **mieux faire connaître l'offre de service des Maisons des Adolescents** (MDA) et en développer encore leur nombre, actuellement insuffisant au vu des délais d'attente de prise en charge ;
- ☞ Que **les MDPH[9] disposent de moyens** afin d'accélérer le traitement des dossiers (dont le délai peut actuellement atteindre 18 mois)[10].

B. Déstigmatiser la maladie mentale et le handicap psychique

« Tant que la spécialité de la psychiatrie sera stigmatisée, les patients seront stigmatisés avec pour effet d'entraver le repérage, la prévention et l'accès aux soins ».

→ **Pour lutter contre ces stigmatisations, il est important de mettre en place des actions d'information sur la réalité des maladies mentales auprès du public, via les médias, les réseaux sociaux, les écoles, en collaboration avec les associations de familles et d'usagers.**

La stigmatisation passe d'abord et avant tout par le langage. Il nous semble indispensable de parler autrement des troubles psychiques. L'exemple du mot « schizophrène », employé pour désigner une personne ayant commis un acte grave et régulièrement détourné de son sens premier dans le débat médiatique et politique, illustre les abus de langage autour des troubles psychiques, lesquels ne sont pas sans conséquences pour les personnes concernées. Il apparaît nécessaire *a minima* de déployer des campagnes d'information vis-à-vis du grand public (à l'instar de la Campagne #ParlonsEnAutrement lancée par l'Unafam[11]).

[9] Maison départementale des personnes handicapées.
[10] Il convient de noter qu'en dépit de loi du 11 février 2005, les personnes concernées par le handicap psychique accèdent dans les faits difficilement à faire valoir leurs droits. Seules 7 % des personnes vivant avec un trouble psychique bénéficient de la Prestation de compensation du handicap (PCH), selon le baromètre Unafam 2023.
[11] Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

→ **Changer le regard sur la maladie mentale (professionnels de santé, secteurs sociaux et médico-sociaux, école, famille…)**

S'il est un trouble psychique également réparti entre toutes et tous, ce sont bien les préjugés et les stéréotypes. Ceux qui courent sur les personnes atteintes de troubles psychiques, et sur ces troubles psychiques eux-mêmes, sont légion et concernent tout le monde : grand public, Éducation nationale, secteur associatif et même professionnels de santé. Ces préjugés sont d'ailleurs parfois même mûs par les meilleures intentions du monde : ils n'en sont alors que plus dangereux. Cette représentation sociale négative est un frein au rétablissement et à l'inclusion de ces personnes dans la société.

Les conséquences socio-économiques de la stigmatisation et de la discrimination ont été largement analysées : isolement, diminution de l'accès aux soins, hospitalisations prolongées, diminution de la qualité de vie, discrimination au logement et à l'embauche, perte de statut social.

Il est par conséquent impératif de déconstruire les représentations et les préjugés à l'encontre des personnes qui souffrent de troubles psychiques.

La santé mentale doit être reconnue comme une composante essentielle de la vie de chacun.

→ **Lutter contre l'auto-stigmatisation des personnes concernées**

L'auto-stigmatisation est le pendant logique de ce qui précède, les deux dimensions pouvant s'entretenir l'une l'autre. Elle constitue un préjudice majeur à l'estime de soi et à l'identité. Vectrice de repli et d'isolement, elle amenuise les compétences intrinsèques propres à contribuer au rétablissement. Nombre de personnes vivant avec des troubles psychiques disent en effet souffrir davantage de la stigmatisation dont elles font l'objet que des symptômes de la maladie elle-même[12].

Pour lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, le CESER préconise :

- ☞ **De mettre en place et de relayer** une campagne de communication et de sensibilisation à la santé mentale tournée vers le grand public, en privilégiant l'usage de termes non stigmatisants. Exemple : les termes « personne » ou « citoyen » doivent être privilégiés au détriment du terme « malade » ;
- ☞ **De développer et renforcer** la visibilité des manifestations visant à informer le grand public sur la santé mentale, en s'appuyant notamment sur les Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM) ;
- ☞ **De déployer** une politique de sensibilisation, portée par les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), en direction des élus locaux afin de les inciter à promouvoir la santé mentale dans leurs circonscriptions (en vue d'un portage politique à l'échelle locale).
- ☞ **De permettre** aux personnes concernées de participer, sans stigmatisation, aux espaces de décision comme n'importe quel citoyen ;

[12] Voir à ce sujet le film documentaire « Sur l'Adamant », réalisé par Nicolas Philibert (2023).

- ☞ **De déconstruire** les représentations et les préjugés à l'encontre des personnes qui souffrent de troubles psychiques dans tous les champs (logement, emploi...) par la diffusion de contenus de vulgarisation ;
- ☞ **D'associer** les personnes concernées à la définition et à la mise en œuvre de leurs parcours de vie et de santé en leur donnant les moyens de participer de manière effective aux dispositifs qui les concernent, y compris à la formation des professionnels, aux actions de sensibilisation grand public et aux supports de prévention ;
- ☞ **Se donner les moyens** d'intégrer de façon effective des représentants d'usagers dans les instances de décision et d'élaboration des politiques publiques[13], et de leur accorder un statut légal ou réglementaire qui prenne en compte leur mission de représentation.

C. Revaloriser la prévention en santé mentale

La prévention en santé mentale vise à anticiper l'apparition de troubles psychiques, à réduire leur impact lorsqu'ils sont présents, et à favoriser le bien-être mental de la population. Dès lors, pour que ce soit efficace, cela suppose une approche globale, coordonnée et adaptée aux réalités de la vie quotidienne.

→ **Déployer une politique publique de prévention primaire**

Il existe trois catégories de prévention en santé mentale : la prévention primaire cible différents déterminants dans l'ensemble de la population ou dans le groupe à haut risque. La prévention secondaire comprend la détection et l'intervention précoces. La prévention tertiaire vise un rétablissement avancé et la réduction du risque de rechute.

Le CESER préconise prioritairement de :

Former aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM), ce qui devrait être rendu obligatoire dès le collège (à l'instar de la formation ASSR – Attestation Scolaire de Sécurité Routière - dispensée principalement au collège) ; cette sensibilisation permettrait un autre regard sur soi comme sur l'autre ; cette formation aux PSSM pourrait également être déployée lors de la Journée Défense et Citoyenneté ;

- → **Développer des actions de sensibilisation et de communication** auprès du grand public, notamment auprès des jeunes et des parents autour des addictions, du suicide, des troubles psychiques, des violences sexuelles et sexistes... ;
- → **Agir sur les risques psychosociaux en entreprise** qui ont un impact réel sur la santé physique et mentale des salariés. Ils doivent faire l'objet d'une évaluation et être intégrés dans la démarche globale de prévention des risques professionnels pour être identifiés et pris en compte dans le fonctionnement quotidien du travail. L'absentéisme, le turnover élevé ou encore la détérioration du climat social sont des signaux d'alerte que l'employeur ne peut ignorer.

[13] Cf Projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

→ **Améliorer le repérage de la crise suicidaire et l'organisation de la prise en charge afin de prévenir le suicide**

La Normandie, une région particulièrement concernée par le suicide, notamment chez les jeunes est – derrière la Bretagne – la deuxième région de France métropolitaine, présentant le plus fort taux de mortalité par suicide (18,1 pour 100 000 habitants, alors que la moyenne en France est de 13,4).

L'ARS indique que le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide chez les jeunes est « significativement plus important » en Normandie qu'au plan national, avec 330 cas pour 100 000 habitants.

Dans un tel contexte, le CESER préconise de :

Faire connaître les dispositifs normands déjà existants auprès des professionnels (enseignants, services publics...), tels que les associations dédiées à la prévention du suicide, les lignes d'écoute téléphonique – dont le 3114, numéro d'urgence national contre le suicide –, le dispositif VigilanS, etc. ;

- ☞ **Favoriser l'engagement collectif des jeunes** par la pratique des arts, des activités sportives et des activités de pleine nature
- ☞ **Faire connaître aux jeunes les possibilités d'engagement** en faveur de la protection de l'environnement visant à réduire l'éco-anxiété (ex : les chantiers de jeunes bénévoles en Normandie proposés pendant les vacances scolaires, accessibles dès 14 ans et sans condition de diplôme) ;
- ☞ **Lutter contre les injonctions** touchant plus particulièrement les jeunes filles (normes de beauté stéréotypées, sexualisation des corps féminins...) très largement amplifiées par les réseaux sociaux en prenant exemple sur l'outil numérique « La Norme, c'est toi » porté par le Conseil Régional des Jeunes de Bretagne ;
- ☞ **Mieux prendre en compte la parole des jeunes** en relayant notamment les travaux du Conseil Régional des Jeunes de Normandie ; notons que l'une des propositions récentes formulées par le CRJ porte sur l'aménagement d'espaces sensoriels au sein des établissements afin que les élèves puissent s'octroyer une « pause » pendant la journée ;
- ☞ **Consacrer davantage de moyens à l'ASE** : le nombre d'enfants relevant de l'ASE qui « finissent en prison » est très préoccupant car en forte augmentation au cours de ces 20 dernières années ;
- ☞ **Garantir une éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle** visant à l'émancipation des jeunes d'une part et à réduire d'autre part les violences sexuelles et sexistes, à l'école et plus globalement dans les lieux accueillant ces publics.

II. ACCOMPAGNER : Pour une prise en charge précoce, continue, humaine… et avec des moyens dédiés

" En psychiatrie, tout le monde est soignant y compris le jardinier. On apprend énormément des patients lorsqu'on a le temps de le faire".

Nous n'insisterons jamais assez sur la primauté du temps de soin et de présence soignante à accorder aux personnes en souffrance psychique. **Ce temps relationnel, fait d'écoute, de soutien, d'observation et d'ajustements continus, constitue le cœur même de l'accompagnement en santé mentale.** Le plus souvent invisible dans les « outils de traçabilité » visant au financement et à l'évaluation des dispositifs et des pratiques, il est pourtant fondamental pour accompagner les personnes.

Ce temps irréductible ne pourra jamais se résumer à la réalisation d'actes techniques identifiables ou quantifiables, puisqu'il s'inscrit au contraire dans une démarche globale, humaine et individualisée. La qualité de la relation soignant-soigné, accompagnant-accompagné, la disponibilité, l'attention portée à la singularité de chaque personne et l'instauration d'un climat de confiance sont autant d'éléments déterminants pour favoriser l'apaisement, la réhabilitation et le rétablissement.

A. L'organisation des soins

Selon les territoires, les structures de prise en charge sont diverses. Les établissements spécialisés publics sont organisés et il existe un certain nombre de structures privées ou associatives. Cet ensemble hétérogène ne permet pas une vision nette d'un parcours de soins.

Les médecins généralistes, souvent peu formés à la psychiatrie, peinent à assurer une prise en charge de première ligne, ce qui accentue la pression sur les services spécialisés. Le transfert de certaines missions vers le médico-social, jugé moins coûteux, s'inscrit dans cette dynamique négative.

L'amélioration de la qualité et de la permanence des soins, de même que le bien-être des soignants, passe de toute évidence par une nécessaire augmentation des effectifs, dont on sait aujourd'hui combien le recrutement est difficile. On fait face à un cercle vicieux : plus les conditions de travail sont difficiles, plus les soignants sont isolés et se sentent impuissants, plus la fuite des professionnels s'accroît.

Les services d'urgence regorgent de personnes en situation de souffrance psychique faute de lits dans les établissements spécialisés.

→ **Il est indispensable, dans ce contexte, de prendre en compte la charge réelle des soins dans leur globalité, qu'elle soit physique, psychologique et/ou relationnelle.**

Il faut donc, dans cet objectif :

☞ **Faire reconnaître** les temps relationnels comme des temps indispensables et donc valorisables et comptabilisés ;

- ☞ **Poursuivre** les actions de diversification de l'offre de soins et d'accompagnement, pour répondre aux différentes situations ;
- ☞ **Développer** le fonctionnement de la pédopsychiatrie sous forme d'équipes mobiles ressources et de prévention en appui des structures médico-sociales (dispositif ITEP[14], IME), des structures et des professionnels de l'ASE et de la PJJ[15], de l'Éducation nationale et des familles ;
- ☞ **Créer** un établissement soins-études, indispensable pour que les jeunes ayant subi une hospitalisation en raison d'un trouble mental puissent poursuivre ou reprendre leurs études ; ces établissements que l'on trouve dans de nombreuses régions n'existent pas en Normandie ;
- ☞ **Se doter** de services et de lits d'hospitalisation à temps plein de jour pour adolescents, répondant aux besoins, et répartis sur l'ensemble du territoire.

« Ce qui rend mon travail de plus en plus difficile, c'est la fermeture de lits et ses conséquences sur les conditions d'accueil des adultes, on a parfois l'impression de porter les patients et on est inquiet face aux risques que présente le renvoi d'un patient chez lui ».

En raison des contraintes géographiques imposées par la sectorisation, de la pénurie de professionnels de santé, de la fermeture de structures extra hospitalières, les services d'urgences deviennent la seule voie d'entrée pour adresser un patient qui décompense et espérer une prise en charge adaptée et pluridisciplinaire. Pour autant, par manque de médecins dans le secteur intra hospitalier, les services d'urgences sont parfois amenés à avoir recours à l'hospitalisation sous contrainte.

« On pose des diagnostics et après, il n'y a rien ! »

L'augmentation des effectifs permettrait incontestablement un moindre recours aux mesures de contention et d'isolement qui augmentent significativement dans certains établissements et dont on sait pourtant qu'elles provoquent des troubles de stress post-traumatiques (TSPT) sérieux.

→ **Améliorer les conditions de prise en charge : hospitalisation (y compris en termes de confort et d'esthétique des lieux), suivi en ville, gradation et continuité des soins… ;**

- ☞ **Tisser ou retisser** un maillage territorial de soins et d'accompagnements de qualité et diversifié, en tenant compte des réalités d'aujourd'hui ;
- ☞ **Mettre en place** des plages horaires de consultations non programmées, à l'instar de l'expérimentation récemment lancée en ce sens, en Seine-Maritime ;
- ☞ **Réinstaurer** la pratique des visites et suivis à domicile en déshérence notable, depuis les travailleurs sociaux jusqu'aux professionnels de santé.

« Je ne pense pas que les malades soient aujourd'hui plus agités, dangereux ou fous qu'avant. Peut-être même moins grâce aux progrès pharmaceutiques. […] »

[14] Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique.
[15] Protection judiciaire de la jeunesse.

Par ailleurs, l'administration des traitements est principalement déléguée à des infirmiers libéraux, à travers une ordonnance remise au patient lors de sa consultation. L'approvisionnement en médicaments doit alors avoir été fait au préalable par le patient. Si cette méthode peut sembler favorable à la prise en main par le patient de son traitement, il présente bien souvent des difficultés dans les faits, suivant le degré d'autonomie et de communication (régulière ou non) entre le soignant libéral et la structure. Ainsi, sans remettre en cause la qualité de ce protocole, on peut néanmoins déplorer une sorte de transfert de responsabilité de la part des structures. Sans doute par manque de personnel soignant mais aussi et surtout par manque de dialogue entre les intervenants, le patient et le prescripteur du traitement.

- ☞ **Rendre le patient le plus possible autonome** dans sa prise en charge et dans les décisions qui le concernent

Une augmentation des effectifs aura un impact sur la prise en charge des patients et l'évolution de leur état de santé. Aujourd'hui, par manque de personnel ou de lieu d'accueil, les professionnels de santé intra ou extra hospitaliers sont trop souvent contraints de laisser repartir les patients chez eux sans soins ni consultation adaptée. De ce fait, leur état se dégrade ; ils se retrouvent isolés, en errance médicale et décompensent jusqu'au moment où ils deviennent potentiellement dangereux, essentiellement pour eux-mêmes. La fréquence des situations de danger et d'urgences secondaires résulte d'un défaut de prise en charge précoce et quotidienne.

« Plus la consultation est courte, plus l'ordonnance est longue ».

L'imposition d'un ratio soignants/soignés n'est pas une solution miracle et ne saurait suffire à elle seule. Les soins prodigués à une personne nécessitent une continuité dans la relation et ne sont pas monnayables. Un tel ratio ne doit pas devenir une norme de contrôle mais bien l'objectif d'une politique publique ambitieuse. La relation soignant/soigné, c'est d'abord l'humain au service de l'humain.

- → **Le rôle des équipes mobiles d'intervention pluridisciplinaire**

Le CESER recommande à cet effet de :

- ☞ **Développer des équipes mobiles**, une des réponses à la ruralité : un appui à des territoires qui manquent de médecins traitants à proximité, de spécialistes, de structures d'accueil en capacité de diriger la personne vers un lieu d'écoute et de soins ;
- ☞ **Renforcer le déploiement d'Equipes Mobiles d'Intervention à Domicile** (EMID) qui accompagnent les personnes en situation de handicap et leur entourage à leur domicile ;
- ☞ **Renforcer le déploiement des Equipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation** (EMAS[16]) et la connaissance de ce dispositif auprès des professionnels de l'Éducation nationale ;

[16] Les missions des EMAS sont clairement définies dans la circulaire du 26 mai 2021.

- ☞ **Développer « l'aller-vers » pour les publics les plus éloignés** du système de santé via une meilleure couverture du territoire des Équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) et des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) à l'hôpital et en ville ;
- ☞ **Déployer des équipes mobiles dans chaque secteur de psychiatrie** pour renforcer cette démarche « d'aller-vers », pour aller à la rencontre des personnes sur leur lieu de vie et être au plus près de leurs besoins. Cette mesure est propre à réduire les ré-hospitalisations et les passages à l'acte.

B. Animation des acteurs du territoire

Comme il est indiqué dans le rapport, les parties prenantes des questions qui touchent à la santé mentale sont aussi nombreuses que diverses. Aussi convient-il, comme plusieurs expériences que nous avons étudiées le montrent, d'identifier et d'organiser, sans doute à l'échelle de chaque territoire de démocratie sanitaire (TDS), les acteurs, leurs missions, leurs limites, leurs complémentarités.

« Le PTSM[17] est une aventure collective où chacun doit jouer le jeu collectif pour que cela fonctionne ».

→ **Mieux coordonner les acteurs du territoire**

À cette fin, nous préconisons de :

- ☞ **Créer des espaces de dialogue et de co-construction** : l'expérience récente des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) démontre que ce sont certes de bons outils mais qu'ils doivent être renforcés localement, davantage déployés dans leurs actions, et s'ouvrir à l'ensemble des acteurs potentiellement concernés ;
- ☞ **Clarifier le rôle et le périmètre de ces espaces de coordination** : leur utilité même peut être la source de leur faiblesse, l'ampleur du sujet appelant des besoins auxquels les moyens – notamment humains – des PTSM ne leur permettaient pas de répondre ;
- ☞ **S'appuyer sur une réelle stratégie de territoire**, coconstruite avec les acteurs, et fixant des objectifs et des champs d'interventions clairs, seul moyen d'obtenir une mobilisation forte et durable des parties engagées.

Nous tenons également à insister sur une contradiction apparue à la suite de nos auditions. Les politiques publiques poussent à la simplification, posture qui ne peut que rencontrer un accord général. L'État considère souvent que simplifier consiste à réduire le nombre de ses interlocuteurs. Si cela lui facilite la vie, cela n'a pas toujours la même conséquence heureuse pour les actions et/ou les territoires concernés. Ainsi voit-on des situations où l'on a simplifié les acteurs, mais maintenu voire recréé une séparation entre les actions ; ainsi développe-t-on la coordination mais en additionnant les dispositifs qui coordonnent, aboutissant à la perpétuation de la séparation des publics ou des modes d'intervention, pérennisant de ce fait

[17] Projet Territorial de Santé Mentale.

des périmètres étanches. On peut mieux coordonner tout en accompagnant moins bien : il convient de faire un sort à une telle contradiction.

« Le bon sens vient toujours du terrain ».
« C'est par le terrain que tout se réalise ».

- ☞ **Valoriser** les initiatives locales et les réponses adaptées de proximité

Si la santé – et en son sein la santé mentale – relève des politiques publiques, les personnes qui vivent dans les territoires, directement ou indirectement concernées, sont une source d'initiatives constante ; elles participent à leur installation dans la durée. Le secteur associatif est un acteur majeur qui permet une adaptabilité et une réactivité souvent difficiles à tenir pour des acteurs publics, sans intérêt pour des acteurs privés lucratifs. Sa participation, indispensable à cette mission d'intérêt général, nécessite des moyens durables et importants, avec une évaluation solide à l'appui.

L'intérêt – et la productivité – de l'échange collectif, de la confrontation des postures, du croisement des pratiques et des besoins respectifs de chacun est apparu de manière évidente au travers des acteurs rencontrés au cours de nos déplacements ; mais la vitalité de telles dynamiques s'avère aussi nécessaire que fragile.

Ces deux réalités de terrain sont évidemment stimulantes et nécessaires. Elles reflètent toutes celles qui fleurissent et agissent concrètement sur nos territoires, dans le champ de la santé mentale, au profit des personnes concernées d'une part, des intervenants et accompagnants d'autre part.

Il nous apparaît important de :

- ☞ **Renforcer** les personnels de l'aide à domicile en leur octroyant des moyens, au regard de l'impact considérable que ces services exercent sur le maintien des personnes à domicile ;
- ☞ **Pérenniser** les missions et les moyens financiers qui leur sont dédiés : cette question se pose sans cesse et confisque un temps considérable qui n'est plus dévolu ni aux actions ni à l'intérêt des personnes.

C. Aidance et pair-aidance

« Le docteur M. m'a bien aidé dans ma vie, donc j'aime bien pouvoir aider à mon tour ».

Les associations d'usagers naissent de façon générale d'une carence à combler dans la prise en charge (en l'absence de solutions). Sources non négligeables d'innovation, elles permettent de développer des réseaux d'entraide, d'offrir des sources d'informations et de faciliter les premiers pas d'une famille ou d'une personne face à l'arrivée de la souffrance ou de la maladie.

Deux leviers sont nécessaires pour maintenir la plus-value que représentent les associations d'usagers. Les usagers doivent disposer d'une réelle place et écoute au sein de ces instances et ne pas servir uniquement de caution.

→ **Accompagner les associations d'usagers et valoriser leurs compétences**

Au cours de ces 25 dernières années, différentes lois ont permis la prise en compte des usagers des politiques publiques dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de ces dernières. Il doit en être de même pour le champ de la santé mentale. Sans « saucissonner » les publics et les problématiques, nous voyons ce point au travers du prisme suivant :

- Le besoin de permettre l'expression collective des patients et de leur famille, toutes et tous usagers du système de santé ;
- La nécessaire organisation de l'intervention des familles – et même de l'ensemble des bénévoles – qui ne peut se faire sur la seule base de la bonne volonté (réflexion, supervision, formation…) ;
- Le soutien des associations aux aidants, qui sont autant des acteurs que des usagers des établissements et des dispositifs dans lesquels s'inscrivent leurs proches ;
- La passage de l'individuel au collectif : par les démarches portées par les associations d'usagers, ces dernières permettent l'investissement collectif des personnes concernées qui peuvent ainsi exercer pleinement leur « citoyenneté sanitaire » en passant du « je » de l'émotion et du sentiment – d'ailleurs tout à fait légitimes – au « nous » de la construction collective.

C'est dans ce cadre que nous préconisons de :

- ☞ **Soutenir et encourager** les mouvements d'entraide et la pair-aidance dont on sait qu'ils jouent un rôle important ;
- ☞ **Développer** les groupes de parole ;
- ☞ **Développer et consolider** les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) y compris dans les zones rurales ; multiplier les GEM itinérants tels que celui expérimenté à Neufchâtel-en-Bray ;
- ☞ **Créer** des GEM « spécifiques » à destination des jeunes ;
- ☞ **Encourager** la création et le maintien de lieux de vie partagés où les patients peuvent participer à des activités quotidiennes et sociales ;
- ☞ **Assurer** la relève du bénévolat pair à pair, précieux mais mis à mal ;
- ☞ **Créer** des espaces de parole et des activités sociales pour les étudiants afin de réduire leur isolement et prévenir les risques de dépression et de suicide ;
- ☞ **Fournir** aux représentants d'usagers les moyens logistiques et financiers de leur participation aux différentes instances et réunions d'élaboration des politiques publiques de santé mentale (frais de déplacements et de représentation, etc.) ;

L'objectif est double :

- → **Accompagner les associations d'usagers pour faire valoir leurs droits, en particulier dans le contexte de la Grande Cause nationale de la santé mentale en 2025 ;**
- → **Veiller à ne pas disqualifier les compétences des patients et valoriser leurs capacités dans le cadre des soins.**

D. Le milieu carcéral

La surpopulation carcérale et le délabrement des prisons mettent à mal la santé mentale des détenus. Les conditions de vie, en maison d'arrêt plus particulièrement, sont difficiles et aggravent l'état psychique des personnes détenues.

De nombreuses pathologies échappent au diagnostic des médecins, y compris des psychiatres. Il est à noter par ailleurs que les femmes en prison sont plus exposées aux troubles psychiques.

« On ne peut pas penser la psychiatrie sans penser le contexte sociétal en même temps ».

Les déterminants sociaux qui amènent à une telle situation, doivent conduire à :

- ☞ **Améliorer la collaboration** entre les services psychiatriques et la justice pour faciliter la prise en charge des patients détenus ;
- ☞ **Augmenter les unités** – et leurs effectifs – de prise en charge des auteurs de violences sexuelles et conjugales, en réponse à une demande croissante ; cette demande concerne aussi les services qui accompagnent les personnes atteintes de violences sexuelles et sexistes ;
- ☞ **Développer le nombre d'unités** « Badinter »[18] et d'Unités de Soins Spécifiques pour Adolescents (USSA)[19] destinées aux adolescents auteurs de violences ;
- ☞ **Déployer** des moyens pour les hôpitaux de jour, et par exemple les programmes de réhabilitation psychosociale proposés à la maison d'arrêt de Rouen, qui visent à aider les détenus à acquérir des comportements adaptés à la société.

[18] Inaugurée en 2010 au Rouvray, elle est unique en France par son approche spécialisée en direction des détenus souffrant de maladies mentales ; elle offre un suivi médical personnalisé qui permet aux patients détenus de recevoir des soins adaptés à leurs besoins spécifiques et accueille des patients en crise nécessitant une hospitalisation sous contrainte.

[19] Ces unités proposent des évaluations et des prises en charge en binôme avec des psychologues et des infirmiers.

III FORMER : Vers une culture renouvelée de la psychiatrie et du soin

Il est crucial de **renforcer la formation des professionnels de santé en psychiatrie**, en mettant un **accent particulier sur la pédopsychiatrie.**

Le taux de pédopsychiatres en Normandie, très inférieur à une moyenne nationale[20] déjà insuffisante, reflète en effet une pénurie marquée. La spécialité fait pourtant face à une demande croissante, notamment pour le repérage et la prise en charge des troubles neurodéveloppementaux chez les enfants et adolescents. Des éléments de contexte qui permettent de préciser qu'il faut se garder de focaliser excessivement la prise en charge autour du médecin, mais bien de la faire reposer sur une équipe pluridisciplinaire.

A. Adapter et renforcer la formation des professionnels en santé mentale

La fin du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) en 1992 a entraîné une perte de l'identité soignante en psychiatrie, la déconnectant de son histoire et de sa spécificité. Cette suppression a rendu le travail en hôpital psychiatrique moins attractif et moins reconnu. Pour retrouver cette identité (même s'il est impossible de revenir à l'ancien diplôme au vu des directives européennes), il est crucial de renforcer la formation en psychiatrie pour tous les professionnels, de mieux les reconnaître et de valoriser l'histoire et la culture soignante de la psychiatrie.

La réforme des études infirmières en cours, tant en termes de formation initiale que dans celle des IPA, doit être mise en œuvre rapidement car elle nous semble aller dans le bon sens.

« Je pense que quelque chose de notre histoire, de notre pratique infirmière en psychiatrie s'est perdu ».

Il semble donc indispensable de proposer, pour l'ensemble des professionnels :

- ☞ De **créer des postes supplémentaires** de Professeur des Universités-Praticiens Hospitaliers (PUPH), notamment en pédopsychiatrie pour renforcer la discipline et les capacités d'encadrement des étudiants et des internes, ainsi que le développement de la recherche. Cette mesure impliquerait de mieux répartir les postes de PUPH pour lesquelles les disparités territoriales sont particulièrement fortes. Elle devrait également s'appliquer à l'addictologie ;
- ☞ De **former les psychiatres** sous le prisme d'une formation initiale humaniste, intégrant la psychopathologie clinique, les sciences humaines et l'histoire de la psychiatrie ;
- ☞ De **flécher des postes sur la filière santé mentale**, dès la sortie de l'internat (il suffirait pour cela de fixer le même nombre de postes ouverts que d'internes) dans le secteur

[20] Un focus de l'Observatoire de la Mutualité Française indique qu'en 2020, la Normandie comptait deux pédopsychiatres pour 100 000 enfants âgés de 0 à 14 ans en Normandie, soit un taux inférieur de 60 % à la moyenne nationale.

public, pour une période limitée dans le temps ; contractualisée, elle donnerait droit à une rémunération renforcée, ainsi qu'à des aides à la mobilité et à l'installation ;

- ☞ **D'améliorer les conditions juridiques, d'exercice et de rémunération des Praticiens à Diplôme Hors Union Européenne** (PADHUE), dont le statut créé en 2021 est officiellement censé leur offrir un parcours professionnel cohérent et valider leurs connaissances[21] ;
- ☞ De **mettre en place un dispositif de formation des professionnels** (infirmiers, aides-soignants, psychologues, éducateurs, accompagnants de secteur, mais également administratifs, techniques, socio-éducatifs, ASH, rééducateurs...) pour répondre aux différents besoins en pédopsychiatrie ;
- ☞ De **recourir plus amplement à des infirmiers en pratique avancée** (IPA) qui pourraient à la fois assurer la coordination des soins intra et extra hospitaliers mais aussi développer les liens et les interventions croisées avec le secteur médico-social et la médecine libérale ;
- ☞ De **développer un parcours de formation continue en santé mentale** pour les professionnels de santé, quelles que soient leurs pratiques ou leur qualification en médecine générale ou spécialisée. Mentionnons à titre d'exemple les diplômes universitaires (DU) qui permettent de maintenir une activité professionnelle tout en continuant à se former.

B. Redonner du sens et de l'attractivité aux métiers du soin

Recentrer l'activité des professionnels sur le soin et l'accompagnement est essentiel pour passer plus de temps avec les patients, et garantir une prise en charge de qualité. Cela améliorera la compréhension des besoins des patients, et permettra d'établir une relation de confiance et de fournir des soins plus personnalisés.

" La maladie mentale est la maladie du lien".

" Quelle tarification pour un kleenex tendu à une personne qui pleure et que l'on écoute exprimer sa détresse ?"

Tout ce qui est soin est aujourd'hui coté, quantifié, valorisé. Pour autant, le temps « soin » passé auprès d'une personne qui présente des troubles psychiques ne peut, et cela a été dit plus haut, se monnayer comme un acte technique.

« Les ARS parlent d'attractivité de nos métiers mais je ne sais même pas par quel bout il faudrait commencer, en fait ! »

[21] Dans les faits, nous avons été alertés sur les conditions de rémunération « au rabais » de ces médecins auxquels on demande par ailleurs d'effectuer des stages souvent très éloignés de leur lieu de vie. Plus globalement, leur statut d'étranger cause de multiples difficultés dans leur vie professionnelle et personnelle. Ces parcours chaotiques ne sont pas sans pénaliser les établissements sanitaires qui ne parviendraient pas, dans de nombreux territoires, à faire fonctionner leurs services de soins sans eux. Il s'agit donc à la fois d'un devoir d'humanité vis-à-vis d'eux et d'une nécessité sanitaire pour les hôpitaux qui les recrutent.

« Je me demande si je vais être capable de rester jusqu'au bout. La psychiatrie comme elle le devient ne me convient pas ».

→ **La priorité face à la crise des vocations et au mal-être croissant des professionnels en santé mentale et psychiatrie est de redonner du sens et de l'attractivité aux métiers du soin.**

Il s'agit de valoriser l'engagement humain, la créativité clinique et la richesse relationnelle qui fondent ces métiers, bien au-delà de la simple exécution d'actes techniques.

Cette ambition passe par une reconnaissance accrue des compétences, une amélioration des conditions de travail, et la promotion d'un environnement où l'autonomie, l'innovation et la formation continue sont encouragées. C'est en réaffirmant la dimension profondément humaine du soin que l'on favorisera l'épanouissement professionnel et que l'on attirera de nouveaux soignants, essentiels pour répondre aux défis actuels et futurs que pose la santé mentale.

→ **Engager des actions concrètes en faveur de la reconnaissance et de l'engagement professionnels**

- ☞ **Former** davantage de psychiatres – notamment de pédopsychiatres – en renforçant l'attractivité de la filière ;
- ☞ **Proposer** des incitations financières et envisager des augmentations statutaires susceptibles d'attirer et retenir les professionnels du secteur public qui portent actuellement l'essentiel (80 %) de la file active des personnes en demande de soins ;
- ☞ **Recentrer** l'activité des professionnels sur le soin et l'accompagnement.

« L'obsession du traçage à l'hôpital cache en réalité nos défaillances, en l'absence du temps nécessaire que l'on devrait passer avec les patients".

- ☞ **Décharger** les soignants de certaines tâches administratives, en augmentant les temps de secrétariat et d'assistance médicale ;
- ☞ **Alléger** les procédures en s'affranchissant de tableaux d'évaluation non seulement chronophages mais jugés dommageables à la prise en charge des personnes ;
- ☞ **Développer** des outils numériques propres à faciliter la communication entre les différents acteurs de la santé mentale, à améliorer ainsi la coordination des soins et la continuité des traitements.

IV. RÉFORMER / INNOVER autour des pratiques et des parcours de soin

La psychiatrie reprend le chemin régressif de l'asile. La multiplication des caméras, des vigiles, etc. témoignent de ce virage répressif, à contre-courant d'un hôpital ouvert, accueillant, protecteur et sécurisant. L'hôpital psychiatrique se trouve coincé entre les demandes sécuritaires (interner les patients "dangereux", très médiatisés) et les injonctions aux droits des patients (limiter les contentions et les isolements).

« On est face à des technocrates déconnectés du terrain dont le maître mot est l'inclusion, un paradigme mot magique ».

A. Une politique publique renouvelée

À plusieurs reprises, il a été rappelé que la santé mentale relevait de l'État. Il est donc évident que rien ne s'améliorera sans une politique publique ambitieuse au niveau national. Au-delà de l'indispensable – et pour l'instant absente – mise en œuvre de moyens réels et conséquents, le CESER préconise de :

- ☞ **Revenir au fondement de la politique de secteur** en corrigeant les limites et les possibles déviations : si l'appréhension géographique a du sens, nous devons réaffirmer que c'est bien la personne que l'on doit placer au centre, et non l'organisation ;
- ☞ **Revenir au fondement de la psychothérapie institutionnelle**, aujourd'hui très largement délaissée : laisser aux usagers la possibilité de remettre en cause leur cadre de soins de manière à ce que ce dernier s'adapte à eux et pas l'inverse (traiter les personnes en « sujets » et non en « objets) » ;
- ☞ Penser les **organisations sanitaires et médico-sociales en fonction des besoins des usagers** et des spécificités des pathologies, plutôt que d'adapter les patients à des organisations verticales prédéfinies et imposées ;
- ☞ Partir des **besoins concrets des usagers**, notamment ceux qui souffrent d'addictions, de schizophrénie ou d'autisme, pour adapter les postures professionnelles et les interventions ;
- ☞ Adopter **une approche intersectorielle** (et donc interministérielle), seule manière jugée pertinente pour répondre au champ de la santé mentale ;
- ☞ **Faire respecter la reconnaissance du handicap psychique**[22] inscrite dans la loi, car l'accès aux dispositifs de compensation (exemple : aides humaines) reste très compliqué et limité.

[22] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

B. Garantir l'éthique des pratiques de soins et d'accompagnement

« Surveiller et punir, c'est ça qui m'amène à me poser des questions de plus en plus sur mon métier ».

L'éthique n'apportera pas de solutions toutes faites aux innombrables difficultés que connaissent aujourd'hui les structures de prévention, d'accueil, de soins et d'accompagnement des malades psychiques. Cependant la mise en place de groupes d'éthique clinique dans les services permet d'analyser au cas par cas les pratiques de soins et de les réinterroger.

Le maintien de pratiques de contention, la multiplication de situations d'isolement de certains patients, les sur-prescriptions médicamenteuses jouant un rôle de puissante camisole chimique, économisant du temps d'échange individuels et d'activités d'animation collectives (ex : les ateliers divers menés dans les hôpitaux de jour) … sont autant de thèmes à explorer et de questions à soulever en équipe pour réviser les pratiques habituelles.

Nous préconisons, dans cette optique de :

- ☞ **S'appuyer sur l'Espace de Réflexion Éthique de Normandie** (EREN), en soutien au démarrage de comités éthiques dans tous les établissements ;
- ☞ **Mettre en place une instance interne de réflexion éthique** au sein des établissements (comité éthique, groupe éthique clinique, café éthique...).

C. Appréhender et agir sur les conséquences des organisations du travail sur la santé mentale

Lors de la table ronde organisée sur la santé au travail, il a été expliqué que des tests neurologiques et biologiques permettaient de mesurer le burn-out (épuisement professionnel), lequel peut causer des dommages irréversibles au niveau cérébral. Le burn-out, défini ici comme une pathologie résultant de la surcharge mentale et de l'isolement, est ainsi perçu comme l'expression d'un déséquilibre entre les exigences du système et l'espace de créativité et de réflexion dont le cerveau humain a besoin pour organiser ses idées.

→ **À l'origine de l'épuisement professionnel : la différence entre travail prescrit et travail réel[23].**

La distinction fondamentale entre le « travail prescrit » – c'est-à-dire l'ensemble des tâches et procédures définies par la hiérarchie et les exigences normatives – et le « travail réel », qui correspond à la pratique effective et souvent créative que le salarié effectue sur le terrain est devenue fossé[24]. Autrefois centré sur la qualité intrinsèque du produit ou du service, le travail est désormais soumis à des indicateurs quantifiables de performance, mettant ainsi l'accent sur la productivité au détriment d'une véritable reconnaissance du savoir-faire.

[23] Se rapporter à la rubrique dédiée dans le rapport.

[24] La distinction entre travail prescrit et travail réel a notamment été théorisée et mise en lumière en France par le psychiatre et psychanalyste Christophe Dejours, qui a fondé la discipline de la psychodynamique du travail.

Le psychiatre Daniel Zagury[25] n'hésite pas à parler de « *terrorisme managérial* » dans l'univers médical en France.

Un point particulièrement marquant est l'idée paradoxale selon laquelle, dans la marge offerte entre les prescriptions et la réalité, le salarié trouve un espace d'autonomie et de créativité : c'est souvent dans cette désobéissance constructive que réside la capacité d'émancipation. En s'affranchissant des consignes trop rigides pour mettre en œuvre des méthodes mieux adaptées à la réalité du terrain, la valeur réelle du travail est révélée. Ce repositionnement permet non seulement de redonner confiance aux travailleurs dans leurs compétences mais ouvre également la voie à une revendication collective quant aux conditions de travail et à la juste rémunération du savoir-faire insaisissable.

« Il faut redonner aux soignants la possibilité de créer des choses, et de ne pas être uniquement des agents qui délivrent et sont dans des prestations ».

→ **Vers une réappropriation du travail**

Pour pallier ces dysfonctionnements, nous préconisons de :

- ☞ **Redonner de la place à la qualité du travail** : en valorisant non pas uniquement la rapidité ou la quantité, mais la pertinence et l'innovation propre à chaque salarié, et ce, afin de favoriser l'épanouissement tant professionnel que personnel ;
- ☞ **Réanimer le débat collectif** : favoriser des espaces de discussion où les travailleurs peuvent confronter et partager le vécu du travail réel, permettant ainsi de repenser les procédures imposées, ce que ne permet pas le télétravail ;
- ☞ **Reconnaître l'autonomie dans la mesure individuelle** : comprendre que la performance d'un individu ne se réduit pas à des chiffres mais englobe sa capacité à s'adapter, à innover et à collaborer au sein d'un collectif ;
- ☞ **Intégrer les travailleurs indépendants** : qui, malgré l'absence d'une pression hiérarchique directe, peuvent subir l'isolement et la surcharge mentale et bénéficieraient grandement de réseaux de soutien par des pairs ;
- ☞ **Développer le nombre de « conseillers » formés au risque suicidaire** qui accompagnent les professionnels les plus exposés, notamment les agriculteurs durement touchés ;
- ☞ **Identifier et reconnaître les problématiques de santé mentale de celles et ceux qui sont « censés aller bien » :** dirigeants d'entreprises, responsables associatifs, commerçants et artisans… sans oublier, bien sûr, les soignants (libéraux et hospitaliers) qui sont en première ligne !

À l'heure où l'intelligence artificielle s'invite dans nos créations, où l'hyper-connectivité occupe bien souvent la majeure partie de notre temps, ne faut-il pas repenser l'organisation du travail dans une dynamique plus humaine, collective et fluide ? Cette perspective ouvre une voie vers une revalorisation des compétences individuelles et une véritable émancipation des

[25] Lire la rubrique « Voix dissidentes de la psychiatrie » dans le rapport qui suit.

travailleurs, qui gagneraient à être considérés comme des partenaires actifs dans la définition des méthodes de travail plutôt que comme de simples exécutants d'objectifs imposés.

D. Une « boîte à outils » au service des pratiques de soin et d'accompagnement

« On aura beau mettre en place toutes les structures et mesures possibles, appelées sous différents acronymes, ce qui compte au fond, ce sont toujours les qualités humaines qui garantissent le succès d'un projet ».

La tendance à l'encadrement et à la standardisation des dispositifs peut conduire à une normalisation qui, si elle facilite l'évaluation et la comparaison, nuit à l'innovation, de même qu'à la personnalisation des actions mises en œuvre en matière de santé mentale. En matière d'innovation, il faut rappeler que, au regard de notre environnement réglementaire et d'évaluation actuel, Louis Pasteur – qui n'était même pas médecin – aurait probablement été mis en prison ! En matière de personnalisation et d'adaptation à des réalités humaines ou géographiques spécifiques, nous devons pouvoir admettre que tel acteur essaie, renonce faute de succès, ou bien n'essaime pas car le succès obtenu n'est pas transposable. Même non duplicable, une réussite demeure une réussite.

Le recours à différents types de thérapie et d'accompagnement doit bénéficier aux personnes, en fonction de leurs troubles et des situations qu'elles. présentent : thérapies de groupe, familiales, transgénérationelles, etc.

→ **La culture, le sport et les activités de pleine nature, solutions aux problèmes de santé mentale**

Le sport sur ordonnance » est une possibilité de prescription par les médecins généralistes, aujourd'hui majoritairement dédiée à l'activité physique adaptée dans le cadre du suivi de patients, en lien avec la démarche de soins dits « de support ».

Nous avons déjà pointé l'intérêt majeur des activités artistiques et sportives, dans le cadre de l'accompagnement, thérapeutique ou non, des personnes atteintes de troubles psychiques.

C'est la raison pour laquelle nous préconisons de :

- ☞ **Ouvrir** le sport sur ordonnance aux personnes souffrant de pathologies et/ou de troubles psychiques ; développer une offre d'activité physique adaptée (APA) pour ces personnes ;
- ☞ **Sensibiliser** les médecins généralistes et les psychiatres à cet outil de soin non-médicamenteux ;
- ☞ **Communiquer sur les opérateurs du territoire** disposant d'une offre d'activité physique adaptée à ces publics ;
- ☞ **Encourager et valoriser les pratiques sportives**, individuelles comme collectives, comme outils de soins et d'amélioration de la santé générale, mais aussi d'échanges et d'ouverture vers les autres, voire d'émulation et d'estime de soi.

Les activités culturelles, sportives et de pleine nature permettent aux personnes ressentant une détresse émotionnelle, de l'impulsivité, de l'anxiété, des problèmes d'interaction de se sentir apaisées.

« L'art est un principe actif ».

Ce sont les propos de Denis Lucas, attaché culturel au centre hospitalier du Rouvray, que nous avons auditionné. Depuis de nombreuses années, cet hôpital a choisi de faire de la place dans ses locaux et ses budgets pour les pratiques culturelles et artistiques, avec comme objectifs :

→ **Pour une prise en charge globale des personnes et contribuer à la déstigmatisation des maladies psychiques**

Les services accueillent, en partenariat avec des structures culturelles du territoire (opéra, centre dramatique, centre chorégraphique, musée des beaux-arts…), des artistes qui mettent en place des projets avec les personnes en soin. Il ne s'agit pas de proposer de l'art-thérapie mais d'offrir un espace d'inspiration poétique qui permette de dépasser l'ennui entre les temps de prise en charge médicale, de libérer la parole et de retrouver de l'estime de soi, là où l'on risque de perdre une part de son identité.

Les rencontres avec les artistes ne sont pas à proprement parler des temps de soin. Il est néanmoins important que l'équipe soignante soit également présente à ces ateliers afin de voir et comprendre « ce que cela provoque » chez les personnes.

L'art peut ainsi devenir un vecteur et une entrée en communication entre corps médical et personne soignée. Ces projets multiples (radio, lectures théâtrales, peinture, écriture, mise en voix ou en musique, street art, documentaire, danse...) fabriqués en ateliers ont intérêt à s'ouvrir de plus en plus hors-les-murs afin de permettre à n'importe qui d'y assister.

Nous préconisons, à ce titre, de :

- ☞ **Créer** des points de rencontre entre personnes hospitalisées et non hospitalisées ;
- ☞ **Ouvrir** l'hôpital sur autre chose, en plus du soin, afin de contribuer à changer la vision de la société sur l'hôpital psychiatrique et réciproquement ;
- ☞ **Développer** des actions de démocratie culturelle propres à donner plus de force aux soins.

→ **Le cap de l'autodétermination**

La transformation de l'offre du secteur social et médico-social vise à promouvoir un accompagnement plus inclusif et plus individualisé.

Pour que la personne accompagnée soit actrice de son parcours, celle-ci doit avoir la capacité de faire des choix éclairés et de les exprimer. Cela renvoie directement au pouvoir d'agir de la personne (« empowerment ») et au principe de participation active. On parle alors d'« autodétermination ».

Utiliser l'autodétermination, recommandée par la Haute Autorité de Santé (HAS), comme véritable levier d'inclusion sociale, permettant de reconnaître à chaque individu le droit à être acteur de sa vie, et à occuper une place citoyenne pleine et entière.

→ **L'émergence du métier de pair-aidant**

Bien que ces avancées soient positives, il s'agit d'un nouveau métier encore peu fréquent dans la carte des emplois des structures sanitaires et médico-sociales.

Un pair-aidant ou un médiateur de santé-pair est une personne en capacité d'utiliser son vécu personnel de la maladie et son parcours de rétablissement, au sein d'une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie et de santé mentale. Il est désormais éprouvé que ces personnes contribuent positivement et de manière professionnelle au projet de soin, de vie et d'autonomisation de celles et ceux qui sont pris en charge et accompagnées. Elles pourraient également jouer un rôle utile dans les politiques d'information et de prévention évoquées précédemment.

☞ **Développer la création de postes de médiateur de santé-pair (MSP)** qui font l'objet d'une formation universitaire et dont la valeur du savoir expérientiel est encore trop peu reconnue.

→ **La réhabilitation psychosociale**

« Il faut se méfier de la lecture immédiate de l'autre. Pas de présupposés, de disqualifications, d'incompétences ou de handicap installés pour la vie. »

La réhabilitation psychosociale est un ensemble de procédés ayant pour objectif d'aider les personnes vivant avec des troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes.

La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion de son budget, retour à l'emploi…).

« La réhabilitation psychosociale traverse tout : c'est une manière d'être, pas juste une méthode ».

Les troubles psychiques impactent les fonctions cognitives. Au même titre qu'une personne accidentée aura besoin de rééducation physique, une personne souffrant de troubles psychiques aura besoin de rééducation cérébrale.

La réhabilitation psychosociale s'appuie ainsi sur un certain nombre d'outils et de techniques ayant fait leurs preuves sur le plan scientifique, et viennent en soutien de ce qu'on appelle le rétablissement.

Il convient, à cette fin, de :

- ☞ **Doter** l'ensemble des structures sanitaires, sociales et médico-sociales d'un service de réhabilitation psycho-sociale, y compris dans les territoires ruraux sous-dotés ;
- ☞ **Accompagner et soutenir** les familles, et les doter au besoin de certaines compétences ;
- ☞ **Être attentif** au développement des compétences psychosociales dès la petite enfance (alimentation, sport, etc.).

Pour beaucoup, l'absence de choix impose une vie commune (une majorité de personnes avec handicap psychique vit chez ses parents), en institution ou pire encore se retrouve à la rue.

« Sans logement fixe, c'est l'hospitalisation ou la rue ».

- ☞ **Développer** l'habitat inclusif[26] comme forme « d'habiter » complémentaire à l'accueil en établissement (hébergement) et au domicile (logement ordinaire), permettant ainsi de vivre dans un environnement adapté, sécurisé et vecteur de lien social ;
- ☞ **Faire** du logement un préalable à l'insertion et au soin en développant des dispositifs de logement accompagnés, à l'instar du dispositif national Un chez soi d'abord déployé à Rouen et à Caen, et du dispositif associatif Côté cours au Havre ;
- ☞ **Créer** Un chez soi d'abord « jeunes » en Normandie en créant un hébergement adapté à des jeunes de 18 à 25 ans, sans abri ou à risque de le devenir, souffrant de troubles psychiques ;
- ☞ **Poursuivre** le déploiement des logements à visée thérapeutique en milieu rural.

Les parcours des personnes vivant avec des troubles psychiques sont très variables et souvent chaotiques. Suivant l'âge auquel apparaît la maladie, la personne peut voir ses études perturbées et souvent interrompues : le baromètre Unafam 2023 indique que la maladie psychique a empêché 61 % d'entre elles d'achever leur formation. Ces personnes se trouvent alors confrontées à un problème d'insertion professionnelle : seules 19 % seulement accèdent à un emploi (baromètre 2023 AGEFIPH[27]).

Dans ce contexte, nous recommandons de :

- ☞ **Accompagner** les personnes concernées par des troubles psychiques vers la réinsertion professionnelle, à l'instar du modèle du Clubhouse de Rouen qui propose des activités professionnalisantes en partenariat avec les employeurs locaux ;
- ☞ **Faciliter** les passerelles entre le milieu ordinaire de travail et le secteur du travail protégé et adapté, que sont respectivement les ESAT[28] et les Entreprises adaptées (EA), afin de développer les capacités d'emploi et une insertion professionnelle durable des personnes, avec une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

[26] Cf. loi ELAN de novembre 2018.
[27] Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
[28] Établissement et service d'accompagnement par le travail.

« Elles n'ont pas forcément besoin de parler de leurs troubles, mais elles n'ont pas à les cacher non plus. C'est un espace de liberté, d'authenticité. Et c'est exactement ce que le monde du travail devrait aussi pouvoir offrir ».

Au Clubhouse de Rouen, les membres plébiscitent le fait qu'il y est possible d'être soi-même et de prendre des initiatives sans subir la pression qui pèse dans la vie active.

Il en va de même pour le dispositif « Un chez soi d'abord » qui permet aux personnes sans abri, souffrant de troubles psychiques et cumulant de grandes difficultés sociales, d'accéder directement à un logement ordinaire et d'être accompagnées vers la réinsertion.

Conclusion

Devant l'ampleur des moyens nécessités par nos recommandations, nous savons que d'aucuns seront tentés de nous railler, en invoquant le coût hors de portée du budget de l'État pour couvrir les dépenses qui en découlent. Devant l'ampleur de la gravité de la situation pour l'ensemble de la société comme pour chacune et chacun d'entre nous, nous sommes convaincus qu'ils seront moins railleurs. Les coûts que nous voulons exposer sont en fait infiniment moins coûteux que l'insuffisance d'actions dans laquelle nous nous débattons aujourd'hui, ce qui nécessite de mettre en place des indicateurs pertinents et de favoriser des modèles innovants de prise en charge.

Nous rappellerons que la santé mentale constitue déjà le premier poste de dépense de santé en France, devant les maladies cardiovasculaires et le cancer. Alors que ce poste représente un budget de 23 à 27 milliards d'euros par an – soit près de 15 % des dépenses totales de l'Assurance maladie – il est appelé à augmenter de manière significative si les troubles d'ordre psychique ne sont pas plus judicieusement pris en charge. Quant aux coûts indirects[29] des troubles de santé mentale, il atteint des niveaux bien plus considérables, puisque récemment estimés entre 126 et 163 milliards d'euros par an. S'affranchir ou même minimiser cet enjeu crucial nous semble irresponsable et ne peut augurer d'un projet d'avenir acceptable.

Cette même ampleur appelle une mobilisation générale et transversale de l'ensemble des acteurs. Nous avons à plusieurs reprises, et à bon droit, pointé les mérites de la coordination, et le besoin qu'il y avait de les renforcer là où elles existent, de les créer là où elles manquent. Mais le périmètre de l'enjeu impose qu'une telle coordination existe au plus haut niveau : nous pensons qu'aucune politique publique de santé mentale efficace et coordonnée ne peut voir le jour sans une action interministérielle, seule à même de mettre les acteurs autour de la table, de les faire travailler ensemble, de dépasser les inévitables tensions, de briser les clôtures artificielles des prés carrés des uns et des autres, d'engager une solide et durable dynamique collective, assise sur une volonté politique forte, organisée et pérenne.

Aujourd'hui à la 2e place, l'OMS prévoit en effet que la dépression sera en 2030 la première cause d'invalidité dans le monde.

À l'heure où la vie numérique et l'intelligence artificielle s'imposent dans tous les pans de notre quotidien, la question de la place de l'humain et de l'humanité devient plus essentielle que jamais. Si les technologies offrent des opportunités inédites pour l'information, la prévention et la coordination des soins, elles exposent aussi à de nouveaux risques : isolement, perte de repères, cyberdépendances, exposition à des contenus anxiogènes ou stigmatisants, et fragilisation du lien social. Face à cette mutation et au privilège de la rentabilité au détriment

[29] Perte de revenus liée à l'incapacité de travailler, arrêts maladie, invalidité, réduction de l'espérance de vie en bonne santé, baisse de qualité de vie, impact économique sur les proches et la société dans son ensemble. Ces coûts indirects des problèmes de santé mentale en France ont été estimés par Isabelle Durand-Zaleski, professeure de médecine et docteure en économie, en collaboration avec un collectif de chercheurs de la Fondation FondaMental.

du bien-être, il importe plus que jamais de préserver la dimension relationnelle, l'écoute et la présence humaine dans les parcours de vie et de soin, de placer la personne et sa dignité au cœur des priorités collectives.

Nous sommes tentés de dire, en conclusion, qu'il convient avant tout de s'interroger sur les causes d'une telle ampleur et d'une telle multiplicité de maux, avant même de réfléchir à la manière de les soulager et de les réduire. En plus des catastrophes diffusées en boucle sur les effets du dérèglement climatique qui créent de l'éco anxiété, le déchaînement de violence accrue par des conflits armés, les organisations sociales contemporaines, marquées par l'isolement, la précarité et la pression à la performance, exercent une influence profonde sur notre santé psychique.

N'est-il pas temps de repenser nos modèles de vie collective, d'interroger notre rapport à la solidarité et à la tolérance aux autres ?

Parmi les éléments par lesquels on peut juger du niveau qualitatif de développement d'une société figure sans conteste la manière dont elle s'occupe de celles et ceux de ses membres atteints de troubles psychiques. A cette aune, la plupart de nos sociétés occidentales – dont la nôtre – sont au mieux des sociétés en voie de développement.

Si des efforts et des améliorations notables sont évidemment historiquement tangibles – les asiles du 19e siècle ont heureusement disparu de nos villes et l'on parle de moins en moins des « fous » dont il faudrait protéger la société –, la situation est plus que dégradée et même, à certains aspects, dégradante :

L'accueil des personnes dans les dispositifs est globalement insatisfaisant,

Les moyens humains et financiers mis à disposition sont notoirement insuffisants,

La coordination des acteurs est erratique et disparate,

La place et le rôle des acteurs, associatifs notamment, sont insuffisamment reconnus,

Le délabrement du monde hospitalier est sans aucun doute – si c'est possible – pire encore dès qu'il s'agit de santé mentale,

Les troubles psychiques sont assimilés à un danger pour autrui alors qu'ils le sont avant tout – et de très loin – pour les personnes atteintes elles-mêmes.

Cette liste ne doit pas être mortifère mais bien plutôt une incitation massive à l'action. Et agir est possible, quand on voit l'engagement des soignants, des acteurs de la santé mentale, des familles et des proches, et bien évidemment des personnes concernées elles-mêmes.

Pour cela, nous avons besoin d'une politique publique ambitieuse, dotée de moyens, comprenant que la prévention et le soin sont des vecteurs de gains durables pour la société, et que les personnes atteintes de troubles psychiques ne sont pas des « malades mentaux » mais tout simplement des personnes.

Aussi, le CESER préconise :

☞ Que la Délégation Ministérielle à la Santé Mentale et à la Psychiatrie[30](DMSMP) devienne une **délégation interministérielle**.

Car si les objectifs de la DMSMP sont louables, il n'en demeure pas moins que la santé mentale relève non seulement de la santé mais aussi du logement, du travail, de l'éducation, de la justice, etc.

Une approche globale est indispensable si l'on veut traiter du sujet et non réfléchir « en silo ». Et bien sûr, il convient de doter cette délégation interministérielle d'un **budget pluriannuel suffisant et garanti**.

☞ Que la Région Normandie déclare 2026 comme **« année prioritaire de coordination de la lutte pour la santé mentale** », en engageant une action de coordination de tous les acteurs présents sur le territoire normand.

Car si la Région n'a pas de responsabilité directe sur le domaine de la santé, elle a la capacité sur le territoire de fluidifier et de faciliter tous les échanges, de coordonner certaines actions entre acteurs, d'accorder une priorité accrue à ce domaine, et en définitive d'apporter un support moral et technique aux acteurs de terrain.

Cette action pourrait se traduire dans le courant de l'année par 3 à 4 journées « de coordination sur la santé mentale en Normandie ». Elles regrouperaient tous les acteurs actifs de notre territoire pour travailler sur des thèmes dont la liste jointe est non exhaustive :

- Action de formation des aidants
- Programme de détection des (très) jeunes par la formation de certains enseignants
- Organisation renforcée des soins
- Communication sur le suicide et les dispositifs existants
- Focus sur le monde étudiant

Cette action en région permettrait :
- d'aider à la mise œuvre en Normandie de l'ensemble des préconisations de cet avis sur la santé mentale,
- de compléter l'approche globale proposée,
- et de renforcer ainsi l'urgence nécessaire de l'action sur la santé mentale.

Nous courons à la catastrophe. Pour l'éviter, il faut **agir de sorte que la santé mentale devienne l'affaire de chacune et chacun** : toutes les énergies doivent être urgemment déployées pour relever tous ensemble ce défi sociétal.

[30] Mise en place par décret du 29 avril 2019, elle a pour objectifs de mettre en œuvre la stratégie nationale en faveur de la santé mentale et de la psychiatrie, de coordonner les actions entre les différents ministères et acteurs territoriaux, d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des prises en charge et l'inclusion sociale, de promouvoir la santé mentale positive et prévenir les troubles psychiques dans la population générale. Elle doit également s'appuyer sur les PTSM, CLSM et autres organisations.



La richesse des auditions et débats qui se sont tenus tout au long de ces travaux ne permet pas de reprendre dans cet avis l'intégralité des préconisations et recommandations qui ont été formulées, en de multiples occasions.

Nous ne saurions donc trop vous inviter à prendre connaissance du rapport qui suit. Sans pouvoir restituer l'intégralité de la matière recueillie, il rend néanmoins amplement compte des propos entendus, tant en matière de contenu que dans la tonalité des témoignages apportés.

Déclarations des groupes

Déclaration de M. Jean-Luc LÉGER

Au titre des Personnalités qualifiées

Madame la Présidente,

Je voterai favorablement l'avis concernant la santé mentale en Normandie. Je le voterai non seulement sur le fond, mais aussi sur la forme, laquelle reflète bien l'urgence, l'enjeu et l'ampleur du sujet. Je note aussi la méthode d'investigation de la thématique. La 2ème commission nous y habitue, auditionner 65 personnes, tout autant professionnels qu'usagers, donne un ton tout particulier.

Ceci dit, j'ai quelques observations à formuler que j'illustre à travers mon expérience professionnelle au sein de collectivités territoriales, communes et EPCI. S'il est à peu près naturel de mentionner le médicosocial, le rôle possible des collectivités territoriales et tout particulièrement du bloc communal, communes et EPCI, apparaît moins évident au motif de l'absence de compétence dans le domaine de la santé en général et de la santé mentale en particulier. Outre le fait qu'il ne faut pas oublier que les établissements publics que sont les CCAS et les CIAS, relèvent du champ du médicosocial, les communes sont compétentes, avec ou sans les EPCI, en matière d'aménagement du territoire, de développement économique, de police et d'ordre public. Compétente ou non en matière de santé, la commune est le seul niveau de collectivité territoriale, depuis 2015, à bénéficier de la clause de compétence générale, ce qui signifie que les communes peuvent gérer des affaires variées sans être limitées à une liste de compétences spécifiques. J'illustrerai cet aspect par quelques exemples revenus à ma mémoire en lisant l'avis, qui viennent renforcer cette idée aussi simple que la commune et le CCAS ont un rôle utile à jouer.

Le directeur à l'action sociale que je fus disait régulièrement : la pauvreté rend fou. J'utilisais ces mots, même si je suis d'accord sur les éléments de l'avis invitant à sortir d'un vocabulaire stigmatisant. Mais en disant « la pauvreté rend fou », ce qui est une réalité, c'était pour marquer les esprits en démontrant, ce que je ne ferai pas ici, toute la contradiction des politiques publiques de considérer que la pauvreté est une donnée économique et sociale, presque technique. Or si la pauvreté est une résultante, elle entraîne des conséquences y compris financières au-delà, très au-delà des coûts de prestations sociales que certains appellent, par ignorance, de l'assistanat. L'accompagnement des personnes pauvres, qu'elles soient atteintes ou non de maladies mentales, est de la compétence de la commune et du CCAS.

Chacun, ici présent peut imaginer le rôle premier de la commune vis-à-vis de l'enfance, notamment dans l'organisation des modes d'accueil de la petite enfance, dans la qualité de l'accueil dans l'école, dans la qualité de l'offre d'accueils de loisirs, des pratiques culturelles et sportives. Il est dit, à juste titre, que l'enfance est une période de latence. Le mot latence, dans sa racine, veut dire « ce qui est caché », et par extension, « dont les effets sont différés ». Ceci indique très clairement que les effets de la vie courante de l'enfant resurgissent au moment de l'adolescence, positivement ou négativement. En cela, le rôle de la collectivité publique est particulièrement important pour le jeune enfant, comme pour l'enfant, avec des effets sur la santé mentale des personnes.

Si je peux émettre un regret, c'est de constater que la place et le rôle du bloc communal sont ignorés dans l'avis et à quelques endroits du rapport, à peine effleuré. Mais permettez-moi de citer d'autres domaines pour lesquels le bloc communal peut avoir un rôle important.

Entre 2010 et 2016, j'avais obtenu d'établissements hospitaliers de la région, de prévenir les services que je dirigeais, de toute sortie de patients, afin de nous assurer d'un retour au domicile dans les meilleures conditions possibles. Si ça paraissait nécessaire et évident pour les personnes âgées dépendantes, ça l'était moins pour les personnes bénéficiaires de la Prestation de Compensation du Handicap et encore moins pour toute personne dont l'accueil par la famille n'était pas avéré.

A l'inverse, j'ai dû batailler pour qu'un maire s'assure du bon accueil d'une personne sortant de l'hôpital de Navarre, à Evreux, qui est un centre hospitalier spécialisé. Ce bon accueil avait deux buts, celui de la protection de la personne malade et celui de ne pas créer un trouble à l'ordre public, ce qui est pour le coup, de la compétence du maire. Plus généralement, en accord avec l'avis, il est urgent de sensibiliser les élus locaux à promouvoir la santé mentale.

De même je considérais qu'il était de la mission d'un CCAS d'être en relation avec le CSAPA, (centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie). Ceci nécessite un postulat, chacun accepte la mise en œuvre d'échanges d'information et donc de secret partagé, secret strictement professionnel et se cantonnant aux domaines de compétence de chacun. Vue de cette manière, la santé mentale est aussi du domaine de la commune et de son CCAS. Et il est inutile de parler de compétence, ça ne rendrait pas plus efficace l'action, selon mon point de vue, coordonnée par les soignants.

Un mot sur la définition de la santé mentale, je ne rejette pas la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé. Car je peux citer de nombreuses situations individuelles de personnes sauvées, et pour certaines guéries, suite à un travail long mais efficace leur *permettant de se construire leur potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté*, bref de devenir ou de redevenir une personne normale, notion floue et contestable, évidemment mais si importante pour toute personne se trouvant en marge de la société pour cause de maladie physiologique ou mentale. J'aurai en mémoire pour le reste de ma vie, la parole de cet homme, au moment où il s'apprête à sortir d'un long processus de réinsertion : « vous m'avez sauvé la vie, sans vous, je serai mort ». Je ne crois pas me contredire en ajoutant à la précédente définition, le respect des droits humains, le développement de services communautaires, une approche centrée sur les personnes. Être, c'est aussi être un acteur économique et social.

L'avis mentionne les GEM, les groupes d'entraide mutuelle. Voilà quelque chose de souple, invitant leurs membres à être acteurs pour eux-mêmes et pour le groupe. J'ai en mémoire également cet autre homme, élu président d'un GEM par ses pairs, ce qui contribua fortement à une amélioration spectaculaire de son état de santé mentale. Le lien social est le maître mot, pour cette forme peu connue du grand public, laquelle contribue fortement à lutter contre la stigmatisation des maladies mentales.

Enfin, l'aspect dramatique de ce sujet, en premier lieu, la démographie médicale. Le territoire pour lequel je travaillais était totalement dépourvu de médecins spécialisés en santé mentale.

Dans le cadre de la construction d'un projet local de santé, les deux représentants de l'ARS s'opposent alors à la création d'un CMP, ou d'un CMPP, plus orienté vers les moins de 20 ans. Il a fallu l'intervention d'une professeure du lycée d'enseignement général situé dans la commune centre pour entendre tout le désarroi d'une enseignante recevant des paroles d'adolescents en détresse. Elle s'adressa directement aux deux représentants de l'ARS : « si après avoir été interpellé par un adolescent et que démunis, vous constatez qu'il s'est suicidé, quel serait votre réaction ? ». Cette intervention pleine d'émotion fut utile, une antenne d'un CMP fut créée.

De même, je soutiens cette préconisation de création d'un établissement soins-études, indispensable pour que les jeunes ayant subi une hospitalisation en raison d'un trouble mental puissent poursuivre ou reprendre leurs études. Il est proprement anormal qu'un tel établissement n'existe pas en Normandie.

Et je ne dirai rien sur le peu de considération dont la société fait preuve à l'encontre de la santé mentale considérant qu'il est préférable d'incarcérer les malades dans des prisons, plutôt que les soigner. Cette citation dans le rapport dit tout : « La fermeture de lits psychiatriques a rempli les prisons » prononcé par le directeur de l'administration pénitentiaire. Le titre dans le rapport « Psychiatrie et justice : les « liaisons dangereuses » est tout particulièrement judicieux.

Je voulais simplement exprimer quelques souvenirs qui me sont venus à l'esprit en lisant le rapport et l'avis et conclure que l'avis et le rapport du CESER tapent juste et reflètent la réalité.

Déclaration de Mme Valérie RUBA COUTHIER

Au titre de la CFTC en Normandie

Madame la Présidente, cher-e-s collègues,

Notre déclaration de groupe CFTC ne va pas chercher à être exhaustive mais portera uniquement sur la santé mentale au travail. Soyons clairs, il ne s'agit pas d'un manque d'intérêt pour toutes les autres thématiques abordées par cette étude mais plutôt la contrainte de temps nécessaire pour les développer.

La santé mentale a été désignée Grande Cause nationale en 2025, nous pensions avoir tout entendu, tout vu, tout lu et bien NON, il nous manquait cette étude. Cette étude illustre plus que jamais l'utilité de notre travail au CESER, assemblée réunie dans l'intérêt commun de nos élus et de nos concitoyens, du temps long consacré à l'analyse, à la réflexion, et aux préconisations. Le groupe CFTC tient à remercier tous les membres du CESER de Normandie qui ont participé à ce rapport qui est tout simplement remarquable.

La santé mentale au travail est un enjeu majeur de société, particulièrement dans un contexte où les transformations du monde professionnel engendrent des pressions croissantes sur les salariés.

La santé mentale ne se limite pas à l'absence de troubles psychiques, mais résulte aussi d'un équilibre complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Or, si le monde du travail peut être source d'épanouissement, il peut également devenir synonyme de tensions, de stress et de détresse, quand bien même nous faut-il travailler pour gagner notre vie… Les évaluations individuelles en entreprise sont de plus en plus basées sur des critères quantifiables de performance et de productivité. Ainsi la non-pertinence des critères retenus, le manque d'objectivité ou la discrimination sont autant de facteurs qui font oublier aux personnels et parfois même aux managers ou chefs d'entreprise l'importance de la qualité et le sens du travail accompli.

Les chiffres sont préoccupants : entre 5 et 10 % de la population active souffrirait de burn-out, les jeunes et les femmes sont particulièrement touchés. Les causes de cette souffrance sont multiples : surcharge de travail, précarisation de l'emploi, manque d'autonomie, isolement, management toxique, des conditions de travail difficiles, des horaires excessifs et les signaux ignorés tels que la fatigue chronique, l'irritabilité, les troubles du sommeil, engendrent bien souvent un surmenage profond. Les nouvelles formes d'organisation, comme le télétravail, les open space ou les flex office, bien qu'attrayantes, accentuent parfois la solitude, la désorientation et la démotivation des salariés.

Face à cette crise, la CFTC appelle à une approche systémique et préventive. Il est impératif d'adapter le travail à l'humain, et non l'inverse. Cela passe par une meilleure reconnaissance des risques psychosociaux et une prévention primaire efficace, visant à supprimer les risques à la source. Les employeurs doivent être responsables de la santé mentale de leurs personnels, en intégrant des mesures concrètes dans leurs politiques internes.

Les effets des licenciements sur la santé mentale et physique sont eux aussi rarement pris en compte. Pourtant les traumatismes induits affectent intensément l'estime de soi, nos mécanismes d'adaptation et notre capacité de recommencer. Des séquelles invisibles s'ajoutent encore à la liste comme l'anxiété sociale ainsi que la réduction de la résistance au stress. Des études montrent une corrélation entre chômage, licenciements et problèmes graves de santé. Il peut en être de même lors d'entretiens d'embauche. Ce n'est plus à notre conscience ni à notre raison que l'on s'adresse puisque de plus en plus souvent les recruteurs étudient la situation des candidats en regroupant dans des entrevues collectives des spécialistes qui analysent notre langage corporel, identifient notre type psychologique ou relèvent des manifestations de notre inconscient.

La CFTC milite pour le rétablissement des CHSCT, instances dédiées à la santé et à la sécurité au travail, et pour que les accords d'entreprise incluent obligatoirement des dispositions sur la qualité de vie et les conditions de travail. Les managers doivent être mieux formés à la détection des signaux faibles de désinsertion, comme aux moyens d'actions. La CFTC propose d'impliquer davantage les entreprises, en les amenant par exemple à diagnostiquer régulièrement leurs situations d'absentéisme, afin de mettre en place des réponses adéquates.

Enfin, nous insistons sur l'importance de développer une véritable culture de prévention des risques professionnels en supprimant la frontière entre performance économique et performance sociale. Nous déplorons les stratégies visant le profit à court terme au détriment du bien-être des salariés. Il est indispensable de renforcer la prise en compte de la souffrance au travail en permettant de construire des organisations transversales, inclusives voire bienveillantes, où chaque salarié pourrait travailler en bonne intelligence et pourquoi pas, s'épanouir.

En conclusion, je citerai simplement un passage de cette étude qui m'a particulièrement interpellée : *« Il est essentiel de reconnaître que nous ne sommes pas des machines de guerre ultra performantes et qu'il nous faut créer des espaces de coopération. La diminution des collectifs est une des raisons majeures de l'augmentation de burn-out et d'épuisement professionnel ».*

Le groupe CFTC réaffirme ici son engagement à défendre une vision du travail centrée sur l'humain et le collectif, où la performance globale repose d'abord et avant tout sur le bien-être des salariés.

Déclaration de Christelle BERTIN

Au titre de la CGT Normandie

Madame la Présidente, Mesdames et Messieurs les conseillères, les conseillers, chères et chers collègues,

Alors que plus d'un milliard de personnes dans le monde souffrent de problèmes de santé mentale, que beaucoup de familles sont touchées par la maladie mentale, que la Normandie détient le triste record d'être la seconde région française en nombre de suicides, il est grand temps de donner des moyens à toutes les branches des services de santé et d'action sociale.

La gravité de la situation est sans précédent pour les secteurs de la santé et de la santé mentale, impactant fortement les salariés mais aussi les usagers, les résidents, les élèves, les étudiants, les personnes en situation de handicap, les précaires, etc.

Les troubles psychiques ne peuvent être dissociés des déterminants sociaux, sociétaux, économiques et environnementaux. Si toutes les classes sociales sont touchées, ce sont néanmoins les plus fragiles et précaires qui sont les plus affectés.

Pour lutter efficacement contre ce fléau de la santé mentale qui ne cesse de s'aggraver et encore plus depuis la période covid, il est essentiel de doter les services de moyens et d'effectifs suffisants, ce qui est rappelé *sine qua non* dans l'avis. Sinon, la bombe à retardement explosera.

Hélas, les choix politiques sont résolument contraires. Les choix budgétaires ne vont évidemment pas dans le bon sens. À l'heure où l'on ne cesse de parler d'attractivité, il est grand temps d'engager une réforme des grilles de rémunération de tous les métiers de la santé du secteur public comme privé pour un salaire décent permettant de vivre de son travail. Mais plus encore, il faut que les conditions d'exercer, les conditions de travail, et c'est ce que les professionnels souhaitent prioritairement, loin devant le problème de salaire insuffisant, soient bien meilleures.

Pour inverser la tendance, il faut changer le paradigme. La santé n'est pas une marchandise et elle n'a pas à être ni rentable ni déléguée à des entreprises privées lucratives. Au contraire, elle doit s'adapter aux besoins des populations.

Ces besoins regroupent plusieurs domaines :

- Des revalorisations salariales à la hauteur des engagements et des qualifications
- Des embauches
- Des moyens matériels
- La reconnaissance de la pénibilité
- La retraite à 60 ans
- Des parcours professionnels valorisés et valorisants.

Notre Sécurité Sociale fête ses 80 ans cette année.

La CGT réaffirme son attachement sans faille à notre modèle social et exige la Sécurité Sociale intégrale !

Nous refusons une santé à 2, voire 3 vitesses comme on peut le voir dans certains pays anglo-saxons.

Nos soignants et nos soignés méritent mieux !

La CGT votera favorablement l'avis.

Déclaration de Mme Sophie CHAUSSI

Au titre de GRAINE Normandie

Mon intervention part d'un étrange constat : à la lecture de l'avis, puis du rapport, je me suis rendu compte que je maîtrisais peut-être mieux les acronymes qu'ils contiennent que ceux de la commission que je préside… c'est vous dire si ces problématiques sont présentes dans mon quotidien comme dans celui de bien plus de gens qu'on ne le pense, surtout en incluant les aidants.

Puis, je me suis étonnée de la liste de préconisations, nombreuses, parfois généralistes, certes de « bon sens » mais pouvant être peu opérationnelles et surtout trop peu régionales. Et pourtant, face à l'ampleur de la tâche et l'urgence des enjeux, l'écrire était important. Le dire et le porter le sera tout autant.

Évidemment, je reste sur ma faim quant au lien à la nature et à la prise en compte des acteurs associatifs de l'éducation populaire et notamment de l'Éducation à l'Environnement et au Développement Durable (EEDD). Non dans leurs actions préventives et de bien-être mais bien comme des acteurs complémentaires des actions d'accompagnement, de soin, de mise en lien et même de contribution aux politiques régionales de santé. Au moins UNE audition parmi le nombre de ceux qui concourent à la santé-environnement aurait été éclairante. Ils portent le concept de « one-health », promu par l'OMS. Ils l'ont appuyé dans le Plan Régional Santé Environnement (PRSE), ce concept qui éclaire le lien entre notre santé, y compris mentale, et celle de notre environnement naturel, les atteintes de l'un ayant indubitablement des conséquences sur l'autre. Nos rapports ont l'habitude de porter sur les 3 piliers du développement durable. Le pilier environnement est, là, trop faible, dans l'avis comme dans le rapport. Les 14 amendements de Jean-Pierre Girod viennent de là, et, malgré leur intégration en majorité, cela justifie mon abstention au vote de l'avis.

Je tiens cependant à finir en relevant l'ampleur du travail qui a été nécessaire à ce rapport. Et souligner combien ça fait du bien de voir écrit que la solution, *in fine*, c'est le lien, le rapport humain, les qualités humaines, l'importance de prendre le temps nécessaire. J'y ai lu aussi que la planification, la quantification, le calibrage, la normalisation trouvent ici leurs limites et prouvent leur inconsistance face au bon sens, à l'expérience, à l'implication et à la compétence humaine. J'y ai lu enfin la nécessaire reconnaissance de tout cela. Là aussi, il faut le dire et le porter haut et fort. Je sais pouvoir compter sur vous pour le faire et je vous en remercie.

Déclaration de Mme Martine LOUVEAU

Au titre de la Ligue de l'enseignement, CRAJEP (Comité régional des associations de jeunesse et d'éducation populaire, scouts et guides de France)

Madame la Présidente, mesdames et messieurs,

En tant que représentants d'associations d'éducation populaire, dédiées tout particulièrement aux actions éducatives auprès des enfants et des jeunes, la Ligue de l'enseignement, le CRAJEP (comité régional d'associations de jeunesse et d'éducation populaire) ainsi que les Scouts et guides de France, tiennent à remercier la commission 2, sa présidente, les rapporteurs et le comité d'étude pour ce rapport sur la santé mentale qui cible les personnes de moins de 30 ans.

Comme l'étude le dit en introduction, elle fait suite aussi au travail sur la jeunesse qui avait soulevé cette question délicate de la santé mentale chez les jeunes.

Malheureusement, votre étude le confirme trop bien et nous voudrions souligner 4 points :

Sur le sentiment de solitude des jeunes : vous le dites clairement, 62 % des 18-24 ans se sentent seuls. Aujourd'hui, ce sont les moins de 25 ans qui souffrent plus de solitude contrairement à ce qu'on dit souvent. Si la situation n'est pas spécifique à la France, il faut noter d'une part l'absence de médecins scolaires dans les établissements : lors des assises de la santé scolaire qui se sont tenues en mai 2025, la ministre Elisabeth Borne a annoncé un plan « Refondation ambitieuse du système de santé scolaire à la hauteur des nouveaux défis » pour 2026. Sera-t-il mis en place malgré les soubresauts politiques ? Il faut l'espérer.

D'autre part, il faut aussi rappeler les propos d'un expert au CESER dans une audition sur les rythmes scolaires : l'école n'occupe que 120 jours sur 365. Les 245 jours restant sont à la charge des parents qui ont besoin de déléguer certains de ces temps à des structures associatives, qui organisent les loisirs, les activités culturelles et sportives, qui sont autant d'espaces du lien social. Or, les budgets alloués aux structures associatives sont prévus en baisse de 300 millions dans le projet de loi de finances dans ces domaines. Par ailleurs le Pass culture (depuis le 1er mars 2025, le montant du Pass Culture a été divisé de moitié et la somme attribuée aux 15 16 ans a été supprimée) et le Pass sport (suppression des 60 € pour les 6-13 ans) ont subi soit un gel, soit une diminution drastique des budgets soit un changement de cible.

Ce sont pourtant ces activités collectives organisées dans un cadre associatif qui prennent le relais de l'école pour accompagner les enfants et les jeunes.

Sur le mésusage des écrans : vous le dites, avec l'ARS, une des causes de cette solitude et de ce mal-être, ce sont les réseaux sociaux.

Si les associations d'éducation populaire préfèrent parler d'un usage raisonné des écrans plutôt que d'interdiction, elles s'inquiètent de la suppression des financements régionaux alloués aux projets éducatifs des lycées et n'ont pas eu de réponse sur le financement des

actions de sensibilisation aux risques des écrans, dans le cadre du programme régional d'actions éducatives mises en place depuis des années.

Sur la santé mentale des détenu·es : il est à noter que la politique sécuritaire a eu comme conséquence de supprimer toute activité proposée en prison si elle semblait « ludique ». Ainsi des activités de jeux de société ont été interdites, les activités culturelles ont été un moment suspendues. Ce sont pourtant ces activités qui permettent aux personnes sous main de justice de se sentir encore humaines et intégrées à une société.

Enfin, vous évoquez un dispositif très intéressant, Jeunes Ambassadeurs en santé mentale qui est un dispositif de service civique en partenariat avec Unis-cité, créé en 2018. Chaque année 150 000 jeunes bénéficient de ce dispositif dans des secteurs divers mais les missions ont été gelées en janvier 2025 puis reprises en février avec une forte baisse de financement et elles sont de nouveau gelées à partir de janvier 2026.

C'est pourquoi les associations lancent l'alerte.

Je vous remercie.

Déclaration de Mme Roseline Lemarchand

Au titre de de l'U2P Normandie sur la santé mentale en Normandie

Madame la Présidente,

Mesdames et Messieurs les conseillers,

Tout d'abord, je tiens à saluer la qualité du rapport ainsi que de l'avis qui nous sont aujourd'hui présentés. Ces travaux apportent un éclairage précieux sur une problématique majeure, celle de la santé mentale, qui touche tous les secteurs de notre société.

La santé mentale est un enjeu fondamental, au croisement des dimensions individuelles, sociales et économiques qui touchent à la fois la population générale et bien sûr les dirigeants d'entreprise. En Normandie, comme sur tout le territoire national, nous faisons face à une réalité préoccupante : une forte augmentation des troubles psychiques, accentuée par des crises récentes et les multiples pressions que subissent les individus dans leur vie personnelle et professionnelle.

Le rapport souligne un système de santé mentale en grande souffrance, marqué par un manque criant de moyens humains, financiers et structurels. Cette situation fragilise chacun d'entre nous, des plus jeunes aux plus âgés.

Les dirigeants des TPE et PME ne sont pas épargnés : ces femmes et ces hommes, qui ont leurs vulnérabilités, comme tout un chacun, supportent des difficultés spécifiques : pérennité de l'entreprise, gestion du personnel, gestion de l'incertitude économique et commerciale, ce qui engendre souvent un manque de sommeil.

Selon une étude récente d'un groupe mutualiste (Harmonie Mutuelle), 46 % des dirigeants d'entreprise et 72 % des dirigeantes sont proches d'un burnout plusieurs fois dans l'année. Cet état de santé a évidemment des répercutions sur les familles et sur les salariés de ces entreprises, essentielles au fonctionnement et à la vitalité économique régionale.

En Normandie, pour nos dirigeants des initiatives existent, portées par nos institutions régionales, les chambres consulaires, les services de santé au travail, et les associations comme APESA, pour prévenir, détecter et accompagner la souffrance psychique.

Toutefois, pour répondre efficacement à ces enjeux, il est nécessaire de renforcer ces dispositifs, d'améliorer l'accès aux soins, notamment en milieu rural, et de lutter avec fermeté contre la stigmatisation qui demeure un frein majeur à la demande d'aide.

Les coûts humains, financiers et sociaux de l'inaction sont colossaux et dépassent de loin les investissements nécessaires pour bâtir un système solide, coordonné et durable. Cela appelle une mobilisation collective et constante, portée par une volonté politique forte, dépassant les cloisonnements traditionnels entre administrations et secteurs d'activité.

L'U2P Normandie s'engage pleinement dans cette dynamique, convaincue que la santé mentale est un levier indispensable à la performance économique et au bien-être collectif.

Il faut saluer l'initiative de la Commission Paritaire Régionale des Professions Libérales (CPR-PL) de Normandie qui s'est saisie de cet enjeu de la santé mentale, de celles et ceux, salariés comme employeurs, qui travaillent dans les entreprises libérales.

Au-delà de ces professions, notre ambition est que chaque dirigeant, chaque salarié, chaque citoyen trouve le soutien et les ressources nécessaires pour préserver sa santé mentale, épanouir son potentiel et contribuer à un avenir serein pour notre région.

Je vous remercie.

RAPPORT

Avant-propos

En 2019, l'idée d'une autosaisine sur la santé[31] s'était imposée au CESER face à un constat aussi simple que préoccupant : celui d'un accès à la santé et aux soins de plus en plus complexe en France, et qui se posait de manière encore plus aiguë en Normandie, en raison d'un « tableau clinique » globalement plus défavorable, une population vieillissante plus en demande de soins, face à des déserts médicaux grandissants.

Nous avions tenu à préciser dans l'introduction de l'avis qu'il serait passé « *sous silence les questions très prégnantes liées à la santé mentale et à la psychiatrie, ce qui ne manquera pas d'étonner toute personne qui estime avec raison que* « le corps et l'esprit ne font qu'un ». Et tenu à ajouter : « *ce champ de la santé [mentale] est tellement crucial – et tout particulièrement en Normandie – qu'il mérite qu'on lui consacre à lui seul une étude entière, ce que le CESER envisage et espère pouvoir réaliser dans un proche avenir* ».

Compléter les travaux remis en fin d'année 2020 était donc plus qu'un rendez-vous : c'était un engagement. Il a été unanimement confirmé, comme une évidence, dès l'installation de la nouvelle mandature du CESER, début 2024.

Bien que consacrée uniquement à la santé mentale, cette étude ne vise bien entendu pas l'exhaustivité mais se propose modestement d'apporter un certain nombre d'éclairages sur des thématiques aussi diverses que la santé au travail, le suicide, les addictions, le milieu carcéral, la pair-aidance, la réhabilitation psychosociale… Bien que n'ayant pas fait le choix de se restreindre à une tranche d'âge de la population, le CESER a toutefois souhaité porter une attention particulière aux moins de 30 ans[32]. Ceci explique que des questions aussi importantes que le vieillissement[33] et le handicap mental ne soient pas abordées dans cette étude, en dépit de l'intérêt que nous leur portons. Il convient de noter enfin que la question du bien-être – prégnante dans une société de plus en plus obsédée par le « développement personnel » – a été écartée du spectre de l'étude.

Ce rapport se propose en somme de présenter ce que recouvre aujourd'hui le champ de la santé mentale : à travers son histoire, la prévalence de ses troubles, l'évolution de ses politiques publiques, son offre de soins… Il comporte des données spécifiques à la Normandie, chaque fois qu'elles sont accessibles. L'insuffisance d'éléments à l'échelle régionale, hélas perceptible dans ce rapport, montre que l'analyse et le partage des données restent très en-deçà de ce que l'on pourrait espérer et en tout cas bien inférieurs au volume d'éléments et indicateurs recueillis (et exigés) auprès des établissements, organismes et acteurs de santé.

[31] *L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie, il est urgent d'agir*, CESER de Normandie, décembre 2020.

[32] L'étude que le CESER a consacrée aux jeunes de 18 à 24 ans, intitulée *Être jeune en Normandie en 2022* – rapportée par Martine Louveau en octobre 2022 – nous a alertés sur la situation des jeunes en matière de santé mentale.

[33] Notons que la commission 6 « *Budget et évaluation des politiques publiques* » du CESER présentera en 2026 une évaluation des actions préconisées dans son avis publié en 2017 : Accompagner le vieillissement : un enjeu sociétal pour la Normandie

Cette insuffisance n'est pas spécifique à la Normandie et nous tenons à préciser que la direction de l'Agence régionale de santé (ARS) s'est intéressée à nos travaux et a toujours répondu favorablement à nos invitations.

Nous espérons que cette présente étude, menée avec cœur, énergie et détermination entre le printemps 2024 et l'été 2025, reflètera le plus fidèlement possible la parole des nombreux intervenants (professionnels de santé, acteurs du secteur médico-social, acteurs publics et associations de santé, usagers…) que nous avons rencontrés, écoutés, interrogés. C'est à dessein que nous avons donc également choisi dans ce rapport de faire une **bonne place à la restitution d'auditions et de tables rondes**, matière vivante et sensible exprimée à partir de missions menées et d'expériences vécues. Autant de témoignages que la somme (pléthorique) de rapports, études, essais, analyses, ouvrages, documentaires, etc. autour de la santé mentale et de la psychiatrie, ne saurait – en dépit de leur indéniable qualité – restituer avec la même pertinence et la même force, en nous invitant à sonder le champ de la santé mentale en Normandie.

À tous les soignants et à toutes les personnes rencontrées qui œuvrent et se battent au quotidien – dans des conditions que l'on sait souvent difficiles – pour accompagner, soulager et redonner espoir et vie à celles qui présentent des troubles de santé mentale plus ou moins sévères, nous tenons à renouveler nos sincères remerciements.

Nous leur dédions ces travaux.

Introduction

La frontière entre le « normal » et le « pathologique » est souvent bien plus floue qu'on ne serait porté à le croire. Le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, aux processus complexes et fluctuants, se pose d'autant plus comme un défi dans nos sociétés de l'information immédiate en quête de réponses simples et univoques.

La situation de « *permacrise*[34] » qui frappe le monde dans son ensemble, corrélée à une « *société de l'absence* » – pour reprendre le titre d'un récent ouvrage publié en partenariat avec la Fondation Jean-Jaurès[35] – ne permet pas d'envisager l'avenir sereinement, tant s'en faut. Nous sommes presque tous, à des degrés divers, menacés de « fatigue informationnelle », à savoir un état d'épuisement mental provoqué par une surcharge d'informations abondantes et continues que les réseaux sociaux et plateformes numériques ont démultipliées.

Nos travaux sur l'accès à la santé et aux soins, publiée en décembre 2020, nous avait convaincus de la nécessité de consacrer une étude entière au « non somatique ». Santé mentale ou psychiatrie ? Avec la première appellation, on prenait le risque d'être perçus comme intéressés par la quête de bien-être et de masquer l'existence de troubles psychiques sévères. Avec la seconde, on pouvait nous soupçonner d'ignorer l'impact des déterminants socio-économiques de la santé mentale (précarité, isolement, éducation, violences, adversité dans l'enfance, etc.). Nous tenons à préciser d'emblée que nous n'avons pas souhaité choisir entre ces deux notions mais bien de les appréhender ensemble. Nous pouvons dire par conséquent que ces travaux portent sur la « santé mentale publique », une approche globale qui réconcilie tous les acteurs.

Passant de la seule étude des maladies mentales à une approche plus globale des problèmes de santé mentale, il importe tout de même de souligner que le champ de la psychiatrie s'est progressivement élargi tandis que la notion de santé mentale se trouve plus que jamais intrinsèquement liée aux problèmes sociaux, à la qualité de vie et au bien-être des individus. Dans cette perspective, les troubles mentaux ne peuvent être dissociés des déterminants sociaux et économiques qui conditionnent l'existence des individus. C'est dire combien la réponse à des symptômes sans action sur les facteurs qui les engendrent demeure largement insuffisante.

Une approche rapide et simpliste pourrait même nous amener à penser que les Français auraient une chance de se porter globalement mieux que leurs voisins européens compte tenu

[34] Ce néologisme est la traduction du mot « *permacrisis* » que l'on doit au journaliste britannique Josh Glancy. Il l'a employé dans un article paru dans le Sunday Times en 2021, à un moment où la pandémie marquait le pas et où l'Ukraine était envahie par la Russie. On sait qu'un enchaînement de crises majeures s'est ensuivi.

[35] Christelle Craplet, Jérémie Peltier, Adelaïde Zulfikarpasic (2025), *Réhumaniser la société de l'absence, Comment recréer du lien et lutter contre la disparition de l'humain ?* - Editions de l'Aube.
Parmi les éléments les plus marquants de l'étude qu'ils ont menée : 78 % des Français pensent que les contacts humains se sont amenuisés ces dernières années.

de ses ressources médicales. Il n'en est rien hélas : 5e pays européen avec le taux le plus élevé de psychiatres, la France détient aussi la 5e place dans la prévalence de troubles psychiques.

À lui seul, cet écart a de quoi interroger sur l'efficacité des politiques publiques en France…

1 De la psychiatrie à la santé mentale

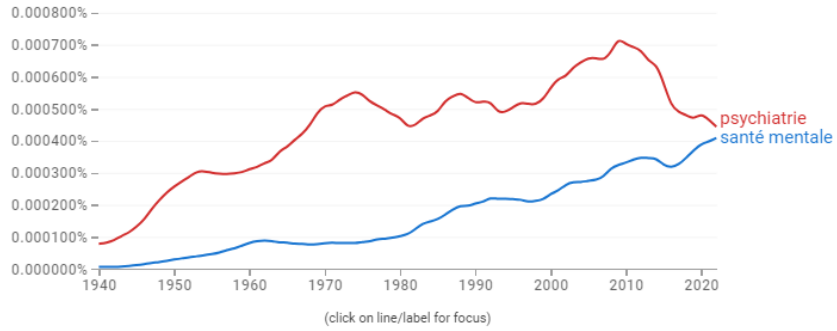
« La santé mentale et la psychiatrie ne sont pas synonymes ».

En réponse à d'importantes mobilisations de soignants visant à dénoncer la crise du secteur psychiatrique, un poste de délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie a été créé en 2019. Le docteur Frank Bellivier[36], qui s'est vu confier ce poste, reconnaît que « *la santé mentale et la psychiatrie ne sont pas synonymes* », et qu'« *être en bonne ou en mauvaise santé mentale n'a rien à voir avec le fait d'être porteur d'une pathologie psychiatrique* »[37].

La bataille sémantique autour de la « psychiatrie » et la « santé mentale » n'est pas nouvelle. La notion de santé mentale s'est déployée dans les années 1960, alors que les termes de psychiatrie, d'asiles ou même d'« hygiène mentale » étaient alors communément employés. Ce sont des psychiatres eux-mêmes qui ont insufflé cette nouvelle appellation de « santé mentale », avec à la clef une vision émancipatrice et l'objectif de réintégrer le malade « dans la cité ».

Dans les années 1990, ce sont les termes d'« hôpitaux psychiatriques » qui seront à leur tour remplacés par des « établissements de santé mentale ».

Évolution de l'occurrence des termes « psychiatrie » et « santé mentale » dans les ouvrages publiés de 1940 à 2023 :



Source : Google Books Ngram Viewer[1]

1.1 Quelques définitions et repères sémantiques

« La santé mentale est devenue un fourre-tout où se retrouvent, pêle-mêle, le marché du bien-être, les grandes souffrances psychiatriques, les difficultés d'adaptation des individus au monde contemporain, les dispositifs et institutions de soin et d'accompagnement, le marché de l'e-santé mentale »[38]*.*

[36] Chef du département de psychiatrie et de médecine addictologique du groupe hospitalier Saint-Louis, Lariboisière et Fernand Widal à Paris. Il est en charge du déploiement de la feuille de route santé mentale et psychiatrie, annoncée en juin 2018.

[37] *Le Monde*, 7 novembre 2024, « De la psychiatrie à la santé mentale : déstigmatiser les maladies ou euphémiser la maladie ? ».

[38] Mise en garde du collectif du Printemps de la Psychiatrie, dans un communiqué du 23 septembre 2024, qui plaide pour que la priorité soit donnée à des « *conditions d'accueil et de soin dignes et attentionnées* ».

On fait remonter la **naissance du concept de santé mentale à 1908**, date de publication du livre de l'Américain Clifford Whittingham Beers[39] qui relate ses expériences personnelles dans trois différents hôpitaux psychiatriques. Il fonda l'année suivante un Comité national pour l'hygiène mentale – plus connu sous le nom de Santé mentale – visant à humaniser les soins des malades mentaux.

La **première définition rédigée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)** remonte à **1946** et décrit la santé comme un « *état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».*

Plus tard – en 2004 puis en 2013 – l'OMS affinera sa définition de la santé mentale comme étant « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* ».

On comprend ainsi que la notion de santé mentale ne se limite pas uniquement à l'absence de troubles psychiques mais qu'elle fait au contraire partie intégrante de la santé et du bien-être.

Jusqu'aux années 1970, le concept de santé mentale recouvre une pluralité de définitions en fonction des acteurs et organisations, aux modalités d'action parfois très différentes. Son objectif commun est néanmoins axé sur l'amélioration de la santé mentale des citoyens, la prévention des risques psychosociaux (RPS) et la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale. Cette dernière est un état, et non un domaine ou une discipline.

Ce n'est pourtant qu'à partir du milieu des années 1990 que l'usage des termes de « santé mentale » s'impose. On comprend désormais que la santé mentale d'une personne est multifactorielle, reposant sur des ressources psychiques individuelles, des facteurs génétiques, un contexte social et économique individuel, un accès aux services publics favorisant la santé mentale.

1.1.1 La psychiatrie

L'étymologie du mot « psychiatre » provient du mot grec *psyche* (âme ou esprit) et *iatros* (médecin). La psychiatre est donc étymologiquement une « médecine de l'âme ».

La thèse de Jean-Etienne Esquirol[40], considéré comme un des fondateurs de la psychiatrie en France, sera suivie d'un nombre grandissant d'autres travaux au cours du XIX^{e} siècle. Portant d'abord sur la mélancolie, elles s'intéressent ensuite à l'hystérie, à l'épilepsie, à la paralysie générale au moment de la Seconde Guerre mondiale. Ce n'est que dans les années 1920 qu'apparaît la question de la schizophrénie et il faudra attendre après 1945 pour la dépression, les troubles anxieux et autres troubles psychiques.

En médecine, on utilise le terme de « troubles » plutôt que de « maladies » pour désigner des syndromes pour lesquels aucune cause (étiologie) n'a été trouvée. Dans le domaine de la psychiatrie, on parle ainsi de troubles et non de maladies psychiques, en l'absence d'étiologies précises.

39 *A mind that found itself* (1908), ouvrage traduit en français sous le titre de *Raison perdue, raison retrouvée*. Autobiographie d'un malade mental (Payot, 1951).
40 *Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* (1805).

1.1.2 Les troubles psychiques

Actuellement, la notion de troubles psychiques est utilisée pour nommer les maladies affectant le psychisme : maladies mentales, maladies psychiatriques, troubles mentaux, troubles psychiques sont donc des termes différents pour signifier la même chose.

Les maladies mentales, classées par symptômes, ne tiennent pas compte du contexte d'émergence de ces derniers. Deux classifications sont utilisées, à savoir :

- La **classification internationale des maladies de l'OMS**, dixième version (**CIM-10**) ;
- Le **Diagnostic Statistical Manual**, cinquième version (**DSM-5**), développée par l'Association américaine de psychiatrie.

La loi du 11 février 2005 énonce que « *constitue un handicap une limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

S'agissant de la santé mentale, cette définition implique notamment que la personne n'est pas considérée comme « handicapée psychique » en tant que telle mais qu'elle rencontre des troubles psychiques entrant en résonance avec un environnement inadapté. La reconnaissance du handicap psychique n'est donc pas un élément figé, fixé dans l'espace et le temps ; il n'est parfois qu'une étape.

1.2 La discipline psychiatrique : toute une histoire

En France, l'acte fondateur de la psychiatrie remonte à 1838, date à laquelle la loi instaure la création, dans chaque département, d'établissements spécialement destinés à accueillir et soigner les aliénés. Leurs occupants devant être tenus à l'écart du monde, la plupart de ces asiles sont construits en dehors des villes. La prise en charge des troubles mentaux a donc longtemps été éloignée des facultés de médecine.

Il a fallu attendre 1937 pour que la terminologie officielle remplace les « asiles d'aliénés » par des « hôpitaux psychiatriques », et pour que ces derniers passent de la tutelle du ministère de l'intérieur à celle du ministère de la santé. La psychiatrie est certes une branche de la médecine, mais elle s'est toujours tenue à distance des autres disciplines.



Quelques dates repères…

La **loi du 30 juin 1838** organise la prise en charge des « aliénés » et 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.

La loi impose la **création d'un asile** (établissement public spécialement 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.

Elle est à l'origine de la création de la plupart des hôpitaux psychiatriques existant actuellement en France. La « gestion » 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.

Notons que les internements longs et abusifs en asile étaient légion jusque dans la moitié du XX^{e} siècle (comme l'illustre le cas de Camille Claudel, internée pendant 30 ans jusqu'à la fin de ses jours). On réservait plutôt l'asile aux femmes et la prison aux hommes en cas de difficulté à contenir les comportements.

L'après-Seconde Guerre mondiale marque la fin de l'ère asilaire en révélant l'ampleur de la crise qui affecte la psychiatrie, avec notamment la surmortalité importante des personnes hospitalisées, principalement due à la malnutrition et à l'isolement social dont elles sont victimes. Il en résultera un **mouvement « désaliéniste »** notamment incarné par le développement de la **psychothérapie institutionnelle**[41], axée sur la dynamique de groupe et la relation entre soignants et soignés.

Dans les années 1950, la découverte de nouveaux médicaments et l'avènement progressif des psychotropes ont fortement contribué à transformer la prise en charge, en favorisant le suivi ambulatoire au détriment de l'hospitalisation prolongée.

La mise en place de la **circulaire du 15 mars 1960** déploie la politique de **sectorisation psychiatrique**, qui constitue une profonde transformation du système de soins.

[41] Nous reviendrons plus loin dans le rapport, et à plusieurs reprises, sur cette approche.

Qu'est-ce que la sectorisation psychiatrique ?

Cette mesure, toujours appliquée aujourd'hui, prévoyait le découpage de la psychiatrie publique en « secteurs » d'environ 70 000 habitants, gérés par un hôpital de référence mais dotés d'une offre extrahospitalière afin de permettre à chacun de venir consulter au cœur des villes. Cette avancée historique permit de développer sur tout le territoire un suivi « hors les murs » et de systématiser le lien entre soins et prise en charge sociale. L'objectif visé était en effet la mise en place d'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.

Cette politique de sectorisation s'appuie donc 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.

Cette approche populationnelle et intégrée – entre prise en charge hospitalière et ambulatoire – apparaît à l'origine comme un dispositif original et novateur.

Il convient enfin de souligner que la politique de sectorisation en France est une traduction du mouvement international de désinstitutionalisation des soins psychiatriques, 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 en société.

Il n'est pas inutile de rappeler les principaux objectifs de la mise en œuvre de la sectorisation, laquelle a profondément modifié l'organisation des soins psychiatriques en France, et dont on peut pleinement mesurer le caractère « révolutionnaire » en les relisant :

- **Réinsérer dans la société la plupart des malades mentaux** : l'ambition centrale est de favoriser leur insertion sociale, en traitant la maladie mentale dans le milieu de vie du patient plutôt qu'en l'isolant à l'hôpital.

- **Mettre fin à l'hospitalisation comme unique réponse** : l'hospitalisation est désormais considérée comme une simple étape du traitement, qui doit commencer et se poursuivre dans des structures de prévention et de postcure, avec une priorité donnée aux soins ambulatoires et à la continuité du suivi.

- **Organiser les soins par secteur géographique** : le territoire est découpé en secteurs, chacun pris en charge par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire, responsable de la totalité du parcours de soins (dépistage, traitement, hospitalisation si nécessaire, postcure) pour une population définie.

- **Assurer la continuité et la proximité des soins** : il s'agit d'éviter la rupture entre les différentes étapes du parcours de soins et de maintenir le patient au plus près de sa famille et de son environnement social, dans une logique de proximité.

- **Promouvoir la pluridisciplinarité** : l'organisation repose sur des équipes pluriprofessionnelles, sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, afin de garantir une prise en charge globale et coordonnée.

- **Lutter contre la stigmatisation et l'aliénation** : la circulaire vise à rompre avec la logique d'exclusion et d'isolement, en promouvant la dignité des personnes souffrant de troubles psychiques et leur intégration dans la société.

En résumé, la circulaire de 1960 vise à substituer à la logique asilaire une politique de soins intégrés, continus et de proximité, centrée sur la personne et son insertion sociale, et organisée autour de secteurs géographiques desservis par des équipes pluridisciplinaires.

Ce mouvement de désinstitutionalisation a pris des formes différentes d'un pays à l'autre et demeure en partie inachevé. Au Royaume-Uni et en Italie, il s'est traduit par une fermeture des hôpitaux psychiatriques et par le développement de nombreuses structures d'hébergement non hospitalières, proposant un soutien plus ou moins intensif dans la communauté. En comparaison, la France et l'Allemagne ont connu une simple réduction et une restructuration des services.

Jugés nécessaires, les services hospitaliers n'ont donc pas été supprimés en France mais ont en revanche connu une réduction drastique.

Dans les années 1980, cette transition s'accompagne d'un double phénomène : d'une part, le développement de structures alternatives telles que les Centres médico-psychologiques (CMP) ou les maisons d'accueil spécialisées ; d'autre part, l'introduction de logiques managériales dans les hôpitaux publics, ainsi que le renforcement du secteur privé, bien que ce dernier ne représente qu'une part minoritaire des financements (10 %) et des lits (15 %) en psychiatrie.

Le **décret du 14 mars 1986** a donné lieu à la création de **3 types de secteur : général, infanto-juvénile et milieu pénitentiaire**. Il définit les alternatives sanitaires à l'hospitalisation à temps plein : CMP, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centres d'accueil permanent, hospitalisation de jour, de nuit, ateliers thérapeutiques, hospitalisation à domicile (HAD), appartements thérapeutiques, centres de post-cure, accueil familial thérapeutique, centres de crise.

Depuis les années 1980, le nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie à temps plein a été réduit de moitié en France, 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[42].

En 2023, le recul du nombre de lits de psychiatrie (-2,4 %) est plus prononcé qu'en 2022 et 2021 (respectivement -1,7 % et -0,9 %). La baisse de lits provient principalement du secteur public, les cliniques privées, ayant vu au contraire leur nombre de lits augmenter (+0,8 %).

La réforme législative liée à la loi du 27 juin 1990 introduit la possibilité d'un placement libre en hôpital psychiatrique, marquant une avancée vers le respect des droits des patients.

Les années 2000 ont vu « fleurir » une série de plans et de 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 vie quotidienne), ruptures dans les parcours de santé et de vie des personnes, prise en compte insuffisante des attentes des patients et de leurs proches.

Elles ont été 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.

[42] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees), « Statistique annuelle des établissements de santé », 2020.

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la reconnaissance du handicap psychique, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées représente une des premières illustrations législatives majeures en **étendant la prise en charge vers le secteur médico-social et socia**l. Il s'agit de reconnaître 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 suite à la loi de 2005 qui reconnaît 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 **loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016** redéfinit les missions de la psychiatrie de secteur ainsi que la politique territoriale de santé mentale et réaffirme la nécessité d'intégrer les différents secteurs de prise en charge. 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.

Dans ce contexte, 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 les efforts de prévention doivent être concentrés.

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 à une médiation apportés par des usagers ou d'ex-usagers de la psychiatrie, au sein de dispositifs de prise en charge classique ou d'associations gérées par les usagers eux-mêmes (groupes d'entraide mutuelle) ;

- Des **objectifs de rétablissement et d'« empowerment[43] »** 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, qui se manifestent notamment par :

- Un sous-investissement dans la promotion et la prévention de la santé mentale ;
- Une saturation de l'offre de soins et de services ;
- Une absence de lisibilité et de gradation des dispositifs de prise en charge existants.

Fin 2021, la tenue inédite d'Assises de la santé mentale et de la psychiatrie a fait suite à une grande consultation nationale. Un ensemble de mesures a été annoncé par le Président de la République pour la future politique de santé mentale qui s'inscrit désormais dans des dynamiques interministérielles.

Elles s'orientent autour de 3 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) ;
- Un plus grand investissement dans la recherche[44].

Le 11 juin 2025, Yannick Neuder, ministre de la Santé et de l'accès aux soins, a dévoilé le **Plan psychiatrie 2025**, lui-même inscrit dans la Grande Cause nationale dédiée à la santé mentale.

Il comporte à nouveau 3 axes (Repérer – Soigner – Reconstruire) déclinés en 26 mesures, orientés cette fois sur la détection précoce et l'intervention rapide, une offre de soins lisible, graduée et accessible, la formation et l'attractivité de la psychiatrie.

S'il fallait momentanément conclure, il importe de souligner que la politique de santé mentale en France a été en position de précurseur par rapport aux autres disciplines médicales à de nombreux égards. Aujourd'hui, quand on la compare à ses voisins européens, on constate que **la France présente désormais un retard en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général**[45], qui n'a débuté que dans les années 1980. Ainsi, en 2020, les deux tiers des lits de psychiatrie se situent toujours dans des établissements spécialisés et cette part s'élève même à 75 %, en y incluant les lits des cliniques privées.

[43] Cette notion sera précisée plus loin dans le rapport, notamment dans la section consacrée à la réhabilitation psychosociale.

[44] Le **financement pour la recherche en santé mentale** est actuellement **deux fois inférieur à celui des autres disciplines médicales**.

[45] L'objectif est de lutter contre la stigmatisation des troubles psychiques qui affecte tout à la fois les personnes, les professionnels et les structures de prise en charge.

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, tels que l'« *Assertive Community Treatment* » (ACT)[46], les dispositifs de soutien à l'emploi tels que le programme « *Individual Placement and Support* » (IPS), notamment mis en œuvre 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.

La persistance d'une législation spécifique à la santé mentale a toutefois 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. 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.

La sectorisation psychiatrique : une révolution mise à mal

Selon la sociologue Lise Demailly[47], la politique publique de psychiatrie en France a somme toute connu, à partir des années 1960, un certain nombre d'inflexions majeures qu'elle résume de la manière suivante :

- La mise en œuvre d'une politique de santé mentale ;
- Une réforme hospitalière et sanitaire d'inspiration gestionnaire ;
- Des lois modifiant la place des usagers dans le sens de relations plus symétriques avec les professionnels ;
- La montée du sécuritarisme.

La chercheuse pointe que le mouvement réformiste né après-guerre – notamment à travers la psychothérapie institutionnelle – avait vocation à trouver pleinement son expression à travers la politique de sectorisation psychiatrique.

Or, dans les faits, elle estime que la pratique des secteurs s'est révélée très hétérogène sur les territoires et souvent décevante par rapport aux idéaux. En dépit de la suppression de 30 000 lits d'hospitalisation durant ces vingt dernières années, elle observe en effet :

[46] Déployé aux États-Unis, aux Pays-Bas, en Belgique et en Norvège.

[47] Lise Demailly est professeure émérite de sociologie à l'université de Lille et au Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques (université de Lille-CNRS). Lire *Les Cahiers français : La santé mentale*, n°426.

- Un hospitalo-centrisme récurrent de l'organisation des services psychiatriques[48] ;
- Des pratiques cliniques parfois pas si désaliénistes qu'elles ne le prétendaient ;
- Des obstacles divers pour nouer un travail en réseau avec les partenaires du secteur social et les élus locaux ;
- Un manque de moyens pour créer de petites structures et des lieux de vie.

Elle juge par ailleurs que **l'État déconcentré et décentralisé est paradoxalement centralisateur** et prend pour objet la santé mentale dans une logique de santé publique. Les risques dénoncés par certains professionnels sont ceux d'une **évolution néo-bureaucratique du soin**, avec un alourdissement considérable, pour les soignants, du temps passé à effectuer le travail administratif (comptes-rendus, statistiques, performances, contractualisations). Une dérive que nombre de personnes que nous avons auditionnées ont pleinement confirmée.

Les données dont on dispose démontrent clairement la supériorité d'une prise en charge des personnes souffrant de maladies psychiques dans la communauté civile, avec le soutien d'équipes mobiles intervenant au plus vite. Cette démonstration est vraie pour l'ensemble des indicateurs décrivant la vie des personnes.

Dès 1960, la circulaire du 15 mars stipulait que l'objectif premier était « *d'éviter la désadaptation due à l'éloignement du milieu naturel* » et de garantir une continuité des soins entre « le dedans » et « le dehors », le principe fondateur étant de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu naturel. En partant du principe que l'hospitalisation en psychiatrie ne devait plus constituer qu'une étape du traitement, il s'est avéré nécessaire de développer en amont des actions de prévention et en aval des actions de réadaptation et d'insertion.

Évolution du taux de densité de psychiatres en France

Depuis la circulaire du 15 mars 1960[49], le taux de psychiatres pour 100 000 habitants en France a été multiplié par 16 : la France, qui comptait environ 1 000 psychiatres[50] en 1960, en compte environ 16 000 en activité en 2023 (exerçant dans des établissements publics ou privés).

Il est important de savoir que cette circulaire de 1960, révolutionnaire pour l'époque, a été honnie par une grande majorité de psychiatres, d'infirmiers et de directeurs d'hôpitaux, ce qui lui a valu de rester largement inappliquée et ignorée pendant plus de 20 ans.

En effet, il a fallu attendre 1985 pour que la politique de secteur soit enfin légalisée, pour que les diverses structures de secteurs soient reconnues et répertoriées. Bien que certains comportements asilaires aient perduré dans les décennies qui suivirent, les pratiques d'une authentique psychiatrie communautaire ont bel et bien commencé à essaimer à cette période.

[48] Si la participation accrue des usagers semble inspirée par un idéal de « démocratie sanitaire », il n'en demeure pas moins que la réforme hospitalière est nettement d'esprit gestionnaire.
[49] Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, appelant à une politique de sectorisation des soins.
[50] Ce chiffre est approximatif puisque divergent en fonction des sources.

Dans les années 2000, le monde de la psychiatrie a mal vécu l'apparition des notions de « santé mentale » et de « handicap psychique », en raison d'une crainte de voir remettre en cause les bonnes pratiques soignantes de la sectorisation psychiatrique.

Fondée sur trois principes – proximité, accessibilité territoriale, continuité des soins psychiatriques – la « loi santé » de 2016 déjà citée conforte l'identité législative du secteur. Elle insiste sur l'importance des soins ambulatoires de proximité, incluant des interventions à domicile et mis en œuvre par des équipes pluriprofessionnelles. On observe que sa rédaction a été placée sous le signe du décloisonnement et de la volonté de dépasser une organisation jugée trop « sanitaro-centrée ».

Dans les faits, force est de constater que nous sommes encore pourtant aujourd'hui face à un **système complexe, cloisonné, illisible pour les usagers, qui nuit à son efficacité**. La faute notamment à une organisation particulièrement segmentée et déséquilibrée au sein de laquelle coexistent une offre privée non sectorisée (inégalement répartie sur le territoire) et une offre de service public territorialisée.

Ce déséquilibre n'a fait que s'accroître au fil des années avec une **désaffection de la psychiatrie publique** au profit d'établissements où l'on peut exercer dans des conditions plus confortables et souvent plus lucratives.

La raréfaction des moyens ne saurait toutefois justifier à elle seule les reculs des pratiques sectorielles : repli sur l'hôpital et dans les structures extrahospitalières, désertion des suivis à domicile. La promotion du rétablissement en psychiatrie implique une transformation des pratiques et de l'organisation des services. La redéfinition du secteur de psychiatrie générale doit de ce fait nécessairement passer par la prise en compte des besoins des personnes – qui ont beaucoup évolué – et des avancées thérapeutiques.

Historiquement, le financement public reposait sur une Dotation annuelle fixe (DAF), indépendante de l'activité réelle tandis que les établissements privés étaient financés à la journée, avec une enveloppe ouverte (favorisant leur développement).

Le secteur privé lucratif a ainsi vu ses ressources croître plus rapidement que le public entre 2010 et 2020.

Une **réforme du financement**, engagée **depuis 2022**, a introduit un modèle mixte : dotation populationnelle + part liée à l'activité, la qualité des soins et la recherche. L'objectif affiché est de rééquilibrer les ressources entre régions et entre secteurs public/privé.

📣 Santé mentale France Normandie, avec le Dr Pascal CRÉTÉ, psychiatre

Audition du **docteur Pascal CRÉTÉ**[51] qui nous a fait partager sa vision et son expérience de 40 ans de carrière dans les secteurs de la psychiatrie et du médico-social.

Directeur général des Foyers de Cluny dans le Calvados, le Dr Crété est aussi le président de Santé mentale France[52] Normandie, une déclinaison régionale qu'il qualifie d'« *assez engagée* ».

Santé mentale France Normandie organise régulièrement des journées de formation, notamment en premiers secours en santé mentale (PSSM). Cette action, très soutenue par les ARS, a déjà formé plus de 120 000 personnes en France aujourd'hui.

En France, l'histoire de la psychiatrie remonte au 19e siècle et son champ s'est développé au début du 20e siècle. Elle s'est étoffée au fur et à mesure qu'elle se greffait à d'autres sciences humaines, en embrassant diverses approches : phénoménologique, philosophique, anthropologique, linguistique, etc.

Dans le droit fil de Descartes, la pensée médicale demeurait toutefois scientifique en France (pensée déductive). Il manquait à cette discipline des briques pour la compléter, comme a pu l'illustrer la rencontre[53] entre Charcot et Freud.

Il est très important d'avoir conscience que l'ouverture de la psychiatrie à d'autres champs des sciences humaines est pourtant en train de se refermer aujourd'hui. Les diagnostics réalisés à partir de signes cliniques sont légion et trouvent le plus souvent des réponses uniquement médicamenteuses. Le « tout biologique » interroge pourtant dans la mesure où la vie psychique peut dysfonctionner avec un cerveau qui fonctionne normalement.

Les jeunes médecins ne sont plus formés à la thérapie relationnelle et à la fonction phorique[54]. Or, la formation des professionnels est fondamentale. Dans ce contexte, il est désormais de plus en plus attendu que l'on se conduise comme un « *entrepreneur de sa santé mentale* ».

On constate que les jeunes enfants, exposés de plus en plus tôt aux écrans, développent et construisent une fausse identité, dissociée de la réalité, un phénomène communément appelé le « faux self ». Ce dernier constitue une menace de troubles psychotiques qui a fait l'objet d'études récentes.

La communication s'accroît tandis que la parole s'amenuise ; or, la communication et la parole forment deux entités différentes.

---

[51] Audition réalisée le 18 juin 2024 à Caen, auprès de la commission. Le Dr Crété a ensuite été auditionné par le CESER de Normandie, dans le cadre de son assemblée plénière du 10 octobre 2024 : la restitution de son intervention et de ses échanges avec les conseillers est consultable en annexe 5.1.

[52] Anciennement Croix marine.

[53] Cette rencontre a eu lieu en 1885.

[54] La fonction phorique est une philosophie du soin consistant à accueillir l'autre et à porter la personne tout le temps nécessaire.

On observe une montée croissante du phénomène de burn-out au sein des entreprises et plus généralement dans le monde professionnel. Il y a une perméabilité psychique à toute organisation, causant un rapport direct entre l'organisation au travail et la vie psychique des personnes. Ainsi, en présence d'une organisation maltraitante, le collectif sera mis à mal et fragilisé, de même que les individus qui le composent.

Se pose en parallèle une interrogation autour du télétravail[55], au point qu'un retour en arrière est souhaité par nombre d'entreprises. Des pathologies directement liées au télétravail, causées par une perte de liens avec les collègues, apparaissent en effet.

Quelques éléments d'histoire

1838 : projet de loi pour la création d'hôpitaux psychiatriques (asiles) dédiés aux « fous » ; il s'agit de lieux adaptés aux problématiques des personnes hospitalisées.

1870 : guerres, période de la Commune

La dimension humaine et protectrice des asiles va être remplacée par de la réclusion, victime d'un mouvement de radicalisation qui va marquer toute l'Europe. On assiste aussi à des dérives et divagations scientifiques (catégorisations, phrénologie[56], etc.)

Le nazisme donne naissance à « l'Aktion P4 » qui extermine les personnes avec un handicap physique ou mental, stérilise des femmes handicapées. On ignore le nombre exact de malades mentaux ayant été exterminés dans le cadre de cette action.

Par ailleurs, on estime qu'entre 45 000 et 60 000 malades mentaux sont morts de faim et d'absence de soins en France, pendant la seconde guerre mondiale, selon une méthode connue sous les termes d'« extermination douce ».

L'exemple de Saint-Alban : une révolution du soin en psychiatrie

C'est dans ce contexte très sombre que se déroule pourtant à Saint-Alban (en Lozère) une révolution du soin en psychiatrie, grâce à des psychiatres fortement engagés et résistants.

Ils s'aperçoivent que la santé des aliénés (dont celle des personnes schizophrènes, hyper-sensibles) s'améliore lorsqu'ils sont insérés dans une vie quotidienne ordinaire, en l'absence d'une organisation hiérarchique et de toute stigmatisation.

Alors que l'on pourrait rapidement imaginer que les personnes qui souffrent de maladies psychiques se trouvent « dans un autre monde », elles sont au contraire très probablement plus dans la réalité que la moyenne des personnes, car très connectées et perméables à l'organisation qui les régit.

Les clubs thérapeutiques

Pascal Crété loue le bien-fondé des « clubs thérapeutiques » visant à l'animation d'activités cogérées par des professionnels et des patients (autonomie partagée).

Or, la Cour des Comptes ayant pointé le caractère risqué de ce système de cogestion, la plupart des établissements de santé mentale ont décidé de fermer leurs clubs thérapeutiques.

[55] À noter que le CESER Normandie a fait paraître, en décembre 2023 un rapport sur les incidences économiques du télétravail (Les incidences économiques du télétravail en Normandie | Ceser Normandie)

[56] Théorie pseudo-scientifique selon laquelle les bosses du crâne d'un être humain reflèteraient son caractère.

À titre d'exemple, seule survit à Caen la Loco – restaurant thérapeutique créé il y a une trentaine d'années – sans toutefois apparaître dans aucun budget.

Le secteur médico-social

Le secteur médico-social – tout comme celui de la psychiatrie – est rattaché à l'ARS et au Département[57]. Ce secteur n'est toutefois pas né selon la même logique que celui de la psychiatrie. Apparu au lendemain de la seconde guerre mondiale, le secteur médico-social est né du désir de répondre aux besoins en présence. Ce souhait a donné lieu à la création d'associations portées par des militants, en fonction des spécificités des territoires et des populations.

Aujourd'hui, la dimension de création et d'innovation propre au secteur médico-social est mise à mal ; le secteur, sur-sollicité, manque de moyens, de places d'accueil... Une logique d'appels à projets est venue progressivement remplacer des initiatives initialement militantes et « désirantes ».

Echanges avec la commission

José Sagit, qui a été 40 ans infirmier de secteur psychiatrique (de 1968 à 2008) commente que « *le tableau est sombre* ». La contention se banalise et les traitements médicamenteux deviennent la norme.

Pascal Crété pointe un curieux paradoxe entre le développement de l'auto-détermination (illustrée notamment par le développement des GEM) d'une part, et la détérioration de la situation générale, d'autre part. Il croit personnellement en la force du militantisme et non en un système de sur-organisation qui finira, selon lui, par craquer.

Interrogé par Nathalie Sarge sur la pair-aidance, Pascal Crété répond que la méthode lui semble très précieuse et même fondamentale, et qu'aucune parole de soignants ne pourrait l'égaler.

Il est rappelé que le « handicap psychique » a été reconnu en 2005 et que l'on doit cette reconnaissance à des malades et à leur entourage, et non à des psychiatres qui ont très peu soutenu la démarche.

Jean-Claude Soubrane s'interroge sur le manque d'attractivité de la spécialité psychiatrie et sur l'abandon d'une « boîte à outils » qui a fait la preuve de son efficacité.

Pascal Crété souligne que le contenu universitaire proposé s'est beaucoup asséché, et qu'il est même d'un niveau très bas. Parmi les internes, généralement motivés et qui arrivent par choix, beaucoup se retrouvent déprimés et partent.

La réalisation d'évaluations (par des cabinets extérieurs), fruit d'une obsession de la traçabilité, initialement propres aux entreprises, se déploie désormais dans le domaine de la santé.

[57] Le Dr Crété regrette qu'il ne soit pas rattaché à la Région.

Pascal Crété précise par ailleurs que la prescription de contentions gagne aussi le secteur médico-social (notamment dans les Ehpad[58]) pour lesquelles des fiches-actions sont rédigées.

Face à l'effondrement de la psychiatrie publique, Emmanuèle Jeandet-Mengual se demande si les initiatives associatives, collectives (privées) suffiront.

Le mot de la fin revient au Dr Crété, *« On est face à des technocrates déconnectés du terrain dont le maître-mot est l'inclusion, un paradigme-mot magique ».*

”
“

[58] Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

1.3 Psychiatrie et justice : les « liaisons dangereuses »[59]

Les liens entre psychiatrie et justice en France sont anciens et reposent sur un principe fondamental : l'irresponsabilité pénale en cas de trouble mental abolissant le discernement (article 122-1 du Code pénal). Ce principe, hérité du XIX^{e} siècle, a conduit à distinguer les lieux de soin des lieux de détention. Cependant, la réalité contemporaine révèle une imbrication croissante entre ces deux sphères : la prévalence des troubles psychiatriques sévères en prison est très élevée, et les dispositifs de soins pénalement ordonnés (obligation ou injonction de soins) se sont multipliés.

Pour répondre à cette situation, des structures spécifiques ont été créées, comme les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), permettant l'hospitalisation complète de personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques. Parallèlement, les expertises psychiatriques jouent un rôle central dans la détermination de la responsabilité pénale et dans l'aménagement des peines. Toutefois, ces expertises sont souvent sous-utilisées, notamment dans les procédures rapides (comparution immédiate), ce qui contribue à l'incarcération de personnes souffrant de troubles psychiques sans prise en charge adaptée.

1.3.1 Un virage sécuritaire depuis 2008

La **loi de rétention de sûreté du 25 février 2008** a renforcé les mesures d'enfermement pour des personnes présentant « une particulière dangerosité » : ces dernières peuvent se voir opposer, au terme de leur peine, un enfermement renouvelable tous les ans par une commission d'experts censée juger de manière prédictive le potentiel de dangerosité.

En France, le discours prononcé par le Président de la République Nicolas Sarkozy à Antony le 2 décembre 2008, à la suite de deux faits divers dramatiques qui se sont succédé, a marqué un changement.

Ce « **discours d'Antony** » est resté comme le **symbole d'un virage sécuritaire** : il a inspiré la **loi du 5 juillet 2011**, qui a introduit les **programmes de soins sans consentement en ambulatoire**, renforçant la surveillance des patients au-delà des murs de l'hôpital. Cette logique s'est accentuée avec la création de fichiers informatisés des patients hospitalisés sans consentement, désormais accessibles aux magistrats et préfets, brouillant la frontière entre soin et contrôle social.

Des crédits ont alors été engagés pour « sécuriser les hôpitaux », à travers la construction de 4 nouvelles **Unités pour malades difficiles** (UMD), des chambres d'isolement, de la vidéo-surveillance, des bracelets GPS pour les patients fugueurs.

Cette évolution s'est accompagnée d'une banalisation des pratiques de contention et d'isolement, d'une augmentation des hospitalisations sous contrainte et d'un recul des droits des patients, dénoncés par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Le soin psychiatrique tend ainsi à être instrumentalisé pour des finalités sécuritaires, au détriment d'une approche centrée sur la personne et ses droits fondamentaux.

[59] Cette rubrique est complétée plus loin par la section consacrée à la santé mentale des détenus.

1.3.2 La stigmatisation accrue qui en découle

Le terme de « schizophrénie » est régulièrement associé dans les médias à des faits divers avec violence[60]. Les effets de stigmatisation sont tels que certains pays – comme le Japon ou la Corée du Sud – ont opté pour un changement de terminologie médicale qui a contribué à une meilleure acceptation du diagnostic.

À cet égard, on a pu observer que le changement d'appellation, à partir des années 1980, de la psychose maniaco-dépressive en « trouble bipolaire » a beaucoup contribué à déstigmatiser cette maladie qui touche entre 1 et 5 % de la population mondiale. Il est également bon de préciser que la bipolarité est une maladie chronique pour laquelle il existe des traitements efficaces mais qu'en l'absence d'une prise en charge, elle peut être grave et handicapante, associée à un risque suicidaire vingt fois plus élevé que pour la population générale.

En Angleterre, la campagne « **Time to Change** » portée par les organisations caritatives Mind et Rethink Mental Illness[61] – entre 2009 et 2021 – a été évaluée par le King's College de Londres. Touchant plus de 34 millions de personnes, cette campagne a permis de faire évoluer les regards sur les personnes concernées, en favorisant le repérage plus précoce des troubles et le recours aux soins, notamment à travers la mise en œuvre d'une approche plus graduée.



« 1 personne sur 5 a des pellicules. 1 personne sur 4 a des problèmes de santé mentale. Moi, j'ai les deux. »

Le **stéréotype de dangerosité des personnes souffrant de maladies psychiques a la vie dure**. Véhiculé depuis des décennies au cinéma et dans les médias, il est très prégnant auprès du grand public. Plus grave : il **touche aussi largement le personnel soignant**. Une enquête réalisée en 2018 par la fondation Pierre-Deniker révélait que 77 % des médecins généralistes et 90 % des pharmaciens mettaient en avant la dangerosité de la schizophrénie.

Dans les faits, ce sont les **personnes souffrant de troubles psychiques** qui sont le plus exposées aux violences en étant **entre 7 et 17 fois plus agressées que la population générale**. La violence est majoritairement retournée contre soi parmi les personnes en souffrance ; notons, à titre d'exemple, que 10 à 15 % des personnes atteintes de schizophrénie se suicident.

Il est important enfin d'avoir à l'esprit que **seuls 3 à 5 % des actes de violence sont attribuables à une maladie mentale**[62].

[60] Selon une étude conduite en 2015 par la fondation Pierre-Deniker, 50 % des articles de médias régionaux et 18 % des médias nationaux faisant référence dans leurs titres à la schizophrénie, concernaient des faits divers avec violence.

[61] Mind est une association caritative pour la santé mentale créée en 1946, rebaptisée Mind en 1972 ; Rethink Mental Illness est une organisation caritative fondée en 1972, initialement par des familles concernées par la schizophrénie.

[62] Jeffrey W. Swanson, « Introduction: Violence and Mental Illness », Harvard Review of Psychiatry, vol. 29, n°1, Janvier-Février 2021, p. 1-5.

2 Comment ça va ? … haro sur la santé mentale !

L'OMS prévoit que **la dépression** – qui occupe aujourd'hui la 2e place – sera **à l'horizon 2030** la **première cause d'invalidité dans le monde**. Les troubles anxieux viennent en 8e position, la schizophrénie en 20e position et les troubles bipolaires à la 28e position (alors qu'ils ne touchent chacun que 1 à 2 % de la population).

En 2019, **près d'un milliard de personnes dans le monde souffrait d'un trouble psychique** (sans compter les addictions), soit 14 % de la population mondiale. Parmi elles, plus de la moitié – 581 millions – souffrait d'un trouble anxieux ou d'une dépression (autour de 7,5 % de la population mondiale). À de rares exceptions près, toutes les familles sont donc touchées par la maladie mentale.

Une étude[63] menée par des chercheurs australiens et américains révèle qu'**une personne sur deux dans le monde développera un trouble mental au cours de sa vie**.

D'un point de vue épidémiologique, les troubles psychiques comme la schizophrénie et la bipolarité n'épargnent aucun pays, quel que soit son niveau de richesse. En revanche, la dépression est plus fréquente en Afrique et au Moyen-Orient. Par ailleurs, les taux de troubles psychiques (dépression, anxiété, TSPT[64]) sont – comme on peut s'y attendre – particulièrement élevés dans les zones de conflits. Enfin, les troubles psychiques n'épargnent aucune catégorie socioprofessionnelle.

Il existe néanmoins des liens entre ressources socio-économiques et troubles psychiques. Ainsi, la **surreprésentation des troubles psychiques chez les personnes en situation de précarité** est bien établie ; on estime qu**'un tiers des personnes sans domicile fixe présente un trouble sévère** et que cette population présente dix fois plus de troubles psychotiques que la population générale.

Indépendamment du genre, les troubles de l'humeur (comme la dépression et l'anxiété) se révèlent être les maladies mentales les plus fréquentes. Des différences existent toutefois entre les femmes et les hommes : chez les femmes, la dépression apparaît comme le trouble mental le plus courant, tandis que chez les hommes, c'est l'abus d'alcool qui se révèle être le trouble mental le plus fréquent, devant la dépression et la phobie spécifique.

Une donnée plus importante encore montre que ces « troubles mentaux » apparaissent généralement tôt, entre l'enfance et le début de l'âge adulte. Les chercheurs estiment ainsi à 19 ans l'âge médian pour l'apparition des premiers troubles chez les hommes, et à 20 ans chez les femmes. L'âge de transition correspond au « **pic d'émergence** » **des troubles psychiatriques : 75 % d'entre eux apparaissent avant l'âge de 25 ans**.

[63] Étude mondiale co-dirigée par des chercheurs de l'université du Queensland et de la Harvard Medical School, publiée dans la revue *The Lancet Psychiatry*. Ces résultats sont issus d'enquêtes conduites en face à face auprès de plus de 150 000 adultes dans 29 pays à travers le monde, entre 2001 et 2022.
[64] Trouble de stress post-traumatique.

Une personne atteinte d'un trouble psychique a 4,4 fois plus de risques de décéder dans l'année que la population générale. Les personnes atteintes de maladie mentale grave ont jusqu'à 60 % de risques en plus de mourir prématurément d'une autre maladie qui serait négligée en raison d'une condition mentale sous-jacente défaillante. Les patients atteints d'une pathologie psychiatrique meurent dix à vingt ans plus jeunes que leurs pairs dans les pays à revenu élevé (entre treize ans pour les troubles bipolaires et vingt-trois ans pour les troubles addictifs), et trente ans plus jeunes dans les pays à faible revenu.

Cette **surmortalité** s'explique par différents facteurs : une moins bonne prise en charge somatique alors que les comorbidités sont plus nombreuses, des effets indésirables des médicaments, un environnement psychosocial défavorable, un risque suicidaire majoré, etc.

2.1 Les déterminants de la santé mentale[65]

La santé mentale ne se réduit pas à l'absence de troubles psychiques : elle résulte d'un équilibre complexe entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces déterminants interagissent tout au long de la vie et influencent la capacité d'un individu à faire face au stress, à travailler, à entretenir des relations et à participer à la vie sociale.

Sur le plan **biologique**, la génétique, la neurobiologie et certains antécédents médicaux jouent un rôle important. Des vulnérabilités héréditaires peuvent prédisposer à des troubles comme la dépression ou la schizophrénie, mais elles ne sont jamais seules en cause.

Les **facteurs psychologiques**, tels que l'estime de soi, les compétences émotionnelles et les expériences précoces, influent sur la manière dont une personne gère les événements de vie. Les traumatismes, la maltraitance ou la négligence dans l'enfance constituent des facteurs de risque majeurs. La prévalence des troubles anxieux et dépressifs – encore accrue depuis la crise sanitaire – touche particulièrement les populations les plus défavorisées et s'avère révélatrice de l'incidence directe des conditions de vie (accès aux services, précarité, chômage, habitat dégradé) sur la santé psychique.

Les **déterminants sociaux et environnementaux** sont aujourd'hui considérés comme centraux. La pauvreté, le chômage, la précarité du logement, l'isolement social ou encore les discriminations augmentent significativement le risque de troubles psychiques. À l'inverse, un environnement stable, des relations de soutien et l'accès à l'éducation et aux soins favorisent la résilience. Les contextes de crise – qu'il s'agisse de conflits, de catastrophes naturelles ou de pandémies – peuvent également fragiliser la santé mentale à grande échelle.

Enfin, les **facteurs sociétaux et culturels** façonnent la perception et la prise en charge des troubles. La stigmatisation, par exemple, demeure un frein majeur à la demande d'aide.

[65] Lire à ce sujet l'article d'Enguerrand du Roscoät, responsable de la Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, Laboratoire parisien de psychologie sociale (LAPPS), université Paris Ouest Nanterre-La Défense, dans *Les Cahiers français : la santé mentale*, n°426.

Ainsi, **la santé mentale est le produit d'interactions dynamiques entre l'individu et son environnement, ce qui justifie des politiques publiques intégrées**, agissant à la fois sur les soins, la prévention et les inégalités sociales, dans une logique d'intersectorialité.

Le contexte familial, notamment la qualité du soutien parental, influe durablement sur la santé mentale, comme le confirment de nombreuses études. La majorité des troubles à l'âge adulte apparaît dès l'enfance ou l'adolescence, soulignant l'importance d'interventions ciblées précocement, à l'instar de programmes scolaires de prévention des conduites addictives.

2.1.1 Le fossé du genre

Bien qu'elle soit un enjeu universel, la santé mentale ne touche pas tous les individus de la même façon. Les **différences de genre** influencent profondément la manière dont les troubles psychiques sont vécus, diagnostiqués, pris en charge et même perçus socialement.

Les **femmes souffrent deux fois plus de dépression que les hommes**. En France, on estime qu'entre 8 et 16 % des femmes âgées de 18 à 50 ans en sont atteintes. Cette proportion grimpe même à 20 % pendant la grossesse et le post-partum. Bien qu'un tiers des dépressions du post-partum commence pendant la grossesse, la dépression anténatale reste un véritable tabou. Quant aux risques de dépression avant et après la ménopause, ils sont eux aussi très peu pris en compte ou étudiés.

Aux États-Unis, un dépistage systématique de la dépression est réalisé au moment de la préménopause, ce qui n'est pas le cas en France, où la coordination entre professionnels de santé est peu développée.

Alors que pour des raisons biologiques et hormonales, certains traitements seront mieux adaptés aux hommes ou aux femmes, les études cliniques se sont limitées aux hommes, jugeant que les variations hormonales des femmes risqueraient de biaiser les résultats.

Les hommes présentent quant à eux des taux plus élevés de troubles liés à l'usage de substances, des conduites à risque voire suicidaires. Ils peuvent être **sous-diagnostiqués**, notamment en raison de **normes de virilité** qui **entravent l'expression de leur souffrance** et qui entraînent effectivement une **mortalité par suicide au moins trois fois plus élevée** chez les hommes que chez les femmes.

Enfin, les personnes non-binaires et transgenres font face à des taux de troubles mentaux significativement plus élevés, souvent liés à la stigmatisation et à la discrimination.

Les symptômes exprimés différemment selon le genre peuvent conduire à des diagnostics erronés ou tardifs et les stéréotypes de genre influencent les pratiques cliniques des professionnels de santé.

2.1.2 Les filles en souffrance de plus en plus jeunes

D'après une enquête de Santé publique France, la santé mentale des adolescents s'est dégradée entre 2018 et 2022. Les résultats de l'enquête, publiés en avril dernier, montrent également que cette dégradation est plus marquée chez les jeunes filles que les garçons. En quatre ans, la prévalence du risque de dépression chez les collégiens et lycéens est passée de 5,2 % à 6,9 % chez les garçons et de 13,4 à 21,4 % chez les filles.

Une publication de la DREES[66] datant du 18 juin 2025 – s'appuyant sur les données du Système national de données de santé (SNDS) – nous informe que la France connaît des **hausses « massives » d'hospitalisations d'adolescentes et de femmes jeunes pour gestes auto-infligés**[67]. Chez les très jeunes filles âgées de 10 à 14 ans, elles ont bondi de 22 %[68] entre 2023 et 2024.

« La brutale dégradation de la santé mentale d'une importante minorité d'adolescentes et de femmes de moins de 30 ans est un phénomène international apparu dans les années 2010, que la crise sanitaire de 2020 paraît avoir accentué », rapporte la DREES.

Elle ajoute : *« Bien qu'il soit difficile de déterminer les causes de cette détérioration, une hypothèse semble se démarquer, pointant le mésusage des réseaux sociaux et les agressions spécifiques à cette population qui peuvent y avoir lieu ».*

Si cette dégradation avait commencé à être observée même avant le Covid, la crise sanitaire a incontestablement accentué certains facteurs de risque.

La sur-représentation des filles se vérifie en ville comme à la campagne, de même que dans toutes les catégories sociales. Les jeunes filles présentent plus de dépressions, de troubles anxieux, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide. Elles sont plus souvent hospitalisées que les garçons pour cette dernière raison.

Des études américaines et canadiennes montrent que les actes d'automutilation (tels que les scarifications), les tentatives de suicide, sont bien plus importants chez les filles ; certains travaux osent même parler « d'épidémie ».

Marie-Rose Moro[69], professeure de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'Université de Paris, pointe une grande différence dans l'expression de la souffrance chez les filles lesquelles trouvent généralement des mots pour le dire.

Elle décrit deux grandes tendances :

- Les troubles du comportement alimentaire, en très forte hausse ;
- La dépression (perte du goût du vivre).

La pédopsychiatre observe une perte de l'élan vital et d'envie d'entrer dans l'âge adulte, alors que les jeunes filles sont par ailleurs capables de dire et prévenir sur leurs troubles (au sein de la famille, à l'école, dans les Maisons des adolescents[70]…).

[66] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques.
[67] Tentatives de suicide ou automutilations.
[68] Elles ont progressé de 14 % chez les 15-19 ans, de 4% chez les 20-24 ans et de 9% pour les 25-29 ans. Ce sont ces deux dernières classes d'âge qui comptent le plus de personnes hospitalisées.
Chez les hommes, majoritaires parmi les décès par suicide, les hospitalisations pour tentatives de suicide ont augmenté de 17 % chez les 15-19 ans, de 8 % chez les 20-24 ans et de 7 % chez les 25-29 ans comparé à 2023, et de 9% chez les 40-44 ans.
[69] Par ailleurs cheffe de service de la Maison de Solenn, à l'hôpital Cochin – Port Royal APHP. Écouter l'émission « Santé mentale : pourquoi les jeunes filles vont-elles mal ? » diffusée le 23 juillet 2024 sur rfi.fr.
[70] Nous y consacrerons plus loin plusieurs rubriques.

Elle apporte des éléments d'éclairage :

- La **pression exercée sur les filles est très grande**, de la part de l'école, de la famille, de la société en général ; l'idée largement répandue est qu'elles doivent savoir tout faire parfaitement et faire plus d'efforts pour être au même niveau que les garçons ;
- Les **plaintes des jeunes filles sont bien moins prises au sérieux** ; ce constat vaut également pour les plaintes somatiques des femmes, comme l'a démontré un récent rapport[71] de la Défenseure des droits, avec en prime une discrimination raciale.

Ce qui doit alerter, ce n'est pas la violence contre les autres – même si elle existe – mais la violence contre soi-même.

Les jeunes filles viennent régulièrement d'elles-mêmes à la Maison de Solenn, dans la crainte qu'elles ont d'alerter leurs parents et de leur faire mal. **Elles se sentent coupables d'aller mal**.

Les **violences sexuelles** sont une cause fréquente de consultation : **1 adolescente hospitalisée sur 3 déclare en avoir été victime**. La majorité de ces violences se déroule à l'intérieur de la famille.

2.1.3 L'impact des violences sexistes et sexuelles (VSS)[72]

En 2024, sur les 122 600 victimes de violences sexuelles enregistrées en France, 85 % sont des femmes[73].

Les **violences sexistes et sexuelles** constituent l'**un des principaux déterminants de la santé mentale des femmes**. Selon le ministère chargé de l'Égalité, la précarité, les stéréotypes de genre, les rôles sociaux imposés et surtout les violences sexistes et sexuelles ont un impact souvent plus marqué sur la santé mentale des femmes que les facteurs biologiques ou hormonaux[74].

Bien que les VSS soient plus saillantes dans les secteurs de la santé, de la culture, du sport et institutions politiques, elles s'exercent hélas un peu partout dans le monde du travail, là où les femmes travaillent sous relation d'autorité ou de pouvoir.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes :

- 9 % des viols ou tentatives de viols ont lieu au travail,
- 30 % des salariées ont déjà été harcelées ou agressées sexuellement sur leur lieu de travail,
- 70 % de ces victimes déclarent n'en avoir jamais parlé à leur employeur[75].

[71] *Prévenir les discriminations dans les parcours de soins : un enjeu d'égalité (2025).*
[72] Les VSS que subissent les professionnelles de santé sont traitées plus loin, dans la rubrique 2.8.4 consacrée aux secteurs professionnels particulièrement exposés.
[73] Violences sexuelles : 122 600 victimes dont une majorité de femmes | vie-publique.fr
[74] https://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/sante-mentale-des-femmes-oser-en-parler-mieux-informer-et-accompagner
[75] Sur cette question, lire le *Rapport de la Mission interministérielle sur les violences sexistes et sexuelles sous relation d'autorité ou de pouvoir*, septembre 2024.

En 2022, plus de 1,2 million de femmes majeures ont été victimes en France de harcèlement sexuel, d'exhibition sexuelle ou d'envoi d'images à caractère sexuel non sollicité[76].

Or les études montrent que les femmes ayant subi des VSS présentent un risque trois à cinq fois plus élevé de développer une dépression, un trouble de stress post-traumatique (TSPT), des troubles anxieux, des conduites addictives ou des pensées suicidaires, comparé aux femmes non exposées. En 2022, sur les 373 000 femmes majeures victimes de violences conjugales en France, 76 % d'entre elles présentaient des troubles psychologiques importants.

Ces violences laissent des traces psychiques profondes : isolement, perte d'estime de soi, crises de panique, troubles du sommeil, flashbacks, conduites d'évitement, etc. Ces conséquences sont souvent aggravées par la stigmatisation, la peur de ne pas être crue, ou la difficulté d'accès à des soins adaptés.

La santé mentale des femmes est donc particulièrement fragilisée par les violences sexistes et sexuelles : non seulement ces violences sont massives et systémiques, mais elles entraînent des conséquences psychiques lourdes, durables et largement sous-estimées.

2.1.4 L'inceste : forme extrême de violence aux conséquences dramatiques

L'inceste présente une forme extrême de violence sexuelle intra-familiale, qui touche majoritairement les filles (entre 70 et 90 %, selon les sources). Selon la Commission indépendante sur l'inceste (Ciivise), la moitié des enfants victimes d'inceste avaient moins de dix ans lors du premier traumatisme, et l'inceste dure en moyenne dix ans. Or ce traumatisme précoce et prolongé a des conséquences psychiques particulièrement lourdes.

Les témoignages et études montrent que les victimes d'inceste présentent un risque très élevé de troubles psychiques : dépression, troubles anxieux, TSPT, conduites addictives, troubles alimentaires, troubles dissociatifs et idées suicidaires. Une victime sur trois rapporte avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie.

Les conséquences de l'inceste affectent durablement la vie affective, sexuelle, familiale et professionnelle. Beaucoup témoignent d'une « souffrance extrême et qui dure », comparable à un traumatisme de guerre.

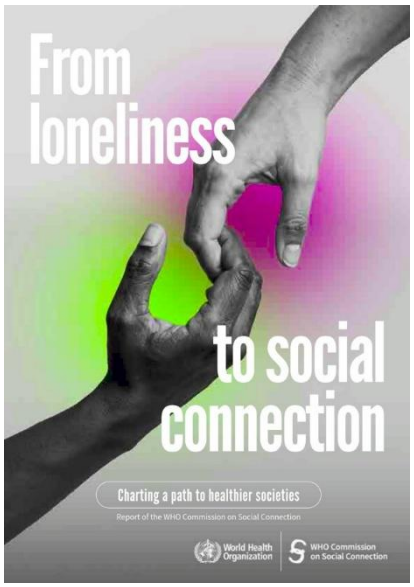
La majorité des victimes mettent des années à parler de ce qu'elles ont subi : sept sur dix qui ont parlé l'ont fait plus de dix ans après les faits. Seules 20 % des femmes victimes d'inceste en ont parlé à leur médecin, ce qui retarde l'accès à des soins adaptés.

2.2 L'ultra moderne solitude[77]

Depuis plus de 85 ans, l'université de Harvard conduit la plus longue étude jamais réalisée sur le bonheur et la conclusion est sans appel : **la qualité des relations humaines est le principal déterminant d'une vie à la fois heureuse et en bonne santé**.

[76] *Ibid*.

[77] En référence à la chanson Ultra Moderne Solitude d'Alain Souchon, 1988.



Source : www.santementale.fr

L'édition 2024 du baromètre sur la solitude des Français[78] montre que l'expression du **sentiment de solitude progresse** en France, **passant de 25 % en 2018 à 31 % en 2024**. La solitude chronique – qui toucherait 17 % des Français – n'est pas anodine puisqu'avec des conséquences graves sur la santé mentale et l'estime de soi.

Ce rapport de l'OMS, paru en juin 2025, montre que les effets du sentiment de solitude (« loneliness ») sur la santé, le bien-être et la société tout entière à travers le monde sont pris tout à fait au sérieux.

Près de la moitié des personnes isolées ont consommé des antidépresseurs ou des anxiolytiques et **65 % des personnes chroniquement seules ont envisagé de mettre fin à leurs jours**, soit le double de la moyenne nationale.

Parmi les principales raisons mises en avant pour expliquer l'augmentation de cas de solitude chronique : l'interruption des liens sociaux pendant la récente pandémie[79] et l'accélération de la digitalisation de la société. Ainsi, **les 18-24 ans** sont **40 % à déclarer une solitude chronique, contre seulement 7 % des plus de 65 ans.** Au positif, on peut raisonnablement considérer que la forte augmentation des cas déclarés chez les jeunes est en partie liée à une libération de la parole que connaissent beaucoup moins leurs aînés.

Les déterminants sociaux sont évidents : 31 % des catégories modestes et pauvres sont touchées par ce phénomène de solitude sociale, contre 11 % des catégories aisées. Quant aux personnes LGBTQI+[80], un tiers d'entre elles en souffrent.

Christophe Tzourio, professeur d'épidémiologie au service de santé de l'université de Bordeaux, constate que **les confinements subis pendant la pandémie ont créé des éléments de phobie sociale** et rendu difficile la reprise du lien avec d'anciens copains.

S'agissant des étudiants, **les campus français ne sont pas propices au lien**, contrairement à ce que l'on observe dans d'autres pays où toute la vie est organisée sur place et facilite les contacts. Or, des études menées depuis la crise sanitaire auprès d'un large panel de jeunes par l'université de Bordeaux ont montré que **le sentiment de solitude multiplie par quatre les pensées suicidaires**.

Un cercle vicieux s'instaure : la solitude engendre de la détresse psychique qui isole elle-même davantage, conduisant à une perte d'estime de soi et à des niveaux de décrochage divers (social, scolaire, professionnel…). Ce phénomène est d'autant plus pernicieux lorsqu'il survient à une période-clé de sa construction psychique.

[78] Réalisé par l'IFOP pour l'association Astrée, association reconnue d'utilité publique qui œuvre depuis 1987 pour restaurer le lien social et rompre la solitude. Elle est à l'initiative de la Journée mondiale des Solitudes, qui a lieu le 23 janvier.

[79] La proportion de personnes souffrant de solitude chronique n'est jamais redescendue à son niveau d'avant-pandémie (17 % contre 13 % en 2018).

[80] Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Trans*, Queer et Intersexe.

En 2023, l'OMS alertait sur les effets de la solitude en déclarant qu'elle constituait une **« menace » pour la santé, équivalente à la consommation de quinze cigarettes par jour**.



L'étude « Solitudes » de la Fondation de France (2024) révèle que 12 % des Français sont en isolement relationnel et que près d'un quart se sentent régulièrement seuls. L'Observatoire des Solitudes confirme cette tendance, soulignant la vulnérabilité des jeunes et des personnes précaires.

Nous sommes donc appelés à faire fi de nos idées préconçues : **ce sont aujourd'hui les jeunes qui souffrent le plus de solitude.**

Cette situation n'est pas spécifique à la France mais constitue au contraire un phénomène mondial.

Les effets délétères de la solitude sur la santé mentale sont ainsi de plus en plus étudiés et pris au sérieux, au point de donner naissance à des initiatives inédites dans certains pays ou régions du monde. Le **Royaume-Uni** n'a pas attendu l'accroissement de solitude post-Covid puisqu'il a été, avant même la pandémie, le **premier pays au monde à créer un secrétariat d'État à la solitude**[81].

Le gouvernement britannique a en effet nommé explicitement en 2018 un « Minister for Loneliness »[82] visant à traiter des problèmes croissants d'isolement social. Bien qu'il n'y ait pas en 2025 de ministre officiellement nommé, les questions liées à la solitude demeurent une priorité transversale dans plusieurs ministères, notamment celui de la Culture, des Médias et du Sport.

Cette initiative, certes rare et spécifique contre le « fléau » de la solitude, sous-tend néanmoins d'autres organisations dans un certain nombre de pays ou régions qui commencent à s'intéresser à cette question, en raison de l'impact croissant de l'isolement social sur la santé mentale.

En voici quelques exemples dans le monde :

Japon : ministre de la Solitude

En 2021, suite à une augmentation inquiétante des suicides – notamment pendant la pandémie de Covid-19 – le Japon a décidé de nommer un ministre chargé de la solitude. La création de ce mandat est une des réponses aux problèmes de santé mentale et d'isolement social, particulièrement chez les personnes âgées et les jeunes adultes.

[81] Ministry of Loneliness, rattaché au ministre des Sports et de la culture.
[82] Ministre de la Solitude.

Australie : ministre assistant à la Santé Mentale et à la prévention du suicide

L'Australie, considérée comme précurseure dans le monde[83], a intégré le champ de la santé mentale au portefeuille de la santé à travers la création d'un poste de ministre assistant à la santé mentale et à la prévention du suicide, lequel a pour mission de coordonner les politiques nationales visant à servir la cause.

Canada : approche intersectorielle pour la santé mentale

Bien que le Canada ne soit pas doté de ministère spécifique en faveur de la santé mentale, certaines provinces, comme l'Ontario, ont des ministères ou des secrétariats dédiés à la santé mentale et aux addictions. Le Canada adopte une approche intersectorielle en intégrant la santé mentale dans l'éducation, l'emploi, le logement et les services sociaux.

2.3 Le fléau de la dépression

Tout le monde s'accorde sur ce point : la dépression est un problème majeur de santé publique.

L'altération du fonctionnement engendrée par la dépression (incapacité à travailler, étudier, prendre soin de sa famille ou de soi-même, avoir des relations sociales…) contribue à expliquer l'énorme coût qui lui est associé. Celui-ci est estimé en France à plus de 100 milliards d'euros par an, dont 20 % de dépenses directes et 80 % de coûts sociaux indirects.

Cet impact de la dépression sur le comportement d'une personne est dû à ses **conséquences très importantes sur de multiples dimensions physiques et mentales** : ralentissement psychomoteur ; incapacité à se concentrer, à penser, à mémoriser ; perte d'estime personnelle, impression de nullité ; perte de confiance dans l'avenir et dans les autres, sentiment d'incurabilité ; tristesse intense, ruminations permanentes ; irritabilité, hyper-sensibilité émotionnelle ; consommation de psychotropes médicamenteux ou non ; dégradation du sommeil, de l'alimentation, de la sexualité, de l'appareil cardio-vasculaire, hormonal… ; douleurs physiques multiples ; idées et comportements suicidaires.

De fait, la **dépression est impliquée dans la majorité des passages à l'acte suicidaire**. 20 à 30 % des personnes souffrant de dépression présentent des formes chroniques et résistantes aux interventions thérapeutiques et 10 % d'entre elles décèdent par suicide.

Et si la dépression était un problème mal posé ?

Les impasses thérapeutiques ne résultent pas d'un manque de travaux sur le sujet puisque les publications scientifiques sur la dépression se comptent par dizaines de milliers[84]. A telle enseigne que de plus en plus de travaux scientifiques internationaux émettent l'hypothèse que si nous ne parvenons pas à sortir de cette impasse, c'est que **le problème est mal posé** et qu'**une conceptualisation radicalement nouvelle du problème de la dépression est urgemment requise**.

[83] On lui doit notamment la création des premiers secours en santé mentale.

[84] Le mot « *depression* » apparaît dans le titre de 110 000 essais et articles répertoriés sur la base américaine de publications médicales PubMed.

Pour sortir de l'impasse, nombre d'experts[85] s'accordent à dire que l'on aurait besoin d'une approche individualisée de la dépression, en s'appuyant sur deux actions essentielles :

– développer dans la population, et ce dès l'école, une culture opérationnelle de la prévention des troubles mentaux, qui repose sur une compréhension des mécanismes qui engendrent et maintiennent les troubles mentaux communs (dépression, anxiété, troubles du sommeil, du comportement alimentaire, de l'attention…) et des stratégies comportementales, psychologiques, relationnelles, environnementales qui permettent d'agir sur eux ;

– prendre en compte pleinement le fait qu'il n'y a pas de santé sans santé mentale dans toutes les décisions qui ont un impact sur la santé humaine, qu'il s'agisse de politiques managériales, de décisions économiques, d'actions environnementales, ou de politiques de santé publique.

2.4 La très douloureuse question du suicide

Commençons par une bonne nouvelle… ce rapport en comporte hélas peu : le **nombre de suicides en France a fortement baissé en 30 ans**, passant de 12 000 à 9 000. Ce nombre de morts par suicide représente 1,4 % de l'ensemble des décès au niveau national (1,7 % en Normandie).

Les pensées suicidaires sont tellement difficiles à nommer qu'on leur préfère l'expression d'« idées noires ». Aujourd'hui encore, le suicide reste au premier rang des secrets de famille. Pourtant, le silence neutralise bel et bien la prévention en matière de suicide, comme en attestent les études scientifiques à ce sujet. En parler sauve des vies : cet effet protecteur est connu sous le nom « d'**effet Papageno** », en référence au personnage de l'oiseleur de La Flûte enchantée de Mozart, qui ayant perdu son amour, élabore un plan pour mettre fin à ses jours avant d'en être dissuadé *in extremis* par l'apparition de trois jeunes garçons qui lui rappellent les voies alternatives au suicide[86].

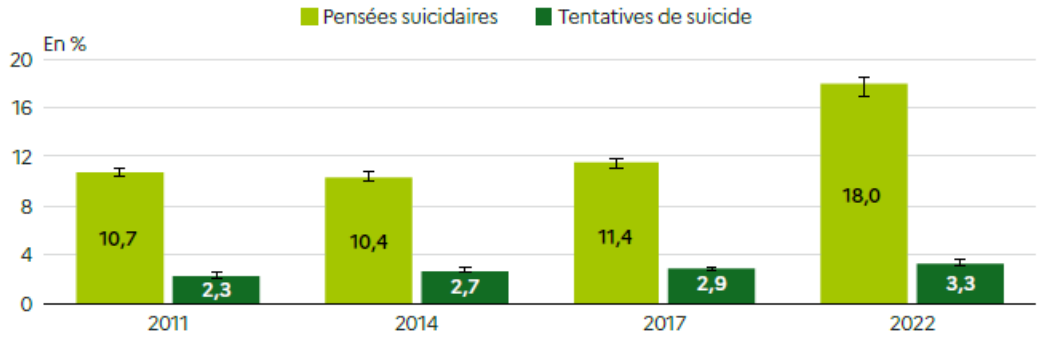
À l'inverse, des recherches scientifiques ont mis en évidence l'effet délétère d'une certaine couverture médiatique d'un fait suicidaire, responsable d'un phénomène de « suggestion » chez des personnes vulnérables. Connu sous le nom d'« **effet Werther** »[87], ce phénomène de suicide mimétique – théorisé en 1982 par le sociologue américain David Phillips – rappelle la nécessité d'une communication juste et responsable pour évoquer tout fait suicidaire.

[85] Lire à ce sujet l'article « La dépression, un problème majeur de santé publique », rédigé par Xavier Briffault, chercheur en sciences sociales de la santé au CNRS (laboratoire CERMES3 -Inserm/CNRS) et publié dans Cahiers français, La santé mentale (mars-avril 2022).

[86] L'évocation du chanteur Stromae, au cours d'un journal télévisé diffusé le 9 janvier 2022, sur ses idées suicidaires est un bel exemple d'effet Papageno. Il cite alors des paroles de sa chanson intitulée « L'Enfer » : « *J'ai parfois eu des pensées suicidaires et j'en suis peu fier. On croit parfois que c'est la seule manière de les faire taire, ces pensées qui nous font vivre un enfer…* ». Cette déclaration a été suivie d'un pic d'appels de 13 % au 3114, la ligne nationale d'écoute et de prévention du suicide.

[87] En référence à l'œuvre de Goethe *Les souffrances du jeune Werther*, publiée en 1774. Le roman raconte l'histoire d'un jeune homme qui, malheureux en amour, décide de mettre fin à ses jours en se tirant une balle dans la tête. Ouvrage très populaire, sa publication s'ensuivit d'une augmentation dramatique des suicides par arme à feu en Europe. Certains suicidés sont même allés jusqu'à porter le même costume que le héros au moment de sa mort. Bien qu'interdit à la diffusion durant une cinquantaine d'années en Europe, le livre a marqué un tournant dans la conscience collective face au suicide.

Graphique 1 • Pensées suicidaires et tentatives de suicide ayant entraîné un passage à l'hôpital parmi les adolescents de 17 ans, entre 2011 et 2022

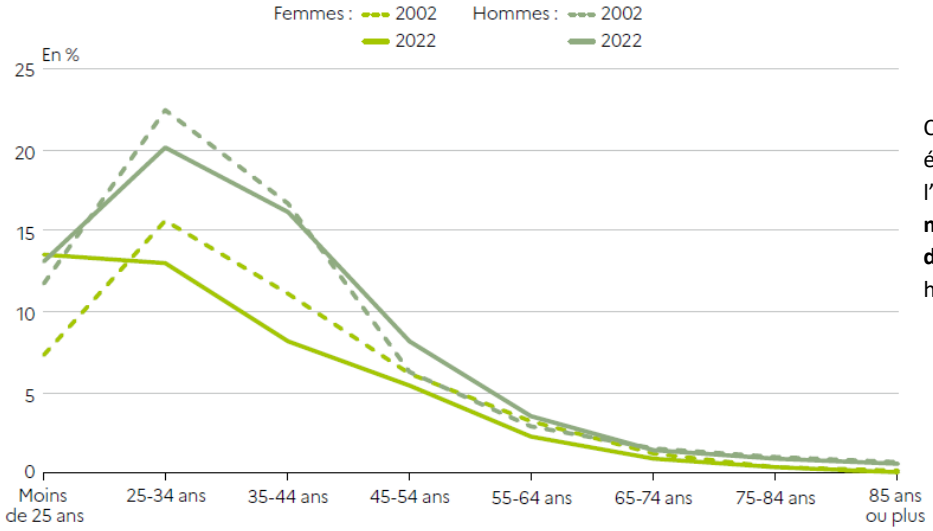


Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires chez les adolescents de 17 ans en 2022 a une probabilité de 95 % de se situer entre 17,4 % et 18,6 %.
Lecture • En 2022, 18,0 % des adolescents de 17 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.
Champ • France métropolitaine, adolescents de 17 ans.
Source • Escapad 2011, 2014, 2017, 2022 (OFDT).

On voit sur ce graphique que les indicateurs de **souffrance psychique chez les adolescents de 17 ans** ont **fortement progressé entre 2011 et 2022**. Cette évolution souligne l'importance d'un repérage précoce, d'actions ciblées sur la santé mentale des jeunes et d'une communication préventive.

Dans la majorité des cas, le suicide est moins le résultat d'un souhait ferme et définitif de mourir que l'impression qu'il est le seul moyen d'échapper à une situation et à une douleur insupportables. Dans la majeure partie des cas, la crise suicidaire s'accompagne d'appels à l'aide plus ou moins explicites. On estime ainsi que 80 % des personnes qui se sont suicidées avaient augmenté leur consultation médicale dans l'année précédant leur mort, que 45 % avaient consulté leur médecin généraliste la semaine précédente… et que 90 % avaient parlé de leurs idées suicidaires au cours de leur dernière visite. C'est dire combien il est important de prendre ce type de propos au sérieux.

Graphique 5 • Part de la mortalité par suicide, par tranche d'âge et sexe, en 2002 et 2022



Lecture • En 2022, chez les 25 à 34 ans, 20 % des décès d'hommes sont des suicides, contre 13 % des décès de femmes.
Champ • France. Décès de personnes d'au moins un an dont la cause est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).
Source • Inserm-CépiDc.

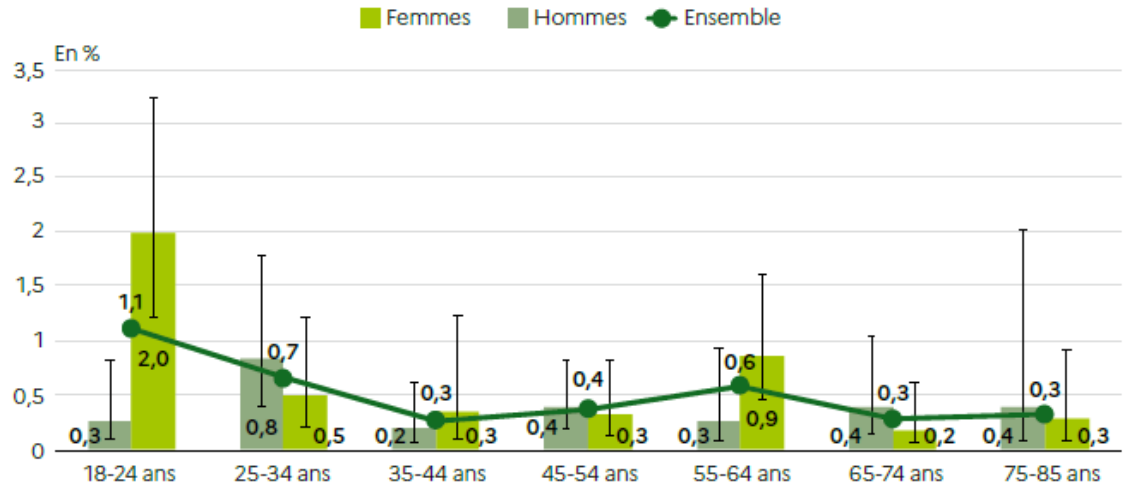
Ce graphique est particulièrement éloquent dans la mesure où il montre l'**augmentation très nette en France de la mortalité par suicide chez les jeunes âgés de 25 à 34 ans** (notamment les jeunes hommes), entre 2002 et 2022.

Nous l'avons dit en introduction de cette rubrique sur le suicide : le nombre de morts par suicide a fortement baissé en France au cours de ces 30 dernières années. Devrait-on pour autant se contenter de cette tendance ? La réponse est clairement non, bien sûr, d'autant plus que le **nombre de suicides pour 100 000 habitants en France** est **supérieur à celui de l'Union européenne** et **à celui des pays de l'OCDE**[88] ; quant à la **Normandie**, elle se hisse tristement à la **2e place dans l'Hexagone**.

En France, **une tentative de suicide a lieu toutes les 3 minutes et un décès par suicide toutes les heures**. 11 % des décès de personnes avec un trouble psychique sont liés à un suicide, alors que le suicide ne représente pas plus de 1,5 % des décès dans la population chaque année.

Une enquête menée par Santé publique France (début 2024) auprès de 30 000 personnes âgées de 18 à 85 ans a mis en lumière la santé mentale des 18-24 ans. Les pensées suicidaires ont plus que doublé dans cette tranche d'âge depuis 2014, passant de 3,3 % à 7,2 %.

Graphique 3 • Prévalence des tentatives de suicide déclarées par les personnes âgées de 18 à 85 ans au cours des douze derniers mois, selon le genre et la classe d'âge, en 2021



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a 95 % de probabilité de se situer entre 0,1 % et 0,8 %.
Lecture • 1,1 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois (0,3 % des hommes et 2,0 % des femmes).
Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 85 ans.
Source • Baromètre santé 2021 (Santé publique France).

On note une forte disparité des tentatives de suicide selon l'âge et le genre, avec une **prévalence nettement plus élevée chez les jeunes de 18 à 24 ans**. L'écart entre les sexes est particulièrement marqué : 2,0 % chez les femmes contre 0,3 % chez les hommes. Après 25 ans, la fréquence diminue nettement et reste faible au-delà de 45 ans.

« *Ce sont des chiffres très alarmants qui montrent que le Covid n'est pas passé* », explique Christophe Tzourio[89], épidémiologiste et spécialiste de la santé des populations, notamment à l'origine de l'étude PRISME portant sur le bien-être et la santé mentale de 2 000 étudiants bordelais.

[88] Organisation de coopération et de développement économiques.
[89] Épidémiologiste déjà cité.

Les interactions se sont arrêtées à un moment essentiel pour les jeunes, à une période de construction de leur personnalité, leur façon de se comporter avec les autres, leurs rapports de séduction. Il est constaté que le Covid avait toutefois permis de libérer la parole des plus jeunes sur leur moral, et notamment celle des garçons, dont l'expression de leurs émotions est moins aisée.

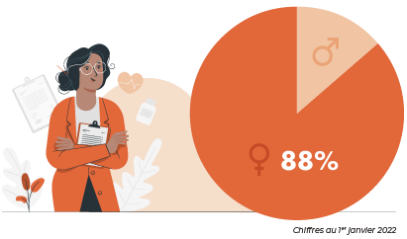
Il convient donc de ne pas sous-estimer le traumatisme de ces jeunes qui vient se surajouter à un contexte préexistant : la précarité, les incertitudes économiques des sociétés, le dérèglement climatique, les conflits mondiaux.

2.4.1 Trois quarts des morts par suicide concernent des hommes

Trois quarts des morts par suicide touchent des hommes : ceci traduit un paradoxe de genre puisque les tentatives de suicide (environ 200 000 par an en France) sont quant à elles majoritairement féminines [90] . La tentative de suicide chez les hommes advient plus tardivement, souvent comme dernier recours face à un désespoir qui s'est installé progressivement et sur un temps long. Les moyens utilisés sont plus violents (pendaison, arme à feu, etc.). Contrairement aux femmes, les hommes ont tendance à ne pas parler de leurs difficultés psychiques. Cette réticence à montrer leurs vulnérabilités les expose à un défaut de diagnostic.

Les messages généraux de prévention sont peu efficaces auprès des hommes. Au Centre de prévention du suicide, il a été observé que la pression sociale par les pairs l'était davantage pour orienter les hommes vers le soin thérapeutique.

En France, **seules 30 % des personnes ayant recours à la psychothérapie sont des hommes**[91] et la grande majorité d'entre eux consulte sur les recommandations d'une femme (souvent leur conjointe). Dans son essai intitulé *Tu devrais voir quelqu'un*[92] », la journaliste Maud Le Rest interroge le rapport des hommes à la santé mentale et propose notamment une analyse d'impact en l'absence d'une prise en charge. Il s'agit en réalité d'un important sujet de recherche puisqu'entre 2019 et 2024, pas moins de 6 000 études sur la santé mentale des hommes ont été réalisées à travers le monde.



Les hommes sont-ils plus réticents à consulter un psychologue quand l'immense majorité de ces thérapeutes sont des femmes ? On peut aussi estimer, au contraire, qu'un homme aura encore plus de difficulté à faire part de sa souffrance à un autre homme.

Source : www.staffsante.fr

La question de la relation des hommes aux professionnels de santé mentale, de leur engagement dans le soin, reste elle aussi à analyser puisque 60 % des hommes qui décèdent par suicide ont consulté un professionnel de santé mentale dans l'année qui précédait.

---

[90] Plus des deux tiers des hospitalisations pour gestes auto-infligés (tentatives de suicide et automutilations) concernent des femmes en France.

[91] En 2022, 78 % des rendez-vous pris avec des psychologues via Doctolib l'étaient par des femmes.

[92] Editions Anne Carrière, octobre 2024.

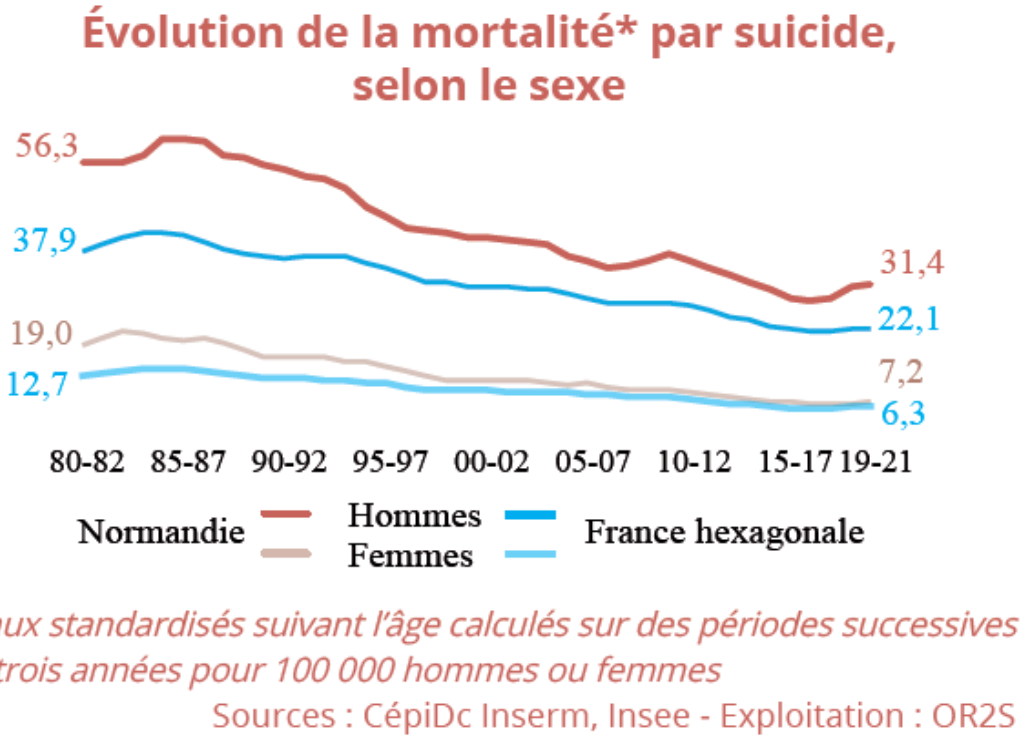
2.4.2 La Normandie : 2e région française la plus touchée par le suicide[93]

La **Normandie** occupe tristement, après la Bretagne, la **2e place en France métropolitaine** quant au **nombre de décès par suicide pour 100 000 habitants**.

Pourtant, entre 1985-1991 et 2005-2011, la mortalité par suicide avait diminué de 50 % en Normandie (contre 45 % en France).

Aujourd'hui, le taux de **18,1 décès par suicide pour 100 000 habitants en Normandie** est nettement supérieur à la moyenne nationale (13,4 décès pour 100 000 habitants). Si la **surmortalité par suicide** (par rapport à la France hexagonale) y est présente dans tous les groupes d'âge, elle est **particulièrement forte chez les jeunes hommes** (15-34 ans), avec un excès de mortalité de +30 %. Chez **les 20-24 ans, le taux de suicide masculin** est **6,5 fois plus élevé que celui des femmes.**

L'a**ugmentation récente du suicide masculin en Normandie** (+12,5 % entre 2016-2018 et 2019-2021) est un **phénomène que l'on ne constate pas dans d'autres régions** où les taux se sont stabilisés ou ont même diminué : cette donnée nécessite d'autant plus une surveillance accrue.



** taux standardisés suivant l'âge calculés sur des périodes successives de trois années pour 100 000 hommes ou femmes*

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation : OR2S

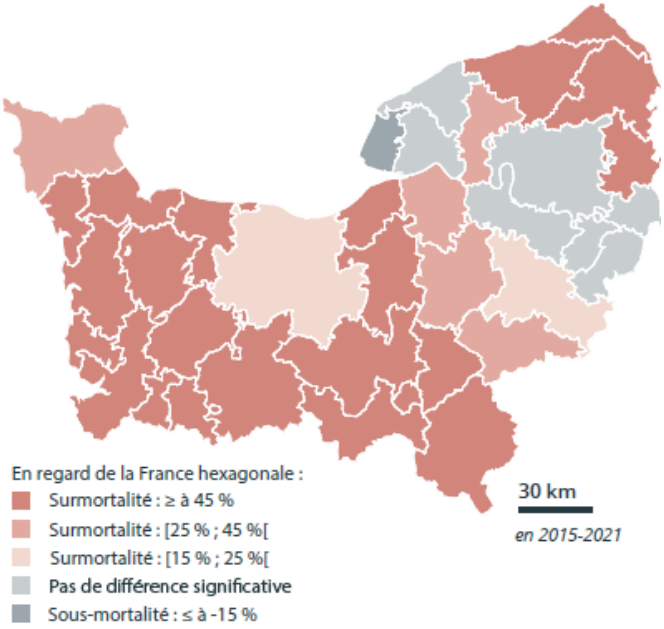
Le **suicide** est la **première cause de décès chez les hommes de 15 à 34 ans en Normandie**, devant les accidents de transport et les cancers.

Chez les **femmes**, la Normandie présente le **troisième taux le plus élevé**, très proche de celui des Pays de la Loire.

Entre 2019 et 2021, on compte (en moyenne) en Normandie **608 décès par suicide chaque année** : 478 décès pour les hommes contre 130 pour les femmes.

[93] La quasi-totalité des éléments qui figurent dans cette rubrique provient de l'étude réalisée par l'ORS-CREAI de Normandie : *Le suicide en Normandie*, septembre 2024.

Des disparités infrarégionales très marquées en Normandie

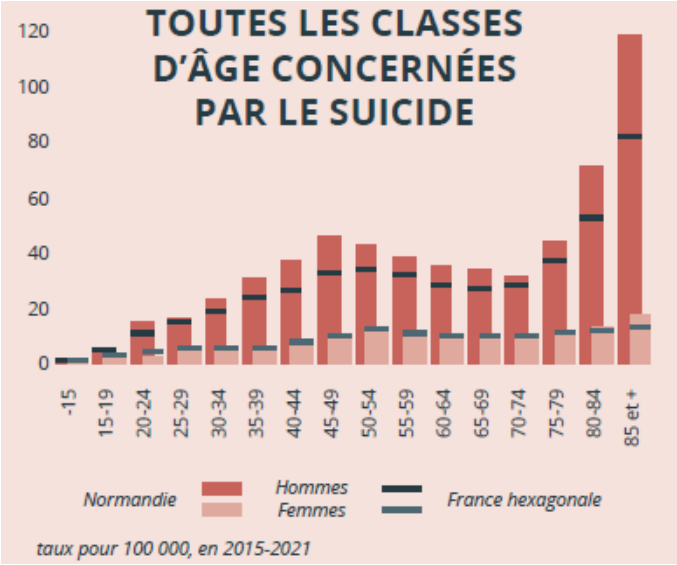


Seul le territoire de proximité du Havre est en sous-mortalité par rapport à la France (- 35 %).

Sur la dernière décennie observée, on constate une baisse des suicides très prononcée sur les territoires du Havre, de Gisors et de Bernay mais une stagnation sur les territoires de Lessay, Granville et Flers.

Source : 0R2S – Le suicide en chiffres : quelques repères normands (publication : octobre 2024)

Enfin, la mortalité par **suicide des séniors normands** est la **plus élevée de France,** avec un taux de suicide très important chez les hommes de 80 ans et plus.



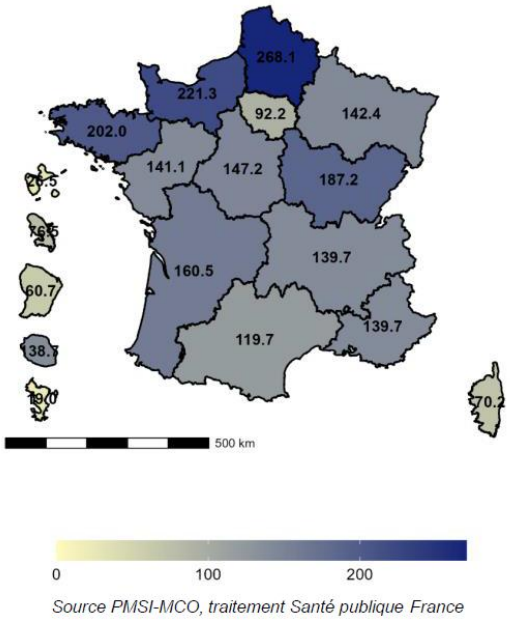
Sources : CépiDC Inserm, Insee – Exploitation 0R2S Le suicide en chiffres : quelques repères normands (publication : octobre 2024)

Un taux de tentatives de suicide supérieur à la moyenne nationale

Avant février 2019, qui marque la parution des premiers Bulletins de santé publique « Conduites suicidaires », la surveillance de la santé mentale était peu déclinée à l'échelle régionale. Depuis septembre 2021, un point épidémiologique régional trimestriel met à

disposition les principaux indicateurs de cette surveillance réactive de la santé mentale en région.

Figure 3. Taux annuels d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus), standardisés sur l'âge, 2021



Source PMSI-MCO, traitement Santé publique France

En 2023, plus de 92 500 **hospitalisations pour tentative de suicide** ont été enregistrées en France, dont **6 555 en Normandie**. La Normandie a par conséquent un taux de tentatives de suicide plus élevé que la moyenne nationale, particulièrement dans la Manche et l'Orne. Les femmes représentent deux tiers des hospitalisations liées aux tentatives de suicide.

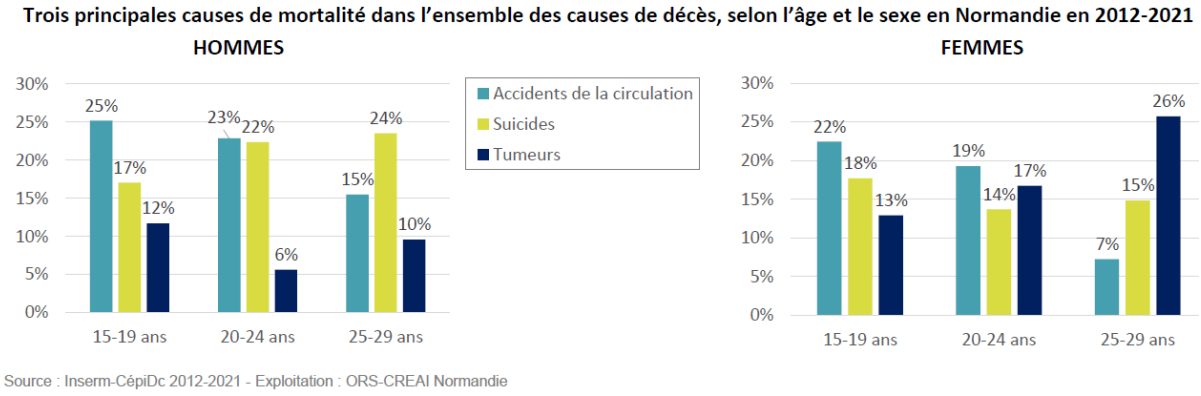
En 2021, la **Normandie** est – après les Hauts-de-France – la région où le **taux d'hospitalisation pour tentative de suicide** est **le plus élevé de France** avec un taux 221,3 pour 100 000 habitants (et bien au-dessus du taux national qui s'élève à 152,1).

Depuis fin 2019, l'activité des passages aux urgences pour idées suicidaires présente une augmentation qui s'est accentuée progressivement jusqu'au premier semestre 2022 et a concerné principalement les jeunes de 11 à 24 ans.

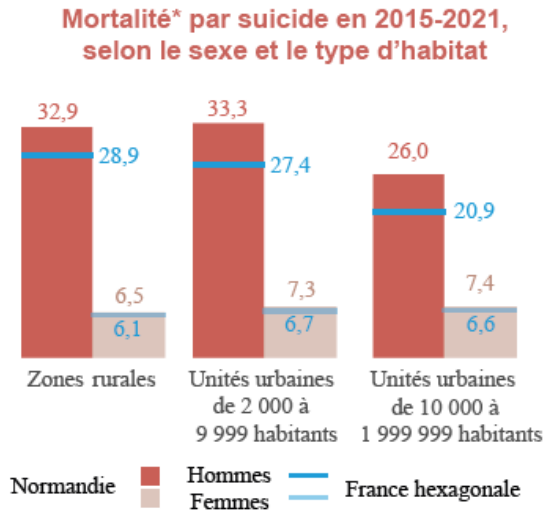
La part d'activité des passages aux urgences pour geste suicidaire de tous les départements normands était inférieure à la part d'activité nationale, excepté pour le Calvados (8,3 ‰ contre 5,6 ‰ au niveau national).

Le **département de la Manche** figurait **parmi les départements présentant les taux d'hospitalisations pour tentative de suicide les plus élevés de France**, tant chez les hommes que chez les femmes. La Seine Maritime fait partie des départements qui affiche un des taux d'hospitalisations les plus importants chez les femmes.

Avec plus de 600 morts par an en Normandie – dont une large majorité d'hommes – la question du suicide est devenue un véritable enjeu de santé publique. Les **personnes âgées de plus de 80 ans et les jeunes adultes** (avec un décès sur quatre ayant lieu chez les 25-35 ans) **sont les plus touchés**.



Source : ORS-CREAI Normandie, Tableau de bord Santé des jeunes, 2024



** taux standardisés suivant l'âge pour 100 000 hommes ou femmes*

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation : OR2S

Chirza Khaber [94], psychiatre et coordinatrice du dispositif VigilianS à Pontorson (Orne), estime que **la ruralité et l'isolement** peuvent expliquer en partie cette prévalence plus marquée en Normandie, en plus de la **consommation d'alcool** et du **vieillissement de la population** comme facteurs de risques.

Le graphique ci-contre ne met toutefois pas clairement en évidence l'impact de la ruralité sur la mortalité par suicide.

Dans les faits, les **taux de suicide** sont particulièrement **élevés dans les zones rurales et les petites unités urbaines chez les hommes** ; ce **constat n'est pas le même chez les femmes**, dont les taux de suicide sont assez similaires dans les trois zones d'habitat.

Le suicide chez les étudiants normands[95]

Un étudiant normand sur huit (13 %) **a déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie** ; 5,4 % d'entre eux ont fait plusieurs tentatives de suicide.

Parmi les suicidants, la moitié avait entre 13 et 17 ans lors de leur première tentative de suicide ; un quart d'entre eux ont été hospitalisés au moins une nuit à la suite de leur(s) tentative(s).

56,3 % des étudiants normands disent avoir pensé au suicide au cours de leur vie ; près de la moitié d'entre eux (26,3 %) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois.

[94] France 3 Région Normandie, 12 février 2025.

[95] Source : ORS-CREAI Normandie, Enquête santé des étudiants normands, janvier 2024 (résultats 2022-2023). L'enquête, menée de février à avril 2023, a été renseignée par 4 042 étudiants en licence dans une des trois universités de la région.

2.5 Les addictions : pathologie de notre époque ?

L'origine du concept d'addiction, attribuée au médecin américain des armées Benjamin Rush, remonte à 1784. Celui-ci a fait l'objet de différentes tentatives de définition, avec l'utilisation préalable des concepts de toxicomanie ou de dépendance en France, où la catégorie de l'addiction était considérée comme un terme anglo-saxon dans les années 1980.

C'est globalement au cours de la deuxième partie du XX^{e} siècle que les concepts d'addiction et de dépendance se développent. En 1981, l'OMS définit la dépendance comme un « *syndrome pour lequel la consommation d'un produit devient une exigence supérieure à celle d'autres comportements qui avaient auparavant une plus grande importance* ». Cette catégorie de dépendance donne lieu à une distinction entre la dépendance physique (impliquant un syndrome de sevrage en l'absence du produit) et la dépendance psychique (renvoyant plutôt à un mal-être impliquant la répétition des prises).

La prise de drogue crée un engrenage de récompense immédiate : augmentation de l'empathie et du désir de contact avec autrui pour les cathinones[96], euphorie pour la cocaïne, psychostimulation pour les amphétamines, apaisement pour l'héroïne, etc. On connaît la suite : le plaisir donne peu à peu place au besoin, avec une diminution des effets recherchés et une augmentation des effets délétères.

Dans les années 1980, Jean-Pol Tassin indique que la recherche en neurobiologie a démontré que toutes les substances donnant lieu à des addictions libèrent de la dopamine et stimulent le système de récompense. Cette analyse permet de **ne pas réduire l'addiction à l'unique force pharmacologique des produits** mais de considérer les facteurs génétiques et environnementaux de chaque individu. Les sciences sociales et la santé publique s'attachent ainsi à étudier les vulnérabilités environnementales de l'addiction, en mettant en évidence qu'elles impliquent des inégalités sociales.

Le diagnostic de l'addiction repose sur 11 critères définis dans le DSM*. Ils incluent entre autres un besoin impérieux, une perte de contrôle, une restriction des activités, une tolérance au produit addictif, un syndrome de sevrage, une incapacité à remplir ses obligations, une poursuite de l'usage malgré les risques, et la survenue de problèmes personnels ou sociaux.

***Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)**

Ce manuel est publié par l'Association américaine de psychiatrie depuis 1952. Connu sous le sigle DSM, il propose une classification régulièrement enrichie des différents troubles de santé mentale. Sa cinquième édition, le DSM-5, répertorie près de 400 troubles et reste utilisée et citée par de nombreux psychiatres et chercheurs.

Selon ces critères, seuls certains usages et comportements sont reconnus comme pouvant entrer dans la catégorie clinique de l'addiction. Ainsi les substances psychoactives, les jeux

[96] Famille de substances psychoactives de synthèse.

d'argent et très récemment les jeux vidéo rentrent dans cette catégorie[97]. Mais tout un large spectre de comportements qualifiés d'addictions par les discours de sens commun (dans les domaines de la sexualité ou du travail) sont explicitement exclus par ces échelles et manuels et ne sont pas encore recensés comme tels en raison des limites des données scientifiques disponibles.

En France, dans son rapport rendu au secrétariat d'État à la Santé en 1998, le pharmacologue Bernard Roques propose une nouvelle manière de classer les substances psychoactives en introduisant cinq catégories : la dépendance physique, la dépendance psychique, la neurotoxicité, la toxicité générale et la dangerosité sociale.

Le terme grec « **pharmakon** » désigne à la fois le remède et le poison, ce qui s'applique aux effets contradictoires des drogues. En psychiatrie, des recherches sont menées sur les effets antidépresseurs de la kétamine, du LSD et de la psilocybine, un puissant hallucinogène extrait de champignons.

Il convient de rappeler qu'à eux seuls, le tabac et l'alcool donnent lieu respectivement en France à 75 000 et 41 000 décès par an ; ceux-ci pourraient être limités en améliorant la prévention et la prise en charge de ces addictions.

Le tabac : la plus addictive des substances psychoactives

Toutes les addictions n'ont certes pas les mêmes conséquences sanitaires, économiques et sociales et tous les produits n'ont pas le même potentiel addictif. Contrairement aux idées reçues, c'est le tabac qui constitue l'un des produits les plus addictifs, suivi de l'héroïne, de la cocaïne ou du crack et de l'alcool. En 2011, le National Institute on Drug Abuse (NIDA) a mis en évidence que la **probabilité d'être dépendant à la nicotine** est de **67 %,** de **22,7 % pour l'alcool,** de 20,9 % pour la cocaïne, et de 8,9 % pour le cannabis.

L'alcool : premier facteur de dommages individuels et sociaux

L'alcool agit comme n'importe quelle autre drogue sur le circuit de la récompense via son action sur la dopamine, neurotransmetteur du plaisir. Il s'agit d'une des rares substances dont l'arrêt brutal après une longue période de consommation peut entraîner la mort [98] (contrairement à l'héroïne, par exemple).

Au niveau international, le neuropsychopharmacologue anglais David Nutt a poursuivi la déconstruction des stéréotypes liés à la dangerosité des substances entraînant des addictions, en mettant en évidence que **l'alcool** était la **substance** qui **produisait le plus de dommages individuels et sociaux**[99].

Concernant la pratique clinique, le psychiatre américain Aviel Goodman propose une approche intégrative de l'addiction qualifiée de « biopsychosociale » qui inclut un traitement

[97] On verra plus loin, en lisant la restitution de la rencontre avec le Dr Alexandre Baguet (addictologue), que le périmètre de la catégorie clinique de l'addiction n'est pas aussi net et qu'il n'est pas unanimement partagé par les experts.

[98] Le manque provoqué par son arrêt peut causer une grande confusion cérébrale et une crise d'épilepsie mortelle (*delirium tremens*).

[99] David Nutt, « Drug Harms in the UK: a Multicriteria Decision Analysis », The Lancet, vol. 376, n° 9752, novembre 2010.

médicamenteux et un soutien par des groupes de pairs tels que les programmes en douze étapes[100] de type *Alcoholic or Narcotics anonymous*. Il insiste sur l'importance d'inclure les patients de manière active dans leur prise en charge et de ne pas recourir à des approches coercitives et punitives qui ont démontré leur inefficacité.

Prévenir et accompagner

Le développement des addictions en France et dans le monde pousse à **s'interroger sur la capacité des sociétés à développer des politiques de prévention efficaces**. Ces politiques de prévention reposent en France encore aujourd'hui sur une base répressive, selon l'hypothèse que la crainte de la sanction empêchera les individus de consommer des substances. Cette approche punitive a montré ses limites vu que la **France** a aujourd'hui le **niveau de consommation de cannabis le plus élevé en Europe chez les jeunes**.

Soulignons toutefois la mise en place en France des **Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie** (CSAPA) [101] et le développement des thérapies médicamenteuses ; celles-ci sont envisagées comme des réponses efficaces et légitimes qui varient en fonction des produits consommés par l'usager, de l'intensité de sa dépendance ou de la définition de profils de consommateurs à risque. Le repérage de ces derniers est favorisé par le développement de critères d'évaluation, comme ceux que proposent le DSM ou l'ICD-11[102].

Focus sur la Normandie : le recours à l'ambulatoire

En Normandie, le taux de recours en ambulatoire pour addiction est significativement supérieur à la moyenne nationale :

Indicateurs de recours des 18-64 ans en établissement de santé en 2015, pour addiction

	Taux standardisé de recours en ambulatoire	Taux standardisé de recours en hospitalisation à temps plein	Durée moyenne d'hospitalisation à temps plein (en jours)
Calvados	1,8	0,7	31,1
Eure	1,9	0,4	39,6
Manche	11,1	1,7	20,8
Orne	7,5	0,7	26,9
Seine-Maritime	2,6	0,6	43,6
Normandie	**3,9**	**0,8**	**32,3**
France métrop.	2,8	0,9	37,7

Source : Cnamts, Atlas de la santé mentale, IRDES-DREES
Taux de recours pour 1 000 habitants de 18-64 ans.

Cela s'explique par l'existence d'un **réseau dense de CSAPA et de CAARUD** (Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues). En 2023, on comptait **25 CSAPA répartis sur les 5 départements**, avec de nombreuses antennes et consultations avancées. Cette couverture facilite l'accès aux soins ambulatoires, y compris en zones rurales.

[100] Créés aux États-Unis dans les années 1930, les programmes en 12 étapes sont des parcours structurés de rétablissement visant à aider les personnes souffrant d'addictions (alcool, drogues, comportements compulsifs, etc.) à retrouver une vie équilibrée et sobre.
[101] Les CSAPA accueillent environ 300 000 personnes chaque année, en augmentation de 7 % entre 2015 et 2021.
[102] 11e révision de la Classification internationale des maladies par l'OMS.

Addictions et santé mentale : avec le Dr Alexandre BAGUET, psychiatre addictologue

Audition[103] du **Dr Alexandre BAGUET**, psychiatre – Chef du service Addictologie au CHU de Rouen.

Qu'est-ce que l'addictologie ?

Les services **addictologie** proposent **une prise en charge des addictions aux produits** (alcool, tabac, drogues…) **et comportementales** (jeux, cyberaddiction, sexe…). Selon les besoins, l'offre de soins comprend des consultations, des hospitalisations de jour, des hospitalisations complètes pour sevrage.

Il est important de noter que **l'addictologie** est **une filière est non une discipline médicale**. Il n'est toutefois pas exclu qu'elle devienne un jour une discipline, à l'instar de l'allergologie qui a été reconnue comme telle en 2017. Précisons par ailleurs que l'addictologie est une filière encore jeune qui n'a émergé qu'en 2018.

À ce jour, un interne en médecine ne peut donc pas choisir l'addictologie étant donné qu'elle n'est pas une spécialité. Entre 4 et 5 internes – issues de différentes disciplines – travaillent néanmoins en permanence dans le service addictologie du CHU de Rouen, dont est chargé le Dr Alexandre Baguet. Ne faisant pas l'objet d'un enseignement, l'addictologie intervient tardivement dans le parcours des personnes qui s'y intéressent. Cette absence d'enseignement est d'autant plus dommageable qu'on estime qu'**entre 20 et 30 % des personnes qui consultent un médecin le font pour des raisons d'addiction**.

Le service addictologie du CHU de Rouen : place à la pluridisciplinarité et au dialogue

Le service « addictologie » du CHU de Rouen a pour spécificité de présenter une véritable **mixité médicale et médico-sociale**. Ainsi, la prise en charge est pluridisciplinaire grâce à une équipe composée de 85 personnes : médecins, infirmières, assistante sociale, psychologues, secrétaires, aides-soignantes, ergothérapeute, art-thérapeute, diététicienne.

« *À partir du moment où l'on juge, on a déjà perdu le patient* ».

Il est bon de noter que c'est **l'usager lui-même** qui est **placé au centre du soin** et se trouve en quelque sorte « à la manœuvre » puisque rien n'est possible sans lui. L'une des règles fondamentales pour l'équipe de soins est de se défaire de tout jugement auprès de l'usager.

Le service d'addictologie du CHU de Rouen offre de nombreux services et missions :

- Consultations au sein d'un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) : le CSAPA dispense en moyenne chaque année 8 000 consultations et suit 1 800 personnes[104] en file active ;
- Centre de délivrance de méthadone (traitement de substitution notamment) créé en 2012 ;

[103] L'audition a été réalisée le 17 septembre 2024 à Rouen, dans le cadre de la commission.
[104] Moins de 10 % d'entre elles sont hospitalisées.

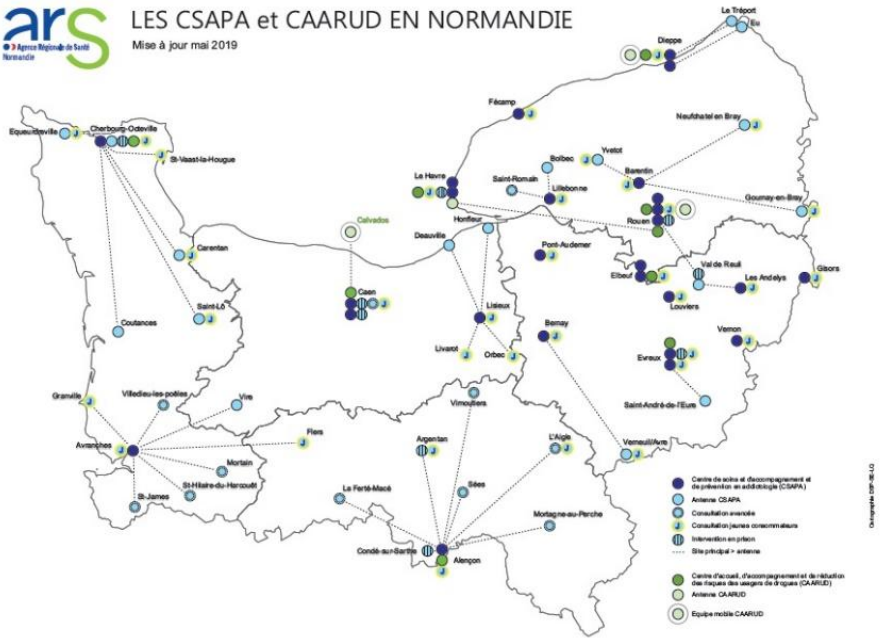
- Unité d'hospitalisation complète (unité Nicolas Poussin au Petit Quevilly) destinée aux personnes avec un problème de dépendance et souhaitant un sevrage à l'hôpital : cette unité compte 750 hospitalisations par an ; les 25 lits dont dispose le service sont des lits de médecine chirurgie obstétrique (MCO) et non des lits de psychiatrie ;
- Hôpital de jour spécialisé en addictologie, se posant comme une alternative aux soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- Formation et recherche ;
- Prévention en addictologie ;
- Accompagnement de l'entourage.

Une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), créée en 2017, rend quelque 1 200 avis par an.

Depuis 2021, une équipe territoriale est mise en œuvre à travers une Fédération médicale inter hospitalière (FMIH), à laquelle l'ARS apporte un soutien important.

Le service d'addictologie est par ailleurs en lien régulier avec l'établissement du Rouvray avec lequel il projette la création d'un centre résidentiel.

Le CSAPA, toujours multidisciplinaire, garantit l'anonymat des usagers qui s'y présentent. Relativement bien répartis sur le territoire national (bien que plus implantés en ex-HN qu'en ex-BN), ces centres sont les premiers acteurs de l'adressage des usagers en addictologie.



On trouve sur cette carte – consultable sur le site de l'ARS Normandie – les lieux des différents **CSAPA** sur le territoire normand, de même que les **CAARUD**.

Un nouveau phénomène a récemment été observé en matière d'adressage, avec des services d'urgences qui ont commencé, eux aussi, à envoyer des personnes au service d'addictologie.

Démographie médicale en souffrance

Le **nombre d'addictologues** est **en forte diminution** : le territoire de Dieppe est particulièrement touché par ce déclin, où 15 % des personnes n'ont par ailleurs pas de médecin traitant ; ceci est une difficulté supplémentaire pour les presque 400 personnes qui

y sont sous méthadone, cette dernière ne pouvant être prescrite pour une durée supérieure à 28 jours.

Addictions et consommation de produits

En Normandie, l'usage de stimulants (dont la cocaïne) a quasiment doublé entre 2017 et 2023.

Si le gradient social est un marqueur net dans les addictions au tabac et à l'alcool[105], il se vérifie moins pour les addictions aux stupéfiants. Ces dernières sont en revanche très genrées : les hommes sont bien plus nombreux à consommer des stupéfiants, à l'exception des benzodiazépines[106] auxquelles les femmes sont plus exposées.

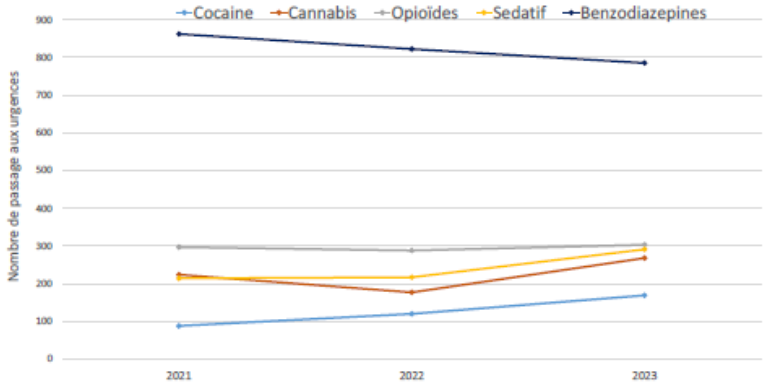
Au cours de ces 15 dernières années (soit depuis la création de services addictologie en France), aucune évolution n'a néanmoins été constatée en matière de conduites extrêmes.

Le **cannabis**, qui reste **de loin la substance la plus consommée parmi les 18-64 ans en France**, en fait le premier pays consommateur en Europe. Or, sa consommation, notamment avant l'âge de 15 ans, expose au risque de schizophrénie. Le cannabis tend par ailleurs à majorer les délires des schizophrènes.

Quelques évolutions à souligner

On observe une **forte augmentation de la consommation de cocaïne**, au point que l'on n'hésite pas à parler d'« épidémie » des usagers de cocaïne. Cette substance, bon marché et indétectable dans les tests courants (dont ceux des contrôles routiers) est également une marchandise « ubérisée » que l'on commande facilement en ligne avec une simple carte de crédit et que l'on peut se faire livrer très rapidement. Sans grande surprise, les produits « ubérisés » sont d'ailleurs ceux dont la consommation augmente le plus.

Figure 2. Nombre passages aux urgences pour les cinq principales substances psychoactives identifiées, 2021-2023, Normandie (*source : OSCOUR®*)



Les **jeunes consommateurs** – âgés de moins de 25 ans – s'emparent beaucoup plus des **nouveaux produits de synthèse**[107] (comme la kétamine[108]) que les personnes plus âgées.

[105] La prévalence du tabagisme et de l'alcoolisme est plus élevée au sein des catégories sociales les plus désavantagées.

[106] Ces substances qui ralentissent l'activité cérébrale sont généralement prescrites pour soulager l'anxiété, le stress ou l'insomnie. Chez les personnes âgées, les benzodiazépines sont un facteur de chutes non négligeable.

[107] Selon l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT), une cinquantaine de Nouveaux produits de synthèse (NPS) apparaît chaque année sur le marché européen, soit près d'un par semaine. Il y en aurait aujourd'hui près de 900 identifiés, avec différentes familles et différentes formes.

[108] À l'origine, la kétamine a vocation à être utilisée comme médicament anesthésiant mais aussi plus récemment comme antidépresseur.

Parmi les **nouveaux types de consommation**, on constate chez les très jeunes une hausse de l'usage détourné du protoxyde d'azote[109]. Si les conséquences somatiques sont rares, elles sont en revanche particulièrement graves et causes de paralysies.

Depuis 2010 et plus nettement encore depuis la crise sanitaire, la pratique du *chemsex*[110] est en augmentation en France avec l'arrivée de Nouveaux produits de synthèse (NPS). Ces substances qui amènent les consommateurs à avoir des relations sexuelles jusqu'à plusieurs jours de suite génèrent des risques importants, notamment en raison de leur fort (voire très fort) potentiel addictif.

Nocivité plus rapide des stupéfiants

Les dommages causés par les stupéfiants surviennent plus rapidement que ceux causés par l'alcool ou le tabac. Alors que les personnes soignées pour alcoolisme arrivent en moyenne dans le service après 20 ans de consommation, les consommateurs de cocaïne sniffée arrivent au bout de 5 ans et les consommateurs de crack[111] au bout de 6 mois.

Quid du tabac et de l'alcool ?

Qu'on ne s'y trompe pas toutefois : le **tabagisme** reste en France la **première cause de mortalité évitable**, avec un fumeur sur deux qui meurt du tabac avant l'âge de 65 ans. Les jeunes fumeurs sont heureusement moins nombreux aujourd'hui ; l'augmentation du coût des cigarettes de même que la stratégie de « ringardisation » du tabac ont indéniablement concouru à cette baisse de consommation. Quant à la **consommation d'alcool**, bien qu'en baisse, elle demeure la **première cause d'hospitalisation** en France.

Les personnes addictées à l'alcool sont nombreuses dans les services de gastrologie. Or, on a pu déterminer que le premier facteur de survie en gastrologie pour problème alcoolique est un suivi en addictologie.

Les taux de mortalité sont désormais bien connus par type de consommation de produits ; une faible consommation d'alcool ou de tabac ne préserve hélas en rien contre les maladies.

L'alcool est dépressogène [112] , y compris à faible dose et c'est la récurrence de sa consommation qui cause le plus de dommages. Il est intéressant d'observer que 92 % des personnes soignées pour alcoolisme ne souffrent plus de dépression au bout de dix jours d'abstinence.

Existe-t-il une addiction aux écrans ?

[109] Appelé aussi gaz hilarant ou « proto », on le trouve sous forme de cartouche ou de bonbonne dans des commerces de proximité ou sur internet.

[110] Contraction du mot « chemicals » (produits chimiques) et du mot « sex », le « chemsex » désigne la consommation de substances psychoactives dans le cadre de relations sexuelles.

[111] Le crack est un mélange de cocaïne, de bicarbonate de soude et/ou d'ammoniaque, qui se présente sous la forme de petits cailloux.

[112] Notons que l'alcool majore jusqu'à trois fois le risque de développer des idées ou des conduites suicidaires.

La notion « d'addiction aux écrans » ne fait pas consensus auprès des addictologues qui préfèrent les termes de « mésusage des écrans ». Dans les faits, on s'aperçoit que c'est plutôt une addiction aux contenus (sexe ou jeux, par exemple) qui conduit les usagers à ne plus quitter les écrans.

La lutte contre les addictions

Psychiatrie et addictologie entretiennent des relations très étroites : en milieu psychiatrique, la moitié des personnes soignées souffrent d'une addiction ; l'inverse est moins vrai puisque, dans le service d'addictologie du CHU de Rouen, à peine 20 % des personnes soignées souffrent d'une pathologie mentale.

On estime que **seuls 6 % de la population avec des addictions bénéficient d'un suivi médical**.

On ne saurait par conséquent trop insister sur le **rôle essentiel de l'information et de la prévention** en matière de lutte contre les addictions. L'un des principaux enjeux passe également par une tentative de réduction des risques et des dommages.

Les **mouvements d'entraide[113] et de pair-aidance** pour guérir d'une addiction continuent à jouer un rôle important. Le Dr Baguet regrette, à cet égard, l'absence de groupes de parole « Narcotiques Anonymes » qui pourrait s'avérer tout à fait utile et judicieux. Il regrette aussi la disparition du groupe de parole qui avait été mis en place pour les personnes souffrant d'addiction au sexe (hypersexualité).

Les **salles de consommation à moindre risque** sont particulièrement pertinentes pour les usagers. En revanche, elles posent des questions d'acceptabilité en cristallisant de l'hostilité et des résistances auprès des riverains. Les points de contact mobile (en camion) sont mieux acceptés dans l'environnement de proximité mais moins confortables pour les usagers.

L'accompagnement et les soins en addictologie sont indispensables : même s'il existe des rechutes entre deux, la moitié des personnes soignées est abstinente un an après. Il est bon enfin de rappeler qu'il existe un **lien très clair entre addiction et anxiété** : une société anxiogène comporte donc tous les risques d'une augmentation des addictions.

”
“

[113] On pense bien sûr aux Alcooliques anonymes (AA), organisation d'entraide présente dans le monde entier mais aussi à l'action de la Croix bleue, apparue à la fin du 19e siècle.

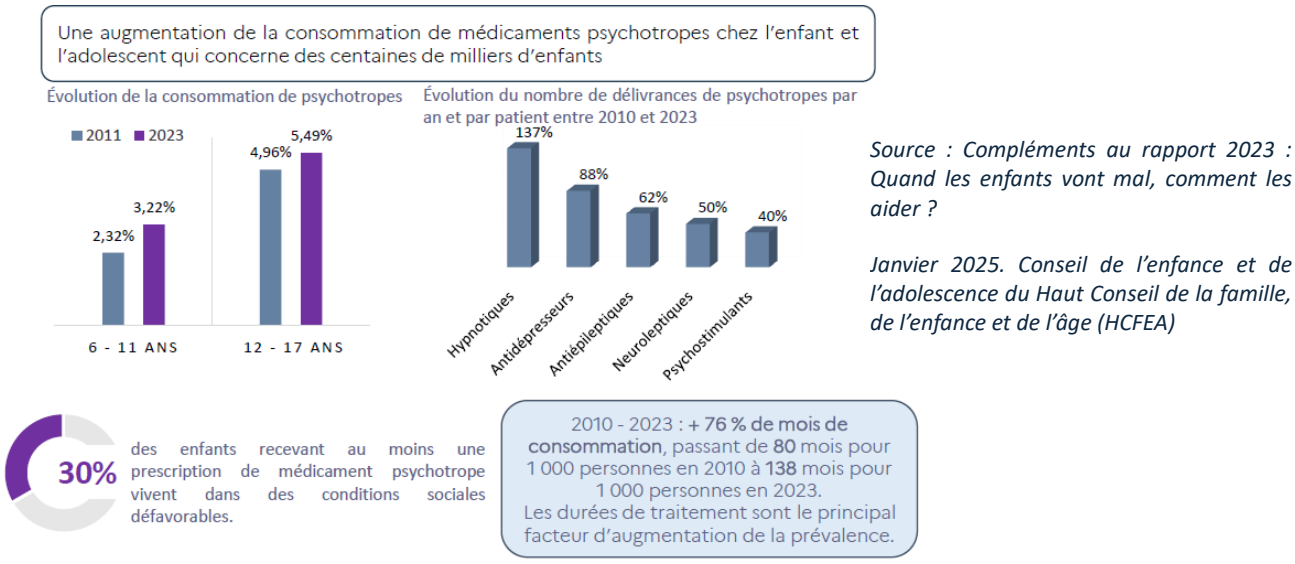
2.6 Les enfants et les jeunes durement touchés

Chez les jeunes enfants, ce sont les troubles neurodéveloppementaux[114] que l'on rencontre le plus : troubles du spectre autistique (TSA), troubles de l'attention, etc. Croire que les enfants sont moins exposés aux troubles psychiques entraîne des retards de diagnostic et de prise en charge et donc une perte de chance en termes de pronostic. Il est pourtant crucial pour l'enfant d'entrer dans un parcours de soins dans la mesure où développer une pathologie psychiatrique dès le plus jeune âge est considéré comme un facteur de pronostic défavorable au regard de l'évolution de la pathologie. Dans la nosographie[115] contemporaine internationale, la quasi-totalité des pathologies psychiatriques des adultes peut toucher des enfants. Seuls les troubles paraphiliques[116] et les troubles de la personnalité ont un critère d'âge.

Alors que l'on a très longtemps négligé l'idée d'une souffrance physique chez les bébés et jeunes enfants[117], on peut se demander si ce préjugé ne s'étend pas à la souffrance psychique.

Le secteur de la pédiatrie et de la santé de l'enfant est en crise. Depuis 2015, la **mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne**.

En 2023, le nombre de jeunes âgés de 12 à 25 ans ayant fait au moins une fois l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie s'élève à 936 000, soit une hausse de 18 % par rapport à 2019. L'augmentation la plus spectaculaire concerne les antidépresseurs : + 60 % depuis 2019, soit 143 600 personnes en plus sous traitement.



Source : Compléments au rapport 2023 : Quand les enfants vont mal, comment les aider ?

Janvier 2025. Conseil de l'enfance et de l'adolescence du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)

Quant aux **tentatives de suicide,** elles ont **augmenté après la crise sanitaire de 63 % chez les 10-14 ans**, et de 42 % pour la tranche d'âge des 15-19 ans. Les délais d'attente pour accéder aux services de pédiatrie et de pédopsychiatrie varient de 6 à 18 mois face à un nombre de

[114] C'est-à-dire liés à un dysfonctionnement dans le développement cérébral.
[115] Description et classification méthodique des maladies.
[116] Les troubles paraphiliques (frotteurisme, exhibitionnisme, pédophilie, etc.) sont faits de fantasmes envahissants, d'envies irrépressibles ou de comportements sexuels récurrents qui génèrent un désarroi ou sont handicapants ; ils peuvent impliquer la participation d'enfants ou d'adultes non consentants, la souffrance ou l'humiliation de la personne ou d'un partenaire pouvant créer un préjudice ou une lésion.
[117] Rappelons que l'analgésie (suppression de la douleur) pédiatrique est récente.

pédopsychiatres très insuffisant. Il convient en outre de noter qu'il ne reste plus que 800 médecins scolaires en France aujourd'hui[118].

2.6.1 Les résultats d'une première étude épidémiologiques nationale

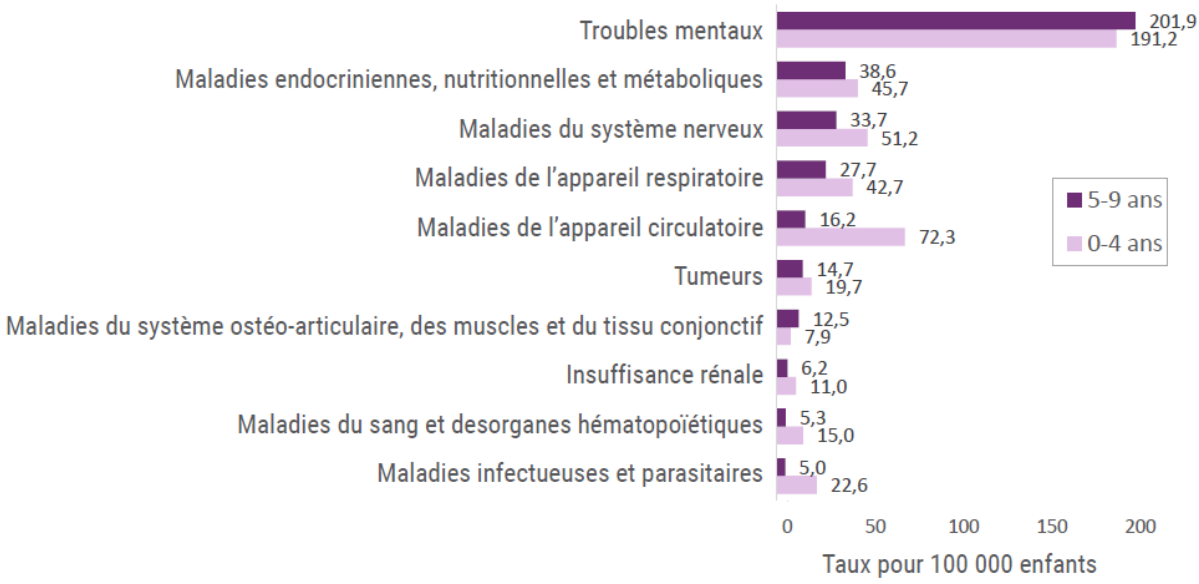
Les résultats d'**Enabee**[119], **première étude épidémiologique nationale** portant sur le bien-être et la **santé mentale des enfants** de 3 à 11 ans, ont été révélés pour la tranche des plus petits, **âgés de 3 à 6 ans**. Les difficultés de santé mentale constatées sont de différentes natures : émotionnelles, oppositionnelles, inattention et hyperactivité.

Selon cette étude, **environ 1 enfant sur 12 en maternelle** (8,3 % des enfants de 3 à 6 ans) serait **concerné par au moins une difficulté de santé mentale**. Les **garçons** seraient **beaucoup plus touchés que les filles** (11,3 % vs 5,2 %). La prudence est toutefois de rigueur sur l'ensemble de ces chiffres, au vu de l'évolution rapide possible des difficultés émotionnelles (ou de comportement) des enfants, mais aussi des perceptions et attentes des adultes répondants.

Quoi qu'il en soit, ces résultats confirment la nécessité d'intervenir dès le plus jeune âge, pendant la petite enfance, période critique de développement neuropsychique.

En **Normandie**, comme partout ailleurs, les **troubles mentaux** constituent **de très loin les premiers motifs d'admission en Affection longue durée** (ALD) **des enfants**.

Principaux motifs d'admission en ALD des enfants selon l'âge, en Normandie (2020-2022)



Source : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - Exploitation ORS-CREAI Normandie

[118] Ces données sont issues du rapport *Ma santé, notre avenir. Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale*, publié en 2023.

[119] Ces résultats ont été publiés par Santé publique France le 10 décembre 2024, s'appuient sur un échantillon représentatif de 2 600 enfants scolarisés en France hexagonale et sur les points de vue combinés des parents et des enseignants.

Repenser la psychiatrie pour les enfants et les adolescents

Le Professeur Bruno Falissard[120] a mené une grande étude auprès des professionnels et des usagers, ayant pour objectif de réorganiser la profession de pédopsychiatre[121].

Alors que les soignants en pédopsychiatrie ont de plus en plus de mal à faire face aux besoins des enfants et des adolescents, Bruno Falissard estime que l'heure est venue de **repenser en profondeur la discipline et la façon d'organiser le parcours de soin**.

Selon lui, la psychanalyse et les neurosciences sont incontestablement utiles mais ne résument pas, à elles seules, les réponses à apporter.

« Ce qui marche le mieux, c'est quand les professionnels sont bien formés ».

Le soin pédopsychiatrique est pluridisciplinaire, systémique et doit selon lui toujours être conduit en équipe.

L'hétérogénéité de la formation des psychologues est un élément qui doit interroger : la **France** est l'**un des rares pays au monde où les psychologues ne sont pas des professionnels de santé**. Ce sont des « acteurs du soin » et non des soignants.

Dans un contexte de pénurie de pédopsychiatres – dont la formation nécessite une durée de 11 ans – Bruno Falissard souhaite que l'on puisse s'appuyer sur les compétences en présence et encourager les formations et pratiques avancées des soignants. Cela passe selon lui avant tout par une démédicalisation du soin en santé mentale permettant de libérer la psychiatrie en direction des soins les plus complexes.

Il considère néanmoins que le système de soins pédopsychiatriques est bien structuré en France, depuis sa création en 1972, et insiste sur le rôle majeur des CMP dans l'accès aux soins pour les jeunes. Il ajoute que cette organisation, quasiment unique au monde, est très enviée au-delà de nos frontières.

Le projet HARMONY : partager et développer les bonnes pratiques pour la santé mentale des jeunes Européens

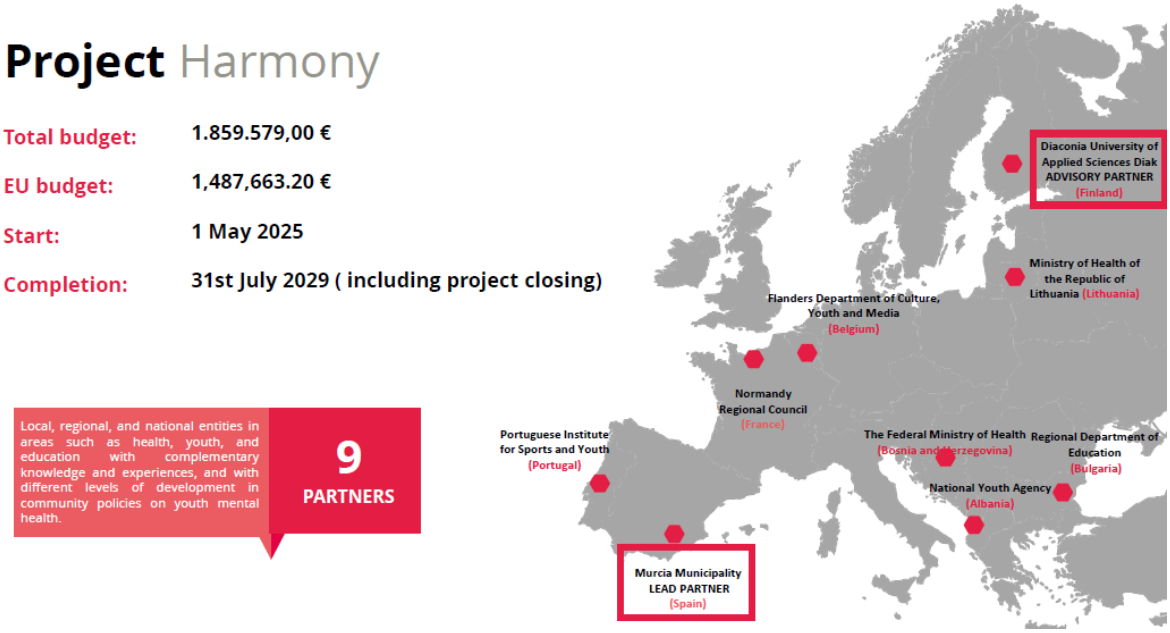
Porté dans le cadre Interreg co-financé par l'Union européenne, le **projet HARMONY** offre un espace de partage d'expériences et la possibilité de développer de nouvelles politiques publiques en direction de la **santé mentale des jeunes à travers l'Europe**, que l'on sait durement mise à mal et dont l'ampleur s'est encore accrue dans les suites de la crise sanitaire.

La Région Normandie fait partie des 9 territoires retenus comme partenaires de ce projet mené sur une période de 4 ans (2025-2029). L'approche collaborative et holistique du projet

[120] Bruno Falissard est psychiatre et mathématicien, professeur de santé publique à l'université Paris-Saclay et directeur du CESP (Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations), par ailleurs président de la société française de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Des propos rapportés ici ont été formulés à l'occasion de son intervention au colloque « Répondre à l'urgence, construire l'avenir : agissons pour la santé mentale et la psychiatrie ! », le 3 juillet 2025 au GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences.

[121] Écouter l'entretien diffusé le 20 avril 2024 sur France Culture : *La psychiatrie peut-elle répondre au mal-être des enfants et des adolescents ?*

HARMONY suppose un large éventail de partenaires pour chacun des territoires impliqués. Le CESER a très favorablement accueilli la proposition de la Région d'en faire partie, aux côtés d'une bonne vingtaine d'autres partenaires normands (centres hospitaliers, services universitaires, Rectorat, ORS-CREAI[122]…).



Une première réunion rassemblant des représentants des 9 partenaires européens a déjà eu lieu en mai 2025 à Murcie, en Espagne. La prochaine réunion des partenaires sera organisée par la Région Normandie et se tiendra à Caen, à l'Abbaye-aux-Dames les 12 et 13 mars 2026.

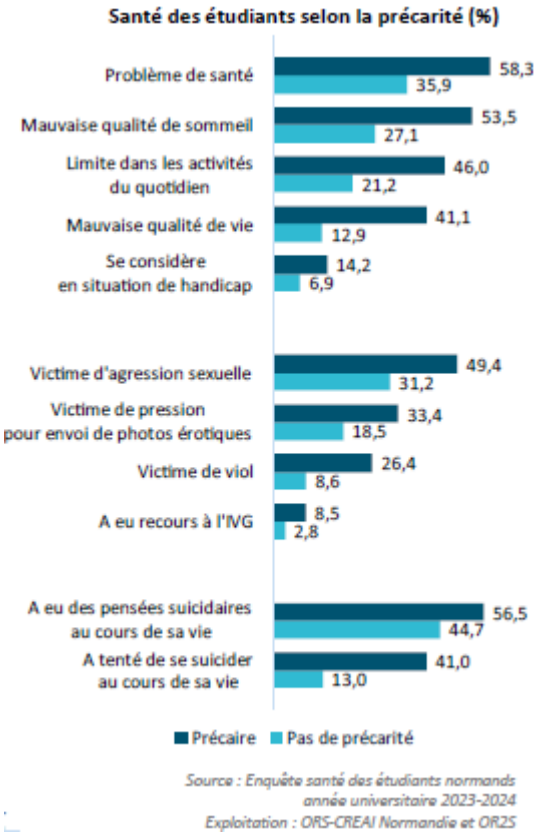
2.6.2 La santé mentale des étudiants normands[123]

Les pathologies les plus fréquemment déclarées par les étudiants dans leur ensemble sont les troubles psychiques de type dépression et anxiété[124], cause majeure de limitations de leurs activités.

30 % des étudiants ayant répondu à l'enquête déclaraient avoir pensé au suicide au cours de l'année, tandis que près de 4 % avaient tenté de se suicider au cours de l'année universitaire 2023-2024.

Parmi les étudiants normands en situation de précarité, la moitié déclare avoir déjà **subi une forme de violences sexistes ou sexuelles** et **plus d'un quart** avoir **subi un viol**[125] (contre 8,6 % des étudiants normands qui ne sont pas en situation de précarité).

[122] Observatoire Régional de la Santé (ORS) et Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations. L'audition des directrices de l'ORS-CREAI Normandie fait l'objet d'une rubrique dans ce rapport.
[123] Enquête réalisée par l'ORS-CREAI Normandie : Santé des étudiants normands, Zoom sur la précarité ; résultats 2023-2024. 3 577 étudiants, issus des trois universités normandes, ont participé à cette enquête.
[124] Loin devant les troubles articulaires et les troubles visuels.
[125] Bien que la distinction entre hommes et femmes ne figure pas dans l'étude, on sait statistiquement que l'immense majorité des victimes de violences sexistes et sexuelles sont des femmes.



Enfin, la santé psychique des étudiants est particulièrement négligée puisque ce sont les consultations chez un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute auxquelles ils renoncent le plus (pour 16,1 % d'entre eux) en matière de soins. Ce renoncement est généralement lié au coût des soins, au manque de temps, à l'oubli des rendez-vous, à l'appréhension mais aussi au fait que les étudiants ignorent vers qui se tourner en cas de souffrance psychique.

2.6.3 Réseaux sociaux : tyrannie de l'idéal et contenus « toxiques » non régulés

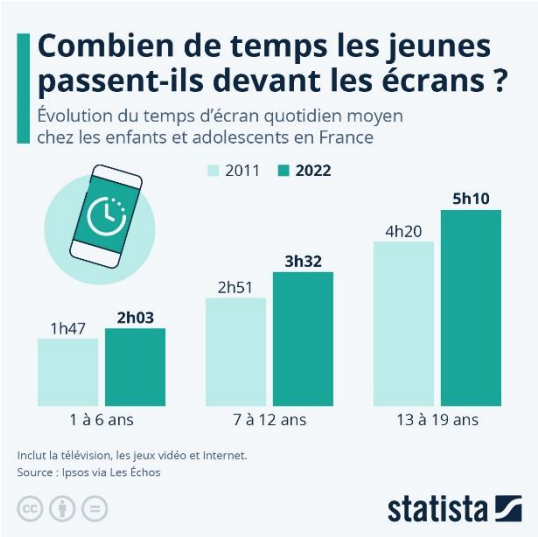
Près de la moitié des jeunes (46 % des 18-24 ans) **déclarent que les réseaux sociaux nuisent à leur santé mentale**[126].

Environ 20 à 40 % des adolescents rapportent par ailleurs avoir vécu **au moins une expérience de cyberharcèlement**[127]. L'ampleur du phénomène est d'autant plus préoccupante que l'on sait qu'il engendre des troubles anxieux et des épisodes de dépression, augmente les idées suicidaires et tentatives de suicide.

Selon le psychologue et psychanalyste Michaël Stora, la **« tyrannie de l'idéal » sur les réseaux sociaux** exerce une pression constante alors que les jeunes traversent une phase cruciale de construction identitaire et de vulnérabilité psychique, doivent composer avec une pression numérique permanente. Les contenus diffusés sur les réseaux – par exemple sur Instagram – exposent de façon récurrente à des modèles idéaux en termes de beauté, de réussite ou de performance impossibles à atteindre. Cette surenchère génère des effets délétères, amplifiés par les pressions familiales et les normes sociales.

[126] Selon le Baromètre de la santé mentale en ligne, publié en octobre 2024 par l'institut Yougov pour Dailymotion.

[127] Le cyberharcèlement peut prendre plusieurs formes : intimidations, insultes, menaces, moqueries, rumeurs, publication de photos ou vidéos compromettantes, etc.



On estime l'utilisation quotidienne moyenne des écrans à 4h30 dans la population française, les *digital natives* [128] privilégiant smartphones et tablettes. Une vidéo TikTok peut déclencher une décharge d'hormones de plaisir, produisant un contraste brutal avec la réalité une fois l'appareil éteint.

De nombreuses études établissent désormais un lien entre une forte utilisation des réseaux sociaux et une baisse de l'estime de soi. Elles montrent que **le problème réside davantage dans l'insuffisante régulation des contenus que dans le simple usage des réseaux**. Mickaël Stora avertit des tentations de diabolisation, rappelant que ces réseaux peuvent aussi apporter du soutien, des conseils ou constituer des communautés bienveillantes. Il plaide ainsi pour une pédagogie numérique ouverte au dialogue, à travers par exemple des groupes de réflexion entre adolescents animés par des adultes, permettant de démystifier et désamorcer des contenus.

Dans une tribune publiée en septembre 2022, la psychologue clinicienne Sabine Duflo [129] alertait sur les effets délétères de l'exposition massive des jeunes aux écrans et aux réseaux sociaux, qu'elle qualifie de véritable addiction, laquelle constituerait selon elle un mal insidieux rongeant la jeunesse contemporaine et contribuant à une dégradation alarmante de sa santé mentale.

Une étude parue en septembre 2023 dans *The Journal of Child Psychology and Psychiatry* souligne que le **contexte d'utilisation et l'environnement familial pèsent souvent plus que la durée d'exposition**. Les repères « 3-6-9-12 » définis par le psychiatre et psychanalyste Serge Tisseron plaident pour une **exposition progressive et strictement encadrée** : aucun écran avant 3 ans, pas de console portable avant 6 ans, pas d'Internet avant 9 ans, et pas d'accès Internet non accompagné avant 12 ans.

Un rapport d'experts remis à l'exécutif en avril 2024 [130] recommande d'interdire les écrans avant 3 ans et les téléphones portables avant 11 ans. La maturation du cerveau nécessitant environ 25 ans, le développement des fonctions exécutives – dont la maîtrise des besoins sociaux et affectifs – exige du temps et surtout des interactions en présence. La sociabilité, la capacité à interagir de façon adaptée au sein d'un groupe de pairs, la construction d'une vie sensuelle, ne s'apprendront jamais autrement que dans un contact direct et d'expériences partagées.

[128] Ou « natifs du numérique » ou encore « milléniaux » qui regroupent l'ensemble des personnes nées entre le début des années 1980 et la fin des années 1990.
[129] « *Prenons la mesure du mal qui ronge notre jeunesse : l'addiction aux réseaux sociaux et aux écrans* », Figarovox/Tribune, 1er septembre 2022.
[130] *Enfants et écrans, À la recherche du temps perdu*, avril 2024.

Cette préoccupation se vérifie dans les chiffres : entre 2019 et 2022, les passages aux urgences pour idées suicidaires chez les 11-17 ans ont augmenté de 126 %, tandis que les tentatives de suicide ont progressé de 30 %. Ces chiffres traduisent une souffrance psychique croissante, dans un contexte où les jeunes sont de plus en plus immergés dans des environnements numériques chronophages et anxiogènes.

L'exposition précoce est déjà massive et commence dès le plus jeune âge : **avant six ans, un enfant passe en moyenne 830 heures par an devant un écran**, soit **autant que le temps scolaire**. Pour les enfants de deux ans, l'exposition moyenne atteint 56 minutes par jour, malgré les recommandations d'abstinence avant trois ans énoncées par Santé publique France. Les effets comprennent troubles moteurs, retards de langage, difficultés sociales et troubles du sommeil. Le ministère de la Santé constate une **hausse de 94 % des troubles du langage chez les enfants entre 2008 et 2018**.

La situation est alarmante chez les adolescents. Une étude Ipsos, datée d'avril 2024, relève qu'entre 7 et 19 ans, ils passent **dix fois plus de temps devant un écran qu'à lire**. La psychologue Sabine Duflo constate dans sa pratique clinique que les réseaux sociaux comme TikTok, Discord, Snapchat ou Instagram monopolisent leur attention de jour comme de nuit.

Bien que la loi interdise – depuis 2018 – l'usage du téléphone portable au collège, cette mesure reste largement contournée dans les faits. La **régulation de l'usage des écrans**, notamment par des politiques publiques plus ambitieuses, apparaît dès lors comme un **enjeu majeur de santé publique et d'éducation**.

Un rapport parlementaire accablant sur TikTok

Plus récemment, le rapport d'enquête de l'Assemblée nationale sur TikTok[131] – publié le 11 septembre 2025 – dresse un constat alarmant sur l'impact de la plateforme chez les mineurs.

Le rapport qualifie en effet TikTok comme « **un des pires réseaux sociaux à l'assaut de notre jeunesse** », en soulignant que la plateforme expose délibérément les jeunes à des contenus toxiques, dangereux et addictifs.

L'algorithme est décrit comme un « piège » visant à capter l'attention, en favorisant la dépendance numérique des mineurs et en exploitant leur vulnérabilité psychologique.

Les effets néfastes relevés sont pluriels : troubles du sommeil, sédentarité, détérioration de la santé mentale, banalisation de comportements à risque (automutilation, suicide), désinformation médicale, survalorisation de normes corporelles irréalistes.

S'appuyant sur un total de 43 recommandations, la commission insiste sur l'urgence d'appliquer un principe de précaution et dénonce le manque d'études à grande échelle sur l'impact psychologique de TikTok, tout **en appelant à une réforme profonde de la régulation des réseaux sociaux** et à une mobilisation de tous les acteurs publics pour protéger la santé mentale des jeunes.

---

[131] Tome I - Rapport - 17e législature - Assemblée nationale

2.7 Les différents visages de la vulnérabilité

De **nombreux marqueurs socio-économiques** exercent un **effet notable sur la santé mentale**. En santé publique, l'état de santé d'une personne se caractérise par des interactions complexes entre différents facteurs environnementaux et sont donc appréhendés comme des facteurs de risques. **L'impact de la précarité sur la santé mentale des individus** fait aujourd'hui l'objet d'un **consensus scientifique**[132].

Ces dernières années, des recherches mettent en avant le rôle des facteurs de risques environnementaux et sociaux pour des pathologies qui étaient davantage décrites comme étant des maladies d'origine génétique, comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires, définis dans la nosographie psychiatrique. Même dans une perspective biomédicale, selon le modèle « stress-vulnérabilité », la schizophrénie est le résultat d'une vulnérabilité biologique sur laquelle vient agir un « stresseur » d'origine environnementale.

Le manque de ressources financières est l'une des caractéristiques principales de l'exclusion sociale. Des ressources financières insuffisantes, et donc un manque de ressources matérielles, ont évidemment des conséquences sur la qualité de la vie. Toutefois, l'indicateur de la pauvreté monétaire, s'il peut être facilement objectivable, ne dit pas grand-chose des réalités vécues par les personnes.

Le **mal-logement** est un **marqueur majeur de la précarité sociale**. La Fondation pour le Logement des Défavorisés[133] recense plus de quatre millions de personnes mal logées en France. Outre la rue et les centres d'hébergement, l'hébergement précaire peut prendre différentes formes : hôtel, caravane, mobile home, ou dans la famille, chez des amis, dans un squat… Des conditions de logement dégradées induisent de fait un sentiment d'insécurité, avoir un « chez-soi » étant considéré aujourd'hui comme primordial pour pouvoir vivre dignement.

La **précarité de l'emploi ou son absence** est souvent **centrale dans la précarité sociale**. Les mauvaises conditions de travail, une charge importante d'activité et la prise de risque inhérente à certains métiers sont des facteurs de dégradation de la santé mentale. Le chômage peut, quant à lui, exposer à un risque accru d'exclusion sociale, par la stigmatisation à laquelle il est associé et par un sentiment d'inutilité sociale. La fréquence des troubles dépressifs et anxieux et du risque suicidaire est plus élevée chez les chômeurs que chez les actifs occupés.

Enfin, la **sociographie du territoire** peut être un marqueur de la précarité. Les quartiers prioritaires de la politique de la ville ont pour objectif de soutenir des territoires où la pauvreté est importante. Leurs habitants peuvent être victimes de discriminations, de nuisances et de violences. Quant aux personnes habitant dans les territoires ruraux, elles peuvent souffrir d'isolement et d'éloignement des établissements de santé.

[132] Lire à ce sujet les travaux de Nicolas Chambon, Sociologue, responsable du pôle recherche à l'Observatoire santé mentale, vulnérabilités et société (Orspere-Samdarra).
[133] Anciennement dénommée Fondation Abbé Pierre.

Bien sûr, ces différents facteurs sont liés entre eux : la précarité de l'emploi et le chômage engendrent souvent un manque de ressources financières et le mal-logement ou la perte de son logement.

Les personnes en situation d'exclusion sociale ne sont pas membres d'un groupe homogène. La figure du « pauvre » ou du « clochard » ne correspond à aucune réalité et peut masquer des expériences très différentes. Certaines populations retiennent d'autant plus l'attention : c'est le cas des enfants.

L'enjeu de la prise en charge est important, car le développement biologique et psychosocial dans l'enfance nécessite un environnement sécurisant et apaisé pour se réaliser dans de bonnes conditions. Les violences physiques, sexuelles ou psychologiques concernent malheureusement toutes les catégories de la population, mais l'isolement, la promiscuité et les carences éducatives peuvent être plus importantes chez les populations précaires, et engendrer des retards dans les signalements et dans l'accès au soin.

2.7.1 L'économie du burnout : une approche disruptive

« Imputée à un dysfonctionnement de neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la dopamine, la pandémie de santé mentale est en réalité plutôt due à d'intenses pressions en faveur d'une productivité accrue et à une volonté de posséder toujours plus ».

Selon l'OMS, près d'un milliard de personnes[134] dans le monde souffrent aujourd'hui d'un problème de santé mentale, parmi lesquelles plus de 200 millions souffriraient de dépression et 301 millions seraient sujettes à des troubles d'anxiété. Pas moins de 700 000 personnes se suicident chaque année. La prévalence de la dépression et de l'anxiété a par ailleurs augmenté de 25 % au cours de la première année de la pandémie de Covid-19, en raison d'un isolement social accru et de craintes économiques.

Olivier De Schutter, Rapporteur spécial de l'Organisation des Nations Unies (ONU) sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté[135], recense les circonstances qui exposent les **personnes en situation de pauvreté à un risque accru de troubles mentaux** et examine comment les problèmes de santé mentale peuvent perpétuer la pauvreté. Il invite les États à **passer d'une approche biomédicale**, selon laquelle ces problèmes sont traités du point de vue de l'individu affecté, **à une approche axée sur les déterminants sociaux**. Pour lutter contre la vague mondiale de dépression et d'anxiété, davantage d'efforts doivent être déployés pour combattre la pauvreté et l'inégalité, ainsi que pour remédier à l'insécurité économique.

« Nous devons passer d'une approche biomédicale à une approche biopsychosociale des problèmes de santé mentale, passant de la psychiatrisation de la pauvreté à la lutte contre les causes structurelles de la dépression et de l'anxiété. Il faut pour cela remettre en question la manière dont l'économie traite les femmes et les hommes (qui sont considérés comme des ressources à exploiter et à rendre aussi productives que possible), ainsi que la priorité accordée

[134] L'estimation s'élève à 970 millions de personnes, soit plus de 10 % de la population mondiale.
[135] Le rapport date de juillet 2024.

à l'économie productive par rapport à l'économie reproductive. Plutôt que l'augmentation du PIB[136], l'accent devrait être mis sur l'amélioration du bien-être. »

Il note que la quête obsessionnelle de l'augmentation du PIB – qu'il qualifie de « croissancisme » peut devenir contre-productive. En effet, **les troubles de la santé mentale entraînent au niveau mondial des pertes de l'ordre de mille milliards de dollars par an[137]**, la dépression étant le principal facteur de mauvaise santé et d'invalidité. Dans les pays membres de l'OCDE, entre un tiers et la moitié des nouvelles demandes de prestations d'invalidité sont motivées par des problèmes de santé mentale ; chez les jeunes adultes, cette proportion est estimée à plus de 70 %.

2.7.2 Les enfants issus de l'Aide sociale à l'enfance (ASE)

Contrairement à d'autres pays, la France a consacré peu d'études à la santé mentale des enfants et les rares travaux dont on dispose ont souvent une portée géographique limitée. Elle n'a pas créé de cohortes d'enfants placés, comme l'ont fait d'autres pays (Canada, Angleterre, États-Unis), permettant d'étudier plus spécifiquement cette population surexposée aux pathologies mentales[138].

Cette indigence a de quoi surprendre quand on sait que l'ASE concerne 384 900 mineurs et jeunes majeurs[139] et que le dispositif représente un budget de 11 milliards d'euros. Ce manque de données complique de fait l'analyse et la mise en place de politiques efficaces en direction de ces enfants. On sait toutefois que les **enfants issus de l'ASE ont cinq fois plus de risques de développer des pathologies mentales**, dont de très nombreux cas de stress post-traumatiques (eux-mêmes 5 fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons).

Selon une étude anglaise, le risque d'avoir un trouble psychiatrique était plus de trois fois supérieur chez les enfants en institution par rapport à ceux en famille d'accueil. L'impact de la baisse du nombre de familles d'accueil en France est donc potentiellement préoccupant, même si cette même étude pointe qu'un quart des enfants placés rapportent des faits de maltraitance par la suite, que ce soit sur le lieu du placement ou au domicile des parents lors des visites[140].

Selon différentes sources, **17 % des enfants de l'ASE présenteraient un handicap physique ou mental r**econnu par les Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), contre 2 % dans la population générale des enfants. Mais le Conseil économique, social et

[136] Produit intérieur brut.

[137] Selon les estimations de l'OMS, pas moins de 12 milliards de jours de travail sont perdus chaque année à l'échelle mondiale, à cause de troubles psychiques d'origine professionnelle

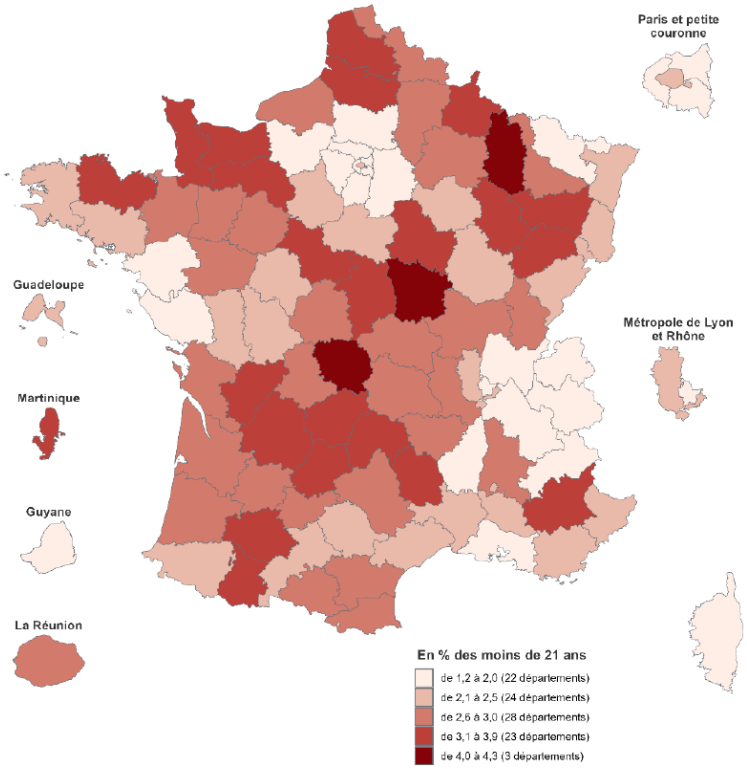
[138] Les enfants issus de l'ASE ont cinq fois plus de risques de développer des pathologies mentales, dont de très nombreux cas de stress post-traumatiques (eux-mêmes 5 fois plus fréquent chez les filles que chez les garçons).

[139] *Les dossiers de la DREES*, n°131 - juin 2025. 57 % des enfants actuellement pris en charge sont des garçons, et plus de la moitié (53%) ont entre 11 et 17 ans. L'âge moyen des enfants confiés est de 12 ans. En Normandie, selon les données les plus récentes disponibles (fin 2018), environ 21 700 jeunes mineurs et majeurs de moins de 21 ans relevaient de l'ASE.

[140] Il est très regrettable que ce type d'étude n'ait pas encore été menée en France.

environnemental (CESE) relevait dans son rapport de 2018[141] que ce chiffre atteindrait environ un tiers pour les jeunes placés, selon les acteurs de terrain auditionnés.

Part des jeunes de moins de 21 ans bénéficiaires d'une mesure d'aide sociale à l'enfance (au 31 décembre 2023) :



Cette carte montre que **l'ex-Basse-Normandie** est **particulièrement concernée par cette question**.

Source : Les dossiers de la DREES | N°131 | *L'aide sociale à l'enfance. Bénéficiaires, mesures et dépenses départementales associées* - Édition 2025

La moitié des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance souffre d'au moins un trouble psychique. Dans son rapport de 2023 sur la pédopsychiatrie[142], la Cour des comptes souligne qu'alors même que les enfants pris en charge par l'ASE ne représentent que 2 % des mineurs en France, ils constitueraient – selon les professionnels de santé – jusqu'à **la moitié des adolescents hospitalisés à temps complet,** en particulier pour des troubles du comportement et des syndromes dépressifs. Ce constat a été confirmé par plusieurs études : parmi les adolescents mineurs hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte, ceux pris en charge par l'ASE représentaient 55 %.

Les troubles sont souvent liés aux traumatismes subis (maltraitance, violence, abandon, etc.). Or, l'accès à des soins psychologiques est le plus souvent limité et complexe pour ces jeunes qui en ont pourtant absolument besoin.

Pris en charge tardivement, en situation de crise plutôt que de manière préventive, ils sont d'autant plus pénalisés par un manque de pédopsychiatres, des délais d'attente en ambulatoire de plusieurs mois, des services d'urgences saturés et un manque de lits à l'hôpital.

[141] CESE, juin 2018 – *Prévenir les ruptures dans les parcours en protection de l'enfance* ; rapporteur : Antoine Dulin.
[142] Cour des comptes, *La pédopsychiatrie, Un accès et une offre de soins à réorganiser*, mars 2023.

Le manque de connaissances des besoins psychiques des enfants chez les accompagnants et le non-respect du bilan de santé systématique[143] prévu à l'entrée dans l'ASE aggravent la situation.

Seuls trois départements en France (Loire-Atlantique, Haute-Vienne et Pyrénées-Atlantiques) ont mis en place de manière systématique un parcours de soin coordonné incluant un bilan de santé à l'entrée dans l'ASE, dans le cadre d'une expérimentation nationale soutenue par la Direction générale de la cohésion sociale.

2.7.3 Des populations plus spécifiquement exposées à la précarité

Les personnes âgées invisibilisées

Les personnes âgées sont clairement aujourd'hui une population invisibilisée. La crise sanitaire avait pourtant porté l'attention sur la grande vulnérabilité de personnes âgées isolées et inconnues des services de l'assistance sociale. Vieillir, c'est souvent faire l'expérience de la solitude. L'enjeu d'une meilleure prise en compte de cette population est de taille : du fait de la démographie, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie risque de s'accroître dans les années à venir.

Les femmes beaucoup plus précarisées que les hommes

Les femmes sont également plus nombreuses que les hommes dans les dispositifs en direction des personnes en situation de précarité. Elles sont beaucoup plus exposées aux violences sexistes et sexuelles. Selon l'enquête quadriennale de la DREES auprès des établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale (ES-DS), les mères isolées sont surreprésentées : elles comptent pour 14 % des adultes hébergés en 2016. La monoparentalité mise en place à la suite d'une séparation, une répartition inégalitaire des biens, le sexisme, sont autant de phénomènes qui précarisent les femmes.

Les traumatismes psychiques des migrants et demandeurs d'asile

La précarité la plus marquée concerne en grande partie des personnes issues d'une migration récente. Selon l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA), le nombre de demandeurs d'asile sur le territoire français a plus que triplé entre 2007 et 2020. Cette population cumule des vulnérabilités à la fois psychiques, sociales, linguistiques et administratives qui ne sont pas sans conséquences sur la santé mentale.

Il convient enfin de souligner que la connaissance scientifique sur le traumatisme psychique permet désormais de comprendre que ce dernier a un « pouvoir de contagion ». Par leur proximité émotionnelle directe avec une victime ou par leur contact répété avec des récits sordides, en raison de leurs activités professionnelles, les travailleurs sociaux sont en effet très exposés aux blessures des publics qu'ils accompagnent et en souffrent eux-mêmes.

[143] Une enquête de Radio France menée en 2024 a révélé que seuls 28 % des départements l'auraient effectivement mis en place de manière systématique. La liste complète des départements concernés n'est malheureusement pas publiée dans les sources disponibles.

2.7.4 La santé mentale des détenus

Nous avons souhaité consacrer un « focus » à la santé mentale des détenus, en raison de la gravité de la situation et du caractère explosif qu'elle recèle.

Les détenus sont une catégorie très stigmatisée, et ce d'autant plus dans un climat politique sécuritaire. Le besoin urgent de soins de certains prisonniers trouve difficilement une réponse, en raison de services psychiatriques insuffisants pour les détenus. Il en résulte des troubles psychiques accrus qui compliquent encore davantage les conditions de sortie des détenus, de même qu'un risque suicidaire élevé.

On sait que le système pénitentiaire français est confronté à des défis majeurs, notamment une surpopulation chronique et des conditions de vie souvent jugées indignes [144] . En décembre 2023, certains établissements affichaient un taux d'occupation de 200 %, contraignant des milliers de détenus à dormir à même le sol. Les cellules sont fréquemment vétustes, mal isolées, et parfois dépourvues de sanitaires.

On sait un peu moins les répercussions que de telles conditions d'incarcération peut générer chez les détenus, de même que les raisons qui expliquent le phénomène d'une proportion de détenus aussi touchée par les troubles psychiques à leur arrivée en prison. La promiscuité, combinée à un manque d'intimité et à des tensions accrues, favorise les violences et les troubles psychiques.

Des chiffres accablants sur l'état psychique des détenus

Au total, **huit hommes détenus sur dix et plus de sept femmes sur dix présentent au moins un trouble psychiatrique**, la grande majorité en cumulant plusieurs (troubles anxieux, dépressions, troubles bipolaires, psychoses…) et des dépendances.

10 % des détenus présentent des symptômes de schizophrénie (contre 1 % dans la population) et 5 % de troubles liées à la bipolarité (contre 1 % de la population). S'y ajoutent des marques de dépression et des états de stress post-traumatiques. L'incarcération elle-même génère des troubles psychiatriques (« choc carcéral »). Un état de stress post-traumatique peut être rencontré également.

Le **taux de pathologies psychiatriques** est ainsi **quatre à dix fois plus élevé en prison que dans la population générale** : des données d'un phénomène qui atteint une ampleur inédite, et que certains experts du sujet qualifient de « *catastrophe psychique* ». Le milieu carcéral français est devenu hautement pathogène.

[144] Invitée sur la chaîne de télévision Public Sénat le 5 juin 2025, la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté Dominique Simonnot a livré une description saisissante des **conditions de détention françaises**, en les décrivant comme « ***les pires d'Europe après Malte et la Roumanie*** ». Elle a rappelé que le rôle de la prison était double : la punition et la mise à l'écart de la société d'une part, et la réinsertion de l'autre. Et de commenter : « *Le discours politique n'est porté que sur la punition, c'est une erreur. Vu l'état des prisons, si la société veut se venger, c'est réussi* ».

Une étude en cours dénommée EPSYLON (dont les résultats sont attendus pour la fin 2025) doit approfondir la prévalence et l'évolution des troubles psychiatriques au fil de la détention, notamment les neuf premiers mois en maison d'arrêt.

Une étude nationale publiée en 2022[145] a montré **qu'à la sortie de prison**, près des **deux tiers des hommes détenus et trois quarts des femmes** présentaient un **trouble psychiatrique ou addictif**, notamment des troubles anxieux, dépressifs, psychotiques ou des addictions.

Un homme sur dix et une femme sur six souffrent d'un trouble psychotique (quand ces troubles ne touchent que 1 à 2 % de la population générale). **Plus d'un homme sur dix présente un trouble de stress post-traumatique à la sortie de prison**, une proportion plus élevée qu'à l'entrée.

Les personnes placées à l'isolement sont particulièrement exposées à des risques psychiques et somatiques majeurs.

« Les prisons sont devenues les asiles d'autrefois »

« *La fermeture de lits psychiatriques a rempli les prisons* », regrette Laurent Ridel, le directeur de l'administration pénitentiaire française[146].

Même son de cloche de la part du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) qui s'alarme depuis de nombreuses années sur le déplacement de l'hôpital psychiatrique vers la prison.

Pascale Giravalli, présidente de l'Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, évoque quant à elle l'impact de la crise que connaît le champ de la psychiatrie dans son ensemble : *« La psychiatrie ne tient plus, les dispositifs de soins pour des gens gravement malades ne tient plus à l'extérieur, en population ordinaire. Du coup, beaucoup de personnes se retrouvent sans soins, à la rue et se retrouvent ensuite en prison ».*

La contrôleuse des prisons Dominique Simonnot enfonce le clou en déclarant que « ***les prisons sont devenues les asiles d'autrefois*** ».

Autant dire, dans ce contexte, que la pertinence de l'enfermement dans des établissements non dédiés au soin pour des personnes souffrant de troubles psychiques interroge. Il convient par ailleurs de souligner que les surveillants ne reçoivent pas de formation spécifique pour la prise en charge de ces troubles.

Le CCNE précise que « *l'incarcération de personnes atteintes de maladies mentales graves ne peut qu'entraîner une perte de repères et de sens : perte du sens même de la peine et de l'emprisonnement* » de même qu'une « *perte du sens même du soin et du rôle de soignant* ».

La surpopulation carcérale, la promiscuité dans les cellules et la difficulté – encore plus grande – de recruter des soignants en prison ne sont pas étrangères à cette situation. Par ailleurs, certaines réformes pénales sont la cause d'incarcération de personnes qui auraient été considérées auparavant comme pénalement irresponsables.

---

[145] F2RSM Psy, *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale*, décembre 2022.
[146] « L'enfermement à la folie », Prison Insider, 25 novembre 2021.

Le suicide des personnes en détention

D'après les données de la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) du ministère de la justice, environ **120 personnes détenues décèdent par suicide chaque année en France**. La **mort par suicide** représente la **moitié des décès des personnes en détention**.

En 2023, 157 personnes écrouées se sont suicidées en France, marquant une hausse de 13 % par rapport à l'année précédente.

Pourtant, d'aucuns rappelleront que le taux de suicide des personnes détenues a diminué d'environ un tiers au tournant des années 2000 et qu'il est stable depuis une quinzaine d'année. Faut-il pour autant s'en contenter ?

Le taux de suicide est – à âge égal – **10 fois plus élevé pour les hommes** et **40 fois plus élevé pour les femmes en prison qu'en population générale**[147], faisant de la France un pays où le taux de suicide en prison est **un des plus élevés au monde**.

Tableau 3 • Taux de mortalité par suicide des personnes écrouées entre 2020 et 2023

Année	Nombre moyen de personnes écrouées[1]	Nombre total de suicides de personnes écrouées	Taux de mortalité par suicide (en nombre de suicides pour 10 000 écroués)
2020	74 316	119	16,0
2021	81 171	132	16,3
2022	86 476	139	16,1
2023	89 696	157	17,5

1. Moyenne du nombre de personnes écrouées sur l'année, du mois de janvier 2023 au mois de janvier 2024 inclus.
Lecture • En 2023, 157 personnes écrouées se sont suicidées. Rapporté au nombre d'écroués moyen, le taux de mortalité par suicide s'établit à 17,5 pour 10 000 écroués.
Sources • Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée ; Département des politiques sociales et des partenariats, DAP, ministère de la Justice.

Un trouble psychiatrique a été rapporté pendant la détention pour 64 % des cas de suicide. Parmi les personnes concernées, près d'un tiers n'avait pas d'antécédent psychiatrique connu avant l'incarcération.

Projet d'ouverture d'une unité psychiatrique pour les détenus au Rouvray

Prévue pour 2027, au cœur du centre hospitalier du Rouvray, une **Unité d'hospitalisation spécialement aménagée** (UHSA) pourra **accueillir entre 40 et 60 détenus issus des prisons normandes**. Il s'agira de la première unité de ce type en Normandie[148]. Son ouverture est particulièrement attendue puisqu'elle permettra un meilleur accompagnement des personnes

[147] Données publiées par Santé publique France en janvier 2025 dans « Description des personnes écrouées décédées par suicide en France sur la période 2017-2021 ». Le taux de suicide en prison est de 15 à 20 pour 10 000 personnes sur un an (contre 1,3 en population générale). Notons par ailleurs que le **nombre de personnes détenues** a **augmenté de presque 30 % au cours de ces 15 dernières années** : de 62 073 au 1er novembre 2009, il est passé à 80 130 au 1er novembre 2024 ; 96,6 % des personnes détenues sont des hommes.
[148] La France compte neuf unités pour 440 lits réservées aux personnes détenues et souffrant de pathologies psychiatriques.

et qu'elle évitera les deux ou trois heures de route actuellement nécessaires pour rejoindre une UHSA à Rennes, Lille ou Paris. L'un des objectifs visés est par ailleurs d'éviter qu'un détenu à Caen, par exemple, se retrouve en chambre d'isolement dans un hôpital psychiatrique.

Le Dr Pasquier, chef de pôle de la Fédération de la psychiatrie médico-légale et l'un des porteurs du projet de cette unité, rappelle que **70 % des détenus dans les prisons** – maisons d'arrêt et centres de détention – **connaissent des problèmes psychiatriques ou d'addiction** (cannabis, héroïne, cocaïne, médicaments divers…) et que 90 % d'entre eux cumulent les deux.

Dr Nicolas Gilles, psychiatre exerçant au Rouvray, précise que le risque de réincarcération est maximal dans les six premiers mois qui suivent la sortie de prison. Il insiste donc sur la nécessité d'un suivi auprès de collègues psychiatres. « *Mais là, on se heurte aux problèmes de délai, on retombe dans la question de la pénurie générale de psychiatres, criante en Normandie. À ce jour d'ailleurs, nous ne sommes que quatre à intervenir directement dans la prison de Rouen et au centre de détention de Val-de-Reuil, dans l'Eure* »[149].

[149] Propos recueillis par le quotidien *Ouest France*, publiés dans un article du 23 décembre 2023.

Soigner et accompagner les détenus avec le Dr Nicolas GILLES, psychiatre

Audition du **Dr Nicolas GILLES**[150]

- Praticien hospitalier centre hospitalier du Rouvray
- Adjoint chef de la Fédération de psychiatrie médico-légale
- Responsable du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) et du Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) de la maison d'arrêt de Rouen
- Responsable du CSAPA du Centre de Détention de Val-de-Reuil
- Psychiatre du SMPR du centre de détention de Val-de-Reuil

Chef de service psychiatrie à la **maison d'arrêt de Rouen**, le docteur Gilles intervient également au **centre de détention de Val-de-Reuil** à mi-temps.

Au fil d'un exposé riche, clair et détaillé de l'organisation de l'offre de soins psychiatriques des personnes en attente d'un jugement, en détention ou sorties de prison, le Dr Gilles a présenté les différents services et unités qui interviennent en fonction des stades et des situations rencontrés.

Il a mis en lumière les défis rencontrés, les initiatives et projets en visant à améliorer les conditions de vie et de soins des détenus.

Contexte carcéral et troubles psychiques

Surpopulation carcérale et délabrement des prisons

La maison d'arrêt de Rouen – qui dispose aujourd'hui de 510 places – accueille 560 détenus. Si la surpopulation carcérale y est moins importante que dans la moyenne des établissements du même type[151], c'est en raison de l'état extrêmement vétuste et dégradé des bâtiments qui abritaient initialement un couvent. En maison d'arrêt, les conditions de vie particulièrement difficiles, en comparaison avec celles des centres de détention, aggravent l'état psychique des personnes détenues.

De nombreuses pathologies échappent au diagnostic des médecins, y compris des psychiatres. De nombreux symptômes passent sous silence, notamment en raison de la stigmatisation dont les troubles psychiques font l'objet. L'interdiction de consommation de drogues n'invite pas non plus à parler[152].

La stigmatisation des troubles psychiatriques a donc malheureusement une part de responsabilité importante dans la sévérité et la chronicisation des pathologies.

[150] L'audition a eu lieu le 25 février 2025, dans le cadre du comité d'étude.
[151] Certaines cellules accueillent tout de même jusqu'à quatre détenus dans 9 m².
[152] Nicolas Gilles a donné l'exemple d'un patient qui avait tué quelqu'un sous l'emprise du cannabis, en la prenant pour le diable.

Les femmes en prison plus exposées aux troubles psychiques

D'après une récente étude, les deux tiers des hommes et les trois quarts des femmes présentent, à la sortie de prison, un trouble psychiatrique ou une addiction.

Les femmes – qui, rappelons-le, représentent 3,4 % des personnes détenues – nécessitent plus de soins que les hommes en raison de troubles plus fréquents et plus sévères. La prévalence de troubles psychotiques chez les femmes incarcérées est en effet très importante (une femme sur six, contre un homme sur dix), de même que celle des troubles de l'humeur (comme la dépression). Quant au risque suicidaire, il est plus de deux fois plus élevé chez les femmes détenues (près de 60 % pour les femmes, contre 28 % pour les hommes).

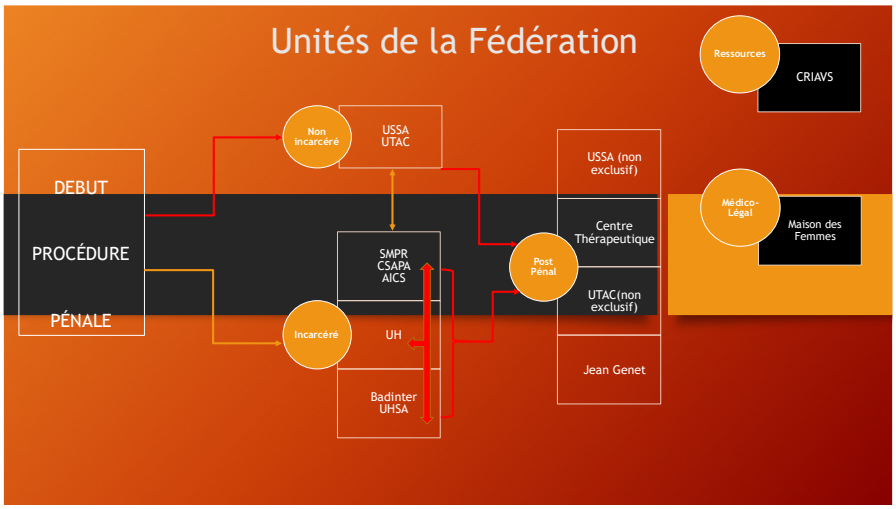
Il convient de souligner que la proportion de personnes schizophrènes en prison est dix fois supérieure à celle de la population générale. Afin d'éviter des raccourcis malencontreux, il est bon de rappeler que cette donnée n'en fait pas pour autant des personnes naturellement dangereuses puisqu'elles sont beaucoup plus victimes[153] qu'autrices de violences.

Détention provisoire et sortie de prison

L'approche d'un procès est le plus souvent une période de stress important. L'absence de jugement génère également beaucoup de stress, *a fortiori* dans un contexte où la détention provisoire pour les crimes peut durer jusqu'à quatre ans. Ne pas connaître la date de sa libération, quand on est enfermé dans une cellule exiguë avec deux ou trois autres personnes, engendre beaucoup de frustration et de violence, et partant de souffrance psychique.

L'accompagnement vers la sortie de prison constitue un enjeu majeur, le taux de décompensation psychiatrique étant maximal dans les six mois qui suivent la libération. Les risques post-libération sont très importants, avec des tentatives de suicide multipliées par six à neuf et des risques d'overdose multipliées par quatorze. Or une décompensation psychiatrique a ceci de délétère que la personne ne revient jamais tout à fait à son état antérieur.

[153] Selon les données issues de recherches internationales, les personnes souffrant de schizophrénie ont environ 14 fois plus de risques d'être victimes de violences (physiques ou sexuelles) que la population générale. Leur image de dangerosité, largement véhiculée par les médias et les discours sécuritaires, provient du caractère spectaculaire (particulièrement atroce) de certains actes commis dans des moments de dissociation.



USSA : Unité de Soins Spécifiques aux Auteurs

UTAC : Unité Thérapeutique pour Auteurs de Violences Conjugales et intra-familiales

UH : Unité Hospitalière

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Adaptée

CRIAVS : Centres Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles

L'accompagnement et les soins extra et intra carcéraux

Les soins en prison ne sont pas obligatoires. Ils sont relativement récents, puisqu'ils n'ont été introduits que dans les années 1990 en France et qu'ils ont été formellement mis en place à travers la réforme de 1994[154].

Créés en 1986, il existe actuellement 26 Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR) dans l'Hexagone, dont deux en Normandie (Rouen et Caen). Ce sont des lieux d'accueil pour des soins librement consentis, intensifs, en ambulatoire ou en hospitalisation de jour pour les personnes détenues.

La consultation est à la base du soin en prison ; elle permet de repérer les troubles aux différentes phases de détention de la personne. Le suivi des détenus est jugé essentiel : à la maison d'arrêt de Rouen, la grande majorité des détenus (500 sur 560) bénéficient d'un suivi, et entre 400 et 500 d'entre eux suivent un traitement[155].

Des unités ambulatoires

Les unités ambulatoires (ou extra-carcérales) prennent en charge les détenus nécessitant des soins à l'extérieur de la prison.

Elles comprennent :

- **L'Unité de Soins Spécifiques pour les Adolescents** (USSA) : Destinée aux adolescents auteurs de violences, cette unité propose des évaluations et des prises en charge en binôme avec des psychologues et des infirmiers.

[154] La loi du 18 janvier 1994 a marqué un tournant dans la prise en charge sanitaire des détenus en France. Elle a transféré la responsabilité des soins de santé en milieu pénitentiaire au ministère de la Santé, assurant ainsi que les détenus reçoivent des soins équivalents à ceux de la population générale.

[155] Si l'on se réfère aux données disponibles à l'échelle nationale, il semble que ce taux de prise en charge soit exemplaire puisque les 26 SMPR accueilleraient au total entre 1 500 et 2 000 détenus par an, soit seulement près de 3 % de la population carcérale en France.

- **L'Unité Thérapeutique pour les Auteurs de Violences Conjugales** (UTAC) : depuis novembre 2022, cette unité accueille des auteurs de violences conjugales sous forme d'entretiens individuels et des groupes de parole, avec une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatres, psychologues, infirmiers et autres professionnels de santé. L'objectif est de responsabiliser les auteurs de violences et de prévenir les récidives en offrant un soutien psychologique adapté.

  Bien que le nombre de cas déclarés de violences faites aux femmes soit en forte augmentation, il n'est pas avéré qu'il soit réellement en progression. Les médias en parlent et les victimes portent davantage plainte car elles sont mieux accueillies et écoutées qu'auparavant.

- **Le centre thérapeutique** : cette unité pour adultes offre des suivis individuels et en groupe, incluant des traitements hormonaux pour les cas nécessitant une intervention spécifique. Il convient de préciser que cela fait une trentaine d'années que des traitements hormonaux sont utilisés pour les auteurs de violences sexuelles.

  La moitié des auteurs d'agressions sexuelles ont eux-mêmes été victimes d'agressions du même type. Néanmoins, 95 % des auteurs d'agressions sexuelles ne récidivent pas. Il convient donc d'offrir une prise en charge adaptée aux 5 % qui récidivent.

- **Le centre post-pénal Jean Genet** s'occupe des détenus majeurs sortant de détention, assurant un suivi pour éviter les récidives et les décompensations psychiatriques.

Des unités intra carcérales

- **L'hôpital de jour** : situé à la maison d'arrêt de Rouen, il propose des programmes de réhabilitation psychosociale pour aider les détenus à acquérir des comportements adaptés à la société.

- **L'unité Badinter** : inaugurée en 2010 au Rouvray, elle est unique en France par son approche spécialisée en direction des détenus souffrant de maladies mentales. Elle offre un suivi médical personnalisé qui permet aux patients détenus de recevoir des soins adaptés à leurs besoins spécifiques et accueille des patients en crise nécessitant une hospitalisation sous contrainte.

Par ailleurs, **le Centre de Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences** (CRIAVS) se concentre sur la formation, la recherche et la prévention des violences. Elle offre des formations adaptées aux professionnels travaillant avec des auteurs de violences.

Le **centre de détention de Val-de-Reuil**, qui accueille 800 détenus, est un référent pour la prise en charge thérapeutique des délinquants sexuels. Des thérapies alternatives comme la yogathérapie et la thérapie équine y sont proposées. Les résultats obtenus sur des personnes violentes et agitées sont étonnamment positifs.

L'établissement du Rouvray comprend par ailleurs un des deux seuls Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) intra carcéraux de France.

Composition des équipes soignantes en prison

À la **maison d'arrêt de Rouen**, l'équipe se compose de 2,3 Équivalents Temps Plein (ETP) psychiatres, 18 infirmiers, une infirmière en Pratique Avancée (IPA) à mi-temps, 5 psychologues, 1,5 poste d'assistant social et 3 secrétaires.

À **Val de Reuil**, l'équipe comprend 0,9 ETP psychiatre, 6 infirmiers, 1 assistante sociale, 1 éducateur spécialisé et 4 secrétaires.

Projet d'ouverture d'une Unité Hospitalière Spécialement Adaptée (UHSA)

Prévue pour 2029 à Rouen, cette unité offrira des soins psychiatriques spécialisés dans un environnement sécurisé. L'UHSA comprendra trois unités : une unité d'évaluation pour les crises aiguës, une unité de stabilisation pour les soins libres, et une unité de consolidation pour les patients nécessitant des séjours prolongés.

La France compte à ce jour 9 UHSA pour un total de 300 détenus, avec celles de Lille et Toulouse comme pôles de référence.

La prévention des récidives

Les Services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP) sont chargés d'aider à la préparation à la sortie des personnes détenues. Dans le cas d'une personne qui souffre d'un trouble psychique, ces services contactent notamment le personnel médical de la prison afin d'assurer la continuité des soins. Les risques de récidive sont toutefois très élevés : environ une personne sur trois retourne en prison dans les trois ans suivant sa sortie.

La sortie de prison est une étape très angoissante et difficile à gérer pour une personne souffrant de troubles psychiques. Face à une absence extrêmement fréquente de revenus, d'hébergement et de liens sociaux, la réinsertion s'avère périlleuse[156].

La consommation de drogues est une des principales causes de récidive et de retour en détention.

Les **équipes mobiles** sont essentielles pour assurer un suivi continu et prévenir les rechutes. Une équipe mobile a été mise en place en 2025 pour s'occuper des détenus sortants de prison jusqu'à ce qu'ils puissent être pris en charge par des structures de soins externes.

Défis et besoins

Les échanges ont souligné l'importance de la **prévention**, de la **prise en charge précoce**, et de la **réinsertion des détenus** pour améliorer les conditions de vie et de soins en prison. Les initiatives en cours et les projets futurs, tels que la création de l'UHSA et le développement des

[156] De nombreux jeunes considèrent le trafic comme une manière de subsister ; l'utilité d'aller travailler pour un salaire mensuel de 1 500 euros les rebute quand ils peuvent gagner cette somme quotidiennement en trafiquant.

équipes mobiles, sont des étapes indispensables vers une meilleure prise en charge des détenus souffrant de troubles psychiatriques.

Il y a aujourd'hui un **manque criant de médecins et de psychiatres dans les prisons**, en raison de la faible attractivité des métiers et des grilles de rémunération. En outre, nombreux sont les médecins qui ne souhaitent pas s'occuper de personnes ayant commis des actes graves. De ce fait, le temps médical des psychiatres auprès des détenus est très faible.

Il est nécessaire d'augmenter les effectifs des unités de prise en charge des auteurs de violences sexuelles et conjugales pour répondre à la demande croissante. Par exemple, l'unité pour les auteurs de violences conjugales, créée en 2022, accueille déjà deux fois plus de patients que prévu initialement.

En matière de prévention, le **manque de moyens pour l'ASE** (Aide Sociale à l'Enfance) est préoccupant, avec une forte augmentation, au cours de ces 20 dernières années, du nombre d'enfants issus de l'ASE qui finissent en prison.

Enfin, la faible rémunération des expertises psychiatriques en France entraîne un manque de psychiatres experts.

L'incarcération de quelque 78 000 personnes en France, qui représente un coût élevé[157], est-elle efficace ? Le coût d'une journée à l'hôpital étant au moins cinq fois plus élevé, on devine certaines intentions d'économies.

”
“

[157] Le coût moyen quotidien est estimé à 105 euros par détenu.

2.8 Le travail, c'est la santé… ?

Un phénomène de dégradation observé à l'échelle mondiale

En réponse à une enquête réalisée par Axa et l'institut Ipsos[158], **43 % des actifs dans le monde affirment avoir une santé mentale moyennement ou fortement dégradée en raison de leur activité professionnelle**.

La dégradation de la santé mentale en lien avec le travail ne serait donc pas une spécificité française.

Partout dans le monde, les **jeunes actifs** restent **les plus concernés par les arrêts maladie en lien avec la santé mentale**. Chez les 18-24 ans, les taux sont toujours très élevés (42%) mais ne progressent plus. En revanche, selon l'enquête, la situation se serait également fortement chez les 25-34 ans, au cours de ces dernières années.

… mais des spécificités françaises

Les chiffres sont pour le moins préoccupants : **trois personnes sur quatre rencontrent un problème de santé mentale lié à leur travail** ; parmi elles, 70 % se désengagent de leur vie professionnelle pour cette raison[159]. Les enquêtes européennes[160] sur les conditions de travail font ressortir qu'en France, l'intensité et l'autonomie au travail sont relativement proches de la moyenne européenne, mais que la situation est nettement plus dégradée en matière de soutien ou d'aide des collègues et de la hiérarchie.

Une des **spécificités françaises** réside dans le fait que **la santé mentale des travailleurs y est plus affectée par les relations avec leur cadre que par la peur de perdre son emploi**.


© Antonio Sortino

Autre fait marquant : les salariés français sont les plus nombreux (72 %) à déclarer que leur entreprise n'a pas de politique pour soutenir la santé mentale, tout en faisant partie des plus nombreux (62 %) à n'avoir aucune attente en la matière. Avec une multiplication des cas de burn-out, dépressions et syndromes anxieux liés à l'environnement professionnel, la santé mentale des travailleurs continue de se dégrader… à bas bruit.

Selon une étude Ifop[161] conduite à l'automne 2024, 74 % des personnes en situation de handicap psychique déclarent avoir dû changer d'emploi en raison de leur handicap. Au positif toutefois, l'étude montre aussi des évolutions qui vont dans le bon sens avec 69 % des répondants qui estiment leur organisation « *bienveillante et inclusive* ».

[158] Il s'agit d'une enquête menée en 2023 et 2024, auprès de 17 000 travailleurs dans 16 pays : 9 pays européens (dont la France), 5 pays asiatiques et 2 pays américains.
[159] Etude Ipsos et AXA, « Mind Health Report », 2024.
[160] Lancée en 1990, l'enquête européenne sur les conditions de travail (connue sous le sigle EWCS) propose une vue d'ensemble des conditions de travail en Europe.
[161] *Égalité des chances en emploi : une réalité pour les personnes en situation de handicap ?* - IFOP, 2024.

Le monde du travail – dont on ne nie pas qu'il puisse être un vecteur véritable d'accomplissement – est donc aujourd'hui devenu pour beaucoup une source de tension, de fatigue et parfois de profonde détresse psychologique. Pression constante sur la performance, instabilité professionnelle et perte de sens conduisent un nombre croissant de travailleurs à l'épuisement, à l'anxiété, voire à la dépression et au suicide.

Fidèles aux objectifs que nous nous étions fixés dans le cadre de cette autosaisine, nous tenons à **mettre en lumière l'impact du travail sur la santé mentale** afin de mieux en comprendre les risques, mais aussi d'identifier des environnements plus respectueux du bien-être psychologique.

Dans les années 1980, les troubles musculosquelettiques (TMS) représentaient l'essentiel des troubles de santé observés au travail. Ce n'est qu'au cours des années 1990 que l'on a pris conscience du poids important que faisait peser le stress sur la santé des salariés, jusqu'à être aujourd'hui l'un des tout premiers facteurs de souffrance au travail

Il est en effet établi que le stress au travail peut causer des troubles psychiques (tels que des dépressions ou troubles anxieux) chez des personnes auparavant en bonne santé, tout particulièrement lorsqu'elles se trouvent au sein d'une ambiance morose et dégradante. Un harcèlement moral institutionnel, de même qu'un management toxique (isolement, pression, mobilité forcée…) sont sources de souffrances aiguës, comme l'illustre une succession de drames survenus au sein de certaines entreprises[162].

2.8.1 Quelle reconnaissance des troubles psychiques d'origine professionnelle ?

Selon le Ministère du Travail, le **nombre de pathologies psychiques reconnues** par l'Assurance Maladie **comme étant d'origine professionnelle** – c'est-à-dire liées au contexte de travail et de management – **a plus que doublé entre 2016 et aujourd'hui**.


© Antonio Sortino

En considérant la seule année 2023, le nombre d'avis favorables prononcés par les CRRMP[163] en matière de maladies psychiques liées au travail a atteint 2 291 cas, soit environ 25 % de plus qu'en 2022. Bien que cette hausse soit en partie due à un assouplissement réglementaire permettant de soumettre davantage de dossiers aux CRRMP, il n'en demeure pas moins qu'elle est directement liée à une augmentation – entre 2022 et 2023 – des dépressions (+ 22 %) et des anxiétés et stress (+ 36 %).

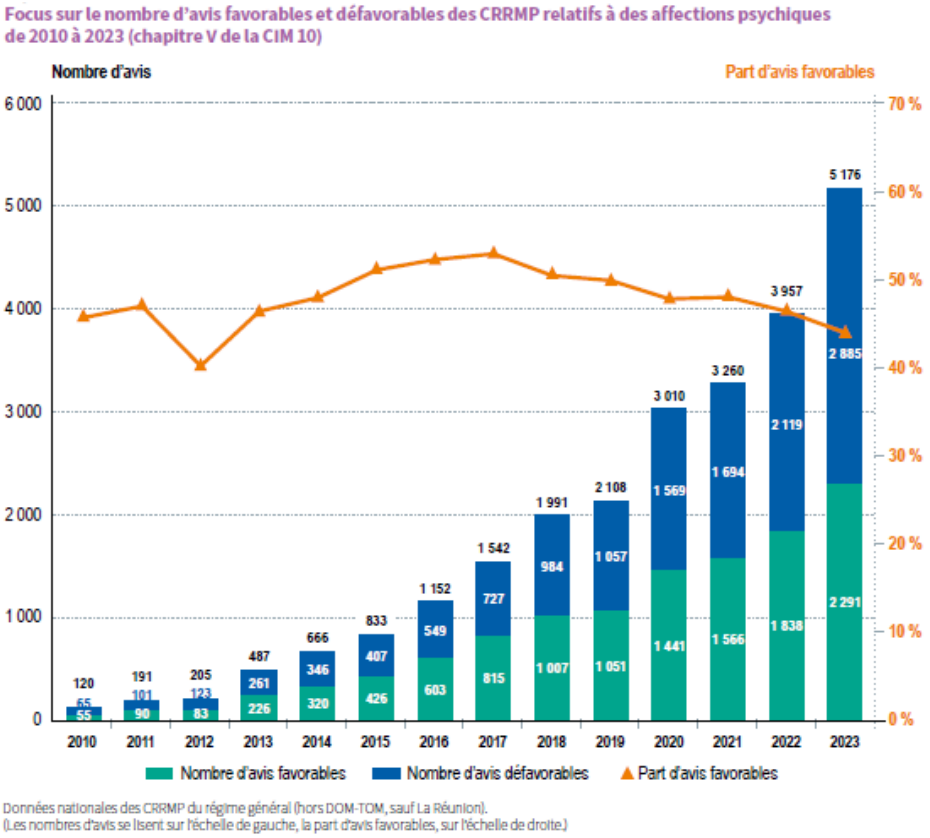
En plus du coût humain, il est intéressant d'estimer l'impact économique des troubles psychiques : avant même la crise sanitaire – en 2018 – la Fondation FondaMental évaluait en effet le coût financier lié aux pathologies mentales à plus de 170 milliards d'euros par an en France, dont 126 milliards représentent des coûts indirects résultant de la perte de qualité de vie et de productivité.

[162] On se souvient de l'exemple funeste des dizaines de suicides et tentatives de suicide chez France Télécom au début des années 2000.

[163] Les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) sont saisis par la Caisse primaire d'assurance maladie pour évaluer les dossiers.

Selon un rapport de l'ANSES[164], ces chiffres pourtant élevés et en constante augmentation, seraient en réalité plus importants, les atteintes à la santé mentale étant sous-estimées et sous-déclarées en France.

Loïc Lerouge[165], directeur de recherche au Centre national de la recherche scientifique (CNRS), estime qu'en dépit d'une hausse très significative des dépressions d'origine professionnelle et des maladies psychiques liées au travail, des différents signaux envoyés au cours de ces vingt dernières années, **les pouvoirs publics et les entreprises se sont insuffisamment emparés de ce problème de santé publique**.



Source : Rapport annuel 2023 de l'Assurance Maladie, sur les risques professionnels.

Afin d'éclairer positivement cette rubrique, il convient de souligner une décision de la Cour de cassation[166] qui est récemment venue clore une des plus importantes affaires judiciaires traitant du harcèlement et de la souffrance au travail : celle de France Telecom et de sa vague de suicides au travail en 2009. Les dirigeants de l'entreprise ont été reconnus coupables de

[164] Il s'agit d'un rapport d'expertise collective publié par l'Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES), publié en mars 2024.
[165] Les recherches de Loïc Lerouge se concentrent sur les problématiques de santé au travail, notamment la santé mentale.
[166] Décision du 21 janvier 2025.

harcèlement moral institutionnel, une notion dont la reconnaissance est liée à cette affaire en France.

2.8.2 Le burn-out (ou le syndrome d'épuisement professionnel)

Le **syndrome d'épuisement professionnel**, désormais plus connu sous l'appellation anglaise de « **burn-out** », continue à se déployer en France, en dépit des obligations de prévention, de mesure des risques psychosociaux imposées aux employeurs, lesquels doivent mettre en œuvre des actions pour y répondre.

Selon une autre étude réalisée en 2023[167], 44 % des salariés présentent même une situation de détresse psychologique, alors que le **taux de burn-out** a **doublé depuis 2020**.

Qu'on se le dise : les troubles de la santé mentale chez les salariés représentent la **première cause des arrêts de travail longue durée et continue de s'accroître d'année en année**[168]. Ce sont les jeunes salariés qui sont le plus durement touchés avec une part d'entre eux en arrêt maladie de longue durée pour épuisement professionnel qui a bondi entre 2019 et 2023.

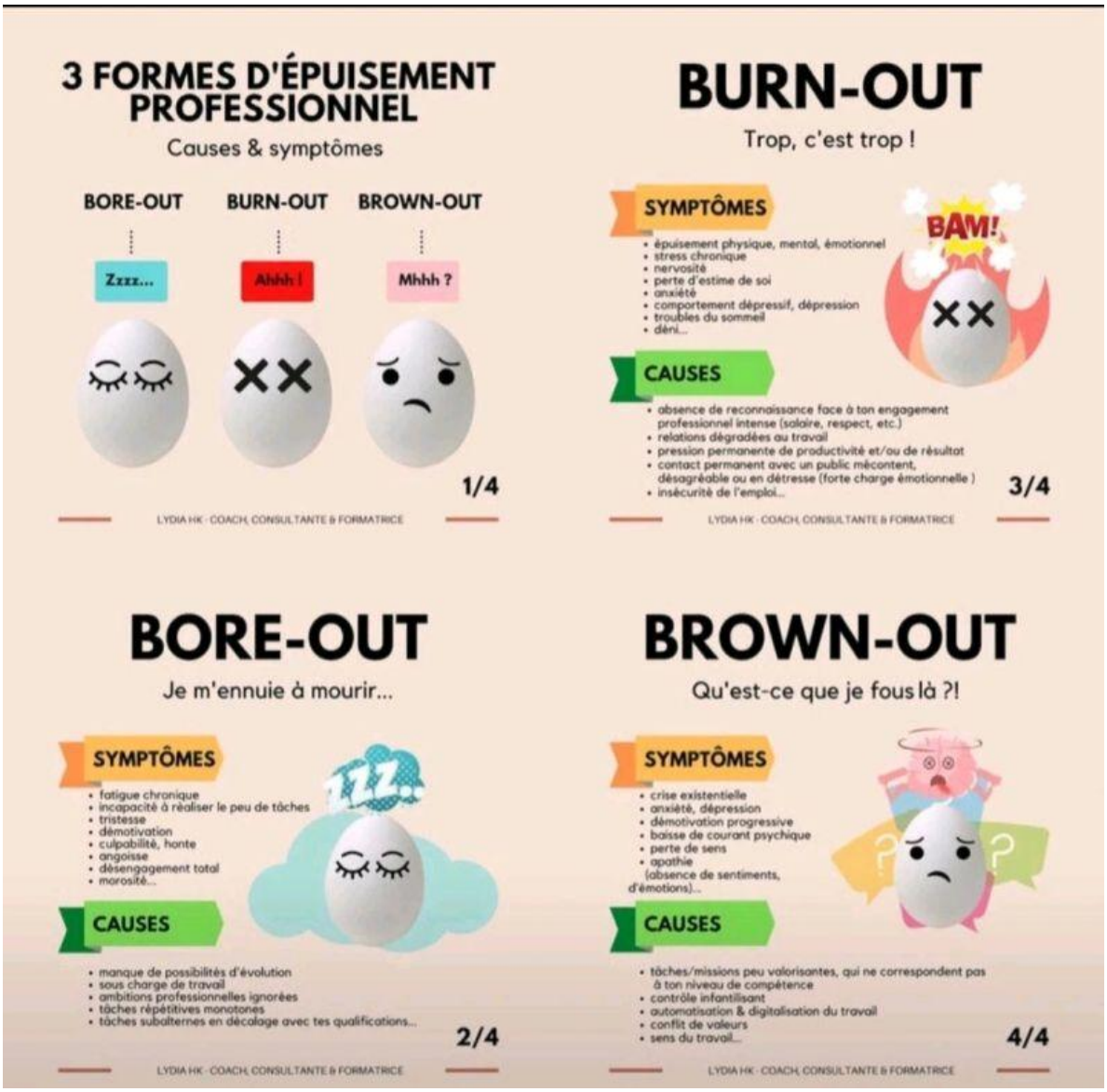
Aujourd'hui, entre **5 % à 10 % de la population active souffrirait de burn-out, soit entre 1,5 et 3 millions de personnes.** Les **jeunes « millennials »** et les **femmes** sont particulièrement touchés.

Il convient, à ce stade, de préciser que le burn-out est presque toujours un symptôme d'un dysfonctionnement de l'équipe ou de l'entreprise et donc lié à un problème organisationnel : l'intensité du travail, l'autonomie accordée ou non aux salariés, le pouvoir d'agir sur les décisions ont un impact sur la santé mentale.

Les sciences du travail ont clairement établi le rôle de ces facteurs clés qu'une récente étude de la Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques (DARES) a encore confirmé en tous points. On a trop souvent tendance, par facilité, à incriminer la personne qui souffre (jugée vulnérable) ou même encore un manageur toxique alors qu'il serait utile d'interroger l'ensemble des raisons ayant conduit à cette politique managériale. Dans ce contexte, on comprend combien la prise en charge individuelle s'avère insuffisante.

Aujourd'hui, **trois formes d'épuisement professionnel** sont identifiées : le « burn-out », le « bore-out » et le « brown-out », décrites dans l'infographie qui suit.

[167] Etude OpinionWay pour le cabinet Empreinte humaine « La prévention des risques psychosociaux est-elle un échec ? ».
[168] Baromètre Teale de la santé mentale des salariés, 2023.



Il est à noter par ailleurs que le manque d'activité et de stimulation, la perte de sens au travail peuvent également causer de grandes souffrances. Qualifié de « bore-out », ce syndrome peut s'avérer particulièrement insidieux dans la mesure où l'on se plaint difficilement de sous-activité et d'ennui, *a fortiori* lorsque sa situation est le résultat d'une « mise au placard ».

La **récente crise sanitaire** s'est accompagnée d'une **accélération de la dégradation des conditions de travail** – liées à des problèmes de cadence, de conflit, de charge de travail, etc. – mais aussi à de nouveaux modes d'organisation engendrés notamment par le développement du télétravail[169].

Le **déploiement du télétravail** fait l'objet d'un **paradoxe** : alors que 75 % des télétravailleurs disent apprécier cette organisation permettant de mieux concilier vie professionnelle et vie personnelle, la moitié des télétravailleurs fréquents reconnaissent que cela accroît leur sentiment de solitude ; 28 % sont même touchés par une solitude chronique (contre 17 % dans la population générale).

[169] À noter que le CESER Normandie a consacré une étude au télétravail : *Les incidences économiques du télétravail en Normandie*, présenté en décembre 2023 par Cécile Maire.

2.8.3 Comment expliquer l'augmentation de la souffrance psychique au travail ?

Disons-le d'emblée : on peine à reconnaître en France cette crise de santé publique. Danièle Linhart, sociologue et directrice émérite de recherche au CNRS, explique que l'on a eu « *tendance à renvoyer la souffrance au travail à un problème individuel, à « psychologiser » cette crise* »[170].

La règle la plus communément appliquée est en effet d'enjoindre les personnes en souffrance au travail à se faire accompagner par un psychologue ou un thérapeute. Cette approche subjective qui induit que la personne est vulnérable et qu'un accompagnement lui permettra de s'adapter à son environnement professionnel s'affranchit d'une réflexion sur l'organisation du travail elle-même.

« On a embolisé le travail avec un tas de contraintes et d'injonctions souvent contradictoires, qui évoluent en permanence".[171]

Selon Laurence Durat, professeure à l'Université de Haute Alsace en sciences de la formation et du management, le monde du travail a connu « *des transformations profondes, caractérisées notamment par la recherche constante de productivité*[172]». L'augmentation du contrôle, du « reporting », d'exigences de plus en plus précises, associée à une accélération des tâches et à des changements permanents – dans les organisations, les outils et méthodes de travail, les objectifs à atteindre – contraint les salariés à des efforts d'adaptation permanents et « *met leur savoir en obsolescence* », pour reprendre les termes de Danièle Linhart.

En août 2024, la DARES a publié quatre rapports sur l'impact des conditions de travail sur la santé mentale, explorant notamment les aspects d'intensification du travail, d'autonomie, de précarité et de chômage. Des rapports d'experts soulignent l'évolution des modes d'organisation du travail et de management, l'intensification et la précarisation du travail, mais aussi la solitude croissante des travailleurs. Une charge de travail accrue, doublée d'une faible autonomie, nuisent particulièrement au bien-être psychologique des salariés.

Face à des changements perpétuels et à une accélération sociétale qui se traduit également dans le monde du travail, les travailleurs développent un sentiment d'insécurité, de stress et d'anxiété.

La **précarisation de l'emploi** contribue également à cette aggravation : la part des emplois précaires est passée de 7 % à la fin des années 1970 à plus de 16 % aujourd'hui[173]. Quant aux **travailleurs pauvres**, l'Insee[174] les estime à 2,1 millions aujourd'hui, un chiffre qui n'a pas baissé depuis trente ans.

Les **diverses transformations que connaît le monde du travail** ne sont pas étrangères à l'accroissement des troubles psychiques. L'adoption d'un management de plus en plus

[170] Source : Santé mentale au travail : une crise encore taboue qui continue d'enfler, 3 février 2025.
[171] www.novethic.fr : Précarisation, intensification : quand le travail pèse sur la santé mentale, 11 février 2025.
[172] *Ibid.*
[173] Données de l'Observatoire de la société.
[174] Institut national de la statistique et des études économiques.

individualisé – se traduisant notamment par des entretiens individuels d'évaluation et l'octroi de primes individualisées –, le développement du télétravail, le déclin des syndicats[175] ont notamment contribué à diluer les collectifs et à isoler les travailleurs, de plus en plus en concurrence les uns avec les autres.

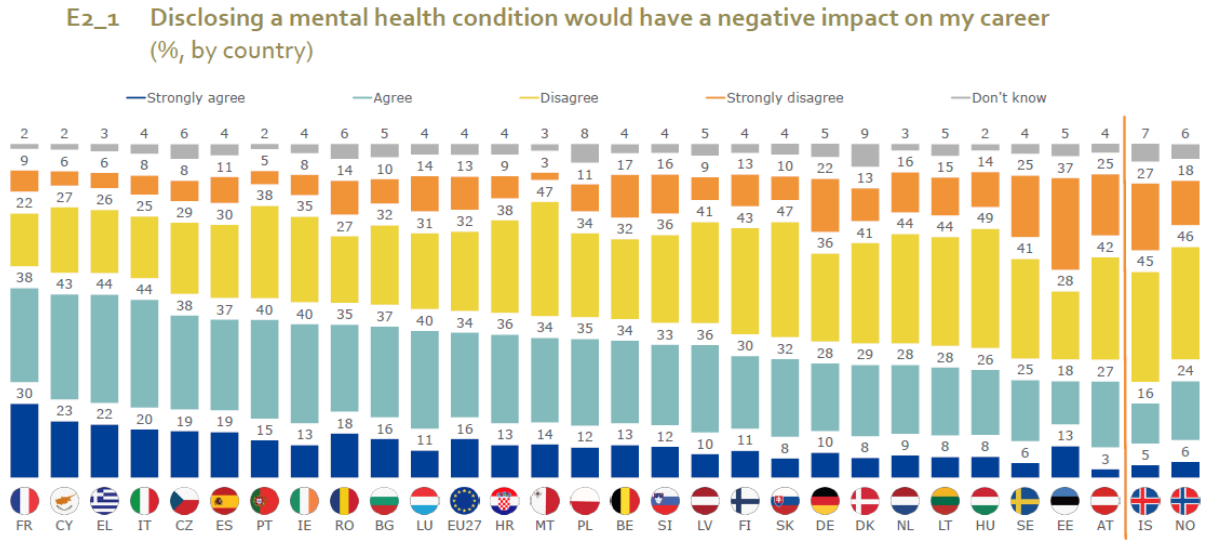
L'isolement progressif des travailleurs est aussi le résultat d'évolutions managériales décrites (et dénoncées) par nombre de sociologues. Les **organisations du travail** demeurent **pyramidales et hiérarchiques en France** et sont souvent pensées par des managers déconnectés « du terrain » qui attendent des salariés qu'ils appliquent des cadres et des outils sans avoir été préalablement consultés. On en mesure clairement les effets dans le milieu hospitalier, par exemple.

Ce mode d'action produit des effets aussi délétères qu'incompris par des managers qui pensent bien faire en y remédiant à travers une offre de coachings ou de numéros verts.

Malgré la gravité de la situation, force et de constater que les mesures pour y remédier sont globalement insuffisantes, tant dans les entreprises que dans les organisations publiques.

À la proposition : « *Révéler un problème de santé mentale aurait un impact négatif sur ma carrière* », le graphique qui suit montre que c'est en France que l'on obtient le plus haut score de « oui » parmi les 27 pays européens.

Selon une enquête de l'Agence européenne de santé et sécurité au travail, parmi les 27 pays de l'Union, c'est **en France** que l'on note le **score le plus élevé de stress en raison du travail**. A la question "*le manager est-il une source de stress ?*", les Français ont répondu oui à 60 %



Source : European Agency for Safety and Health at Work, Flash Eurobarometer, 2022.

contre 10 % seulement en Norvège. À la question : « *L'entreprise se soucie-t-elle de la santé mentale ?* », 38 % des salariés français ont répondu non, contre 19 % en Allemagne.

[175] Rappelons qu'à peine 9 % des salariés sont syndiqués en France. Cette proportion, divisée par deux depuis les années 1970, est près de 3 fois inférieure à la moyenne européenne.

Comment définir la notion complexe et protéiforme du travail ? Plutôt un « contrat » pour le juriste, « des objectifs » pour l'employeur, « des procédures » pour l'ingénieur, il est rarement sans conséquences – en bien ou en mal – sur la santé mentale des salariés.

La hausse de l'absentéisme, le développement des risques psychosociaux, le désengagement des collaborateurs sont – dans l'ordre – les principales conséquences de la souffrance au travail constatées par les dirigeants d'entreprises. Un phénomène qui s'accroît avec la taille de l'effectif.

Le management par les chiffres, les réorganisations permanentes et imposées, les « conduites du changement » délétères, le recours à l'emploi précaire ou sous-traité ont dégradé les solidarités au sein des collectifs et provoqué une **rupture de sens au travail**. Les souffrances qui en découlent sont très peu reconnues[176], alors même qu'elles participent des atteintes à la santé au travail proscrites par la loi.

Pour la première fois cependant, une étude[177] a été réalisée sur l'évolution des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide sur plus d'une décennie, chez les personnes en activité professionnelle, âgées de 18 à 75 ans. Les résultats confirment la forte dégradation de la santé mentale des jeunes adultes depuis la pandémie de Covid[178].

On observe que les raisons données pour les pensées suicidaires étaient avant tout professionnelles et familiales, dans des proportions similaires autour de 40 %[179].

Cette étude est d'autant plus intéressante qu'elle inclut la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité, ce qui permet de cibler les personnes en activité les plus à risque. On observe ainsi que c'est le **secteur de l'hébergement et de la restauration** qui est **le plus concerné par les pensées suicidaires**, devant même le secteur de l'agriculture, sylviculture et pêche.

[176] Les pathologies psychiques ne représentent que 2 % des maladies professionnelles et 1 % des accidents de travail reconnus, des chiffres loin de refléter la réalité. Pour 2021, la commission de la Sécurité sociale chargée d'évaluer la sous-déclaration estime à 108 000 le nombre de pathologies psychiques qui auraient dû être reconnues comme accidents du travail ou maladies professionnelles. On peut estimer qu'il n'y a pas plus de 5 % des atteintes à la santé psychique qui sont reconnues.

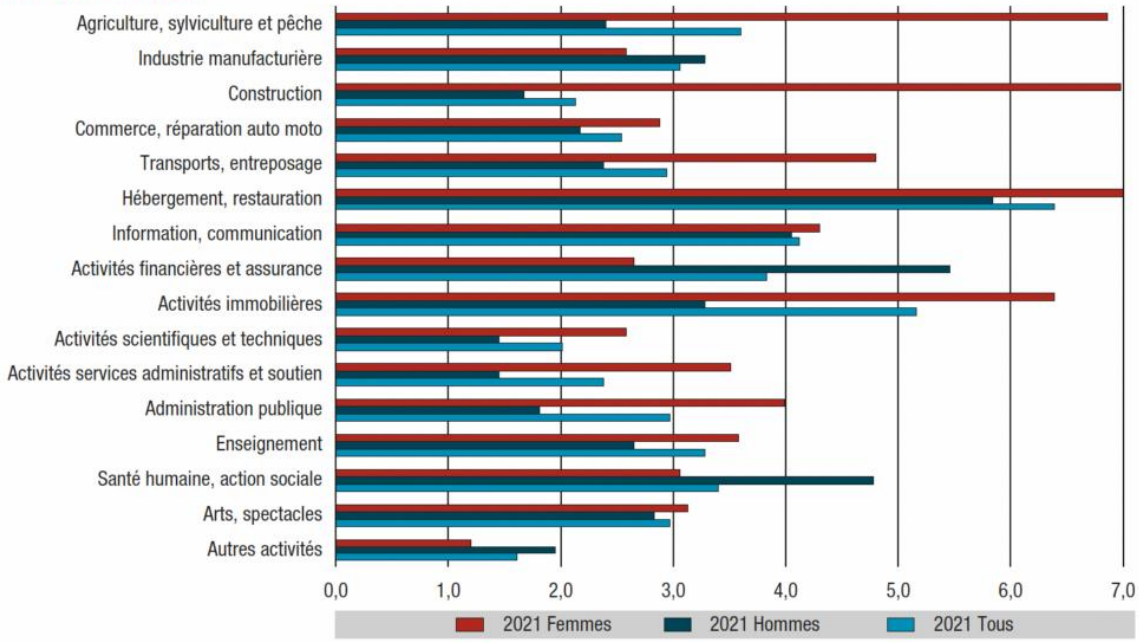
[177] Les données recueillies sont issues des Baromètres de Santé publique France pour les années 2010, 2014, 2017, 2020 et 2021.

[178] Les 18-24 ans présentaient la plus forte prévalence de pensées suicidaires et de tentatives de suicide en 2021.

[179] Les raisons professionnelles sont évoquées dans 9 % à 14 % des cas de tentatives de suicide en 2017, 2020, 2021.

Figure 3

Prévalence des pensées suicidaires (%) au cours des 12 derniers mois selon le sexe et le secteur d'activité en France métropolitaine, 2021



Source : Baromètre 2021 de Santé publique France.

Le « Flex Office » : un mode de travail non sans conséquences sur la santé mentale

L'un des résultats les plus marquants de l'étude de la Fondation Pierre Deniker[180], publiée en novembre 2018, concerne les effets de ce que l'on appelle le « Flex Office » lequel consiste en une organisation de travail dans laquelle les salariés n'ont plus de poste de travail attitré.

L'étude montre que les personnes travaillant en Flex Office présentent un niveau de détresse psychique significativement plus élevé que celles qui ne sont pas soumises à ce mode d'organisation : 33 % des personnes « en flex » présentent en effet une détresse orientant vers un trouble mental, contre 22 % chez celles qui ne travaillent pas « en flex ».

Le Flex Office – bien qu'économiquement séduisant et régulièrement présenté comme un mode favorable de cohésion et de fluidité professionnelles – fragilise en réalité la santé mentale des salariés en engendrant désorientation, isolement, stress, perte de sens et désengagement.

Tout d'abord, la suppression des postes de travail attitrés entraîne une perte de repères pour les employés. Ne plus avoir de bureau fixe revient à effacer toute trace de son passage, ce qui engendre un sentiment de dépersonnalisation. Le salarié devient un nomade dans son propre environnement professionnel, ce qui affaiblit son sentiment d'appartenance et rend le lien au

[180] Cette étude constitue la première enquête épidémiologique d'ampleur sur la santé mentale des actifs en France. Elle a été menée auprès d'un échantillon représentatif de 3 200 personnes et visait à identifier les liens entre exposition aux facteurs de risques psychosociaux (RPS) et détresse psychique orientant vers un trouble mental.

travail plus fragile. L'espace de travail, autrefois porteur d'identité et de stabilité, devient un lieu de passage impersonnel.

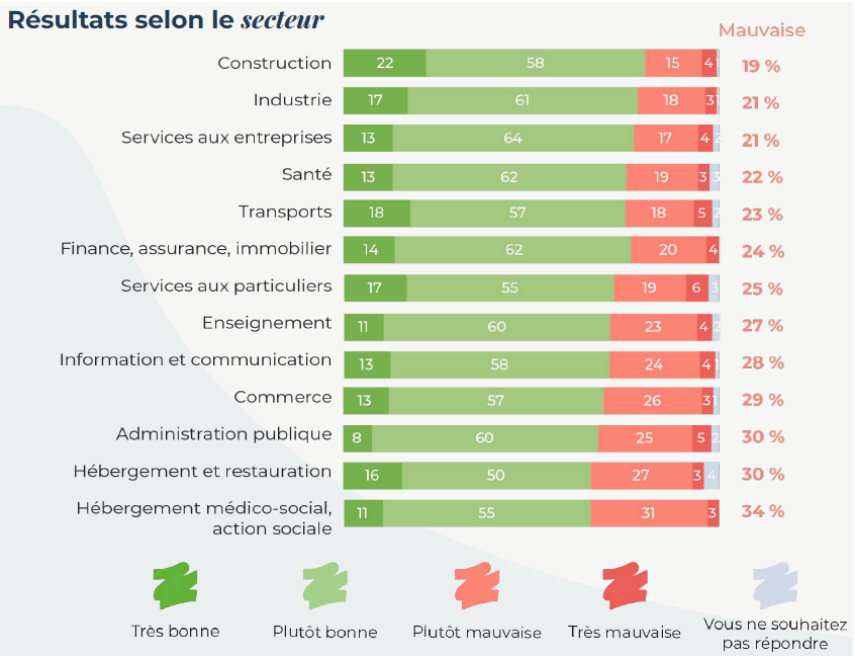
Par ailleurs, le Flex Office contribue à l'éclatement des collectifs de travail. Les équipes se dispersent, les interactions spontanées se raréfient, et le sentiment d'isolement s'installe. Plusieurs études confirment cette tendance, notamment une augmentation significative des troubles psychosociaux. Le recul du collectif nuit à la coopération, à la créativité et à l'engagement, autant de dimensions essentielles à la santé mentale au travail.

Un autre effet délétère du Flex Office est l'hypervigilance qu'il induit. Dans des espaces ouverts, les salariés ont souvent le sentiment d'être observés ou écoutés en permanence, ce qui alimente une forme d'anxiété latente. Pour échapper à cette pression, certains choisissent de se replier vers le télétravail, bien que celui-ci présente aussi, comme on l'a déjà souligné, ses propres limites.

Enfin, ce mode d'organisation se met trop souvent en place dans la précipitation, sans réelle étude d'impact ni réflexion approfondie sur les conséquences humaines. Cette absence d'expérimentation préalable conduit à des aménagements inadaptés qui accentuent le désengagement des salariés. À terme, cela se traduit par une baisse de la motivation, une augmentation de l'absentéisme et du turn-over, ainsi qu'une fragilisation du lien au travail.

2.8.4 Des secteurs professionnels particulièrement exposés

Un certain nombre de secteurs et de professions présentent une vulnérabilité accrue face aux troubles de la santé mentale en raison des leurs conditions de travail, de la charge émotionnelle qu'elles impliquent ou encore de leur exposition à des facteurs de stress intenses. Le tableau qui suit propose de mettre en lumière les secteurs professionnels particulièrement concernés.



Le baromètre publié en janvier 2025 par Qualisocial montre qu'**un quart des salariés français** se déclare **en mauvaise santé mentale**.

Bien que touchant l'ensemble des secteurs d'activité, **l'administration** et les **secteurs davantage en contact avec le public** sont plus impactés.

Source : Qualisocial & IPSOS - Édition # 2 : Le baromètre Santé mentale et QVCT pour 2025.

Bien que sous-jacents dans l'ensemble des secteurs professionnels, les **facteurs de stress touchent plus durement certains types de métiers**, notamment ceux qui requièrent un contact avec le public et impliquent une responsabilité morale (éducation, santé…). Les femmes, majoritaires dans ces champs d'activité, sont donc globalement plus exposées aux risques psychosociaux, lesquels s'ajoutent à la charge mentale [181] qui leur incombe au quotidien.

Depuis 2006, le programme Samotrace[182] vise spécifiquement à surveiller la santé mentale en relation avec l'activité professionnelle en France. La prévalence de **la Souffrance psychique en lien avec le travail (SPLT**) – mesurée par le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel – apparaît comme étant **deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes**[183].

Il convient de souligner que **les cadres** et les **dirigeants d'entreprise** sont soumis à un stress permanent et à des injonctions de plus en plus contradictoires, et forment aujourd'hui **la catégorie professionnelle la plus impactée par les troubles psychologiques liés au travail**.

Les quelques focus qui suivent ne visent pas l'exhaustivité, loin de là. D'autres secteurs professionnels, lourdement touchés, n'apparaissent donc pas dans les rubriques qui suivent.

La santé mentale des dirigeants

Les dirigeants d'entreprise sont souvent perçus comme des piliers de résilience et de performance ; ils sont pourtant de plus en plus confrontés à une réalité alarmante : leur santé mentale se dégrade. Entre pressions économiques, responsabilités multiples et isolement décisionnel, leur équilibre psychologique est mis à rude épreuve. En 2025, cette problématique devient un enjeu de société, révélant un tabou longtemps ignoré : le mal-être entrepreneurial.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes :

- Fatigue : 77% des entrepreneurs se disent physiquement fatigués, et près de la moitié (46%) attribue cette fatigue à leur activité professionnelle ;
- 80% des sondés estiment leur charge de travail trop lourde ;
- Environ deux tiers des dirigeants déclarent « craquer à cause du travail » au moins une fois par an ;
- Exposition au burn-out : un pourcentage significatif présente un risque modéré à élevé de burn-out, avec une vulnérabilité plus forte chez les femmes : 42% des femmes déclarent avoir déjà fait un burn-out contre 28 % des hommes ;

[181] La notion de charge mentale spécifique aux femmes a été introduite pour la première fois en 1984 par la sociologue Monique Haicault. Elle désigne les pressions psychologiques et les responsabilités invisibles qui touchent les femmes dans le cadre de leur vie familiale (gestion du foyer et des enfants).

[182] À noter qu'il existe aussi l'Enquête Santé et Itinéraire Professionnel (SIP) de l'INSEE qui vise à comprendre les liens entre les conditions de travail et la santé des travailleurs, mais l'Enquête Conditions de Travail (CT) de la DARES – Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques – recueille des données sur les conditions de travail, y compris les aspects psychosociaux et leurs impacts.

[183] Les derniers chiffres disponibles – qui remontent à la période 2013-2019 – montrent que la SPLT touche environ 5,9 % des femmes contre 2,7 des hommes.

- Méconnaissance des ressources : 65 % des entrepreneurs n'ont jamais cherché à s'informer sur la charge mentale liée à leur activité, ce qui traduit un certain déni ou un manque d'accès à l'information.

Ces données représentent aussi peu ou prou la situation en Normandie qui n'échappe pas à cette dégradation au niveau national. Pour répondre à ces enjeux, plusieurs dispositifs existent, en particulier au niveau régional :

- ☞ **Chambres consulaires** : elles accompagnent et informent sur la santé mentale des dirigeants en mettant en place des actions concrètes pour rompre l'isolement des chefs d'entreprise ;
- ☞ **Services de Prévention et de Santé au Travail** (ex. SIST Ouest Normandie, MIST[184] Normandie) : ils proposent des suivis individualisés, des outils d'auto-évaluation du stress, des actions de prévention et des moments d'échange ;
- ☞ **CCI Prévention** : un dispositif d'écoute, de soutien et de diagnostic pour accompagner les entreprises en difficulté de manière confidentielle et gratuite (plus de 60 dossiers traités en 2024-2025).

Détresse des enseignants… détresse des élèves

Le **mal-être des enseignants** n'est hélas pas nouveau mais il **s'accroît**. Les baromètres de satisfaction et de bien-être au travail chutent chez les personnels de l'éducation nationale. Les registres de santé et sécurité au travail n'ont jamais recueilli autant d'alertes. Selon un sondage OpinionWay pour Indeed, réalisé en 2023, près de 30 % des enseignants envisageraient même une reconversion professionnelle à moyen terme.

Une série de suicides d'enseignants et de personnels éducatifs en Normandie**[185]** est venue confirmer un profond mal-être structurel.

À l'approche des assises de la santé scolaire, une tribune[186] publiée le 8 avril 2025 dans *Le Monde* soulignait qu'une lutte efficace contre la souffrance des jeunes, passait aussi par l'écoute et la formation des enseignants.

Or, selon une enquête de l'OCDE[187] publiée en 2019, seuls 55 % des enseignants déclaraient avoir abordé la gestion de classe et du comportement des élèves dans le cadre de leur formation initiale ; parmi eux, seuls 22 % rapportaient y avoir été « bien » ou « très bien » préparés.

[184] Maison interentreprises de la santé au travail.
[185] Neuf enseignants et personnels éducatifs de l'académie normande se sont donné la mort entre juin 2024 et mai 2025.
[186] Cette tribune parue dans *Le Monde de l'éducation*, avait pour titre « *Si l'on veut lutter efficacement contre la souffrance des jeunes, il faut commencer par former et écouter les enseignants* ».
[187] https://www.oecd.org/fr/publications/2019/06/talis-2018-results-volume-i_03d63387.html

Les signataires[188] de la tribune plaident pour l'intégration d'une formation aux compétences psychosociales dans le cursus initial des enseignants et tout au long de leur carrière, de même que pour le renforcement des dispositifs d'accompagnement psychologique, avec des espaces de parole et de soutien. La France aurait intérêt à « *s'inspirer des modèles et bonnes pratiques à l'étranger, notamment des pays scandinaves, où la prévention des risques psychosociaux fait partie intégrante des politiques éducatives.* »

À partir des résultats de 213 études réalisées en contexte scolaire[189], Santé publique France publiait en 2022 un bilan des effets probants des programmes de compétences psychosociales sur la santé : amélioration significative de l'estime de soi et des résultats scolaires, réduction des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression, diminution des violences et du harcèlement scolaires, etc.

La santé mentale des maires à rude épreuve

Depuis 2020, le **nombre de démissions de maires ne cesse de croître**. La dimension sacrificielle du mandat électif des maires a toujours fait de la santé mentale un sujet particulièrement tabou. Le voile est en train de se lever, notamment à travers deux récentes études consacrées à cette question. Une première étude publiée à l'automne 2024[190] a révélé que 83 % des édiles jugeaient leur mandat usant pour leur santé et se disaient « *fréquemment* » sujets à un fort stress ou à des troubles du sommeil.

Une seconde étude[191] a montré que, malgré une satisfaction générale dans l'exercice de leur mandat (69,3 %), 31,4 % des maires faisaient face à un début d'épuisement, tandis que 3,48 % présentaient un risque de burn-out sévère.

L'étude d'Amarok[192] souligne un sentiment d'impuissance particulièrement élevé chez les maires. Parmi les 34 « stresseurs » identifiés, le plus important est lié à la complexité et à la lourdeur administratives de leur mandat, avant la charge de travail et le manque de temps.

Et qui s'occupe de la santé mentale des soignants… ?

Il est impossible d'évoquer la souffrance au travail sans mettre en exergue **l'état de santé mentale des soignants et des professionnels de santé**, dans leur ensemble. Ces derniers font face à une prévalence élevée de troubles de santé mentale, alimentée par le contexte professionnel et sociétal, nécessitant des réponses structurelles et culturelles urgentes.

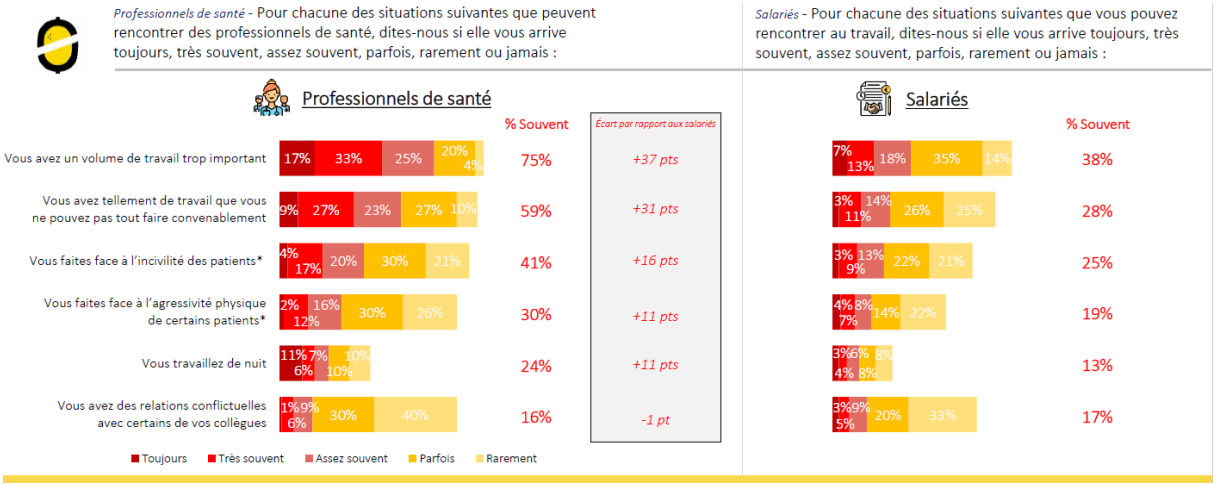
Aujourd'hui, **94 % des soignants français déclarent ressentir une fatigue intense au travail**, avec un impact négatif pour 86 % d'entre eux sur la qualité des soins en raison du stress. **Un tiers des personnels hospitaliers souffre de dépression** selon l'étude AMADEUS [193] de 2024, avec des situations particulièrement critiques chez les anesthésistes-réanimateurs dont plus de 60 % présentent un score élevé de burn-out.

[188] Angèle Malâtre-Lansac, déléguée générale de l'Alliance pour la santé mental, et Vanessa Duchatelle, cofondatrice et directrice générale de l'association ScholaVie.

[193] AMéliorer l'ADaptation à l'Emploi pour limiter la soUffrance des Soignants ; enquête réalisée auprès de 10 000 soignants.

On en connaît les raisons : des conditions de travail difficiles, une surcharge de travail, un manque de reconnaissance, une faible latitude décisionnelle face à une forte sollicitation psychologique, violence et harcèlement, etc.

Cette détresse conduit à divers troubles : symptômes d'épuisement professionnel, troubles anxieux, dépression, addictions, voire des risques suicidaires accrus. Des dispositifs existent (cliniques spécialisées et structures de soins adaptés, plateformes d'écoute…) mais la stigmatisation et le défaut de reconnaissance freinent encore leur usage. Face au poids des responsabilités et urgences qu'ils endossent, à la crainte d'être taxés de faiblesse s'ils



Ces graphiques montrent une surexposition des professionnels de santé à l'épuisement et à la violence, par rapport à la moyenne des salariés des autres secteurs en France. Source : MNH – ODOXA, baromètre 2025

expriment leur mal-être et leur épuisement, à perdre leur crédibilité de soignant, ils négligent leur santé encore plus que la moyenne.

Nous avons été frappés, au fil des auditions et des rencontres qui ont jalonné nos travaux, par leur volonté inébranlable de soigner et de soulager des personnes en souffrance, tout en décrivant les conditions de travail épuisantes, anxiogènes et particulièrement dégradées qu'ils subissent au quotidien. La dédicace qu'on leur adresse en introduction de ce rapport était donc bien la moindre des choses.

Les professionnelles de santé exposées aux violences sexuelles et sexistes

[190] Étude menée par les sociologues Didier Demazière et Jérôme Pélisse, du Centre de sociologie des organisations (Sciences Po Paris-CNRS) avec l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité (AMF).

[191] Étude conduite par l'Observatoire Amarok, sous la direction de son président, Olivier Torrès, et du doctorant Mathieu Le Moal, de l'université de Montpellier, avec l'Association des maires ruraux de France (AMRF).

[192] Dossier de presse – Étude sur la santé des maires

[193] AMéliorer l'ADaptation à l'Emploi pour limiter la soUffrance des Soignants ; enquête réalisée auprès de 10 000 soignants.

Une consultation auprès du corps infirmier sur les violences sexuelles et sexistes[194] (VSS) a révélé – en décembre 2024 – que 53 % des répondantes s'en déclaraient victimes.

34 % des victimes évoquent une répercussion sur leur santé et 24 % font état d'effets négatifs sur leur vie sociale et intime. Pour 14 % d'entre elles, ces violences ont modifié leur rapport au travail (causant absentéisme et motivation) et plus grave encore : 12 % ont entraîné un changement de secteur d'activité.

Il convient de préciser que les patients sont les premiers auteurs de ces VSS (cités à 60 %... avec une proportion qui atteint même 80 % pour les personnes exerçant en libéral).

Selon les participants, trois facteurs principaux expliquent cette situation : la culture carabine (71 %), des rapports hiérarchiques et fonctionnels déséquilibrés (59 %) et une culture du silence qui reste prégnante au sein des établissements de santé (53 %). Sur ce dernier point, on constate en effet une forme de résignation face à ces violences puisque seules 2 % des victimes indiquent avoir porté plainte et 2 % une main courante. Le peu de cas réservé à ces dépositions n'est pas étranger à la faible part de ces démarches.

Dans les suites d'une enquête du Conseil de l'ordre des médecins[195] estimant que plus de la moitié (54 %) des médecins femmes actives ont été victimes de violences sexistes et sexuelles, une centaine d'hommes du milieu médical (étudiants, internes, hospitaliers, professeurs) se sont engagés, dans une tribune publié dans *Le Monde* du 17 février 2025, à briser le silence et à réagir.

Ces hommes dénoncent des structures hospitalières « *encore trop souvent dominées par une culture sexiste, machiste et patriarcale* ». La majorité des violences se déroulent le plus souvent pendant les études médicales et sont le fait d'enseignants, de maîtres de stage et d'encadrants. Cette culture est largement connue puisque 65 % des médecins déclarent avoir eu connaissance de violences sexistes et sexuelles vis-à-vis de leurs collègues et que cette proportion s'élève même à 70 % chez les médecins de moins de 40 ans. À l'hôpital, toutes les professions (médecins, infirmières, secrétaires) font les frais de ce « *sexisme systémique dans le monde médical hospitalier et universitaire, qui nous salit collectivement, qui met en danger et, parfois, détruit nos collègues femmes* ».

[194] Cette consultation, dont les résultats ont été dévoilés en décembre 2024, a reçu plus de 21 000 réponses. Les infirmiers sont également touchés mais dans une moindre mesure : 24 % d'entre eux ont déclaré avoir déjà été victimes d'au moins un type de violences sexuelles et sexistes.

[195] Cette enquête a été rendue publique le 20 novembre 2024 : 48 % des femmes médecins ont déclaré avoir subi une violence sexiste ou sexuelle pendant leurs études et 25 % dans le cadre professionnel. Ce ratio est de 5 % chez les médecins hommes.

Accompagner les agriculteurs dans la Manche : avec Mickaël ANGE

Audition de **Mickaël ANGE**[196], salarié de la chambre d'agriculture de la Manche, occupant une mission de conseil auprès des agriculteurs de la Manche.

« Je rencontre souvent des personnes dépressives, en souffrance (pleurs), avec des idées suicidaires. Certains ont déjà fait des tentatives de suicide ».

En Normandie, les Chambres d'agriculture ont mis en place, avec un certain nombre de partenaires, le **dispositif « Réagir »** pour accompagner les agriculteurs en souffrance.

Mickaël Ange nous a exposé les missions très particulières qu'il exerce depuis six ans auprès des agriculteur·ices du département, afin de prévenir le risque suicidaire de cette profession très exposée.

Formé à l'origine en gestion économique et fiscale, il a ensuite été formé aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM).

En conduisant les missions plus « classiques » de conseiller auprès des agriculteur·ices, il s'est rendu compte que la dimension humaine était au cœur de chaque situation qu'il rencontrait. Il évoque un « *métier de passion, très proche de l'humain* ».

Cette population étant plus que réticente à l'idée de rencontrer un psychologue et *a fortiori* un psychiatre, la rencontre avec un conseiller constitue une porte d'entrée et provoque une libération de la parole qui surprend Mickaël Ange lui-même, en raison de la nature et de l'ampleur des confidences qui lui sont faites.

Lorsqu'il estime que le risque d'un passage à l'acte est réel, il alerte l'assistante sociale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) qui prend la suite.

Le **risque suicidaire chez les agriculteurs** est une préoccupation majeure de santé publique. Les dernières données de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) confirment une tendance inquiétante : la mortalité par suicide reste à la hausse chez les exploitants agricoles.

Sur la période 2018-2021, le **sur-risque de suicide** était de **73 % chez les plus de 65 ans** et de **60 % chez les 15-64 ans**, comparé à la population générale. Ce sur-risque, qui n'a pas faibli depuis, témoigne d'une vulnérabilité persistante du secteur agricole.

Il convient de souligner que les non-salariés agricoles sont de loin les plus exposés, avec un sur-risque de mortalité par suicide de plus de 82 % par rapport au reste des assurés, tous régimes confondus.

Les causes de ce phénomène sont multiples et s'entrecroisent. Les facteurs socio-économiques jouent un rôle central : précarité financière, faibles revenus, endettement, incertitude sur l'avenir de l'exploitation, mais aussi isolement social et géographique. À cela s'ajoutent des

[196] Audition réalisée à Caen le 18 juin 2024, auprès de la commission.

facteurs sanitaires (maladies chroniques, addictions), démographiques (âge, genre, statut marital), et des difficultés d'accès aux services publics en milieu rural. Les troubles psychiques, notamment la dépression, sont particulièrement présents et constituent un facteur de risque majeur. Les hommes, notamment les non-salariés agricoles de plus de 40 ans vivant en zone rurale isolée, apparaissent comme les plus exposés.

Face à cette réalité, la Manche s'appuie sur un réseau d'acteurs engagés dans la prévention. L'Association Départementale de Prévention du Suicide de la Manche propose des dispositifs d'écoute, d'information et d'accompagnement, à destination des personnes en souffrance, de leurs proches, mais aussi des professionnels. Des formations et des colloques sont régulièrement organisés pour mieux comprendre la crise suicidaire et renforcer la capacité de repérage et d'intervention des acteurs locaux.

La MSA a, de son côté, mis en place des cellules pluridisciplinaires de prévention, un numéro d'écoute (Agri'Écoute) accessible 24h/24, ainsi que des aides au répit pour soutenir les agriculteurs en situation d'épuisement professionnel.

Table ronde : la souffrance au travail[197]

En présence de :

- **Marie-France CANOVILLE**, psychiatre et médecin du travail (récemment à la retraite) dans le Nord-Cotentin
- **Christine ÉCHELARD,** directrice générale adjointe Ressources – Performance – Vie et Evolution de la Collectivité, à la Région Normandie et **Romane MAURICE,** chargée de projets Région en santé et prévention – Pôle Prévention et Conditions de Travail – au sein de la direction Vies et accompagnements
- **Hervé ENOUF**, directeur des ressources humaines du site Renault Trucks Blainville-sur-Orne (Groupe Volvo) et **Emmanuel BARON,** responsable Santé & Sécurité du site (Calvados)
- **Mélanie SOUFFLET,** praticienne en psychothérapie spécialisée dans la souffrance au travail

On a longtemps limité les questions de santé au travail aux symptômes physiques (dont les fameux troubles musculosquelettiques). Ce n'est finalement que dans les années 90 que l'on a commencé en France à mieux mesurer les conséquences du stress et du mal-être au travail.

Selon le Ministère du Travail, **le nombre de pathologies psychiques** reconnues par l'Assurance Maladie comme étant **d'origine professionnelles** – c'est-à-dire liées au contexte de travail et de management – **a plus que doublé entre 2016 et aujourd'hui**.

En août 2024, la DARES a publié pas moins de quatre rapports sur l'impact des conditions de travail sur la santé mentale, en explorant notamment les aspects d'intensification du travail, d'autonomie, de précarité et de chômage. Des rapports d'experts pointent l'évolution des modes d'organisation du travail et de management, l'intensification et la précarisation du travail, mais aussi la solitude croissante des travailleurs.

La **table ronde, prévue en deux temps** – les **causes et impacts de la souffrance au travail**, d'une part, puis les **stratégies pour les prévenir et les combattre**, d'autre part, à travers deux exemples issus des secteurs public et privé – visait à mieux cerner les relations entre le travail et la santé mentale.

À la retraite depuis six mois, **Marie-France CANOVILLE** a exercé dans plusieurs spécialités, notamment en tant que médecin psychiatre, médecin du travail et médecin addictologue, dans des Centres médicopsychologiques (CMP) ruraux et citadins, des services de médecine municipale et de santé au travail.

Dans son exposé, elle s'est beaucoup appuyée sur les travaux du professeur **Christophe Dejours –** psychiatre et psychanalyste – qui a démontré que le **travail** était un **élément central dans la constitution de la personnalité**.

[197] Table ronde organisée le 25 février 2025 à Caen, dans le cadre de la commission.

Qu'est-ce que le travail ?

En psychologie, le **travail** est défini comme la **capacité à mobiliser ses propres ressources, son intelligence, son savoir-faire et son expérience**, incluant non seulement ce que l'on a appris, mais aussi des astuces et des techniques. Ce processus engage à la fois le corps et l'esprit pour surmonter les résistances du réel et atteindre un résultat escompté et bien fait.

Les philosophes du travail, tels que Bernard Stiegler, considèrent que **travailler, c'est bifurquer**, c'est-à-dire que l'on est véritablement au travail lorsque l'on rencontre des résistances et que l'on doit puiser en soi-même pour les contourner et obtenir un résultat.

Le travail **peut procurer du plaisir car il est un élément de construction personnelle**. Il nous fait grandir, nous permet de réaliser des choses et de recevoir de la reconnaissance. Il nous aide à trouver notre place dans un collectif, à avancer malgré les difficultés, et à éprouver du plaisir et à exister davantage. Christophe Dejours[198] parle donc de la **centralité du travail dans la constitution du sujet**.

Par conséquent, **travailler, ça n'est pas seulement produire, c'est aussi se transformer soi-même.**

Pourquoi le travail peut-il détruire ?

Avec l'évolution des organisations du travail, **on est passé d'une appréciation centrée sur la qualité d'un produit à des objectifs quantifiables de performance et de productivité**.

Selon Marie PEZÉ, présidente de l'association Souffrance et Travail, **le bon travailleur aujourd'hui** n'est plus celui qui s'applique pendant des heures à réaliser un travail parfait, mais **celui qui travaille rapidement et atteint les objectifs de productivité**.

En dépit d'une bonne connaissance de son travail et d'un savoir-faire certain – des critères ayant prévalu à son embauche – il arrive que sa propre logique soit entravée par des méthodes imposées. Le travail peut rapidement devenir compliqué, non intuitif, de surcroît évalué individuellement et régulièrement selon des critères de qualité que l'on n'a pas choisis, avec un nouveau langage qui n'est pas le sien. Les demandes de bordereaux à remplir et de rapports à rendre à chaque étape peuvent empêcher la concentration et conduire à l'épuisement.

Les évaluations individuelles sont de plus en plus basées sur des critères quantifiables de performance et de productivité, plutôt que sur la qualité du travail. Le risque s'accroît encore en présence de règles de procédure imposées par une logique comptable organisationnelle qui coexistent avec des critères de qualité dont le travailleur ne peut faire abstraction.

En réalité, à peu près **tout le monde souffre de cet écart entre le travail prescrit et le travail réel**, de critères de qualité allant à l'encontre de la qualité du travail, de rapports envahissants qui brisent la pensée, **d'hyperconnectivité et d'isolement**. Il est de plus en plus difficile de

[198] **Christophe Dejours** est un psychiatre, psychanalyste, médecin du travail, ergonome et professeur de psychologie français. Il est surtout connu pour avoir fondé la **psychodynamique du travail**, une discipline qui analyse les effets de l'organisation du travail sur la santé mentale des travailleurs. Ses recherches portent sur la souffrance au travail, la résistance du réel, et les stratégies de défense individuelles et collectives déployées pour lutter contre cette souffrance.

valoriser le savoir-faire de chacun dans une mission collective, de répondre à une même prescription cadrée individuellement. Les évaluations individuelles aboutissent presque immanquablement à une mise en concurrence.

Cet **écart entre le travail prescrit et le travail réel** est souvent défini verticalement par des personnes qui ne sont pas des acteurs de terrain. Cela crée une dépense d'énergie psychique pour faire coller la prescription à la réalité du terrain.

Le **burn-out, ou épuisement mental, est une pathologie de la surcharge mentale et de l'isolement**. Il est primordial de valoriser le savoir-faire de chacun dans une mission collective et de créer des espaces de débat pour questionner le travail bien fait. La coopération et la reconnaissance sont essentielles pour éviter l'épuisement professionnel. Les dégâts du burn-out, anxiogènes et dépressogènes, sont également neurobiologiques et peuvent désormais être objectivés.

Le **cerveau humain est créatif et a besoin de temps pour se réorganiser et élaborer des pensées**, que ce soit de manière consciente ou inconsciente. Nous avons tous fait l'expérience de laisser de côté un problème, de décider de faire autre chose, puis d'y revenir et de trouver la réponse**. Ce temps informel est nécessaire**, qu'il soit individuel ou collectif.

Il n’est pas du tout certain que toutes les personnes en souffrance, qui se plaignent d’avoir trop de travail, aient réellement plus de travail qu'auparavant. Ce qui est plus certain en revanche, c’est que l’on a ajouté à leur charge mentale normale un fardeau d’autant plus épuisant qu’il n’est pas quantifiable. En effet, la résolution de l'écart entre le travail prescrit et le travail réel, ainsi que le conflit éthique interne que cela génère, sont épuisants.

Il est également important de prendre en compte la santé mentale des travailleurs indépendants, qui n'ont pas la pression des supérieurs mais peuvent souffrir de l'isolement et de la charge de travail. Les réseaux de pairs peuvent être un soutien précieux.

Après un DUT de biologie avec une option agroalimentaire, **Mélanie SOUFFLET** a travaillé dans le contrôle vétérinaire sur une chaîne d'abattage, un travail répétitif sous contrainte de temps. Elle a ensuite poursuivi des études de chimie et travaillé dans ce domaine, avant de bifurquer vers le secteur culturel et créé la structure « Le Marchepied » qui accompagne des artistes en Normandie depuis 20 ans.

Après l’obtention d’un master 2 en management des organisations culturelles à Paris, Mélanie Soufflet a été chargée de cours à Paris Dauphine sur la gestion sociale et le management. Ayant quitté le Marchepied en 2020, elle a décidé d’entamer une formation de praticienne en art-thérapie, assortie d’un stage à l'Établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen. Son mémoire portait sur l'épuisement professionnel des dirigeants et des indépendants.

Encore investie aujourd’hui dans le secteur culturel, elle est également consultante sur les questions d'organisation du travail, dans le secteur de l'économie sociale et solidaire, du sport et de la culture. Elle reçoit en cabinet des personnes en situation d'épuisement professionnel, de harcèlement ou de reconversion, pour lesquelles un arrêt de travail a souvent été la première prescription.

En tant que psychopraticienne de la souffrance au travail, Mélanie Soufflet a pu observer que de nombreux médecins généralistes étaient eux-mêmes dans une situation de travail répétitif sous contrainte, avec pour effets un épuisement émotionnel, une perte d'empathie et de sentiment d'accomplissement de soi. Elle précise qu'ils pas n'osent pas en parler, de peur de perdre leurs patients.

La souffrance au travail est particulièrement prégnante chez les soignants à l'hôpital, soumis à des injonctions paradoxales. Les médecins et soignants sont soumis à des contraintes de plus en plus importantes, édictées par « *un État qui fonctionne de plus en plus comme une grande entreprise* ».

Également dans les pas du psychiatre Christophe Dejours, Mélanie Soufflet redit combien le travail, en tant qu'élément constituant de son identité, est essentiel pour l'épanouissement mais aussi majeur comme source d'effondrement du sujet. Ce dernier survient en l'absence de reconnaissance et d'espace pour subjectiver le travail, surtout face à un écart important entre le travail prescrit et le travail réel. Or les équipes sont de plus en plus dirigées par des gestionnaires plutôt que par des ingénieurs ; cela change la vision même du travail prescrit.

Les méthodes actuelles de management indexent l'évaluation individuelle des compétences et des performances sur la rapidité et la productivité, ce qui ne permet pas d'objectiver le travail. Il est essentiel de reconnaître que nous ne sommes pas des machines de guerre ultra performantes et qu'il nous faut créer des espaces de coopération. La **diminution des collectifs** est **une des raisons majeures de l'augmentation de burn-out et d'épuisement professionnel**.

L'accélération du rythme de travail écrase notre psychisme, et **nos outils**, censés nous faire gagner du temps, **deviennent des objets d'aliénation**. Il est nécessaire de retrouver de la place pour autre chose que de la productivité, même si cela implique d'accepter de perdre du temps.

Marie Pezé[199] souligne que **nous vivons tous au-dessus de nos moyens psychiques**. Nous sommes soumis à cette accélération, même en étant en veille ou en se déconnectant. Il est important de veiller sur ses collègues et de sonner l'alerte lorsqu'un collègue accélère son rythme de manière excessive. Les managers doivent être attentifs et dire à leurs employés de rentrer chez eux lorsque cela est nécessaire.

Les addictions au travail existent, et bien que certains puissent les utiliser comme mode de défense, elles peuvent entraîner des pathologies. Lorsque ces personnes s'effondrent, cela arrive souvent de manière brutale. Il est alors crucial de mettre les personnes en sécurité, les dégâts du burn-out étant difficilement réparables. Il est néanmoins important d'avoir à l'esprit qu'il est rare que tout s'effondre d'un seul coup au travail. Cela survient souvent dans un contexte particulier, comme un décès ou une séparation. Cela peut entraîner un effondrement professionnel, alors que tout continuait à « tenir » jusque-là.

Les **personnes isolées** – comme les **travailleurs indépendants et les chefs d'entreprise** – ont plus de mal à savoir vers qui s'adresser en cas de problème. Il existe heureusement en

[199] Docteur en psychologie, psychanalyste et fondatrice du réseau de consultations « Souffrance et Travail ». Elle a livré un saisissant journal de consultation dans son ouvrage *Ils ne mourraient pas tous mais tous étaient frappés, Journal de la consultation "Souffrance et Travail" 1997-2008* (Ed. Pearson, 2008).

Normandie des services interprofessionnels qui organisent des soirées pour les libéraux et les chefs d'entreprise. Bien que ces initiatives soient encore balbutiantes, on voit se mettre en place des réseaux de pairs qui permettent d'échanger sur les problématiques, les difficultés et les vulnérabilités, et de se soutenir mutuellement.

S'agissant des dirigeants d'entreprises[200], des modèles d'économie sociale et solidaire – comme les Sociétés Coopératives et Participatives (SCOP) – permettent de ne pas être isolés et de ne pas tout faire reposer sur les épaules d'une seule personne. Si le dirigeant est malade deux semaines, il importe que l'entreprise puisse continuer à fonctionner sans lui.

La prévention des risques psychosociaux au Conseil régional de Normandie

« En vous écoutant, je me disais que la qualité de vie au travail et les conditions de travail ne devraient pas être un projet à part, mais l'essence même du travail. » Christine Échelard

Depuis 2016, Christine Échelard occupe à la Région Normandie le poste de directrice générale adjointe Ressources – Performance – Vie et Evolution de la Collectivité ; elle a donc accompagné la fusion interne des deux Régions des missions « ressources » des deux anciennes collectivités. Dotée d'une expérience de plus de 30 ans de management, dans des environnements très différents (privé et public), elle a travaillé dans le logement social, la santé de la petite enfance de même qu'au sein de collectivités territoriales.

Elle a toujours été sensible à la question de l'engagement individuel et collectif. Lors de la fusion au sein de la région Normandie, un des premiers enjeux était d'être attentif au climat humain. À l'occasion d'un changement d'échelle, des situations individuelles ou collectives peuvent déraper et entraîner des dysfonctionnements. Le rôle du dirigeant et du directeur de ressources humaines, devenu de plus en plus prégnant, est d'être attentif à ces situations. Le profil des directeurs des DRH a changé : ce sont moins des gestionnaires qu'il y a 20 ou 30 ans.

À l'occasion de la fusion, les agents sur le site administratif – les plus impactés par les évolutions d'organisation – ont été invités à exprimer leur ressenti par le moyen d'enquêtes de proximité individuelle et anonymes, réalisées par un prestataire extérieur.

Depuis 2020, la situation de santé au travail a profondément changé. En 2018, la collectivité avait déjà cherché à donner du sens à ce changement. Or l'un des enjeux les plus importants dans la transformation du travail est le management ; les meilleures interventions possibles ne suffiront jamais en l'absence d'un bon management accompagnant. Le conseil régional a ainsi décidé d'intégrer dans son projet collectif sur les ressources humaines un plan appelé « Entreprise en santé », issu d'une norme internationale développée au Canada, depuis des dizaines d'années.

L'année 2018 marque l'introduction d'une nouvelle vision globale du salarié : il n'est pas simplement une personne qui arrive au travail le matin et repart en fin de journée mais aussi quelqu'un avec une vie personnelle. Pour les femmes, cela peut inclure une charge mentale

[200] Dans son étude *L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie*, publiée en décembre 2020, le CESER abordait le risque de suicide des dirigeants.

plus importante, comme être aidante de personnes en situation de handicap ou de personnes âgées.

La **démarche "Entreprise en santé"** permettait de répondre à quatre enjeux :

- Un **enjeu managérial** : recruter ou former des managers qui comprennent que la première ressource d'une structure, ce sont ses salariés, et qu'il convient de les accompagner dans leur parcours de vie professionnelle et personnelle ;
- La **conciliation vie privée et vie professionnelle** : cet enjeu était particulièrement important au moment de la fusion des deux Régions, avec des contraintes calendaires et des trajets ;
- La **sécurité au travail** ;
- Les **habitudes de vie** : faire du salarié un partenaire de son employeur en lui donnant la parole afin de le rendre acteur de sa propre santé. Il faut pour cela être suffisamment informé sur des sujets comme l'activité physique et l'alimentation.

Ces quatre axes du plan régional, déployés entre 2018 et début 2022, ont structuré toute la démarche mise en œuvre par la collectivité. Aujourd'hui, une attention particulière est portée à la santé mentale des salariés au travail. Dans cette vision de la norme internationale, le salarié est unique, disposant d'un corps physique, mais aussi d'une identité et d'une structure mentale.

Depuis 2022, à l'issue des deux confinements, il a été observé que certains prérequis de travail collectif se dissipaient et que les agents pouvaient être moins attentifs. Cela peut être étendu aux périodes de transition Covid, avec des démarrages, des rétropédalages et des redémarrages. Il fallait absolument travailler sur cette question de santé mentale dans la mesure où elle n'avait pas seulement un intérêt individuel, mais qu'elle constituait aussi un enjeu pour les organisations de travail et leur pérennité. En France, que ce soit dans une structure publique ou privée, on ne voit pas forcément les coûts indirects que peut engendrer la mauvaise santé des salariés. Il serait utile d'avoir une idée plus précise de ce que coûte à l'employeur les maladies de ses salariés, au-delà des impacts individuels.

La Région envisage d'engager une démarche structurée sur la santé mentale, avec des actions à l'échelle du salarié et de l'organisation. Pour le salarié, cela inclut un accompagnement à la gestion du stress et l'accessibilité à des supports psychologiques. Pour les professionnels qui accompagnent les autres – notamment les ressources humaines – il y aura des groupes de parole entre pairs pour alléger leur charge mentale. Une écoute particulière sera aussi accordée aux managers, car autant on leur demande d'accompagner leurs équipes, autant ils peuvent être mis à mal par les situations qu'ils sont amenés à gérer.

À l'échelle de l'organisation, la Région envisage de mettre en place une politique de prévention des risques psychosociaux renforcée, avec des actions de formation et d'acculturation. Le règlement du télétravail mis en place en 2018 fera l'objet d'une révision. La collectivité a engagé une action spécifique sur la charge de travail dans certaines directions des sites administratifs et compte par ailleurs revoir l'organisation des « clubs managers ».

La question de la santé mentale joue un rôle sur le climat social. Il y a de plus en plus de dysfonctionnements à traiter, des personnes qui supportent moins l'échange qu'auparavant et se referment sur elles-mêmes. S'ajoutent d'autres problématiques individuelles, comme la violence faite aux femmes, toujours beaucoup trop présente malgré les démarches de lutte réitérées. Autant d'éléments sur lesquels il convient d'agir simultanément pour minimiser l'impact des risques pesant sur les collectifs de travail.

Il est essentiel de donner du sens au travail des différents collaborateurs. Derrière certaines actions plus communicantes et amusantes, se trouve l'intention d'y intégrer la santé mentale comme axe majeur. C'est dans ce cadre que la Région porte des projets sur la parentalité et la prévention de la santé mentale, avec une démarche pluriannuelle et un accompagnement complet, incluant une cellule d'écoute depuis 2018.

Des formations aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) sont proposées aux managers mais aussi à certains agents au sein des services. L'objectif n'est pas de créer des « super-héros de la santé mentale », mais de permettre à chacun de reconnaître les signes de mal-être et de savoir comment intervenir.

Être « acteur » de sa santé ne signifie pas être « responsable » : cela signifie que les salariés ont un accès facilité à des informations visant à conserver une bonne santé (la Région a par exemple travaillé à la prévention des cancers). Une des actions du plan « Région en santé » est d'aller au plus près des agents. Il n'y a donc pas de transfert de responsabilité de l'employeur vers l'agent mais une incitation à instaurer une responsabilité à deux acteurs.

***

En ce qui concerne la prévention de la santé, il est essentiel de **catégoriser les actions en prévention primaire, secondaire et tertiaire**. Ces termes se substituent de plus en plus à ceux de « risques psychosociaux » en entreprise. Prenons l'exemple d'une machine dans un atelier qui fait trop de bruit et risque de rendre les employés sourds : la prévention primaire consiste à déplacer la machine ou à réduire le niveau de bruit ; la prévention secondaire consiste à fournir des bouchons d'oreilles aux employés ; la prévention tertiaire intervient lorsque l'employé est déjà affecté : « *Monsieur, vous n'entendez plus rien, nous allons vous laisser partir.* »

La prévention primaire consiste donc à supprimer le risque à la source. Selon le code du travail, tous les employeurs ont une obligation de prévention primaire, non seulement de moyens, mais de résultats. C'est pourquoi, dans le document unique d'évaluation des risques, chaque entreprise doit inclure des mesures de prévention à la source pour les risques mentaux, chimiques, physiques, etc.

L'accompagnement des salariés dans leur propre santé mentale fait partie de la prévention des risques psychosociaux (RPS). Cependant, cela ne dispense pas les entreprises de se doter d'outils d'enquête sur le terrain. Les enquêtes internes, invitant les salariés à parler librement et à échanger avec les managers, sont primordiales. Cela permet de créer un véritable échange et de comprendre de part et d'autre les réalités du terrain.

Dans une grande entreprise, il est possible de mettre en place des unités de travail où les salariés, les sous-traitants et les intervenants peuvent se rencontrer et discuter. Arrêter le travail pendant une semaine pour tout mettre à plat peut permettre de créer un plan de prévention efficace. Cela permet de rétablir la confiance et de réduire les craintes des employés.

La prévention primaire, secondaire et tertiaire doit se concentrer sur l'organisationnel avant d'accompagner les salariés dans leur démarche de santé. Les médecins peuvent intervenir en cas de besoin, mais il est primordial de construire un plan basé sur l'échange et la collaboration.

L'exemple de la société Renault Trucks

Hervé ÉNOUF est directeur des ressources humaines (DRH) de Renault Trucks Blainville-sur-Orne, une entreprise de 2 000 salariés qui fait partie du groupe Volvo, fabriquant des camions.

De formation scientifique, il a commencé sa carrière dans le bureau d'études, avant de passer à la production, où il a été responsable pendant dix ans. Intéressé par les ressources humaines, il occupe une fonction RH depuis vingt ans, et a occupé toutes les fonctions de relations sociales.

Emmanuel BARON est entré chez Renault Trucks à Blainville en 2000 en tant qu'alternant. Il a un cursus dans la logistique et a commencé comme méthodiste, avant de prendre la responsabilité d'une unité élémentaire de production (UEP), une équipe de réception et de magasin. Depuis quatre ans et demi, il est responsable de la sécurité et depuis 2024, responsable du service de santé. La pénurie de médecins du travail frappe également l'entreprise qui en est dépourvue depuis près d'un an. Un médecin étranger doit prendre ses fonctions en juin 2025. En l'absence actuelle de médecin, c'est lui qui manage une équipe pluridisciplinaire d'animateurs de sécurité, d'infirmières et de pompiers.

La feuille de route « People & Culture » – désormais le nom désignant le plan des ressources humaines de l'entreprise – comprend un volet « Health and Mental Health[201] » : la santé mentale est au cœur de la démarche, au côté des compétences et du management, de la diversité, de l'inclusion et de l'attractivité.

Les salariés de l'entreprise sont âgés de 21 ans à 71 ans. Le turnover est inférieur à 2 %.

En 2016, un plan d'action en santé a été mis en place pour réduire l'absentéisme, qui s'élevait à 7 %. L'absentéisme avait bien diminué jusqu'à ce que la crise sanitaire vienne bouleverser les équilibres (chute de production suivie d'une forte demande de véhicules industriels). La production de 83 camions maximum par jour est passée à plus de 110 camions par jour, obligeant l'entreprise à recruter 400 personnes en moins de deux mois puis conduisant à une pénible situation de « stop and go ». En 2022, l'absentéisme des cadres a augmenté, principalement dans les services supports chargés de démêler les problématiques d'approvisionnement.

[201] Santé et santé mentale.

Prévenir la santé mentale et le stress dans une entreprise industrielle comme Renault Trucks est un défi. Nos intervenants se sont présentés comme des personnes qui ne sont pas des experts mais qui disposent des moyens d'une grande entreprise. En tant qu'industriel de longue date, Hervé Énouf reconnaît que la santé mentale n'était pas un sujet pour lui il y a dix ans. Les efforts se portaient sur la santé physique, les accidents et la sécurité. C'est grâce au groupe suédois Volvo que la santé mentale est devenue un sujet important, lequel s'est concrétisé à travers des politiques, des moyens et des processus.

Travailler sur la santé mentale et faire de la prévention primaire suppose d'abord de former les salariés et les managers. Il a fallu pour cela créer une « boîte à outils » comprenant des formations, des auto-évaluations et des outils pour travailler sur les organisations.

Les sources de stress sont multiples : missions et rôles manquant de clarté, charges de travail (trop importantes ou trop faibles), manque d'autonomie, délais de recours, interruptions, changements, manque d'équipement.

Trois axes-clés d'action sont définis : prévenir, promouvoir et protéger, soutenir.

Dans la « boîte à outils » figurent :

- Des séances de méditation en pleine conscience, tous les vendredis midi ;
- une ligne d'accompagnement (consultant psychologue disponible 24/7) ;
- des tests d'auto-évaluation du trouble d'épuisement permettant de se questionner et évaluer son état ;
- le « challenge de l'équilibre » : consiste en un travail sur soi avec un collègue et comprend une dizaine de challenges sur une période de quatre à six mois.

La formation des managers est centrale et comporte plusieurs dimensions :

- La prévention des risques psychosociaux : comprendre et identifier les risques ;
- les Premiers secours en santé mentale (PSSM) : former des secouristes en santé mentale ;
- « Mieux vivre le changement » : accompagnement au changement lors de réorganisations ;
- L'évaluation des risques : outils de diagnostic comme le *Copenhagen Psychological Questionnaire* (COPSOQ)[202].

L'Observatoire du stress[203] est un outil utilisé par l'entreprise depuis plus de 15 ans. Il s'agit d'un questionnaire à disposition du service de santé au travail, établi par Philippe Sarnin, professeur en psychologie du travail à l'université de Lyon 2. Lors des visites médicales, les employés sont invités à répondre à une trentaine de questions sur un ordinateur. Les réponses génèrent une fiche anonyme imprimée, dont les résultats peuvent être partagés avec le médecin du travail. Jusqu'en 2023, des statistiques fournies

[202] Le Questionnaire psychologique de Copenhague est un outil d'évaluation des risques psychosociaux au travail. Il a été conçu en 2001 par l'Institut National de Santé au Travail du Danemark et validé en français depuis 2008.
[203] Cet outil utilise les échelles de Karasek, Cohen et Siegrist pour mesurer différents aspects du stress.

par le service de santé au travail permettaient de suivre l'évolution du stress dans les différents pôles de fabrication.

Le service de santé au travail intervient dans l'Observatoire du stress, mais aussi lorsqu'une situation de souffrance individuelle ou collective est détectée. Les résultats de l'Observatoire du stress et le nombre de cas connus et traités sont présentés en comité de direction, en Comité Social et Économique (CSE) et en Commission Santé, Sécurité et Conditions de Travail (CSSCT)[204].

Le « Volvo Group Pulse » est une enquête annuelle à échelle mondiale. Les salariés sont invités à répondre de manière anonyme à un questionnaire comportant 27 questions. Les résultats de l'équipe sont accessibles au manager à partir de cinq répondants et 10 % de taux de réponse. Les thématiques abordées incluent l'engagement, la camaraderie, le but, le sens, la confiance dans le manager, la fonction et la recommandation du manager à d'autres collègues. Les managers doivent restituer les résultats à leurs collaborateurs et construire un plan d'action pour travailler sur les points faibles et renforcer les points forts de l'équipe.

Un autre outil utilisé permet de voir si les collaborateurs sont en « zone verte » ou en « zone rouge ». Un échange est organisé régulièrement avec le manager (tous les deux mois par exemple) ou plus fréquemment si la charge de travail est élevée. Cet outil vise à décharger les personnes en zone rouge en répartissant leur surcharge sur d'autres personnes, ou en recrutant des consultants pour absorber les pics d'activité. L'objectif est de ne pas laisser une personne en zone rouge plus de deux mois.

Selon les intervenants de Renault Trucks, la différence entre une entreprise performante et une entreprise moins performante réside dans le travail effectué sur les collaborateurs, l'établissement de la confiance et l'application de principes depuis le « top management » jusqu'à l'opérateur. Cela permet d'éviter les malentendus susceptibles de faire dysfonctionner l'entreprise.

Parmi les principes fondamentaux de l'entreprise figure celui du « dialogue en vérité », fondé sur la confiance. Le 7 février 2025, Renault Trucks a loué le Parc des Expositions de Caen pour y réunir ses 1 600 opérateurs et opératrices en petites équipes de dix à quinze personnes, entourées d'un « team leader » et d'un facilitateur. Cette journée entière passée à communiquer et à dialoguer en vérité a été une source de grande satisfaction pour les salariés.

Un travail a pu être mené autour d'un langage commun et a permis d'identifier des « pépites » et des « cailloux ». Une habitude a été instaurée de commencer les réunions par les questions suivantes : *« Quelles sont nos pépites ? Qu'est-ce qui nous rend fiers en ce moment ? Qu'est-ce qui nous fait avancer ? »* et par *« Quels sont nos cailloux ? Qu'est-ce qui nous gêne ? »*.

[204] La CSSCT, intégrée au CSE, est considérée comme la nouvelle appellation du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) qui n'existe plus depuis le 1er janvier 2020.

Le team leader (chef d'équipe) repart « avec les cailloux de l'équipe » et a désormais pour mission d'y travailler.

Des réseaux de salariés ont par ailleurs été mis en place :

- Le WIN (Women Inclusion Network) pour l'inclusion des femmes ;
- Le réseau EAGLE (Employee Alliance for Gay, Lesbian, Bisexual and Transgender Empowerment) pour la communauté LGBTQI+ du groupe.

Ces deux réseaux ont créé un « respectomètre », utilisé dans le cadre de violences sexistes et sexuelles, et de cas de harcèlement. Ce respectomètre est un bon outil qui permet de prendre conscience de l'importance d'un environnement sain, non toxique, basé sur la confiance, l'écoute et le feedback.

Échanges avec la commission

Mélanie Soufflet a rappelé que les causes de souffrance au travail pouvaient être multifactorielles, professionnelles ou personnelles. Souvent, il suffit que quelque chose ne fonctionne pas (ou plus) pour que le socle devienne instable et que les personnes « tombent ». Lorsque les causes sont organisationnelles, la mission du psychopraticien et du médecin du travail est d'agir sur ces causes, qu'il s'agisse d'un manager mal formé ou d'une organisation défaillante. Le médecin alerte sur les causes d'origine professionnelle, mais ne donne pas de détails sur les cas individuels.

Des conseillers ont exprimé leur aversion à la « *novlangue des ressources humaines* » qui utilisent des termes comme « collaborateurs » au lieu d'« employés », « plan de sauvegarde de l'emploi » au lieu de « plan de licenciement », « optimisation des effectifs » au lieu de « réduction des effectifs », « mobilité interne » au lieu de « mutation ». Autant de mots qui masquent la réalité. On dit aux agents qu'ils sont acteurs de leurs conditions de travail, alors qu'ils n'ont en réalité aucun pouvoir décisionnel. Cela participe à la dégradation des conditions de santé mentale au travail.

La question de la subordination est importante. On veut penser « équipe » sans penser « subordination », mais on ne se trouve malgré tout pas à la même place en tant que salarié ou chef d'équipe. Sans remettre en cause le besoin de chefs d'entreprise, de dirigeants ou de managers, la place que l'on accorde aux agents est centrale et utiliser le terme de « collaborateurs » peut les leurrer sur leur rôle réel.

- *Question adressée à Marie-France Canoville et Mélanie Soufflet : Constate-t-on des différences générationnelles chez les personnes en souffrance ?*

Des symptômes analogues sont observés dans la pratique des deux intervenantes, même si les causes peuvent varier. Les jeunes peuvent être plus sensibles à l'impact d'une organisation maltraitante, tandis que les salariés plus âgés craignent davantage de ne jamais pouvoir retrouver un emploi. Pourtant, bien que les peurs de l'après diffèrent selon l'âge, l'effondrement et la dépression qui suivent sont plutôt similaires.

Les questions qui suivent sont adressées aux représentants de Renault Trucks

- *Comment intégrez-vous les intérimaires dans votre démarche ? Si vos collaborateurs s'intègrent facilement dans la dynamique, qu'en est-il des nombreux intérimaires dans vos équipes ?*

Renault Trucks, qui dispose d'un volume d'intérimaires relativement important, a deux agences de travail temporaire basées dans ses murs. Les intérimaires constituent un bon vivier de recrutement : un objectif de 170 embauches d'intérimaires est actuellement fixé, avec une parité absolue de 50 % de femmes et 50 % d'hommes. Les services de santé au travail assurent un suivi des salariés intérimaires, qui bénéficient des mêmes supports que les employés permanents.

- *Une situation de crise peut survenir à tout moment, même avec tous les outils en place. Quelle place pour le grain de folie et l'imprévu dans votre programme ?*

Avec le patron du groupe Santé et sécurité récemment en visite dans l'entreprise, il a justement été évoqué le fait que, même si tout était mis en œuvre pour protéger la santé physique des salariés, rien ne pouvait totalement prémunir des imprévus. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas d'accident qu'il n'y a pas de risques. C'est vrai aussi pour la santé mentale. D'où l'importance de passer au peigne fin tous les secteurs pour identifier les risques et mener des plans d'action.

- *Quelle est la différence entre votre qualité de vie au travail d'aujourd'hui, en tant que garant de la qualité de vie au travail, avec beaucoup de salariés et de mouvements, et celle d'hier, quand vous étiez un collaborateur parmi d'autres ? Qu'en est-il de la proximité avec les autres ?*

La proximité avec les salariés demeure. Bien que n'étant pas directement en contact avec les 2 000 personnes de l'entreprise, les employés reconnaissent Hervé Énouf quand il passe dans les ateliers ; il a parfois été leur manager ou leur recruteur. Cette proximité existe également avec les partenaires sociaux.

Le métier de DRH étant exigeant, Hervé Énouf qualifie toutefois sa qualité de vie au travail actuelle de « mauvaise ». Il arrive chaque matin à 7h30 pour ne repartir qu'à 19h30 ou 20h, et son téléphone portable reste allumé le week-end. Il nous a confié qu'il demandait à son collègue Emmanuel Baron, plus jeune que lui, d'apprendre à lui dire non, de prendre du temps pour trouver une solution qui permettra de surmonter un obstacle.

« En tant que manager, voir grandir son équipe est gratifiant. Il n'y a rien de plus flatteur que lorsque des personnes viennent vous dire que votre équipe a complètement changé en dix ans. C'est marquant et réjouissant[205]. »

[205] Propos de Hervé Énouf.

- *Malgré vos **solides programmes** de prévention, une entreprise industrielle n'est jamais totalement à l'abri d'un accident de travail. Comment gérez-vous l'après, vis-à-vis des personnes de l'équipe et de l'entreprise ?*

Les intervenants ont répondu ne pas être actuellement « au niveau », en l'absence d'un médecin du travail depuis un an. Un recueil des faits et des actions immédiates a été mis en place pour sécuriser l'environnement et éviter la reproduction de l'événement. Un mémoire d'enquête est ensuite réalisé avec le collaborateur, des témoins, le manager, le préventeur et des fonctions support si nécessaire. Une rencontre est ensuite organisée avec le CSSCT et le CSE pour suivre l'avancement des actions. Toutes les actions non soldées font l'objet d'un état précis.

L'ouverture d'un service autonome est prévue en juin 2025 pour traiter les statistiques de santé mentale et les cas de burn-out. Avec un médecin, il sera possible de partager des études sociologiques sur les accidents. Le médecin essaie en effet d'identifier les causes, qu'elles soient professionnelles, relationnelles ou liées à la charge de travail.

Les cas de harcèlement sont peu nombreux. L'entreprise a une politique de « tolérance zéro » en la matière et a déjà licencié quatre personnes pour raison de harcèlement ou d'agression sexuelle. Le groupe dispose au niveau national d'une personne référente pour le harcèlement sexuel qui recueille les signalements et sensibilise à cette question. Le Respectomètre a beaucoup contribué à faire évoluer les choses, au moyen d'un langage commun et de la connaissance d'une tolérance zéro en vigueur.

Le groupe souhaite augmenter le taux de femmes dans les équipes : l'objectif est de passer de 19 % actuellement à 35 % en 2030. L'ergonomie des postes fait par ailleurs l'objet d'une attention particulière, de manière à ce que les salariés puissent avoir des carrières longues et en bonne santé.

Afin d'attirer plus de femmes dans l'entreprise, un travail est mené auprès des collégiens et collégiennes pour leur donner une autre image de l'industrie. Des visites sont organisées à l'école mais aussi directement au sein de l'usine. Des collégien·nes sont accueilli·es pour *une semaine en entreprise, tandis que des professeurs travaillent en* amont pour mesurer les écarts entre ce qu'ils voient en entreprise et ce qu'ils apprennent en cours[206].

Renault Trucks participe à « For Industry », un métavers sous forme de jeu vidéo proposant un environnement virtuel collaboratif où les entreprises peuvent simuler, tester et optimiser leurs procédés de fabrication avant de les mettre en œuvre dans le monde réel. Ce programme s'avère très utile et efficace pour capter l'attention des jeunes.

En ce qui concerne les activités sportives, il n'y a plus d'équipe de foot, mais d'autres activités sportives sont organisées par le comité d'entreprise. L'entreprise coopère avec

[206] A été donné l'exemple d'un professeur d'histoire-géographie travaillant sur les flux logistiques, qui a pu démontrer la complexité de la chaîne d'approvisionnement de pièces en provenance de Russie, du Brésil, des États-Unis et de Chine.

l'ancien kinésithérapeute de l'équipe du Stade Malherbe, pour mettre en place des séances d'éveil musculaire.

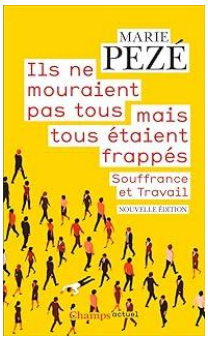
L'entreprise a obtenu un agrément pour un seul médecin du travail, et la DREETS[207] lui a conseillé de ne pas avoir recours à un service interentreprises[208] dans la mesure où le ratio de salariés par médecin est désormais très élevé (entre 8 000 à 11 000). Des infirmières diplômées en santé au travail sont donc recrutées pour étoffer le service médical.

Pour aller plus loin, il nous a été recommandé de consulter :

- ***Le site*** Souffrance au Travail | SET***, une mine d'informations pour les managers et les salariés ;***
- ***Les travaux de Christophe Dejours et de Marie Pezé ;***
- Un ouvrage spécifiquement consacré à la santé des dirigeants (recommandation du Dr Canoville).









”
“

[207] Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités.
[208] Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises (SPSTI).

3 Le millefeuille complexe du soin et de l'accompagnement

Ce rapport ne se propose pas de faire une présentation détaillée des politiques publiques mises en œuvre dans le champ de la santé mentale[209]. Rappelons toutefois que **le domaine de la santé au sens large relève essentiellement de l'État**.

Nous avions, dans nos précédents travaux consacrés à l'accès à la santé et aux soins[210], insisté sur la complexité organisationnelle et institutionnelle des politiques mises en œuvre. Le champ spécifique de la santé mentale n'échappe pas, hélas, à cette complexité.

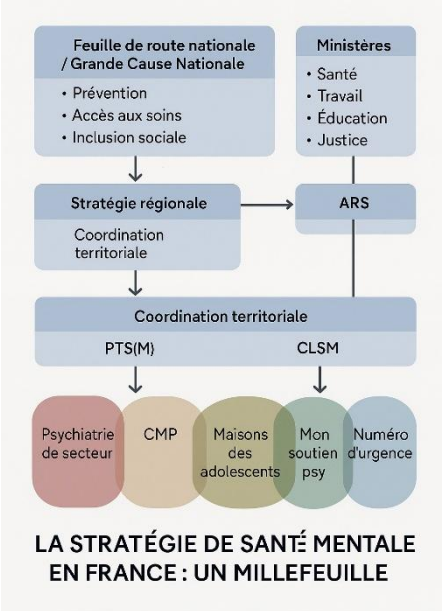


Schéma très simplifié, généré par GPT-5

On pourrait toutefois citer, dans les grandes lignes, la **feuille de route nationale 2018-2023** – visant la prévention, le repérage précoce, la coordination des parcours et l'inclusion sociale –, la **Grande Cause nationale 2025**, des **programmes spécifiques** (dont celui de la Haute Autorité de Santé pour la période 2025-2030[211], visant à améliorer la prise en charge des troubles sévères et la qualité des soins), de nombreux **plans sectoriels** (santé mentale au travail, prévention du suicide, santé des jeunes, etc.), de même que les mesures et initiatives non moins nombreuses portées par des collectivités territoriales, des associations et usagers, etc.

Précisons que les Régions agissent de manière volontariste pour favoriser l'accès aux soins, notamment à travers le soutien aux territoires impactés par la désertification médicale.

En 10 ans, le budget santé des régions françaises a beaucoup progressé : de plus de 266 %[212]. La Région Normandie n'est pas en reste, tant s'en faut, en adoptant une feuille de route santé 2023-2030 qui prévoit un budget de 920 M€ sur cette période. Les questions d'attractivité médicale, d'accès aux soins et de formation y occupent une place de choix.

Cette pluralité génère immanquablement des chevauchements, des responsabilités certes souvent partagées mais peu lisibles. On observe que **le manque d'articulation et de coordination** entre les dispositifs crée des **ruptures de parcours**.

Les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ont pour principal objectif de pallier cette insuffisance de coordination entre tous les acteurs, à l'échelle territoriale. Cela passe par la volonté d'une mise en commun plus dynamique et fluide des forces en présence.

[209] Voir le schéma synthétique des parcours de soins, figurant en annexe 5.3.
[210] L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie
[211] Consulter le programme synthétisé en annexe 5.4.
[212] Source : *Les chiffres-clés des Régions 2024*.

La première « génération » des PTSM a fait l'objet d'un rapport[213] : il a permis de faire remonter un certain nombre de constats de la part du terrain sur les modes d'organisation, les plus-values et les faiblesses de leur fonctionnement, avec à la clef un certain nombre de préconisations.

Le tableau qui suit se propose de faire une brève synthèse des **constats et recommandations** de ce rapport :

Constats	Recommandations
Adhésion forte mais mise en œuvre hétérogène	Harmoniser les pratiques et clarifier le cadre national
Rôle structurant mais articulation floue avec d'autres dispositifs	Simplifier les liens avec les conseils locaux de santé (CLS), les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), les dispositifs d'appui à la coordination (DAC)…
Participation insuffisante des usagers et familles	Renforcer la place des usagers et aidants dans la gouvernance
Comitologie en maturation, intersectorialité fragile	Garantir une gouvernance réellement intersectorielle
Coordonnateur PTSM : rôle clé mais précaire	Stabiliser la fonction (moyens, formation, reconnaissance)
Manque de lisibilité des financements	Identifier et sécuriser des financements pérennes
Angles morts : prévention, enfants/adolescents, inclusion sociale	Intégrer prévention, santé mentale des jeunes et inclusion citoyenne
Outils insuffisants (évaluation, annuaires)	Déployer des outils communs pour suivi et évaluation

3.1 La réforme du financement de la psychiatrie

À l'échelle européenne, on estime que les coûts des troubles psychiques représentent 600 milliards d'euros chaque année, soit plus de 4 % du PIB européen[214].

En France, plus de 8,5 millions de Français ont été pris en charge en 2022 pour des maladies psychiatriques ou ont bénéficié d'un remboursement pour des traitements psychotropes.

Sur le plan financier, la **santé mentale** représente **le premier poste de dépense pour l'Assurance Maladie** en mobilisant chaque année **près de 26,2 milliards d'euros**[215], soit près de **14 % de l'ensemble des dépenses** de l'Assurance Maladie, devant les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Ce montant couvre principalement la prise en charge dans les établissements spécialisés (hôpitaux psychiatriques, centres médico-psychologiques), les soins ambulatoires, ainsi que l'achat de médicaments psychotropes. Si l'on ajoute les coûts indirects (arrêts de travail, perte de productivité, aides sociales), la charge totale pour la société est

[213] *Rapport du Tour de France des Projets territoriaux en santé mentale*, publié en octobre 2024. Les PTSM ont été créés par la loi du 26 janvier 2016 mais leur mise en œuvre effective s'est inscrite dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » déployée à partir de 2018.

[214] OCDE, « Les troubles de la santé mentale représentent un lourd fardeau économique pour les pays européens », 22 novembre 2018.

[215] Notons que ce montant oscille entre 23 et 27 milliards d'euros, en fonction des sources (IRDES, DREES, INSEE).

évaluée à plus de 100 milliards d'euros[216], soit environ 4 % du PIB national (pourcentage identique à celui que l'on observe pour l'Europe entière).

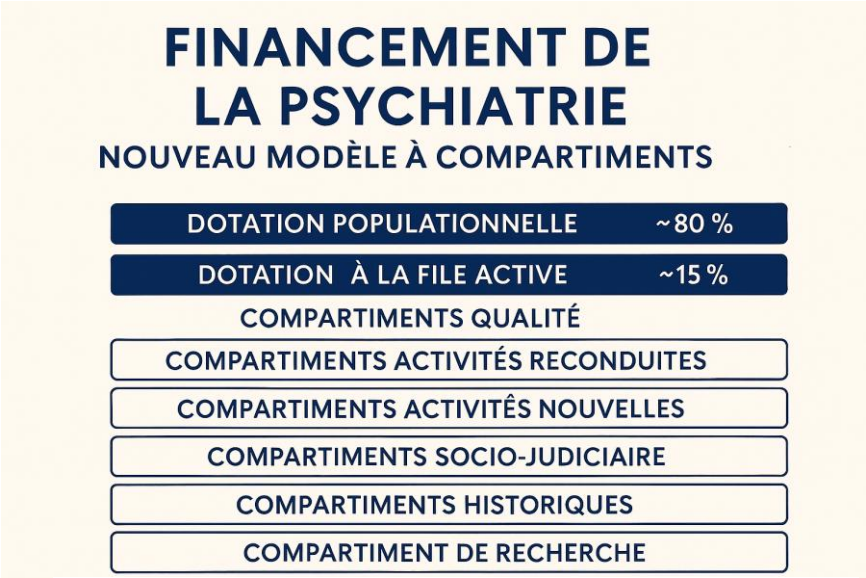
Un nouveau modèle de financement depuis 2022

Le secteur souffre d'un sous-financement chronique : sur la période 2010-2018, quand l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) hospitalier augmentait en moyenne de 2,2 % par an, le budget de la psychiatrie n'augmentait que de 0,8 %[217]. Cette différence a contribué à un **sous-financement structurel du secteur psychiatrique**, accentuant les tensions sur l'offre de soins et les inégalités territoriales.

Jusqu'en 2021, les établissements publics étaient financés par une dotation annuelle de financement (DAF), indépendante de l'activité, tandis que les cliniques privées fonctionnaient au prix de journée. Ces systèmes figés ne prenaient pas en compte l'évolution des besoins et créaient des inégalités entre régions et entre statuts.

Face à des modes de financement jugés obsolètes et hétérogènes, opérant comme un frein à l'innovation et à l'ambulatoire, une réforme du financement de la psychiatrie a été introduite par la loi de financement de la Sécurité sociale votée en 2019, laquelle comporte dans son article 34 la **réforme du financement de la psychiatrie**.

Depuis 2022, ce dernier repose sur **huit compartiments** synthétisés dans le tableau suivant :



Dotation populationnelle pour l'équité territoriale

Dotation à la file active liée au nombre de patients suivis

Compartiments qualité, innovation, recherche : pour encourager la performance et la modernisation des pratiques

Tableau généré par GPT-5

[216] En 2023, la fondation FondaMental a estimé le coût direct et indirect des maladies psychiatriques en France à 163 milliards d'euros.

[217] Données figurant dans les rapports de l'Assurance Maladie.

« Compartimenter n'est pas soigner »[218]

Cette réforme du financement de la psychiatrie ne fait toutefois pas consensus dans le milieu médical, en suscitant des craintes et des critiques. Par son mode de **tarification par compartiments,** elle est parfois surnommée la « T2C » par ses détracteurs, du fait de sa proximité avec la T2A (tarification à l'activité, appliqués aux services de médecine, chirurgie et obstétrique) dont les effets délétères ont été dénoncés à de multiples reprises.

3.2 Santé mentale : vous avez dit Grande Cause nationale en 2025 ?

« En général, à grande cause nationale, grand oubli préalable, relève Marie-José Cortes, présidente du Syndicat des psychiatres des hôpitaux. Ce qui nous importe, c'est que la psychiatrie ne soit pas oubliée, dissoute, dans cette expression de santé mentale. Renforcer les moyens humains de la psychiatrie de secteur, renforcer le dépistage, renforcer la prise en charge des situations d'urgence et de crise, en évitant à tout prix les ruptures de parcours de soins : voilà les objectifs que le gouvernement doit prendre à bras-le-corps »[219]*.*

Une étude du **collectif Grande cause santé mentale** – regroupant plus de 3 000 organisations – conduite à l'automne 2024, révèle que 36 % des personnes interrogées considèrent que les troubles psychiques sont incompatibles avec une vie de famille, tandis que 20 % pensent qu'ils ne sont « pas vraiment des maladies ».



À la lecture des résultats de ce sondage, on constate qu'il reste beaucoup à faire en matière d'information, de prévention et de déstigmatisation autour de la santé mentale et que les préjugés sont tenaces : 1/3 des Français pensent que les personnes atteintes de troubles psychiques sont dangereuses.

Interrogés à la suite de l'annonce du Premier ministre souhaitant faire de la santé mentale la grande cause 2025, bon nombre de soignants ont répondu : « *Dans le mur !* » lorsqu'on leur a demandé où le gouvernement menait la psychiatrie. Une réaction qui faisait également suite à l'annonce d'une enveloppe de 100 millions par la ministre de la Santé, jugée très en-deçà des attentes pour venir en aide à un champ médical considéré à l'abandon depuis des décennies.

Responsables du secteur, directeurs, médecins et personnels soignants – de même qu'un grand nombre d'élus qui président les conseils de surveillance des établissements de santé

[218] « En psychiatrie, compartimenter n'est pas soigner » : titre d'une tribune publiée dans *Le Monde* du 8 octobre 2020, signée par une soixantaine de professionnels (chefs de service, responsables en psychiatrie ou psychiatres) contre la réforme introduisant la tarification par compartiments.

[219] Propos recueillis dans *Le Monde*, « La santé mentale érigée en « Grande cause », alors que le système de soins est débordé » – 2 octobre 2024.

mentale – sont unanimes sur un point : il faudrait au moins dix fois plus, simplement pour l'élargissement du nouveau dispositif de consultation de psychologues (Mon soutien psy), l'ouverture prévue de maisons des adolescents et le dispositif d'écoute pour la prévention du suicide (VigilanS). On voit que l'on est donc très loin du compte.

Quant aux responsables hospitaliers, ils demandent que des mesures soient prises pour faire revenir les psychiatres et les infirmiers dans les services de soins de la psychiatrie publique, pour endiguer cette fuite préoccupante du personnel face à une dégradation continue des conditions de travail. C'est pour préserver leur propre santé qu'une part d'entre eux finit par rejoindre des structures privées – de plus en plus nombreuses – qui pratiquent des tarifs souvent exorbitants et donc uniquement accessibles aux plus fortunés.

Les revendications portent aussi sur un **plan d'urgence pour la pédopsychiatrie**, avec la possibilité d'accueillir les enfants et leurs familles en collaboration avec le secteur médico-social et la protection de l'enfance. Il est également demandé un travail en réseau avec les acteurs de l'action sociale, l'éducation nationale et la justice.

3.3 Politiques de santé mentale déployées en Normandie

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Normandie pilote la déclinaison régionale de la feuille de route nationale Santé mentale et psychiatrie. Elle s'appuie sur différents services internes pour répondre aux enjeux de sécurité sanitaire, d'organisation des soins, d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique et d'attractivité des professions médicales et paramédicales.

La Normandie fait face, nous l'avons vu, à d'importants défis dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie.

L'ARS Normandie structure son action autour d'une stratégie adossée au **Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028** et déclinée à travers **7 Projets Territoriaux de Santé Mentale** (PTSM)[220].

- Les **7 PTSM**, qui couvrent l'ensemble du territoire normand, sont le fruit d'une élaboration concertée entre acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, collectivités et usagers ; **adoptés pour une durée de cinq ans**, ils s'appuient sur un diagnostic territorial partagé et visent à faciliter l'accès à la prévention, à l'intervention précoce et à l'accompagnement social des personnes présentant des troubles psychiques.
- **128 actions structurantes** sont déployées, soutenues par un financement de l'ARS, afin de structurer l'offre et améliorer les parcours.

[220] Lire plus loin dans cette section la restitution de la rencontre avec des acteurs du PTSM de Dieppe.

Autour de la structuration et la modernisation de l'offre de soins en santé mentale :

- L'ARS accompagne la **structuration de parcours gradués** (de la prévention à la réinsertion), en s'appuyant sur des centres supports/ressources et une politique de formation continue des professionnels.
- Un effort particulier est consacré à la **désinstitutionalisation**, privilégiant l'ambulatoire, la prise en charge à temps partiel et la proximité avec les lieux de vie des usagers.
- La psychiatrie infanto-juvénile, l'accompagnement des adultes et des personnes âgées font l'objet d'une attention spécifique, pour répondre à la diversité des besoins régionaux.

Autour de la prévention, de la promotion et de la lutte contre les inégalités

- Promotion du bien-être mental, p**révention et repérage précoce de la souffrance psychique** (notamment dans le cadre scolaire ou universitaire), **prévention du suicide**.
- Actions en faveur de l'inclusion sociale, de la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique et d'amélioration des conditions de vie des publics fragilisés.
- **Mobilisation de nombreux partenaires de prévention**, notamment des associations d'usagers, des élus locaux et des réseaux de promotion de la santé.

Autour de l'innovation et la coordination des acteurs

- Soutien à l'émergence de dispositifs innovants, notamment par le biais du Fonds d'Innovation Organisationnelle en psychiatrie (FIOP).
- Renforcement des **Conseils locaux de santé mentale** (CLSM), qui jouent un rôle clé de concertation et de coordination locale, et de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans l'autonomie (MAIA).

Rencontre avec la direction de l'Agence régionale de Santé Normandie

Audition[221] de **François MENGIN LECREULX,** directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Normandie et de **Sébastien DELESCLUSE,** directeur général adjoint**.**

La question de la santé mentale en Normandie est malheureusement prégnante et structure un grand nombre de réflexions et de réponses que l'ARS essaie de déployer sur les territoires. La Normandie fait partie des régions françaises les plus affectées par les pathologies de santé mentale, notamment chez les plus jeunes.

Bien que les taux de suicide ou de tentatives de suicide aient baissé ces dernières années grâce à l'action partagée des acteurs du secteur sanitaire et des acteurs locaux, ils restent relativement élevés et placent la Normandie dans des niveaux défavorables au niveau national.

Il semblait particulièrement pertinent pour les directeurs de l'ARS de rencontrer le CESER au moment où la santé mentale a été annoncée comme Grande Cause nationale et que les **7 projets territoriaux de santé mentale** (PTSM) s'apprêtent à être révisés (2e édition).

Au cours de cette phase d'élaboration des futurs PTSM, les directeurs de l'ARS ont en effet jugé opportun de pouvoir intégrer les observations du CESER, que ce soit sur des sujets de portée générale ou plus spécifiques, comme les détenus ou les publics précarisés.

La santé mentale, enjeu fort de transversalité des politiques publiques

Une réflexion est actuellement en cours afin de déterminer la meilleure façon possible d'**appréhender les questions de santé mentale de façon plus transversale**. Alors que la santé mentale se limitait autrefois à la psychiatrie et à des réponses d'ordre psychiatrique, il existe aujourd'hui une approche beaucoup plus large, qui intègre des questions de détection précoce des troubles du neurodéveloppement, des troubles autistiques chez les enfants, des troubles du comportement alimentaire, de l'accompagnement des risques psychosociaux...

Cette nouvelle approche, qui se nourrit d'une vision élargie de la santé mentale, nécessite des réponses de proximité. Il convient donc de faire sortir la santé mentale des murs de l'établissement psychiatrique et de répondre, au plus près, aux besoins de la population, avec le réseau des centres médicopsychologiques (CMP), la médecine de ville, les acteurs et les collectivités territoriales impliqués dans le champ de la santé mentale.

Dans la mesure où cette dernière s'inscrit au carrefour de nombreuses politiques publiques, de préoccupations d'acteurs du tissu économique, social, environnemental, **il est important que ce sujet soit porté dans le débat public**. L'année 2025, avec la santé mentale comme Grande Cause nationale, doit permettre d'en faire un sujet de préoccupation majeure qui se traduise dans l'ensemble des politiques publiques.

[221] L'audition a été organisée le 18 mars 2025 à Rouen, dans le cadre de la commission.

Plan national de santé mentale : prévention, offre de soins et recherche

En Normandie, la déclinaison du **plan national de santé mentale** se structure autour de trois principaux axes : la **prévention, l'offre de soins et la recherche**. La prévention embrasse la santé mentale de manière large, avec des enveloppes budgétaires visant à accompagner les objectifs nationaux, notamment à destination des jeunes publics, à travers la prévention du suicide – dont le **numéro national 3114** – et le doublement du nombre de maisons des adolescents. Ces objectifs sont déclinés localement à travers le Fonds d'intervention régional (FIR) dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale.

S'agissant de l'offre de soins, elle fait l'objet – notamment en psychiatrie – d'une refonte de son modèle de financement, et intègre une dimension populationnelle croissante, prévue dans la trajectoire financière, sur les crédits inscrits au projet de loi de finances (PLF). La recherche bénéficie, quant à elle, de programmes souvent cofinancés par la Région.

Les financements proviennent de diverses sources : crédits alloués à la prévention, de l'Assurance maladie pour l'offre de soins, et du ministère de la recherche.

Des **investissements dans les établissements psychiatriques** sont également prévus **en partenariat avec la Région**. Il a récemment été convenu avec la collectivité de financer des projets de psychiatrie ambulatoire (prises en charge en hôpital de jour). Si le secteur psychiatrique est hélas touché par une crise de vocation au niveau des personnels médicaux et paramédicaux, il n'est pas touché par une crise budgétaire, contrairement au secteur hospitalier classique.

La lutte contre les addictions

On estime à 5,5 millions de consommateurs de cannabis en France[222] et près d'un million de consommateurs de cocaïne, ce qui place le pays face à un problème majeur de santé publique, d'autant plus inquiétant que le lien avec la prévalence de la schizophrénie (pour le cannabis) et des psychoses aiguës (pour la cocaïne) est établi.

L'ARS est très engagée dans la lutte contre les addictions, en finançant des actions de prévention, d'éducation à la santé et de promotion de la santé. Elle travaille avec les Réseaux territoriaux de promotion de la santé (RTPS) pour prévenir les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis.

Un enjeu crucial : l'attractivité des métiers de la santé et du soin

L'attractivité des métiers en vue de recruter et maintenir les ressources humaines nécessaires constitue l'enjeu principal d'aujourd'hui.

[222] La France se distingue comme le plus grand consommateur de cannabis en Europe, avec 44,8% des Français âgés de 15 à 64 ans ayant déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. Ce pourcentage est nettement supérieur à celui des autres pays européens. Il est intéressant de noter que même aux Pays-Bas, où la substance est légale et en vente libre, le pourcentage de consommateurs n'excède pas 27,7%.

En Normandie, une stratégie des métiers du champ sanitaire, social et médico-social a été mise en œuvre il y a de nombreuses années. À l'automne 2024, une charte ambitieuse incluant un large panel d'acteurs a même été signée.

Perçus comme pénibles, mal payés, avec des horaires de travail soumis à des cadences infernales, les métiers des secteurs sanitaire et médico-social souffrent d'une mauvaise image. Il est par conséquent urgent de revaloriser l'ensemble des métiers du soin. Cela passe aussi par une communication adéquate qui permette de rendre compte de l'évolution des conditions de travail dans les hôpitaux, moins soumises qu'auparavant à la pénibilité physique.

L'ARS prévoit des campagnes de communication diffusées au sein des collèges et lycées pour mieux faire connaître les métiers de psychiatre ou de psychologue, et pour déconstruire certains présupposés sur ces métiers. Des stages d'observation pendant l'externat sont également encouragées pour susciter des vocations supplémentaires.

Les **parcours d'évolution de carrières** doivent eux aussi faire l'objet d'une attention particulière. Un·e jeune aide-soignant·e de 22 ans pourra difficilement exercer le même métier jusqu'à 64 ans. L'ARS veille à ce que des personnels non médicaux aient la possibilité de de devenir aide-soignant·e, auxiliaire de vie, assistant·e médical·e. La **flexibilité des rythmes de travail** constitue également un sujet dont il faut s'emparer, à l'heure où elle est de plus en plus recherchée. Cela passe, par exemple, par la possibilité de travailler trois ou quatre jours par semaine, ou de télétravailler pour les métiers qui s'y prêtent. Le recours à l'intelligence artificielle contribue par ailleurs à organiser cette plus grande flexibilité des rythmes de travail[223].

S'il veut être attractif, l'hôpital ne peut ignorer ces attentes, d'autant plus que le secteur de la psychiatrie est l'un de ceux qui peinent le plus à recruter. Les conditions de travail y sont perçues comme extrêmement difficiles, exacerbées par la pénibilité des publics à traiter et le manque de personnels. En 2024, la **moitié des postes d'internes en psychiatrie non pourvue à Rouen et Caen** est un signal d'alerte fort de la **désaffection du secteur**.

L'agence travaille également à l'organisation de la ressource médicale par bassin de vie, en vue de mieux répartir les ressources entre les centres hospitaliers. Des systèmes de primes sont mis en place pour valoriser les personnes qui acceptent des postes répartis sur plusieurs établissements. L'objectif est de déployer au mieux la ressource sur les territoires et d'éviter qu'elle se concentre uniquement sur les grandes villes.

Certains établissements vivent des situations intolérables, ce qui augmente l'absentéisme des personnels qui y travaillent. On constate que de nouveaux établissements, offrant des conditions de travail plus adaptées, ont moins d'absentéisme.

La question de la responsabilité sociale et de l'attractivité fait l'objet d'initiatives et de remises annuelles de trophées. Un travail est notamment réalisé sur la réduction des déchets liés à l'activité hospitalière et la toxicité des prescriptions médicamenteuses. L'ARS s'efforce

[223] Notons qu'il existe des outils de « gestion intelligente » du temps tels que Clockwise ou TimeHero utilisés dans certains milieux professionnels qui cherchent à optimiser la gestion du temps.

d'inscrire les établissements dans une optique environnementale vertueuse, ce qui constitue par ailleurs un argument d'attractivité supplémentaire auprès des jeunes.

En conclusion, bien qu'il n'existe pas de « solution miracle », l'ARS tâche de mettre tout en œuvre pour que la situation préoccupante dans laquelle se trouve actuellement la psychiatrie se résorbe à moyen terme. « *Sinon, les conditions de continuité de fonctionnement de nos établissements de santé mentale risquent d'être complexes.* »

Échanges avec la commission

Les métiers du soin sont majoritairement féminins. La médecine généraliste s'est beaucoup féminisée, mais les formations en soins infirmiers restent à plus de 90 % sollicitées par des femmes. Dans ce contexte, **comment rendre le métier plus attractif auprès des hommes ?** Pourquoi ne pas faire des campagnes pour inciter les hommes à devenir infirmiers, comme cela est fait auprès des femmes pour les sensibiliser aux métiers de l'industrie ?

Il y a effectivement un travail à mener pour faire évoluer les représentations ; « *nous devons masculiniser la profession d'infirmier* ». On doit aussi encourager les hommes à s'occuper des personnes âgées, par exemple.

- *Comment est rémunérée une formation d'infirmier en pratique avancée ? Est-ce attractif de se dire que l'on s'accorde une pause de deux ans ? Si je suis infirmière avec des enfants, quel type de prise en charge est proposé ? Même en tant que jeune infirmière, suis-je prête à faire cet effort ?*

La prise en charge diffère selon le statut. Les infirmiers en établissement peuvent compter sur une prise en charge de leur employeur, qui doit prendre le risque d'envoyer une personne en formation pendant deux ans. Pour les infirmiers libéraux, l'engagement est individuel. Les conditions de rémunération proposées pour les indemnités de formation sont plutôt modestes, parfois en décalage avec le niveau de rémunération antérieur. Il s'agit d'un élément à intégrer aux négociations à tenir à ce sujet, au niveau national.

Bien que la formation ne soit pas à temps plein, elle a indéniablement un impact financier pour la personne en formation[224]. La compensation actuelle s'élève à 30 000 euros par an pour les deux années de formation. Si la compensation peut suffire à une personne en début de carrière en libéral, elle sera probablement insuffisante pour une personne ayant déjà développé son activité. Le retour sur investissement et le cadre proposé après la formation sont donc des sujets importants. Aujourd'hui, la grille des infirmiers en pratique avancée diffère peu de celle des autres infirmiers. Or « *on sait que toucher à cette grille aura un « effet domino » sur d'autres grilles de la fonction publique hospitalière* ».

La commission observe que si des journées de travail de douze heures peuvent sembler attractives – dans un objectif d'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle – elles

[224] Les directeurs de l'ARS pointent toutefois que les infirmiers en pratique avancée choisissent souvent de l'être pour l'intérêt du métier, et non pour des raisons financières.

engendrent dans les faits une souffrance pour le personnel. La charge mentale est tellement élevée que deux jours de travail nécessitent deux jours de récupération.

La diminution des effectifs et la charge de travail accrue ne sont pas de nature à attirer de nouvelles recrues. S'agissant des IPA, le cumul d'activités est difficile à réaliser en l'absence d'un nombre suffisant de personnel infirmier.

Quant aux **formations**, elles **devraient être adaptées aux conditions réelles des établissements**. Les stages sont essentiels, mais en l'absence de structures adéquates, il est difficile d'accueillir des stagiaires. Un premier stage en psychiatrie dans un service fermé peut être effrayant. En cause : des conditions d'accueil actuellement catastrophiques en psychiatrie qui donnent une mauvaise image des futures conditions de travail. On peut s'interroger sur l'universitarisation des formations paramédicales : est-ce vraiment le bon modèle ?

- *La formation d'aide-soignant concerne majoritairement une population de personnes peu mobiles, disposant de peu de moyens. Le* ***regroupement d'IFAS[225] dans les grandes villes enlève à de nombreuses personnes la possibilité de suivre ces formations.***

Il est vrai que les conditions ne sont pas toujours florissantes pour l'accueil de stagiaires en psychiatrie. L'ARS appelle toutefois à ne pas trop « *noircir le tableau* » dans la mesure où il existe des unités qui fonctionnent bien au sein des établissements de santé mentale en Normandie. Dans ce contexte, il est indispensable d'accueillir des stagiaires dans des services où les conditions d'exercice peuvent susciter l'envie de travailler dans ce secteur. Le réseau des CMP offre par ailleurs un terrain de stage potentiellement intéressant.

Les personnes faiblement qualifiées ont effectivement des capacités contributives plus faibles et sont donc très captives par rapport à leur bassin de vie. L'ARS se réjouit d'avoir des échanges très réguliers avec la Région, qui pilote les instituts de formation. C'est une chance d'avoir une collectivité proactive, avec laquelle il est possible de discuter de l'offre de formation et de l'organisation territoriale. Il apparaît essentiel de faire correspondre l'offre et la demande par bassin d'emploi en proximité, en permettant aux demandeurs d'emploi et aux employeurs du champ sanitaire et social de se rencontrer. Cela est particulièrement pertinent pour les aides-soignants et les auxiliaires de puériculture, qui ont des capacités de mobilité limitées.

En 2025, le quota régional pour la formation d'aides-soignant·es en Normandie est de 1162 places, répartis dans 28 instituts à travers la région.

La formation des personnels médicaux

En 2020, le cycle de formation des personnels médicaux a évolué, passant de quatre à cinq ans d'études. L'un des objectifs de cette réforme visait à renforcer la distinction entre pédopsychiatrie, psychiatrie adulte et psychiatrie de la personne âgée.

[225] Instituts de Formation d'Aides-Soignants.

Les infirmier·es en pratique avancée (IPA)

En psychiatrie, la relation entre le soignant et le soigné tient une place beaucoup plus importante que dans d'autres secteurs (tels que la réanimation, où l'approche est plus technique). Les **infirmier·es en pratique avancée** (IPA) avec la **mention psychiatrie** [226] commencent à se déployer dans plusieurs établissements publics de santé mentale en Normandie. Contrairement à d'autres disciplines, la communauté médicale accueille favorablement cette mention pour les IPA.

Les infirmiers en pratique avancée en psychiatrie assurent le suivi des patients stabilisés, tandis que les psychiatres interviennent sur les bilans initiaux et les aggravations de situation. Les directeurs de l'ARS estiment que « *ce tandem fonctionne bien* ».

En **Normandie**, cela concerne **27 personnes formées depuis 2020 avec la mention psychiatrie**. Environ 35 infirmiers de pratiques avancées sont formés à Caen et entre 35 et 40 à Rouen, toutes spécialités confondues. L'ARS se fixe pour objectif de monter assez rapidement à une soixantaine de personnes formées, afin de rattraper les standards de proximité, comme en Bretagne. Il existe toutefois deux freins à cette progression : l'engagement des établissements dans le projet et l'équilibre à trouver entre la continuité du fonctionnement de l'établissement et le temps de formation des personnels.

La psychiatrie négligée dans les parcours de formation

La commission a fait observer que des témoignages recueillis en auditions faisaient part d'une formation en psychiatrie souvent négligée et retardée en fin d'année. Un parallèle a même été fait avec la place qu'occupent les arts plastiques au lycée. Cette relégation serait source d'un déficit de formation en psychiatrie et d'un sentiment de détresse de la part de soignants très insuffisamment préparés lorsqu'ils se retrouvent face à des patients. Il est par conséquent essentiel de **déstigmatiser la psychiatrie**, **y compris** (et probablement avant tout) **auprès des soignants et du personnel**.

- *Les formations d'infirmier en partie dispensées en ligne*[227] *et la plateforme Parcoursup ne sont pas de nature à accompagner favorablement les jeunes qui se destinent aux métiers de la santé. Quant aux* ***journées de travail de 12 heures en établissement psychiatrique****, elles ont été jugées* ***techniquement et humainement « impossibles »*** *par des soignants auditionnés par le CESER.*

L'ARS n'impose pas aux établissements de passer à ce régime, mais un accompagnement est proposé en vue d'aider à faire cohabiter différents régimes de contrat. Cela permet de

[226] À noter qu'il existe **cinq mentions différentes pour les IPA** : pathologies chroniques stabilisées, prévention et polypathologies courantes en soins primaires ; oncologie et hémato-oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; **psychiatrie et santé mentale** ; urgences.

[227] Pour les métiers du soin, des cours en ligne ne permettent pas d'acquérir des compétences essentielles, lesquelles reposent sur des liens pratiques permettant de comprendre ses connaissances théoriques.

concevoir des plannings qui tiennent compte des différentes aspirations de travail. Nous avons des expériences qui montrent que cela fonctionne, et cela peut être une source d'attractivité supplémentaire pour l'établissement.

- *En dépit de la possibilité qu'elle offre à chaque étudiant de faire entre 20 et 40 vœux sur la plateforme Parcoursup, la sélection demeure présente. Avant l'introduction de Parcoursup, le concours permettait à l'élève de s'engager dans un cursus professionnel, au moyen d'une interaction avec des professionnels de terrain. Aujourd'hui, les portes sont ouvertes mais les étudiants sont livrés à eux-mêmes au sein d'un système qui requiert une certaine maturité pour s'y retrouver. Or il est illusoire de trop miser sur la maturité de jeunes bacheliers qui se retrouvent régulièrement, en première année, dans des facultés de 700 à 1 000 étudiants. Il serait par conséquent* ***utile d'ouvrir des spécialités préparant à l'entrée dans certaines formations*** *comme les kinésithérapeutes et les infirmiers.*

Bien que **Parcoursup** soit la cible de nombreuses critiques, les directeurs de l'ARS soulignent que la formation en soins infirmiers fait partie de celles qui sont les plus demandées sur la plateforme et que sa mise en place a permis des avancées significatives, notamment à travers l'arrêt des concours et des frais d'inscription.

Parcoursup est un algorithme d'aide à la décision qui n'empêche pas les formateurs des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) de jouer un rôle premier dans l'analyse des candidatures et le classement. Les formateurs restent libres de classer les lettres de motivation selon des critères géographiques ou scientifiques. La plateforme impose un taux de bacheliers de l'académie et hors académie, ainsi qu'un taux de boursiers. Il est à ce titre intéressant de comparer les données, avant et après la mise en place de Parcoursup.

La commission rappelle que **19 % des étudiants en soins infirmiers quittent toutefois leurs études avant la fin en Normandie**, ce qui en fait la **région avec le taux d'abandon le plus élevé de France**. Il est important de connaître la réalité du métier avant de s'engager, ce que permettent les stages proposés en classes de 3e et de 2nde. Il importe d'être en mesure de faire le constat précoce d'un vœu inadéquat.

- *La problématique de l'attractivité est accentuée par le nombre insuffisant de médecins formés. Bien que le numerus clausus ait été abandonné, il semble qu'il y ait toujours des quotas de places dans les universités.*

Le nombre d'étudiants acceptés en formation a été augmenté, avec une refonte de l'organisation du concours d'accès à la médecine. Toutefois, le nombre d'étudiants reste quantitativement défini au niveau national. En 2026, la première génération de professionnels post-*numerus clausus* arrivera au bout de sa formation, avec environ 20 % de médecins supplémentaires dans les différentes spécialités.

En 2018, la suppression du *numerus clausus* a été remplacée par un *numerus apertus*, à savoir une fourchette d'admission d'étudiants chaque année. Bien que cela permette une certaine flexibilité, il n'est pas non plus sans limite. Le problème que rencontre la psychiatrie n'est pas tant le nombre d'étudiants entrant en formation que la stigmatisation dont la discipline fait l'objet. Aujourd'hui, 40 % des postes en psychiatrie restent vacants dans l'Hexagone.

Pour briser ce cercle vicieux, il conviendrait d'avoir autant de postes internes que d'étudiants en médecine. Or le volume de postes proposés à l'internat est chaque année supérieur au nombre d'étudiants, ce qui laisse une capacité de choix pour ceux qui arrivent en fin de classement. Cette situation crée hélas des taux de carence sur certaines spécialités médicales, comme la gériatrie, la santé publique et la psychiatrie.

Alerte sur la santé mentale des enfants et des jeunes

Au cours des auditions qu'elle a conduites, la commission du CESER a été alertée à plusieurs reprises sur la si**tuation extrêmement préoccupante de la santé mentale des enfants et des adolescents**, notamment ceux qui relèvent de **l'aide sociale à l'enfance** (ASE). Le taux de suicide chez les 12-18 ans et les 24-29 ans est alarmant. Où en est le projet de création d'une unité soins-études, porté notamment par la Professeure Priscille Girardin ?

L'ARS partage cette préoccupation qui se traduit notamment par un taux de suicide chez les jeunes Normands plus élevé que la moyenne nationale. Bien qu'il soit difficile d'en identifier les causes, l'agence avance quelques pistes. La pandémie de Covid-19 a eu incontestablement un impact sur la santé mentale des jeunes. La pression du milieu scolaire, des cas de harcèlement, des problèmes d'addiction aux écrans créent des situations de solitude et d'isolement. La stigmatisation de certains publics (notamment LGBTQI+) est également un facteur de mal-être psychique. La Normandie, plus paupérisée et précarisée que d'autres régions, subit plus durement l'impact de déterminants de santé défavorables.

Le manque de soutien familial auprès des étudiants peut créer des situations de solitude, exacerbées par la violence domestique ou les conflits familiaux. La disponibilité des moyens de suicide (comme les armes à feu) aggrave le nombre de passages à l'acte. Autant de réalités sociologiques hélas plus présentes en Normandie, qui ont un impact sur le taux de suicide.

Environ **30 à 35 % des jeunes issus de l'aide sociale à l'enfance** en France ont des **troubles psychiatriques constitués** ou des **troubles cognitifs** pouvant s'apparenter à un handicap psychique. Un travail a été engagé avec les services des Départements et une convention-cadre annuelle signée pour accompagner la santé des jeunes de la protection de l'enfance. L'ARS souhaite **réorienter cette convention vers l'accompagnement psychiatrique des jeunes de l'ASE**, avec des **projets d'unités mobiles** dans certains départements pour aller directement au contact des établissements de protection de l'enfance.

En population générale, la santé mentale des jeunes fait l'objet d'une attention très forte. Le 3114 reçoit des appels de jeunes adultes et d'adolescents. Le déploiement des maisons des adolescents est un chantier important au niveau national, avec l'objectif de développer le réseau des maisons départementales des adolescents, notamment dans les quartiers prioritaires de la ville.

En ce qui concerne le projet de la Professeure Priscille Girardin, deux initiatives sont conduites en Seine-Maritime. Le premier projet, porté par des psychiatres libéraux et soutenu par le maire de Rouen, vise à créer une réponse ambulatoire, avec une capacité d'hospitalisation de jour pour les jeunes. Le second projet[228], porté par la Fondation Santé des Étudiants de France (FSEF), vise à créer une capacité d'hospitalisation conventionnelle avec une soixantaine de lits pour des jeunes adultes ayant des troubles nécessitant un parcours d'hospitalisation. L'ARS espère pouvoir faire aboutir ce projet ralenti par la nécessité d'un investissement de près de 20 millions d'euros.

- *Concernant les violences intrafamiliales, y a-t-il des actions menées en lien avec l'Éducation nationale pour la prise en charge rapide des enfants victimes de violences, ainsi que de leur fratrie ?*

Bien que la question des violences intrafamiliales dépasse un peu les compétences de l'ARS, elle y travaille en collaboration avec les Départements et l'Éducation nationale pour accompagner ces publics, notamment en santé mentale. Les Départements investissent autant qu'ils le peuvent pour développer un accompagnement adapté. Cependant, la réalité montre que l'on est encore loin d'atteindre le niveau de satisfaction espéré en termes de protection de l'enfance, compétence régalienne forte.

Le soutien aux sept maisons des adolescents (MDA) en Normandie vise à garantir un maillage territorial et le choix d'une plus grande qualité de l'offre a été préféré à un accroissement du nombre de structures. Par exemple, la MDA de la Manche dispose de trois antennes, ce qui assure une bonne couverture départementale.

Le **territoire du Cotentin** (Manche) présente le **taux de mortalité par suicide le plus élevé de la région Normandie chez les 15-34 ans**. Le taux de passage à l'acte suicidaire a augmenté de 57 % entre 2021 et 2023. Il y a une urgence à agir sur ce territoire et à l'échelle de la Normandie, notamment en matière de prévention. Il est dommageable que le financement du coordonnateur du comité local de santé mentale ait été supprimé pour ce territoire.

Nathalie Sarge, directrice d'un centre de formation AFPA[229] depuis deux ans, a cité en exemple l'intérêt du dispositif national « Promo 16-18 », destiné à accompagner les jeunes décrocheurs (âgés de 16 à 18 ans), dans le cadre du programme national « 1jeune1solution ». Ce dispositif fonctionne bien auprès des publics en situation de vulnérabilité, notamment des jeunes de l'ASE et de la PJJ[230] du Cotentin. Au bout de 12 à 13 semaines, les jeunes parviennent en effet à s'inscrire dans un parcours professionnel : certains commencent un apprentissage, entrent en lycée professionnel ou en formation, tandis que d'autres trouvent un emploi.

On s'aperçoit qu'une meilleure interconnaissance des acteurs et actions sur un même territoire – département, État, ARS, différentes organisations présentes – permettrait d'être beaucoup plus efficace pour accompagner des jeunes en difficulté.

[228] Projet dont l'implantation est envisagée à la clinique du Belvédère, à Rouen.
[229] Association pour la formation professionnelle des adultes.
[230] Protection judiciaire de la jeunesse.

- *Les Départements et les Régions financent des écrans pour les jeunes, alors qu'ils peuvent nuire à leur santé. Que peut-on faire pour combattre les méfaits d'une exposition excessive aux écrans ?*

L'exposition aux écrans a été au cœur des assises de la pédiatrie et de l'enfance en 2024. Un plan national a été créé, le Haut-Commissariat à l'enfance installé, avec pour ambition de sensibiliser et de prévenir l'exposition aux écrans. Il existe des mesures de sensibilisation et de prévention, mais il est encore trop tôt pour avoir des éléments précis.

Corinne Courtel, en tant que directrice d'un foyer de vie pour adultes en situation de handicap[231], a souhaité témoigner de l'accès aux soins de santé mentale pour les enfants qu'elle juge « *catastrophique* », *a fortiori* dans le département de l'Eure où la pédopsychiatrie est sinistrée. Cette situation cause des problèmes d'accompagnement aux soins et d'accès au diagnostic en CDAPH[232], où l'absence constante de l'ARS pose véritablement problème. Quand les décisions de la CDAPH ne peuvent être suivies d'une prise en charge rapide en CMP ou en CAMSP[233], il y a une perte de chance pour les enfants diagnostiqués.

Il existe en outre des difficultés d'accès au diagnostic, en particulier pour l'autisme. Les enfants issus de l'ASE, en situation de handicap, souvent sans liens familiaux, sont en grande difficulté. Les enfants en instituts médico-éducatifs (IME) sont accueillis le week-end au foyer de l'enfance, ce qui aggrave les troubles du comportement. Il y a également une problématique d'assèchement en psychiatrie pour les jeunes adultes et les adultes, avec des délais d'attente trop longs.

Les équipes d'aides-soignant·es et d'aides médico-psychologiques ne sont pas formées à la psychiatrie. La formation en premiers secours en santé mentale aide à identifier des problèmes susceptibles de nécessiter la consultation d'un spécialiste, parfois de manière urgente. Il n'y a toutefois pas de réponse pour les urgences absolues. Le déficit d'offre de soins, notamment en termes de budget, est pris en compte au niveau national. La situation se dégrade, et le personnel se décourage et parfois abandonne, épuisé par le manque de réponse.

Le nouvel hôpital de Navarre (Evreux) n'est pas en mesure de prendre en charge tous les cas ; l'entente est heureusement très bonne entre les secteurs de santé mentale public, privé et médico-social. « *On tâche de mutualiser les moyens et de trouver des réponses, limitées toutefois par une offre de soins très insuffisante* ».

Une simplification nécessaire

L'ARS a conscience que les directeurs d'établissements du secteur médico-social ont une charge de travail très lourde en termes de renseignement de données et d'indicateurs de suivi. Le système d'application, d'une grande complexité – notamment dans le secteur lié aux personnes âgées – entraîne une **charge de travail considérable pour peu de valeur ajoutée opérationnelle**.

[231] Foyer de vie Simone Veil, à Verneuil-sur- Avre.
[232] Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.
[233] Centre d'action médico-sociale précoce.

Face à ce constat, l'ARS a pris la décision de supprimer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dans le secteur du soin des personnes âgées[234]. Il est envisagé une simplification de la tarification des établissements médico-sociaux pour les personnes âgées, en procédant à une fusion des sections de tarification. Un travail est actuellement en cours pour faire converger les bases de données et simplifier le renseignement des données. La logique de simplification est au cœur des préoccupations de l'administration centrale du gouvernement.

La **réforme Séraphin PH** concerne la **tarification des établissements médico-sociaux** pour les personnes handicapées, dans un objectif d'amélioration et de simplification. Avec le temps, les établissements ont évolué dans leur structure de coûts, notamment dans le secteur des enfants et adultes. L'absence de mesures correctrices nous place aujourd'hui face à des déséquilibres.

L'introduction du logiciel Séraphin PH a pour ambition de refondre totalement les dotations dispensées aux établissements médico-sociaux. Cette réforme, très complexe à mettre en œuvre, a des effets importants de vases communicants. Elle présente des défis en se faisant à périmètre d'enveloppe constant au niveau national. ”

[234] Ils ont en revanche été conservés dans le champ du handicap.

L'organisation de l'offre de soins en Normandie

Audition de **Kevin LULLIEN**[235], directeur de l'offre de soins à l'ARS de Normandie

Le rôle de la direction de l'offre de soins

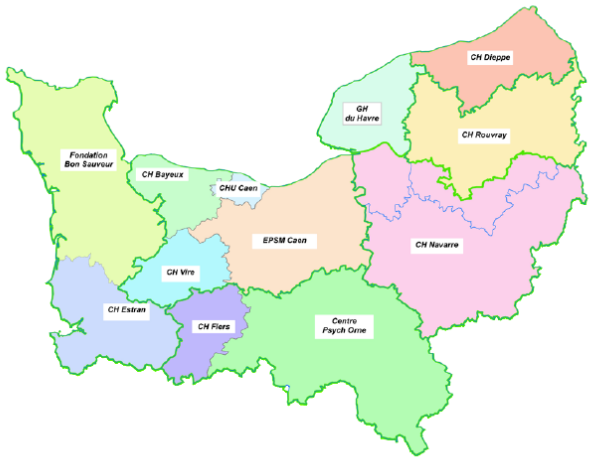
La direction de l'offre de soins, au sein de l'Agence régionale de santé de Normandie, a essentiellement pour mission de :

- Organiser l'offre de soins, en veillant aux besoins de la population, à la répartition territoriale, à la gradation des soins
- Réguler, planifier et autoriser des activités de soins
- Assurer les normes de qualité et de sécurité des soins
- Accompagner au changement (dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques)

La sectorisation

Il existe 3 zones d'intervention en ex-Basse-Normandie et 4 en ex-Haute-Normandie[236].

Zone d'intervention des ES autorisés en psychiatrie générale, et périmètre des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)



ARS de Normandie - D. Strat - Pole ESAD - HB - Février 2018

Au sein de chaque zone d'intervention, on attribue des communes à des Établissements de Santé (ES) et on procède à une mutualisation des moyens par pôles.

On constate qu'un seul établissement de santé est autorisé en psychiatrie générale dans la zone d'intervention de l'Eure : celui du centre hospitalier de Navarre.

Une sous-division des communes s'opère également au sein d'un même secteur ; cette organisation choisie par les communes se fait en fonction des bassins de vie, d'attractivité, de l'histoire du territoire, de ses caractéristiques (notamment rurales ou urbaines).

Le secteur est ainsi le niveau de proximité le plus petit et les établissements hospitaliers ont la possibilité de regrouper des secteurs.

L'offre du secteur regroupe un certain nombre de structures et services : structures ambulatoires, centre médico-psychologique (CMP), centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpital de jour, etc.

[235] Audition réalisée le 2 juillet 2025, dans le cadre du comité d'étude.
[236] Ces zones d'intervention correspondent aux 7 Projets territoriaux de santé mentale (PTSM).

L'organisation se fait de plus en plus autour des besoins des patients et moins en fonction des secteurs, au fur et à mesure que les établissements se spécialisent. On assiste en effet à un mouvement de spécialisation et de mutualisation de l'offre, avec une offre de soins qui s'est fortement développée « hors les murs ». Les Centres Ressources Autisme (CRA) et les unités traitant les violences sexuelles sont des exemples de **spécialisations d'unités « désectorisées ».**

En Normandie, la densité de lits d'hôpitaux en psychiatrie est en retrait par rapport à d'autres régions[237].

Bien que Kevin Lullien soit conscient des délais d'attente trop longs pour accéder aux soins, il ne dispose pas de données chiffrées fiables permettant de comparer la situation de la Normandie à celle des autres régions françaises.

La Normandie n'est pas bien lotie en termes de densité de psychiatres, essentiellement en raison d'un problème d'attractivité de cette spécialité et du territoire qui freine les recrutements nécessaires. Kevin Lullien a expliqué la grande difficulté à évaluer la notion de « postes vacants » dans les établissements hospitaliers, celle-ci étant largement tributaire du mode d'organisation des soins, spécifique à chacun d'entre eux.

S'agissant des moyens affectés pour les prises en charge des usagers, une modélisation conçue au niveau national permet de dire que la Normandie n'est pas sous-dotée par rapport aux autres régions et qu'elle se situe au contraire dans la moyenne.

En réponse à une question posée au sein du comité d'étude, Kevin Lullien a déclaré ne pas avoir de données sur la situation des personnes « en errance » (ne bénéficiant d'aucun soin).

L'ARS conduit des actions autour de deux axes principaux : les effectifs et les financements.

« *On est en difficulté partout, à des degrés divers* », reconnaît le directeur de l'offre de soins. Des efforts sont donc déployés pour attirer des médecins en Normandie, y compris des médecins étrangers ayant passé leur concours en France ; une orientation préférentielle des PADHUE[238] est opérée vers la Normandie. L'ARS incite par ailleurs au développement de stages d'externat visant à valoriser la spécialisation de la psychiatrie.

Un membre du comité d'étude témoigne des difficultés rencontrées avec le recrutement de PADHUE qui ne maîtrisent pas le français ; cela constitue un obstacle non négligeable pour une spécialité comme la psychiatrie, largement fondée sur la parole et le dialogue. Il alerte par ailleurs sur le service de livraison et d'administration de traitements médicamenteux à domicile, qui repose de plus en plus sur le secteur libéral.

Le financement de la psychiatrie

Il existe deux types de financement, selon que la prise en charge s'effectue dans le secteur public ou dans le secteur privé.

[237] Lire l'étude de l'ORS-CREAI Normandie, publiée en décembre 2020 : *La santé observée en Normandie, La santé mentale.*

[238] Praticien à diplôme hors Union européenne en France.

On compte peu d'établissements privés en Normandie (4 sont concentrés dans l'Eure et la Seine Maritime).

Historiquement, le financement était basé sur un forfait à la journée dans le privé tandis qu'il relevait d'une dotation par secteur dans le public.

Le nouveau type de financement mis en place par l'État comprend une pondération par nombre de professionnels, de places en médicosocial, par taux de pauvreté sur le territoire, de l'âge moyen de la population, etc. Certaines parts du nouveau mode financement sont liées à l'activité.

Ce nouveau mode de financement a permis de mettre en lumière un certain nombre de déséquilibres et d'inégalités en matière de dotations. Il s'est avéré que la Normandie n'était pas non plus sous-dotée par rapport aux autres régions françaises mais qu'elle se situait au contraire dans la moyenne.

Les mots des conseillers…

« On peut difficilement se satisfaire d'être meilleurs que le pire ».

« On est dans un état de pénurie grandissant ; la mutualisation renvoie donc à une mise en commun de la pénurie ».

La gouvernance des PTSM normands



Les 7 territoires de démocratie sanitaire correspondent aux périmètres des Projets Territoriaux de Santé Mentale

Le **rapport du Tour de France des Projets territoriaux en santé mentale**, précédemment cité, fait figurer à plusieurs reprises des éléments spécifiques à la Normandie dans la gouvernance des PTSM : autant de précisions qui laissent positivement à penser que la démarche autour de la mise en œuvre des PTSM en Normandie privilégie un suivi particulièrement étroit et régulier des projets, une approche la plus transversale possible, de même qu'une grande pluralité des acteurs.

Le rapport pointe en effet les **spécificité suivantes pour la Normandie** :

- La réunion des instances stratégiques tous les 6 mois
- La proposition d'un cadrage étroit du pilotage et d'un calendrier dès la mise en œuvre des PTSM ; la référente Santé mentale[239] régionale anime depuis le début des réunions mensuelles réunissant le pool régional de coordonnateurs et de référents territoriaux des ARS, afin de garantir une homogénéisation des compétences, un transfert des informations nationales et régionales. Des échanges bilatéraux, territoires par territoires sont organisés autant que de besoin
- La mission santé mentale et psychiatrie de l'ARS est directement rattachée à la direction générale, ce qui facilite la transversalité
- La constitution, dès l'origine, d'un « groupe projet » avec des représentants du sanitaire, du médicosocial (enfant et adulte, handicap et personnes âgées), du social (acteurs de la précarité, du logement), des personnes concernées et des CPTS, qui s'élargit encore progressivement
- Plus d'une centaine de signataires dans des Contrats Territoriaux en Santé Mentale (CTSM) normands
- L'excès de fiches actions pouvant nuire à la lisibilité du PTSM et à sa mise en œuvre est une difficulté qui a été identifiée et corrigée en Normandie

[239] Le Dr Cécile Bonnefoy que le comité d'étude a pu rencontrer à Dieppe : lire la restitution de la rencontre d'acteurs du PTSM de Dieppe qui suit.

Rencontre avec les acteurs du Projet territorial de santé mentale (PTSM) de Dieppe[240]

Rencontre en présence de :

- **Dr Cécile BONNEFOY**, cheffe de projet régional en santé mentale à l'ARS Normandie
- **Julien COQUAIS**, directeur Général de l'Association Appui Santé Caux Bray Albâtre
- **Nancy COUVERT**, directrice générale de l'association APEI[241] Seine et Mer et vice-présidente de La Commission spécifique santé mentale du territoire de santé de Dieppe
- **Martine DESMAREST**, représentante de l'Union Nationale des Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM)
- **Antony DUMONT**, vice-trésorier du GEM La Solidarité à Dieppe
- **Dr Jacques FERRY**, psychiatre retraité du territoire, participant au projet de développement du Centre de santé mobile Caux Bray Albâtre
- **Blandine HAQUET LEBAS**, directrice Maison Des Adolescents Caux Maritime
- **Alison HARAUX**, chargée de développement projet et responsable qualité, Appui Santé Caux Bray Albâtre
- **Samuel LEROY**, directeur des dispositifs de l'association ALVE Dieppe
- **Dr Simon MARTINEZ**, chef du pôle de psychiatrie du Groupement Hospitalier Territorial (GHT) Dieppe Caux Maritime et président de la Commission spécifique santé mentale du territoire de santé de Dieppe

Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)

Comment les territoires ont-ils été définis ?

Les territoires ont été définis en tenant compte des différents champs liés à la santé mentale, tels que le logement, le travail, les services de soins, les accompagnements et les services sociaux. En Normandie, la décision des périmètres des territoires s'est faite en rencontrant divers acteurs pour en définir la bonne taille. Il a finalement été décidé de rester dans les limites infra-départementales pour des raisons de justice et de coordination avec les services médico-sociaux.

En Normandie, ce sont **7 territoires de PTSM**[242] qui ont été définis et adoptés en décembre 2020 :

- 1 PTSM dans les départements suivants : Manche, Calvados, Eure, Orne
- 3 PTSM en Seine-Maritime : Dieppe, Le Havre, Rouen-Elbeuf

[240] Déplacement du comité d'étude le 5 mars 2025 pour une rencontre dans les locaux de l'association APPUI SANTE CBA - Caux Bray Albâtre, à Martin Église (Dieppe).
[241] Association de parents d'enfants inadaptés.
[242] Les 7 Projets territoriaux de santé mentale de Normandie (PTSM) | Agence régionale de santé Normandie

Il y a donc en Normandie un PTSM par département, sauf en Seine-Maritime où il y en a trois, en raison de la densité de population et des habitudes locales. Par exemple, il n'aurait pas été logique de lier Le Havre à Rouen en termes de parcours médico-social.

Un PTSM pour quoi faire ?

Adoptés pour une période de cinq ans, les **Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)** visent à réunir autour d'une même table les acteurs de terrain d'un territoire donné.

Un décret encadre ce processus, allant du repérage au diagnostic et à l'accompagnement des troubles. Cela inclut la santé mentale positive et le bien-être mental, permettant d'identifier les problèmes et de les résoudre avant qu'ils n'empirent. À partir de ce diagnostic, des actions sont proposées, ce qui s'avère en pratique un exercice souvent complexe dans la mesure où les acteurs ne se connaissent pas toujours bien.

L'idée est de ne pas limiter la santé mentale à la psychiatrie, mais d'inclure des représentants de différents secteurs, tels que le sanitaire, le médico-social, le social en général, et le champ des addictions. Tous ces acteurs se réunissent pour établir un diagnostic partagé des difficultés et des points forts du territoire. Les bailleurs sociaux ont été inclus dès le début, mais de manière trop prématurée ; ils sont désormais prêts à y participer.

Le PTSM vise non seulement à **promouvoir la santé mentale**, mais aussi à **déstigmatiser les représentations associées à ses problématiques**. L'intégration des personnes souffrant de troubles psychiatriques dans des parcours de soins non stigmatisants est en effet essentielle. Un projet médico-social partagé a été refondu pour inclure une filière de santé mentale, auparavant très cloisonnée, afin de traiter les personnes atteintes de troubles psychiatriques de la même manière que celles qui souffrent d'autres maladies.

Le PTSM vise aussi et surtout à **décloisonner les acteurs** et à **favoriser la connaissance mutuelle des missions et périmètres de chacun**. La Maison des Adolescents (MDA) est un bel exemple de décloisonnement des acteurs capables de coopérer de manière plus cohérente.

Construction et gouvernance du PTSM : une aventure collective

« Le bon sens vient toujours du terrain » ; « c'est par le terrain que tout se réalise ».

« Les PTSM sont en partie la mise en œuvre de la loi de 2005[243], avec des défis pour la psychiatrie et le médico-social ».

Il est essentiel de suivre certaines règles pour que les PTSM fonctionnent efficacement. Les participants doivent avant tout être prêts et engagés. Aujourd'hui, bien que certains territoires rencontrent des difficultés en raison de quelques conflits ici et là, les PTSM ont bel et bien pris racine ; ils suscitent des attentes et des envies parmi les acteurs de terrain. Les problèmes ne viennent pas de la base, mais souvent plutôt des niveaux intermédiaires.

[243] Loi du 11 février 2005, également connue sous le nom de « loi handicap », visant à garantir l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

« Le PTSM est une aventure collective où chacun doit jouer le jeu du collectif pour que cela fonctionne efficacement » [244] . Les professionnels impliqués sont des psychiatres, des infirmières, des psychologues et des travailleurs sociaux, tous travaillant ensemble pour améliorer les parcours de soins en santé mentale.

Une gouvernance et un groupe projet ont été mis en place puis un comité de pilotage (COPIL) large a été constitué, en acceptant ceux qui souhaitaient y participer. Ce n'était pas initialement la commission spécialisée du Conseil territorial de santé (CTS) qui opérait, car il aurait été compliqué qu'elle soit juge et partie pour le premier PTSM.

Une fois la commission spécialisée établie, elle est devenue l'instance de gouvernance avec un Bureau équivalent au groupe projet. **Le PTSM, porté par l'ARS, n'est pas interministériel, alors que son champ d'action est clairement multisectoriel**. En vue de coordonner les efforts et d'éviter les doublons, les Bureaux se sont élargis pour y inclure des représentants des DEETS[245] et des Départements, lesquels ont compris qu'il était important d'y participer. Face à la difficulté que causait toutefois l'absence de certains acteurs incontournables du territoire au sein de la commission spécialisée, il a été décidé de l'élargir encore pour y inclure des experts.

Deux commissions spécialisées sont organisées par an (en juin et en décembre). La commission de décembre fait le bilan de l'année écoulée et établit le programme de travail pour l'année suivante, tandis que celle de juin fait un bilan de mi-parcours et identifie les projets nécessitant des financements.

Les Bureaux des PTSM incluent des représentants institutionnels tels que la Mutualité sociale agricole (MSA), les Départements et les DEETS. La participation des dispositifs de coordination, comme la Communauté 360[246] et les CPTS, est également essentielle. Les Bureaux s'élargissent progressivement pour inclure ces acteurs, assurant ainsi une coordination efficace des actions en santé mentale.

Les Bureaux se réunissent environ toutes les six semaines, et en dépit des agendas chargés des uns et des autres, on s'aperçoit que les membres sont très présents et ne se lassent pas d'y participer, ce qui est un signe particulièrement positif. Bien que cela ne fonctionne pas parfaitement partout, l'intérêt pour le PTSM est désormais largement reconnu. Cécile Bonnefoy estime, pour sa part, qu'il y aura « *un avant et un après-PTSM* », sans retour en arrière possible, au vu du caractère bénéfique et dynamisant qu'il exerce sur le terrain.

Le terrain a d'ailleurs surpassé les administrations, ce qui complique un peu la mise en œuvre du PTSM. Il existe une politique nationale avec une mise en œuvre régionale et territoriale, soutenue par des financements. Il a fallu trouver un équilibre en intégrant des coordonnateurs de PTSM, indispensables pour faire le lien entre les différents acteurs.

Assurer la place des usagers

[244] Propos du Dr Cécile Bonnefoy.
[245] Directions de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités.
[246] Les Communautés 360 sont des dispositifs locaux créés pour soutenir les parcours de vie des personnes en situation de handicap et leurs familles. Elles ont été mises en place pour offrir une réponse coordonnée et systémique à proximité du lieu de vie des personnes.

Des difficultés ont été rencontrées pour intégrer les usagers dans le PTSM, notamment en ex-Haute-Normandie[247]. Toutefois, la situation progresse et un travail est fait pour inclure les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) dans le processus. Il est en effet essentiel que les usagers intègrent les groupes pour que le PTSM soit véritablement représentatif.

☞ **Agir ensemble, en proximité et de manière coordonnée**

La politique de santé évolue constamment, avec l'apparition de nouvelles structures ou organisations comme les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), lesquelles nécessitent une adaptation continue. **L'objectif est de traiter les sujets de santé mentale dans le cadre du PTSM, en laissant le pilotage des actions à ceux qui sont les plus légitimes.**

L'ARS Normandie s'est organisée de manière à ce que chaque délégation départementale ait une personne de référence pour la santé mentale, dans le cadre du PTSM. Bien que cette personne ne soit pas nécessairement à temps plein, il est essentiel qu'elle soit identifiée comme le point de contact principal pour le territoire.

Cécile Bonnefoy – qui œuvre au niveau régional – organise des points réguliers avec les coordonnateurs et les délégations départementales (DD). Bien que faisant initialement des points uniquement avec les coordonnateurs, elle a progressivement inclus les DD afin d'assurer une cohérence et une communication fluide entre les niveaux départemental et régional. Ces réunions (qui ont lieu toutes les deux à trois semaines) permettent de fixer un programme de travail et de s'assurer que chacun dispose des mêmes informations.

Les bureaux de la Commission, composés de présidents et de vice-présidents, participent également à ces réunions. L'idée est de **créer une synergie entre le terrain, les politiques publiques et la coordination régionale**.

À Dieppe, le PTSM fonctionne bien grâce à la taille humaine du territoire et au soutien des autorités locales. La psychiatrie en hôpital général y joue un rôle différent par rapport à la psychiatrie traditionnelle.

Le premier objectif à atteindre est désormais rempli : les acteurs se connaissent et commencent à s'apprécier. Pour mettre en place des indicateurs et des outils de mesure, il est en effet essentiel de créer une gouvernance où les personnes se mobilisent, se connaissent et communiquent entre elles.

En conclusion, Cécile Bonnefoy estime que les PTSM en Normandie sont une réussite dans la mesure ils ont permis aux acteurs de mieux se connaître et de collaborer efficacement, malgré les défis et les adaptations nécessaires.

Alison HARAUX souligne que la création du PTSM de Dieppe a eu la chance de bénéficier d'un collectif d'acteurs engagés ; une période de travaux de groupes entre 2016 et 2019 (avec des

[247] En ex-Basse-Normandie, l'intégration des usagers a été facilitée par la présence d'Advocacy, association des usagers pour la santé mentale, localisée à Caen.

copilotages pour chaque priorité) a permis de contractualiser 21 actions dans le contrat territorial de santé mentale (CTSM), signé en 2021.

Le principe du PTSM est de contractualiser des actions avec plusieurs partenaires pour **construire des parcours de soins cohérents**. En Normandie, des projets de psychiatrie ont été intégrés dans le PTSM pour lui donner de la lisibilité et répondre aux besoins du territoire. Bien que cette première génération de PTSM ait une composante sanitaire importante en raison d'un déficit d'offre, l'objectif est d'inclure progressivement d'autres éléments pour répondre aux besoins de la population.

En ce qui concerne les équipements, il est important de noter que **certaines équipes mobiles ne sont pas suffisamment dimensionnées**. Des lacunes dans l'offre de services ont toutefois conduit à prioriser certaines offres en vue de constituer un panier de services minimum, incluant également le médico-social.

Le PTSM de Dieppe réunit aujourd'hui de nombreux acteurs, dont des professionnels libéraux, ce qui n'est pas le cas de tous les PTSM. La mobilisation des professionnels de santé libéraux, bien que parfois complexe, a joué un rôle moteur dans la construction et le pilotage de certains groupes de travail. Une fiche action destinée aux médecins libéraux a pu ainsi être intégrée au contrat, ce qui en fait une initiative non seulement intéressante mais unique.

La première contractualisation du PTSM, qui s'étend de 2021 à 2025, est en phase d'évaluation. Celle-ci repose sur un certain nombre de critères plus ou moins normés pour mesurer ce qui a été accompli. La **deuxième génération de PTSM, pour la période 2025-2030** commencera à se dessiner en décembre 2025 à travers un nouveau Contrat territorial de santé mentale (CTSM).

Et la question du financement ?

Certains projets, comme la famille gouvernante[248] et la maison de répit[249], sont encore en attente de financements en raison de la complexité des accords entre le Département et l'ARS. Cependant, la réactivité et la persévérance des acteurs permettent de maintenir ces projets inscrits et de continuer à travailler pour leur réalisation.

Si l'intérêt de ces projets est indéniable, la question de leur financement demeure capitale. Les enveloppes budgétaires sont étudiées aux niveaux départemental (conseil départemental) et régional (ARS). La population de Dieppe pose un défi supplémentaire ; bien que les projets y soient dynamiques et prometteurs, les besoins peuvent être plus importants ailleurs (sur les territoires du Havre et de Rouen). L'organisation nationale du Projet régional de santé (PRS), de la programmation et des appels à projets se fait dans un cadre rigide et normé. Seuls les GEM parviennent à échapper à ces contraintes, ce qui a facilité leur mise en place.

L'offre de soins en psychiatrie

[248] Il s'agit d'un dispositif d'habitat inclusif, également appelée habitat accompagné, partagé et inséré dans la vie locale (HAPI).

[249] Établissement conçu pour offrir un temps de repos et de ressourcement aux aidants et à leurs proches en situation de maladie grave ou de handicap.

Le **Dr Simon Martinez** souligne que le territoire du PTSM de Dieppe est identique au territoire de démocratie sanitaire[250] qui inclut les zones de Saint-Valéry-en-Caux, Blangy-sur-Bresle, et Le Tréport. Il précise encore qu'il y a deux secteurs de psychiatrie de l'adulte et un intersecteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. L'équipe médicale pour les adultes est relativement bien dotée par rapport à d'autres territoires, avec un nombre suffisant de psychiatres pour les adultes et quatre psychiatres pour les enfants et adolescents.

L'offre comprend une hospitalisation complète avec une quinzaine de lits pour la psychiatrie adulte, de même qu'une unité ouverte en mars 2023, dans le cadre du PTSM. Il existe également une offre d'hospitalisation à temps partiel, avec un hôpital de jour orienté vers la réhabilitation psychosociale. Un hôpital de jour et divers dispositifs sont par ailleurs dédiés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

En psychiatrie adulte, des consultations sont proposées par le Centre médico-psychologique (CMP) à Blangy et Saint-Valéry, qui dispose de locaux partagés entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et celle de l'adulte. Les professionnels, qui interviennent dans différentes antennes, développent des **soins de réhabilitation**. Il existe également **plusieurs équipes mobiles**, dont une pour les structures médico-sociales, une équipe mobile de psychiatrie de la précarité, et une équipe mobile de gérontopsychiatrie.

Le PTSM a permis de renforcer et de développer ces actions, à travers une vision claire des soins disponibles. Une **équipe d'intervention précoce pour les adolescents et les jeunes adultes** a été mise en place, ainsi qu'une **équipe de psycho-trauma** et des **consultations spécialisées pour les auteurs de violences sexuelles**. Une infirmière en pratique avancée a également rejoint l'équipe, avec des missions cliniques et non cliniques, participant à diverses instances et renforçant les liens entre les professionnels.

Des formateurs en prévention du suicide interviennent dans le cadre du PTSM et au-delà. L'offre de soins est diversifiée pour un territoire de cette taille, et le pôle psychiatrique, intégré au centre hospitalier général, facilite les liens avec les autres spécialités.

Le Groupement d'Entraide Mutuelle (GEM) : pilier de l'accompagnement extra-médical

« Le Dr Martinez m'a bien aidé dans la vie, donc j'aime bien pouvoir aider à mon tour ».

Anthony Dumont, vice-trésorier du GEM La Solidarité

[250] Les territoires de démocratie sanitaire sont définis par les Agences Régionales de Santé (ARS) pour favoriser la concertation et la cohérence des politiques de santé au niveau local. Les territoires de démocratie sanitaire et les territoires des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) peuvent parfois se chevaucher, mais ils ne sont pas nécessairement identiques.

Historiquement, il y avait un GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) sur le territoire de Dieppe, un maillon essentiel du parcours de la personne. Il est en effet primordial que les personnes en souffrance psychique puissent bénéficier d'un accompagnement global qui ne soit pas uniquement sanitaire.

La volonté de formaliser l'existence d'un GEM avec lequel il serait possible d'établir un partenariat plus satisfaisant s'est imposée : c'est dans ce contexte que le GEM « La Solidarité » a vu le jour à Dieppe en 2022. Bien qu'il fonctionne de manière autonome, il favorise l'ouverture vers d'autres activités complémentaires aux soins et permet à chacun de trouver sa place sur le territoire, à travers un soutien communautaire.

Les locaux, situés face au port de plaisance au cœur de Dieppe, offrent un cadre agréable et facilitent l'articulation avec d'autres structures.

L'association gestionnaire du GEM a pour mission d'animer et de proposer des activités, d'accueillir de nouveaux adhérents et de définir les besoins financiers pour le quotidien et les activités réalisées. Une animatrice à temps complet et un professionnel doté d'un rôle de Conseiller en Économie Sociale et Solidaire (CESS) apportent leurs compétences pour l'animation des activités sociales et l'accompagnement des adhérents.

Le financement du GEM est assuré par des fonds de l'Assurance maladie, et ses moyens ont été revalorisés pour soutenir ses activités dont la gestion est assurée par des adhérents et des représentants du GEM. Il s'agit d'un **dispositif peu coûteux par rapport aux nombreux bénéfices qu'il apporte**.

Toute personne en situation de handicap psychique, majeure et désireuse de rejoindre le GEM, bénéficie de deux mois d'essai. Si ce qui est proposé lui convient, elle pourra ensuite adhérer en réglant une cotisation d'un euro par mois (soit 12 euros par an). Diverses activités, choisies en concertation avec les adhérents, y sont régulièrement proposées : jeux de société, ateliers de mosaïque, de peinture, de dessin, de cuisine, de soins esthétiques, organisation de sorties et de concerts, etc.

Le GEM compte désormais 43 adhérents, dont une quinzaine de nouveaux en 2024. Les personnes y viennent d'elles-mêmes, sans contrainte, pendant les horaires d'ouverture, du lundi au samedi. Il s'agit d'un lieu de vie où les personnes peuvent échanger, déjeuner ensemble, ou simplement passer boire un café.

En complément, les membres du GEM sont souvent mobilisés pour des travaux au niveau du PTSM et pour des journées de sensibilisation des citoyens. Par exemple, cette année, une journée dédiée à la réhabilitation psychosociale a permis au GEM de partager son expérience.

La Maison des Adolescents de Dieppe

La gestation de la Maison des Adolescents (MDA) de Dieppe a été longue. Dès 2011-2012, le territoire souhaitait un espace d'accueil et d'écoute de première ligne pour les jeunes, dans un contexte où l'unique recours était la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sans intermédiaire pour les jeunes en mal-être. Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) a

accéléré ce processus, et **Blandine Haquet Lebas** a été recrutée en 2020 – en pleine période de crise sanitaire – pour animer la préfiguration de cette maison.

Le recrutement a marqué une étape importante, avec un jury pluriel incluant le Département, l'ARS, les champs sanitaire (l'hôpital) et médico-social, reflet du travail de concertation déjà mené dans le cadre du PTSM. Les Maisons des adolescents existent depuis 1999[251] ; celle de Dieppe devait être généraliste, avec une articulation avec le soin, mais sans pour autant être uniquement portée par le centre hospitalier.

Elle fonctionne en étroite collaboration avec le PTSM pour éviter les doublons et assurer une coordination efficace.

Une gestation longue mais un temps de préfiguration très court

La préfiguration a impliqué plusieurs axes de travail : un benchmark des dispositifs existants, la rencontre des acteurs du territoire en vue d'identifier leurs attentes et leur participation, ainsi que des questionnaires pour le public cible (adolescents et parents). La gouvernance devait également être définie, avec un portage par un Groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) réunissant des acteurs du social, du médico-social et du sanitaire.

En 2021, le GCSMS a été mis en œuvre, incluant la Fondation Sainte Élisabeth, l'établissement professionnel Notre-Dame-des-Flots, l'APEI de la région dieppoise et l'APEI Seine et Mer. L'hôpital a rejoint le projet, et une convention resserrée a été établie pour allier le social, le médico-social et le sanitaire. La **MDA est donc le résultat d'une politique publique partagée**, soutenue financièrement par l'ARS, mais nécessitant la réunion de tous les financeurs.

La préfiguration a permis de structurer le projet de manière globale, malgré les défis du confinement. Quand le GCSMS s'est retiré du projet, l'hôpital a continué à soutenir la MDA. La coopération entre les différents acteurs a été essentielle pour la réussite de ce projet, qui a reçu rapidement le soutien financier de l'ARS.

Le projet de la Maison des Adolescents (MDA) a mis un an à voir le jour, ce qui est pour ainsi dire inédit. Bien que le financement ne soit pas encore complet, le projet fonctionne désormais. Le recrutement pluriel pour les postes de coordonnateurs a été déterminant. Ces postes sont rattachés à des structures mais fonctionnent de manière autonome, avec des missions annuelles co-rédigées par le bureau de l'ARS, les délégations départementales et le niveau régional. Cela permet aux coordonnateurs de comprendre dès le départ la particularité de leur rôle et de travailler pour le territoire.

Cette approche modifie la manière dont les projets d'établissement sont construits, en les alignant avec les demandes du PTSM. La coordination, bien que complexe par le nombre d'acteurs qu'elle implique, est tout à fait essentielle pour assurer la cohérence des projets. Il est rappelé, à ce titre, le rôle déterminant du soutien des élus locaux pour y parvenir.

L'énergie collective qui a animé ce projet est précieuse à tous les niveaux. Les élus, les acteurs de diverses cultures professionnelles, et les instances de gouvernance comme le GCSMS et le

[251] La première Maison des adolescents de France a été créée au Havre.

centre hospitalier y ont tous contribué. Des comités stratégiques et politiques réunissent l'ensemble des acteurs engagés, permettant de faire des états des lieux, de réajuster les orientations et de maintenir le projet en adéquation avec le territoire. Ces réunions, qui se tiennent une à deux fois par an, sont essentielles pour accompagner le projet.

Pourquoi une Maison des adolescents ?

La Maison des Adolescents (MDA) s'inscrit dans une **organisation graduée, visant à diminuer la pression sur les CMP en offrant une première ligne d'écoute**. Le lien avec la médecine générale et la psychiatrie est naturel, avec environ 20 % des jeunes orientés vers la psychiatrie et 80 % vers d'autres services. La MDA travaille également en lien avec les **Points Accueil et Écoute jeunes** (PAEJ).

La MDA vise à **éviter les ruptures de parcours** en assurant des transitions fluides entre les différents dispositifs. La préparation des transitions est essentielle, notamment pour le passage d'un IME à un ESAT.

L'équipe de la MDA est composée d'accueillants écoutants, d'un psychiatre du centre hospitalier de Dieppe, de psychologues alloués par le CMP, et d'une secrétaire à mi-temps. La MDA se déploie sur l'ensemble du territoire, avec des liens particuliers avec les lycées, d'où proviennent 40 % des orientations. Les jeunes de 12 à 20 ans sont accueillis de manière inconditionnelle, bien que le cahier des charges puisse évoluer afin d’inclure de jeunes adultes jusqu'à 25 ans.

La MDA mène également des actions de prévention et de promotion de la santé dans les établissements scolaires, les missions locales, les centres sociaux, et partout où se trouvent des jeunes ou leurs parents. Les thématiques abordées incluent le harcèlement, la santé mentale, le consentement, la gestion du stress, les troubles alimentaires et la nutrition. Autant d’actions essentielles en réponse aux besoins des adolescents et de leur entourage.

En tant que **lieu de ressources territorial sur les questions liées aux adolescents**, la MDA organise des groupes de travail, des journées d'études et des forums thématiques. Par exemple, un groupe de travail sur le décrochage scolaire et la santé mentale a été mis en place ; des journées d'études sur l'intelligence artificielle sont organisées pour réunir les acteurs du territoire et aborder des sujets émergents.

En Seine-Maritime, la participation du Départements est en train d'évoluer, avec des discussions en cours pour réviser le cahier des charges national des MDA. Il est important de faire évoluer la gouvernance des MDA existantes pour impliquer les financeurs dans la prise de décision. La confiance et la transversalité sont des éléments clés pour le succès de ces projets.

Le centre de santé créé par l'association, avec le soutien de l'ARS, accueille aujourd'hui de nombreux patients sans médecin traitant, dont 17 % de mineurs. Cela souligne la nécessité d'intégrer des propositions spécifiques pour accompagner ces jeunes. Cela a conduit notamment à développer un **système itinérant de la Maison des adolescents**, afin de toucher davantage de jeunes en difficulté.

Les partenariats, qui se sont étoffés au fil du temps, donnent en effet lieu à des engagements concrets. Des accueillants écoutants se rendent dans des zones rurales peu desservies, grâce à un camion aménagé prêté par l'association L'Œuvre normande des mères (ONM). Tandis que le Centre hospitalier alloue du temps médical le lundi matin[252], la mission locale prête des locaux, sans parler d'autres partenaires (comme le centre social La Parenthèse à Saint-Nicolas) qui apportent aussi leur participation.

Projet de Centre de santé mobile

Un projet récent concerne l'ouverture d'une ligne de consultation psychiatrique sur le centre de santé mobile, en réponse aux délais de prise en charge dans les CMP. L'idée est de désengorger les urgences et de fournir un relais vers la psychiatrie libérale avant de continuer le parcours au CMP.

L'avis ponctuel sur demande est une approche intéressante, surtout avec une liste de patients déjà orientés par les généralistes. Cela permet d'ouvrir des portes et de faire le lien entre les différents professionnels de santé. Le travail en ruralité, bien que complexe, est essentiel pour répondre aux besoins de ces territoires souvent moins desservis.

Le projet de consultation psychiatrique sur le centre de santé mobile vise à combler les délais de prise en charge dans les CMP, en offrant une consultation intermédiaire avant de poursuivre le parcours de soins. Le docteur Ferry, avec son expérience en libéral et à l'hôpital, apportera son expertise pour accompagner les médecins généralistes et les patients.

Il est intéressant de souligner que les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) ont permis de développer des initiatives en dehors des grandes villes, favorisant l'itinérance et l'engagement collectif. Chaque secteur se sent moins isolé grâce à cette approche partagée. Les réunions régulières permettent de faire le point sur l'avancement des projets et de maintenir une dynamique positive.

Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

En ce qui concerne les **Contrats Locaux de Santé** (CLS) et les **Conseils Locaux de Santé Mentale** (CLSM), il convient de noter qu'il existe un lien étroit entre les coordonnateurs de PTSM et de CLSM. Les CLS incluent désormais un **volet santé mentale obligatoire**[253], ce qui facilite la coordination des actions sur le territoire. Ils sont portés par les collectivités et l'ARS, avec des actions contractualisées pour travailler avec les usagers et les établissement scolaires du territoire.

[252] Une réunion clinique a lieu chaque lundi matin avec des psychologues et un psychiatre pour ajuster les orientations des jeunes, en tant que de besoin. La majorité des situations sont apaisées par cette première ligne d'écoute, sans nécessiter une intervention de deuxième ligne.

[253] Depuis la loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale (dite loi 3DS), il est obligatoire d'inclure un volet sur la santé mentale dans les Contrats Locaux de Santé (CLS). Ce volet doit tenir compte du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) et peut inclure la mise en place d'un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM).

En Normandie, il y a actuellement **8 CLSM actifs**[254] et **15 en projet**[255]. Le **CLSM de Caen-Mondeville-Hérouville-saint-Clair**[256] est particulièrement actif et souvent cité en exemple. Les CLS et les CLSM doivent donner un avis sur le PTSM, ce qui les implique logiquement dans le processus.

Le Dr Bonnefoy estime qu'il serait bon de disposer d'une coordination territoriale unique en santé mentale, dotée d'un coordonnateur en appui des autres coordinations sur ce volet, plutôt que de multiplier les structures. Cela permettrait de hiérarchiser les informations et de simplifier les processus. Cette coordination, faisable à l'échelle d'un département, devient toutefois plus complexe à l'échelle régionale.

Il est également important de **maintenir une bonne coordination entre les CLSM et les autres dispositifs** comme les **Dispositifs d'appui à la coordination (DAC)** et les **Communautés 360**, afin d'éviter les duplications et assurer une prise en charge cohérente des situations complexes. La **proximité avec les acteurs du logement**, par exemple, est essentielle et doit être à tout prix maintenue.

Il est indispensable de **ne pas démultiplier les dispositifs de coordination**, car cela peut entraîner des redondances et une surcharge d'informations. Les CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale) et les CLS (Contrats Locaux de Santé) doivent notamment, à cette fin, travailler ensemble de manière coordonnée.

En France, où la tendance à la centralisation est forte, il est essentiel de **maintenir une approche territorialisée pour répondre aux spécificités locales**. Il importe de reconnaître que chaque territoire a ses spécificités et ses défis. Par exemple, l'Orne et l'Eure ont des dynamiques différentes, même si l'objectif reste bien entendu le même : améliorer l'accès aux soins et la qualité des services de santé mentale. Atteindre cet objectif suppose une coopération entre les acteurs locaux, les professionnels de santé et les associations telles que l'UNAFAM.

Les CLSM – comme celui de Caen – fonctionnent bien lorsqu'ils sont bien coordonnés et vont au-delà de leur périmètre initial[257]. Ils sont portés par les élus et le secteur de la psychiatrie, tandis que les PTSM sont structurés au niveau départemental ou territorial.

Il est essentiel de comprendre que les niveaux national, régional et départemental ont chacun leur rôle à jouer dans la coordination des projets de santé mentale. Le niveau régional est particulièrement intéressant s'il peut collaborer efficacement avec le niveau départemental pour aider à obtenir les ressources nécessaires et partager les bonnes pratiques.

[254] Il s'agit de ceux de Caen, Cherbourg-en-Cotentin, Picauville, Rouen, Le Havre, Évreux, Dieppe et Lisieux.
[255] Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) | Agence régionale de santé Normandie
[256] Lire la restitution de l'audition avec son coordinateur Gérald Halley, organisée le 11 mars 2025 au sein du comité d'étude.
[257] Le CLSM de Caen s'est étendu aux territoires de Mondeville et d'Hérouville-saint-Clair et un projet d'élargissement est prévu avec la commune d'Ifs.

Il est encourageant de constater que **la perception de la psychiatrie et de la santé mentale a évolué positivement**. La sensibilisation accrue et les discussions ouvertes sur la santé mentale sont capitales pour combattre la stigmatisation et améliorer l'accès aux soins.

Quid de la santé mentale des jeunes ?

- **L'impact du Covid-19** : la pandémie a agi comme un accélérateur des fragilités existantes, notamment chez les jeunes. Les études montrent que les jeunes filles, en particulier les lycéennes, sont les plus touchées par des problèmes de santé mentale.
- Des **changements dans les comportements adolescents** : on observe une diminution de l'investissement des espaces publics par les adolescents, qui préfèrent souvent les interactions via les téléphones. Cela peut avoir de fortes implications sur leur santé mentale et leur socialisation.
- Une **augmentation de la sensibilisation à la santé mentale** : il y a désormais une plus grande ouverture à parler de santé mentale au sein des établissements scolaires et d'autres lieux publics. Les jeunes sont plus enclins à chercher de l'aide et à parler de leurs ressentis.

Des messages clés à l'attention des décideurs ?

- **Continuer à promouvoir la santé mentale** : il est fondamental de maintenir et d'intensifier les efforts de sensibilisation et de promotion de la santé mentale, en particulier dans les écoles et les lieux fréquentés par les jeunes.
- **Soutenir les initiatives locales** : les projets comme les PTSM et les MDA montrent l'importance de la collaboration locale. Il est essentiel de continuer à soutenir ces initiatives et de s'assurer qu'elles disposent des ressources nécessaires.
- **Éviter la centralisation excessive** : bien que l'harmonisation soit nécessaire, il est important de ne pas centraliser excessivement les décisions. Les spécificités locales doivent être prises en compte pour répondre efficacement aux besoins des populations.

Des **initiatives telles que la pair-aidance** (dont la pair-aidance familiale) **sont des avancées significatives** qui n'existaient pas auparavant. Par exemple, au Centre Hospitalier de Dieppe, des programmes d'éducation thérapeutique sont actuellement mis en place, en collaboration avec l'UNAFAM. Cette ouverture et cette collaboration permettront d'aller encore plus loin.

L'UNAFAM joue un **rôle crucial dans le soutien aux familles et amis de personnes souffrant de troubles psychiques**. Depuis la mise en place du PTSM, l'UNAFAM a vu une amélioration notable dans la collaboration avec les professionnels de la psychiatrie. Les groupes de parole et les permanences permettent aux familles de partager leurs expériences et de trouver des solutions ensemble.

Dans l'Eure, la coopération entre les acteurs de la santé mentale a été facilitée par la création d'associations comme le réseau REDOP[258], qui réunit les hôpitaux publics, les acteurs médico-sociaux et les structures privées. Cette collaboration a permis de mieux répondre aux besoins des patients malgré les difficultés d'accès aux soins.

Le PTSM a apporté énormément au territoire en fournissant des outils et des moyens d'amélioration de la prise en charge des patients. Cependant, **il reste encore des défis à relever**, notamment en matière de partage d'informations et de données sensibles entre les structures médico-sociales et sociales. Cette étape nécessite des moyens supplémentaires.

Le PTSM a permis de structurer les financements et de développer des projets innovants, même dans des territoires avec des déficits de financement importants comme Dieppe et l'Orne.

Il est important toutefois de souligner que **certaines actions peuvent être réalisées sans financement**. Par exemple, des initiatives comme les « petits cafés » et les rencontres dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ont permis de parler de santé mentale dans un langage accessible à tous et sans jargon médical. L'UNAFAM parvient elle aussi à mobiliser des acteurs sans financement en organisant des activités sur les marchés, par exemple.

Les acteurs inclus dans le PTSM croient au projet et sa prochaine édition (2026-2030) suscite de l'enthousiasme au vu des solutions innovantes et des effets produits au cours de la première édition.

Les déplacements sur le terrain, comme ceux organisés par le CESER, permettent de constater concrètement les avancées et de s'inspirer des bonnes pratiques.

En conclusion, les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) sont bien portés politiquement et bénéficient d'un soutien national.

La collaboration entre les différents acteurs et la mobilisation autour du PTSM sont essentielles pour continuer à progresser. Il est important de continuer à soutenir ces initiatives et de s'assurer qu'elles disposent des ressources nécessaires.

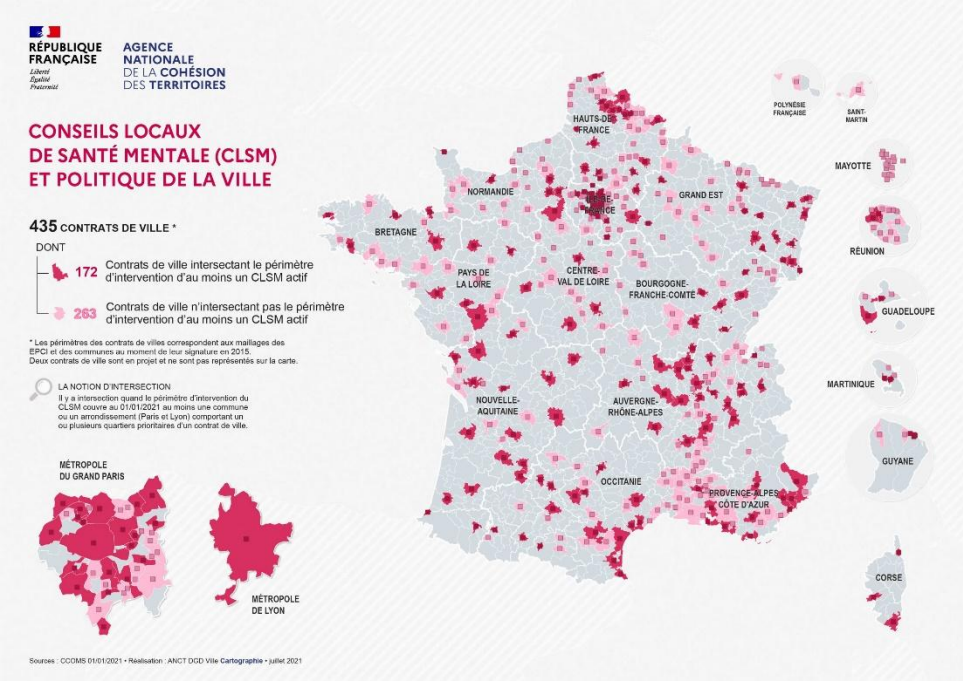
”
“

[258] Le Réseau Départemental d'Observation et de Prévention (REDOP) dans l'Eure est un dispositif qui vise à coordonner les actions de prévention et de soutien pour les personnes en situation de handicap et leurs familles.

📣 Le Conseil local de santé mentale (CLSM) de Caen-Mondeville-Hérouville-St-Clair, avec Gérald HALLEY

Audition de **Gérard HALLEY**[259], coordinateur du Conseil Local de Santé Mentale de Caen-Mondeville-Hérouville-saint-Clair, au sein de la Direction Santé – Risques – Salubrité, Service Prévention Sanitaire de la Ville de Caen.

Il existe actuellement quelque **280 CLSM en France**, ce qui couvre une population d'environ **20 millions de personnes**. Visant à favoriser une politique de santé globale sur un territoire, leur fonctionnement repose sur trois piliers : une volonté politique, des structures intercommunales et des établissements. Au niveau national, les CLSM sont coordonnés par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) de Lille.



Le CLSM de Caen est un espace de concertation sans forme juridique, qui a été renforcé en 2022 par le recrutement de Gérald Halley en tant que coordinateur à temps plein. Il a été intégré à la Direction Santé – Risques – Salubrité, au sein du service Prévention sanitaire.

Le financement du poste de coordonnateur est assuré à 67 % par la ville de Caen, 18 % par l'ARS, 10 % par la commune de Hérouville Saint-Clair et 4,5 % par Mondeville. Gérald Halley note un point de vigilance concernant les postes de coordinateurs de CLSM : souvent proposés à temps partiel, ils ne permettent pas d'intervenir efficacement sur la dynamique des politiques de santé mentale dans le territoire.

Depuis juin 2023, le CLSM de Caen a donc été élargi aux communes de Mondeville et de Hérouville-saint-Clair, ce qui couvre une population d'environ 140 000 habitants. Le CLSM est

[259] Audition organisée le 11 mars 2025 en visioconférence, dans le cadre de la commission.

actuellement bien établi, avec une convention-cadre en vigueur jusqu'au 31 décembre 2025. Actuellement en phase d'évaluation, il devrait pouvoir être renouvelé et élargi[260] au cours d'une troisième phase.

Les diagnostics ont en effet clairement mis en évidence les préoccupations majeures en matière de santé mentale. Dans les diagnostics du CLS, le **bien-être psychique et la santé mentale** apparaissaient **en troisième position pour Caen**. La première priorité est l'environnement et le cadre de vie, suivie de l'accès aux soins pour tous.

Bien que la santé ne fasse pas partie des compétences obligatoires des communes et des structures intercommunales, ces dernières se montrent de plus en plus volontaires à agir dans ce domaine. À Caen, la création du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) remonte à 2017[261], grâce à la présence d'une psychiatrie publique, la participation d'usagers et une (nécessaire) volonté politique.

Agir collectivement

À Caen, les acteurs principaux sont le CHU et l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM). L'association **Advocacy** Normandie – créatrice des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) – et **l'UNAFAM**, qui accompagne les familles de personnes handicapées psychiques, participent activement au CLSM.

Le CLSM vise à **décloisonner les pratiques en santé mentale, développer un réseau de partenaires, favoriser la prévention et promouvoir les droits des personnes**. Il fonctionne avec un comité de pilotage, un comité technique et des groupes de travail thématiques.

Un CLSM n'est rien sans la disponibilité des acteurs mais il doit toutefois veiller à ne pas ajouter à la surcharge de travail des professionnels de santé. La santé mentale au travail figure parmi les priorités du CLSM, avec des méthodes adaptées comme les « visio flash » d'une durée de 20 minutes.

Les vertus d'un fonctionnement souple

Le CLSM a une souplesse de fonctionnement dont le PTSM, dans un cadre organisationnel plus rigide, ne dispose pas. Dans le cadre d'un PTSM, mettre en œuvre une action suppose de respecter une fiche action et de répondre à des critères précis, en accord avec le Bureau. Le CLSM réunit quant à lui un comité de pilotage par an et peut lancer des actions très rapidement[262]. Il convient, à ce titre, de veiller à ne pas rigidifier le fonctionnement des CLSM, leur véritable plus-value résidant dans leur capacité à s'adresser à tout moment à n'importe quel acteur.

[260] Des négociations sont en cours pour l'étendre à la commune d'Ifs, située dans la banlieue sud de Caen, avec une population de près de 12 000 habitants.
[261] La loi 3D de février 2022 impose un volet santé mentale dans les Contrats locaux de santé (CLS). À Caen, ce volet a été intégré dès 2017.
[262] À titre d'exemple, il peut créer ou renforcer une équipe mobile sur une compétence existante de maintien dans le logement (DEETS) pour des personnes inconnues des services psychiatriques.

Intervenir sur les situations complexes de santé mentale

La précarité financière et sociale est un déterminant important de la santé.

Des partenaires sollicitent régulièrement le CLSM pour des problèmes complexes de santé mentale. En 2024, le CLSM a été impliqué dans le traitement de 23 situations complexes, impliquant des personnes âgées de 25 à 80 ans. L'objectif premier est de veiller à éviter toute aggravation de ce type de situations.

Actuellement, la **plupart des situations complexes concernent le maintien dans le logement**. Sur les 23 cas traités, 13 ont fait l'objet de sollicitations téléphoniques directes pour des premiers leviers d'action. Le coordinateur vérifie ensuite – de manière anonyme – s'il y a un tiers, un médecin traitant, s'il est possible de communiquer avec la personne et s'il y a un danger pour elle-même ou pour autrui.

Cinq réunions de concertation pluridisciplinaires sont organisées chaque année pour traiter des situations qui demeurent bloquées, en dépit des mesures mises en œuvre par les partenaires. Les situations sont discutées de manière anonyme ou non anonyme, en accord avec les personnes concernées. L'objectif n'est pas de trouver des solutions immédiates ou encore des places en hospitalisation, mais de donner des leviers d'action potentiels aux professionnels présents.

Ces professionnels peuvent être des bailleurs, des organismes tutélaires, des travailleurs sociaux ou des acteurs du secteur sanitaire et social, des représentants de la cellule adulte vulnérable du département, des cadres de santé, des infirmier·es… de même qu'un médecin psychiatre.

Sensibiliser à la santé mentale

Gérald Halley a développé un **module de sensibilisation à la santé mentale**, incluant la santé mentale positive, **destiné aux professionnels**. Depuis 2022, ce sont plus de 300 professionnels qui ont pu être formés, avec un retour de satisfaction très élevée. Les formations prônent notamment une écoute bienveillante et non stigmatisante, qui se gardent de poser un diagnostic.

Le discours sur la santé mentale positive est essentiel ; il doit être porteur de messages d'espoir avec la possibilité d'un rétablissement à la clef. Ces messages sont d'autant plus difficiles à faire passer que les professionnels de la psychiatrie eux-mêmes sont particulièrement exposés au risque de burn-out, d'une part, et que les délais de prise en charge des personnes en demande sont souvent très longs. Le manque de psychiatres à l'hôpital a encore récemment entraîné une fermeture de lits à l'EPSM de Caen.

Déstigmatiser la santé mentale

Le CLSM organise également des **actions de déstigmatisation**, telles que des ciné-débats, des « world cafés[263] » autour de la santé mentale et le sport, des expositions de photographie...

[263] Les world cafés sont des événements interactifs qui favorisent l'échange collectif et l'émergence d'idées partagées en faisant appel à l'intelligence collective.

D'autres projets sont à l'étude afin intégrer d'autres communes et développer des actions de sensibilisation et de prévention. Un jeu d'enquête ludique pour les jeunes sur la santé mentale est ainsi en cours d'élaboration, en partenariat avec la ludothèque de Caen.

Le CLSM commence désormais à s'intégrer favorablement dans le paysage. Un premier café-conférence sur la santé mentale a été organisé pour les agents de la communauté urbaine de Caen, dans une ambiance tout à fait détendue. D'autres rencontres sont prévues dans les quartiers de la Guérinière et de La Grâce de Dieu[264].

L'« empowerment » : être acteur de sa santé

L'empowerment vise à développer la capacité d'un individu souffrant d'un trouble psychique à être davantage acteur de ses choix de vie. Il peut en effet y avoir des transferts et des partages de compétences dans la santé, qui ne sont pas uniquement l'affaire des spécialistes. Il existe des médiateur·ices de santé pairs dont le savoir expérientiel accompagne les équipes de soignants dans la réhabilitation et le rétablissement.

Les infirmier·es en pratiques avancées (IPA)

La question des infirmier.es en pratique avancée (IPA) n'est pas simple à aborder. Si elle paraît intéressante et pertinente, il ne serait pas pour autant souhaitable qu'elle soit une solution de compensation à un manque de psychiatres, de médecins et de compétences.

Échanges avec la commission

- *Quelle articulation entre le CLSM et le PTSM ?*

Le regard que porte l'ARS sur les actions menées par rapport au Projet régional de santé (PRS) est important : un bilan d'activité qualitatif est remis chaque année à l'ARS, et un comité de pilotage[265] se réunit en juin pour examiner le rapport d'activité. Les actions spécifiques sont communiquées à l'ARS en fonction des besoins.

- *Existe-t-il des actions spécifiques pour les enfants et les jeunes pris en charge par l'ASE ?*

Il n'y a, à ce jour, aucune action spécifique proposée pour les jeunes pris en charge par l'ASE (ou issues de l'ASE).

- *Quelles initiatives pour améliorer la qualité de vie au travail ?*

La ville de Caen a déployé un certain nombre d'initiatives pour améliorer la qualité de vie au travail. Depuis 2022, elle propose des formations aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM) ainsi que des ateliers spécifiques sur la santé mentale, dans le cadre des forums santé qu'elle organise. Le service Qualité de Vie au Travail (QVT) est très actif sur ces questions, et le

[264] Quartiers dits « sensibles » à Caen.

[265] Celui-ci est précédé une fois par an d'un comité technique très large incluant tous les acteurs de la santé mentale désireux d'y participer.

CLSM est régulièrement sollicité pour des sessions de sensibilisation envers des professionnels.

- *Quid d'un potentiel déséquilibre territorial créé par le financement et l'organisation du CLSM ?*

La volonté politique et les moyens humains sont essentiels pour le bon fonctionnement du CLSM. La ville de Caen finance le poste de coordinateur à temps plein, ce qui permet de maintenir la proximité et la dynamique du CLSM. Cependant, l'élargissement à d'autres communes pourrait poser des défis en termes de proximité et de ressources.

Le CCOMS de Lille a proposé un cahier des charges national pour les CLSM, soulignant l'importance des moyens alloués. La duplication du modèle CLSM nécessite des conditions spécifiques, notamment la présence d'usagers et des ressources adaptées au territoire. En milieu rural, le fonctionnement d'un CLSM serait probablement appelé à être un peu différent.

- *Pourquoi n'existe-t-il pas davantage de CLSM ?*

Les échanges à Dieppe ont montré l'efficacité de la concertation et de la collaboration entre les acteurs locaux, sans nécessairement augmenter les besoins financiers. Or la mise en place d'un CLSM demande des moyens mais aussi une volonté politique, ce qui peut expliquer en partie la raison pour laquelle toutes les villes ne l'adoptent pas, en dépit des services rendus et d'un investissement financier somme toute modéré. Le fait que la santé mentale ne soit pas une compétence propre des communes constitue par ailleurs un frein à leur implication.

Le CLSM doit être entretenu pour rester dynamique, avec des actions concrètes et une mobilisation continue des acteurs. La collaboration avec le PTSM est essentielle pour coordonner les actions et partager les priorités. La fragilité du financement peut rendre le CLSM vulnérable, soulignant l'importance de maintenir les trois piliers : acteurs, volonté politique, et partenariat avec la psychiatrie et les usagers.

Valérie Varenne[266] a souligné l'importance des moyens humains pour porter les projets du CLSM. À Cherbourg-en-Cotentin, l'absence de psychiatres disponibles a été source de difficultés. La qualité du coordinateur du CLSM est primordiale, de même que la qualité partenariale et la conduite de projet.

« On aura beau mettre en place toutes les structures et mesures possibles, appelées sous différents acronymes, ce qui compte au fond, ce sont toujours les qualités humaines qui garantissent le succès d'un projet »[267]*.*

Cet aspect « humano-dépendant » accroît aussi par ailleurs la fragilité de tous ces projets, qu'un départ ou que le changement d'une personne clé peuvent compromettre.

[266] Maire-adjointe en charge des solidarités et vice-présidente du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Cherbourg-en-Cotentin.
[267] Propos d'une conseillère du CESER Normandie.

Le CLSM de Caen a des échanges réguliers avec les services de la Région Normandie, notamment lors de réunions et ateliers organisés par l'ARS. En ce qui concerne le territoire du Cotentin, il serait intéressant de partager avec ses acteurs les outils et le livret publié par le CLSM de Caen ; cela pourrait peut-être répondre en partie à leurs problématiques locales.

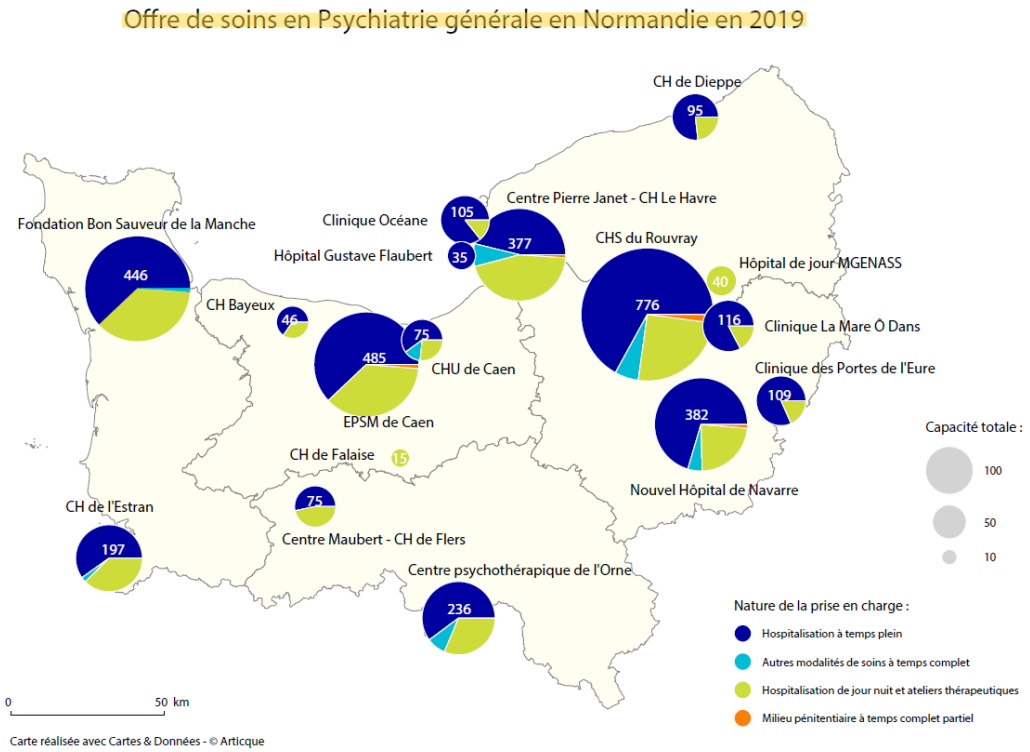
3.4 Normandie : une offre de soins inférieure à la moyenne nationale

Malgré l'importance et la prégnance des questions liées à la santé mentale, force est de constater que les données fiables et récentes n'abondent pas au niveau régional (un constat non spécifique à la Normandie mais qui s'applique à l'ensemble des régions).

L'essentiel des éléments que nous rapportons ici est issu d'un focus sur la santé mentale que l'ORS-CREAI de Normandie a publié en décembre 2020.

En Normandie, l'**offre d'accueil en psychiatrie générale** correspond à une densité de 84,5 lits pour 100 000 habitants en hospitalisation à temps complet : elle est **inférieure de 14 % par rapport à l'offre métropolitaine** moyenne. En revanche, la densité de places en hospitalisation partielle est supérieure d'un peu plus de 10 % à la moyenne nationale. Ces dernières sont très inégalement réparties dans les départements : 52 places dans la Manche contre 27,2 places dans l'Eure.

Parmi les **4 800 professionnels (ETP en 2019) qui exercent en établissement de santé en psychiatrie générale**, seuls 5 % sont des professionnels médicaux[268]. Plus de la moitié (54 %) des personnels est constituée d'infirmiers, 21 % sont des d'aides-soignants, 4 % des psychologues et 3 % des personnels éducatifs et sociaux. Cette répartition est proche de ce qui est observé nationalement, avec une moindre représentation des psychiatres (4 % contre 6 %) au profit des aides-soignant·es (21 % contre 15 %).



Source : ORS-CREAI Normandie

[268] Source : *Panorama des établissements de santé* – édition 2019, publié par la DREES.

C'est dans l'offre d'accueil en **hospitalisation à temps plein, psychiatrie infanto-juvénile** que le « **décrochage** » **de la Normandie** est toutefois le plus criant, avec une densité de lits très inférieure (de moitié) à la moyenne nationale. L'offre de prises en charge à temps partiel est elle aussi inférieure à la moyenne nationale, quoique dans une moindre mesure (-7 %).

La Normandie dispose d'une **offre de psychologues et de psychiatres très en-deçà de la moyenne de l'offre nationale**. La démographie des médecins généralistes – elle aussi inférieure à la moyenne nationale – agit également défavorablement puisqu'ils constituent le premier recours de soins pour les personnes en souffrance psychique.

Offre médicale régionale au 1er janvier 2020 Densité pour 100 000 habitants

	Médecins généralistes* (libéraux et mixtes)		Psychologues (libéraux et mixtes)		Psychiatres (libéraux, mixtes et salariés)	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité	Nombre	Densité
Calvados	633	91,2	253	36,5	144	20,7
Eure	379	63,0	144	23,9	68	11,3
Manche	364	73,3	107	21,5	53	10,7
Orne	186	65,6	64	22,6	26	9,2
Seine-Maritime	1 071	85,4	311	24,8	228	18,2
Normandie	**2 633**	**79,1**	**816**	**24,5**	**519**	**15,6**
France métrop.	55 943	86,5	25 524	39,5	13 826	21,4

Sources : Répertoire Drees / Asip-Santé - RPPS, 1er janvier 2020 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

Le tableau qui suit montre une **densité d'accueil plus de deux fois inférieure à la moyenne nationale en matière de nombre de lits en psychiatrie infanto-juvénile à temps complet** (pour 100 000 habitants). On constate, en revanche, que la densité de l'offre d'accueil familial thérapeutique à temps plein est près de 4 fois supérieure à la moyenne nationale.

Densité d'accueil en psychiatrie infanto-juvénile en 2019

(Nombre de lits/places au 31-12-2019 pour 100 000 habitants âgés de moins de16 ans)

	Prises en charge à temps complet		Prises en charge à temps partiel
	Hospitalisation à temps plein	Accueil familial thérapeutique	Hospitalisation de jour
Calvados	15,6	0,0	65,2
Eure	0,0	9,4	54,7
Manche	0,0	0,0	73,9
Orne	9,8	3,9	43,2
Seine-Maritime	11,4	51,3	81,4
Normandie	**8,5**	**21,2**	**68,7**
France métrop.	17,5	5,5	73,6

Source : SAE 2019 - Exploitation ORS-CREAI Normandie

L'accueil familial thérapeutique (AFT) est une alternative à l'hospitalisation complète en psychiatrie. Il consiste à héberger un patient dans une famille agréée et salariée par un établissement de santé mentale, tout en assurant un suivi thérapeutique par l'équipe psychiatrique.

Il a pour principaux objectifs d'offrir un milieu familial stable favorisant la réadaptation et l'autonomie, de maintenir un lien social et affectif pour éviter l'isolement.

L'AFT s'adresse aux adultes et aux enfants présentant des troubles psychiques stabilisés, aux patients pour lesquels le retour à domicile n'est pas possible ou souhaitable ; en sont exclus les patients hospitalisés sans consentement.

Rencontre avec les directrices de l'ORS-CREAI[269] : observatoire de santé en Normandie

Audition[270] de **Pascale DESPRÈS** et **Annabelle YON**, directrice et directrice-adjointe de l'ORS-CREAI de Normandie.

L'ORS-CREAI Normandie est une association loi 1901 à but non lucratif, née en 2017 de la fusion de deux structures : l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) et le Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations (CREAI) de Normandie.

Basée à Hérouville-Saint-Clair, elle agit sur l'ensemble du territoire normand.

Ses **principales missions** :

- Observer et analyser la situation sociale et sanitaire des populations, en particulier les publics vulnérables (handicap, précarité, dépendance…) ;
- Favoriser la concertation entre les acteurs du champ social, médico-social et sanitaire ;
- Soutenir les professionnels par l'expertise, l'aide méthodologique, la formation et le conseil ;
- Valoriser les connaissances par des publications, des études, des enquêtes et des outils de sensibilisation.

Rq : Les données chiffrées collectées au fil des enquêtes et études réalisées par l'ORS-CREAI Normandie ont été particulièrement utiles à la rédaction de ce rapport[271].

Quelques données clés sur santé mentale des adultes

- Une espérance de vie plus faible parmi les personnes suivies pour troubles psychiques ;
- Une prévalence des épisodes dépressifs plus forte parmi les personnes aux revenus peu élevés, et également plus importante chez les femmes ;
- Des salariés normands exprimant plus souvent des troubles neuropsychiques (fatigue/lassitude, anxiété/nervosité, troubles du sommeil) ;
- Des troubles mentaux représentant autour de 8 % des admissions en Affection Longue Durée (ALD) en 2013-2020 ;
- Une consommation de médicaments (antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques) plus importante en Normandie ;
- Des taux de mortalité par suicide nettement supérieurs en Normandie.

[269] Observatoire régional de santé - Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations.
[270] Audition réalisée le 16 avril 2024 à Caen auprès de la commission.
[271] Pour les besoins de cette étude, il convient notamment de citer :

- *Enquête Santé en mission locale* – 2025
- *Enquête santé des étudiants normands – État de santé et comportements – Zoom sur la santé mentale* – Résultats 2022-2023
- *Santé mentale des jeunes accueillis en mission locale – Analyse comparée avec la santé mentale des étudiants de licence* – Juin 2024
- *La santé observée en Normandie – La santé mentale* – Décembre 2020

Sur les enfants et les jeunes Normands

Si les jeunes Normands sont et s'estiment majoritairement en bonne santé, il existe toutefois des points d'alerte :

- Troubles du sommeil, faible estime de soi, déprime ou anxiété ;
- Troubles mentaux : 1er motif d'admission en affection de longue durée (ALD) parmi les jeunes de moins de 30 ans ;
- Prévalence de traitements anxiolytiques plus forte chez les jeunes Normands, et ce quel que soit le département considéré ;
- Surconsommation de substances psychoactives (une situation plus dégradée en ex Basse-Normandie)
- Taux de tentative de suicide chez les jeunes significativement plus important qu'au national, et particulièrement important dans la Manche ;
- Pensées suicidaires et tentatives de suicide plus fréquentes chez les jeunes femmes (un phénomène qui se vérifie aussi au niveau national, et même international);
- Taux de mortalité par suicide supérieurs en Normandie (très au-dessus de la moyenne nationale pour les jeunes hommes dans la Manche).

Quelques points d'alerte concernant les **personnes âgées** ; la prévalence de troubles psychiques (et des besoins de prise en charge) augmente avec l'avancée en âge, mais également avec l'allongement de l'espérance de vie :

- Le vieillissement peut s'accompagner de souffrance psychique liée notamment à la perte d'acuité auditive ou visuelle, à la baisse de la mobilité, la perte d'amis ou de proches ;
- Des troubles psychiques peuvent apparaitre chez des personnes qui ne présentaient pas d'antécédents ; certaines pathologies se développent aussi plus fréquemment au-delà de 65 ans :
- Des troubles dépressifs répandus chez les personnes de 65 ans, plus particulièrement chez les femmes et chez les personnes vivant en établissement ;
- Plus d'un million de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et autres démences, et environ 160 000 personnes traitées pour la maladie de Parkinson ;
- Des taux de mortalité par suicide supérieurs (4 fois plus de décès chez les hommes, en Normandie comme en France).

📣 Rencontre avec le directeur de l'Union pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie (UGECAM) Normandie

Audition[272] de Julien **BORDRON**, directeur général de l'UGECAM Normandie, nommé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en 2019.

L'**UGECAM** est un opérateur de santé de l'Assurance Maladie qui déploie des activités de soins, de rééducation et de réinsertion. L'UGECAM de Normandie gère 3 établissements sanitaires et 9 établissements et services médico-sociaux relevant de l'Assurance Maladie dans 3 départements : l'Eure, la Seine-Maritime et l'Orne. Il est absent dans le Calvados et la Manche.



Source : Rapport d'activité 2023 de l'UGECAM Normandie

Affilié à la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne privés solidaires (FEHAP) Normandie, l'UGECAM représente 698 salariés (ETP) en 2023.

Elle s'appuie sur un Conseil composé paritairement de représentants d'assurés sociaux, d'employeurs, de mutuelles et d'institutions intervenant dans le domaine de l'Assurance maladie.

L'UGECAM travaille en étroite collaboration avec les services de médecine physique et de réadaptation (MPR) du CHU de Rouen.

Les établissements (IME, ITEP[273]) accueillent de nombreux jeunes avec des troubles de la conduite et du comportement.

[272] Audition réalisée le 11 septembre au sein du comité d'étude.
[273] Institut Thérapeutique Educatif Et Pédagogique.

Si la dernière enquête « EnClass » réalisée auprès des 11-18 ans (collégiens et lycéens) révèle que la grande majorité des jeunes se déclare en bonne santé ou en excellente santé, la question de la santé mentale reste préoccupante dans cette classe d'âge.

70 % des jeunes pris en charge par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) sont issus de l'ASE.

En 2018, un programme de réhabilitation psychosociale a été créé en coopération avec la mission locale de l'Orne et le Centre psychothérapique de l'Orne (CPO). Chaque année, une cinquantaine de jeunes en grande difficulté psychologique, *« trop éloignés de tout pour se voir proposer un contrat d'engagement jeune »* (CEJ) peuvent ainsi bénéficier d'une offre renforcée visant à créer du lien, apporter du soin et éviter l'hospitalisation.

Échanges avec le comité d'étude

Raphaëlle Folio, professeure des écoles, a fait remarquer que les signalements pour de très jeunes enfants (âgés de 3-4 ans) étaient peu suivis d'effets (délais de traitement trop longs, insuffisances…).

S'ajoutent dans ce cadre : l'absence de médecins scolaires, le manque de places en IME, la lenteur de traitement des dossiers par les MDPH[274] (le diagnostic autisme en est un exemple), etc.

Le comité d'étude pointe que les « *enfants de l'ASE sont lâchés dans la nature à partir de 18 ans, et on les retrouve dans la rue* ».

Nathalie Sarge, représentante de l'URIOPSS[275] de Normandie, confirme la rupture d'aide et de parcours des jeunes à partir de 18 ans. Un travail très rapproché avec les missions locales, prescriptrices des jeunes en difficulté, permet heureusement de les aider.

Elle évoque le **dispositif « Promo 16.18 »** : financé par l'État, il s'inscrit dans le cadre du Plan « 1Jeune1Solution » et intervient en complémentarité des dispositifs existants pour lutter contre le décrochage scolaire. Il vise notamment à remobiliser des jeunes dont la santé mentale est dégradée. Un travail avec les familles est réalisé, ainsi qu'un accompagnement autour des problématiques liées au logement et à l'accès à l'emploi.

Ce dispositif donne lieu à des conventions avec de nombreux acteurs locaux, notamment de la santé. Malgré ses objectifs louables, il trouve cependant ses limites en raison du manque de moyens auquel font face les partenaires.

Chacune des 110 AFPA[276] en France a pour mission de déployer ce dispositif qui fonctionne bien dans l'ensemble.

[274] Maison Départementale pour les Personnes Handicapées.
[275] Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux.
[276] Association pour la formation professionnelle des adultes.

La tarification en psychiatrie peut varier selon plusieurs facteurs, notamment l'âge des patients et les structures de prise en charge.

Prise en charge des enfants et des adolescents : la tarification pour les soins psychiatriques des enfants et des adolescents est généralement régie par les ARS qui définissent les budgets et les financements pour les établissements de santé, y compris les services de pédopsychiatrie.

Prise en charge des adultes : la tarification peut être plus complexe et inclure des financements départementaux, notamment pour les services sociaux et médico-sociaux. Les départements ont des compétences spécifiques en matière de santé mentale, en particulier pour les structures d'accueil et de réinsertion

D'autres dispositifs d'accompagnement de jeunes en difficulté psychique sont évoqués tels que les EMAS (équipes mobiles d'appui à la scolarisation). Conçues pour réagir très rapidement, les EMAS facilitent et décloisonnent l'accès au médicosocial.

Il existe aussi des équipes mobiles d'appui à l'ASE avec un meilleur taux d'encadrement que l'ASE lui-même, disposant de plus de moyens et de compétences.

Julien Bordron a pointé l'intérêt du projet notamment soutenu par le Marc Zabalia, professeur de psychologie à l'université de Caen, portant sur un centre de consultations psychologiques, dont l'ouverture est prévue en septembre 2025[277].

”
“

[277] À l'heure où nous finalisons la rédaction de ce rapport, l'ouverture du Centre de consultation psychologique, de formation et de recherche Léa Vion est prévue en janvier 2027.

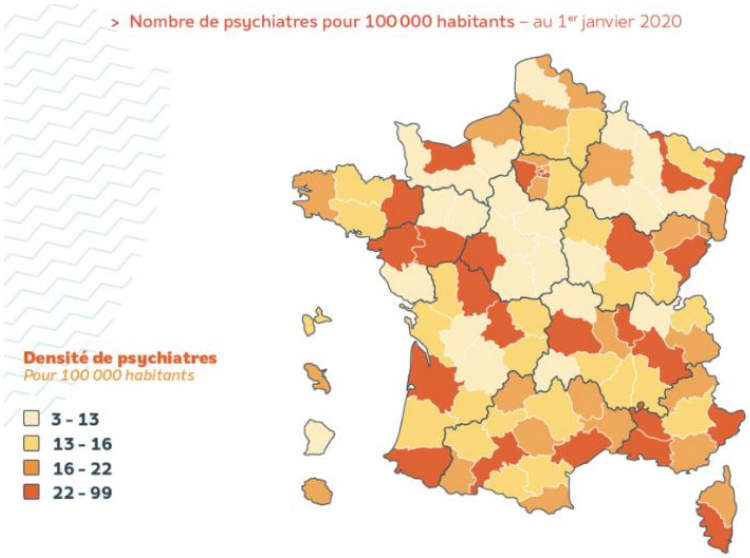
3.4.1 Un nombre de soignants insuffisant

Il convient de noter qu'en France, la **crise démographique des psychiatres** prend la forme de nombreux départs à la retraite, d'une **fuite de la psychiatrie publique vers le statut libéral,** et d'une **désaffection des internes** qui ne choisissent plus cette spécialité (selon le Centre national de gestion, 35,5 % des temps complets sont vacants et 73,1 % des temps partiels).

La **situation** est particulièrement **défavorable en Normandie**.

Depuis une quinzaine d'années, la crise du secteur psychiatrique est régulièrement relayée et commentée dans les médias. Certaines mobilisations des personnels, dont celle des soignants de l'hôpital du Rouvray en mai 2018, avaient même suscité un réel émoi.

Faute de moyens, ne pouvant plus faire face à l'encombrement de leurs services médicaux, rappelons que sept infirmiers avaient entamé une grève de la faim pour réclamer la création de 52 nouveaux postes d'infirmiers ainsi qu'une revalorisation des salaires. À l'issue de deux mois de lutte, les personnels avaient obtenu un protocole prévoyant la création de 30 nouveaux postes.



On constate une fois de plus – car il en est de même pour la démographie des médecins généralistes – que le **Calvados** est l'un des départements où la densité de psychiatres est la plus forte en France.

Par ailleurs, ce sont encore les départements de la Manche, de l'Orne et de l'Eure qui font partie des moins bien pourvus en la matière.

Source : Fondation Jean Jaurès

Selon les données de la DREES, il y aurait de plus en plus de psychiatres en France. Ce à quoi Marie-José Cortès, présidente du Syndicat des psychiatres hospitaliers, répond que « *l'hôpital public perd des professionnels de façon hémorragique* », en ajoutant que « *personne ne sait réellement combien il y a de psychiatres en France* ».[278]

[278] Propos issus d'un article paru le 16 décembre 2024 sur le site de France bleu. Marie-José Cortes ajoutait : *« Les chiffres diffèrent en fonction de l'organisme à qui on s'adresse : le conseil de l'ordre, les syndicats, ou la DRESS. Même l'ARS, aujourd'hui, n'est pas capable de répondre à cette question pour une ville, un département ou une région. »*

Paroles de soignant.es en santé mentale/psychiatrie[279]

Table ronde en présence de :

- **Audrey CAPITAINE**, infirmière au sein du service Pierre Janet du GHH du Havre
- **Karine GALLOT**, infirmière hygiéniste au CH du Rouvray
- **Karen LABBEY**, éducatrice spécialisée sur le pôle Autiste de l'Institut médico-éducatif (IME) ACAIS (Nord Cotentin)
- **Gwennaelle JAOUEN**, infirmière à l'Établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen
- **Josselin LANGE,** coordinateur de parcours, cadre au centre de réhabilitation psychosociale au sein de la Clinique des Portes de l'Eure
- **Claire LEMOINE**, psychologue au Centre médico-psychologique (CMP) d'Argentan et au Centre psychothérapique de l'Orne (CPO)

Karen Labbey : éducatrice spécialisée depuis 18 ans, elle intervient depuis 8 ans auprès d'enfants et adolescents porteurs de troubles du spectre de l'autisme (TSA) à l'ACAIS[280]. Depuis septembre dernier, elle travaille dans une Unité d'Enseignement en Maternelle Autisme (UEMA).

Audrey Capitaine : infirmière depuis 2006, elle a toujours exercé en psychiatrie et travaille au Groupe hospitalier du Havre (GHH), au sein du service Pierre Janet dédié aux soins psychiatriques. Son parcours comprend sept années en intrahospitalier, un temps auprès de personnes détenues hospitalisées, et un autre dans ce que l'on appelle communément les « urgences psychiatriques »[281].

Karine Gallot : infirmière hygiéniste depuis cinq ans au sein du centre hospitalier du Rouvray, elle exerce dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie depuis près de trente ans. Elle a été Aide Médico-Psychologique (AMP) auprès de personnes autistes, a exercé comme infirmière dans un service d'admission au Rouvray, pris un poste à la maison d'arrêt de Rouen puis au centre de détention de Val-de-Reuil. Elle a passé ensuite quatre ans dans le milieu enseignant avant de réintégrer l'établissement du Rouvray où elle exerce désormais en tant qu'infirmière hygiéniste. C'est une fonction d'autant plus importante au vu de l'état de salubrité des hôpitaux et nombre de chambres où sont accueillis les patients.

Gwennaelle Jaouen : infirmière depuis 2008, elle exerce à l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Caen, essentiellement en psychiatrie adulte. Elle a exercé dans des services de longs et moyens séjours, en service d'admission, en centre médicopsychologique (CMP)

[279] Table ronde organisée le 17 décembre 2024, à Rouen, dans le cadre de la commission.
[280] Association en Cotentin d'Accompagnement Inclusif et Solidaire.
[281] Les services d'urgences psychiatriques n'existent pas en tant que tels, en l'absence d'un cadre législatif.

ainsi qu'en équipe mobile (auprès de patients à domicile, fragilisés par leur pathologie psychiatrique).

Josselin Lange : depuis quatre ans, coordinateur d'un centre de réhabilitation psychosociale et coordinateur de parcours (suivi de jeunes âgés de 15 à 20 ans) dans un établissement privé (clinique des Portes de l'Eure), après dix ans en psychiatrie publique. Contrairement aux établissements décrits par les deux collègues précédentes, celui-ci intervient uniquement en soins libres[282]. Il a travaillé pendant six ans dans un service d'admission d'urgence à Evreux. Il s'implique par ailleurs dans l'Association de coopération et de réflexion en santé mentale de l'Eure (ACORESM) qui relie les acteurs du champ du sanitaire et du médicosocial. Il est également formateur en premiers secours en santé mentale (PSSM).

Claire Lemoine, psychologue depuis 1998 au Centre psychothérapique de l'Orne (CPO) et surtout aujourd'hui au centre médicopsychologique (CMP) adultes d'Argentan. Son parcours est lui aussi diversifié : intrahospitalier, service de suite, alcoologie, centre de détention d'Argentan (pendant dix ans).

- *Pourriez-vous nous faire part d'une difficulté majeure et/ou d'une évolution majeure au cours de votre parcours professionnel ?*

Josselin Lange : ***« Très nettement, ce qui fait grimacer dans l'Eure, ce sont nos jeunes ».***

Il y a trois ans encore, il n'existait aucun service psychiatrique pour les enfants dans l'Eure. Depuis, le nouvel établissement de Navarre dispose d'une unité de 10 lits pour les adolescents. Josselin Lange a décidé de quitter l'hôpital public car il ne supportait plus les conditions d'admission des enfants au poste qu'il occupait alors aux urgences.

Toute hospitalisation d'une personne ayant moins de 15 ans et 3 mois doit faire l'objet d'une validation par un médecin et par l'administration de l'établissement d'accueil.

En France, les adolescents âgés de 15 à 18 ans sont pourtant – sauf exception – admis en psychiatrie adulte. Dans ce contexte, voir des enfants âgés entre 10 et 15 ans admis en psychiatrie adulte, faute de places ailleurs, était devenu insoutenable pour Josselin Lange. D'autant plus qu'ils se retrouvaient régulièrement en chambres d'isolement, afin d'être protégés de la présence d'adultes.

« Quand on envoie vers une chambre d'isolement une gamine de 12 ans qui arrive avec sa peluche licorne après avoir fait une tentative de suicide, et que tout le monde trouve ça normal car ça fait des années qu'on fait comme ça sans que personne ne se pose la question … on ne trouve plus la situation soutenable ».

Des études démontrent que 75 % des personnes sortant d'une chambre d'isolement souffrent d'un stress aigu et que 60 % souffriront d'un stress post-traumatique (SPT). Ainsi, 6 enfants sur 10 envoyés en chambre d'isolement pour les « protéger » du reste de la population hospitalisée, risquent d'aller moins bien en sortant de l'hôpital qu'en y entrant.

[282] Aucun soin n'est prodigué sans le consentement des personnes.

Claire Lemoine : ***« Ce qui rend mon travail de plus en plus difficile, c'est la fermeture de lits et ses conséquences sur les conditions d'accueil des adultes ; on a parfois l'impression de porter les patients et on est inquiet face aux risques que présente le renvoi d'un patient chez lui. »***

S'agissant de la prise en charge des enfants, Claire Lemoine tient à préciser qu'il y a un seul pédopsychiatre pour tout le département de l'Orne.

Quant à la dizaine de lits psychiatriques dans l'Orne, ils sont régulièrement occupés par le public adressé par le secteur médicosocial qui manque de lits d'accueil.

« Le métier de psychologue est devenu un métier en tension. »

En l'absence d'une équipe en nombre suffisant (vacances de postes), l'obligation de gérer sans cesse l'urgence est pesante. Les psychologues se retrouvent en position de dresser des premiers diagnostics alors qu'ils ne sont pas qualifiés pour le faire.

Les listes d'attente s'allongent, y compris en psychiatrie adulte, alors que ce phénomène ne touchait que la pédopsychiatrie auparavant ; qui prendre en priorité dans ce contexte ?



© Rodolphe Urbs, Le Monde

Les créations de postes de psychiatres promis par l'État dans les centres médicopsychologiques (CMP) se font attendre. Or il manque un temps plein de psychiatre au CMP d'Argentan. En commençant sa carrière (26 ans plus tôt), Claire Lemoine entendait la satisfaction des infirmiers qui constataient la fin d'une politique asilaire ; des patients se voyaient proposer de travailler dans les jardins, dans des ateliers où ils pouvaient construire des meubles… Ce temps est révolu.

Elle constate le retour du mode asilaire avec l'admission en psychiatrie adulte de personnes dont on ne veut plus à l'extérieur. Les hospitalisations d'office augmentent, de même que les prescriptions pour des hôpitaux de jour à des personnes que l'on souhaite surveiller en journée. Les propositions de sortie des patients sont régulièrement refusées par le préfet.

« Surveiller et punir, c'est ça qui m'amène à me poser des questions de plus en plus ; je me demande si je vais être capable de rester jusqu'au bout. La psychiatrie comme elle le devient ne me convient plus ».

Audrey Capitaine : ***« La formation en psychiatrie pour les étudiants en IFSI[283] n'a cessé d'être réduite au fil des années. »***

En l'absence d'un cadre législatif, les urgences psychiatriques n'existent pas.

[283] Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Dans ce contexte, la prime octroyée aux soignants qui exercent dans les services d'urgences somatiques et de consultations psychiatriques n'est pas accessible à ceux qui assurent les urgences en psychiatrie.

« Quand on travaille en psychiatrie, on a une prime de 35 euros (bruts) pour se faire casser la figure ». Les accidents de travail (gifles et coups reçus) sont fréquents mais peu déclarés. Audrey Capitaine reconnaît que c'est un tort tout en précisant que les soignants y passeraient trop de temps et qu'ils en manquent justement beaucoup.

« En psychiatrie, tout le monde est soignant y compris le jardinier[284] *». « On apprend énormément des patients lorsqu'on a le temps de le faire. »*

Aux urgences psychiatriques, on essaie de trouver des solutions pour les patients qui n'ont pas réussi à obtenir un renouvellement d'ordonnance car ils n'ont plus de psychiatre ou de médecin traitant.

Le travail est fait dans l'urgence et il manque des psychiatres en amont. Les moyens humains ne sont pas suffisants de manière générale (soignants, aides-soignants, infirmiers, psychologues…).

« Que font les cadres aujourd'hui ? Ils cherchent des lits ! »

« Les gouvernements successifs n'ont pas fait le travail et le numerus clausus a sa part de responsabilité dans la situation que l'on vit ». I

l est fait appel à des PADHUE[285] qui perçoivent un « salaire de misère » et que les infirmiers se retrouvent à devoir former vu qu'il n'y a quasiment plus de médecins seniors pour le faire. S'ajoutent des pratiques médicales différentes en fonction des pays d'origine des PADHUE qui demandent beaucoup de vigilance et de « réglages » de la part du corps infirmier.

Quand on accueille un patient, on essaie toujours de faire en sorte que ça se passe le mieux possible pour lui ; on évite au maximum la chambre d'isolement et la contention. À l'hôpital Janet au Havre, le recours à ces pratiques est faible tandis que la contention peut être systématique dans d'autres établissements.

La formation des médecins en matière de psychiatrie est très limitée (« *une catastrophe* ») et elle s'est appauvrie dans le cursus infirmier. La formation en psychiatrie pour les étudiants en IFSI[286] n'a cessé d'être réduite au fil des années. Avant 2009, la formation théorique en psychiatrie représentait environ 400 heures. Elle est désormais réduite pour ne plus représenter qu'entre 80 et 100 heures.

Sans pour autant devoir rétablir le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP) – disparu en 1992 et remplacé par un diplôme unique d'infirmier – il est indispensable de beaucoup mieux former. Les stages sont de ce point de vue les plus formateurs mais rendus difficiles par un manque de moyens humains et de tuteurs.

[284] *« Je vais dire un gros mot : ça s'appelle la psychothérapie institutionnelle ! ».*
[285] Praticiens diplômés hors union européenne.
[286] Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Gwennaelle Jaouen : ***« Les ARS parlent d'attractivité de nos métiers mais je ne sais même pas par quel bout il faudrait commencer en fait. »***

La pénurie médicale est très préoccupante : il manque un peu plus de la moitié des médecins psychiatres à l'EPSM de Caen. Cela a pour conséquence des fermetures de services. Depuis 2019, un quart des lits d'hospitalisation ont été fermés.

Ces fermetures sont une perte de chance pour les usagers en attente de soins. Aux urgences, on se retrouve parfois avec une dizaine de personnes dont certaines seront renvoyées chez elles, faute de places pour les accueillir. Il y a des listes d'attente de personnes à leur domicile qui « *au bout d'un moment se retrouvent perdues* ».

Cela a des répercussions sur d'autres services somatiques (par exemple en chirurgie) qui gardent des patients qui auraient eux aussi besoin de soins en psychiatrie. Mais en réalité, c'est la population tout entière qui pâtit de cette situation de pénurie.

Dans ces conditions difficiles d'exercice, des soignants quittent régulièrement l'établissement pour faire autre chose.

Karen Labbey : ***« On pose des diagnostics et après, il n'y a rien ! »***

Il existe une stratégie nationale pour le dépistage précoce des troubles du neurodéveloppement. En théorie, tout est là mais la réalité est bien moins reluisante.

Les enfants sont régulièrement orientés vers des instituts médico-éducatifs (IME) et des SESSAD[287] lesquels manquent aussi cruellement de places. Dans le Nord Cotentin, il y a plus de 100 personnes sur listes d'attente, sur 175 places existantes.

Face à toutes ces difficultés et aux ruptures de soins, les familles sont désillusionnées. Ce défaut de prise en charge génère des troubles importants du comportement à l'adolescence.

Ces manques créent une situation insensée avec des petits qui restent chez eux faute de places et des plus âgés qui occupent des places qu'ils ne devraient plus occuper. Les IME sont saturés, avec des jeunes qui y restent parfois jusqu'à l'âge de 30 ans.

Ne pas pouvoir accompagner les enfants dans des conditions appropriées est usant et très frustrant pour les soignants et les éducateurs spécialisés.

Karine Gallot : ***« Le constat est déplorable en France : très peu de centres hospitaliers psychiatriques ont des locaux décents ».***

Le rôle de l'infirmier hygiéniste, dont la fonction est très transversale, est de protocoliser les soins et les services de nettoyage, surveiller les réseaux d'eau et le déroulement des travaux. L'hygiéniste intervient donc sur de nombreux champs différents, bien au-delà du service de nettoyage.

Très peu de centres hospitaliers psychiatriques sont dotés de locaux décents et « *dignes de ce nom* ». Ce sont généralement de grands centres hospitaliers, anciennement des asiles, dotés

[287] Services d'éducation spéciale et de soins à domicile.

de bâtiments très anciens, réhabilités plus ou moins bien au fil des années, sans avoir toujours respecté les recommandations en termes de sécurité et d'hygiène.

Au Rouvray, un service d'hospitalisation est actuellement envahi de champignons. La vétusté des bâtiments – le plus ancien date de 1719 – est source de nombreux problèmes. Juste à titre d'exemple, il est difficile pour les personnels d'entretien d'intervenir efficacement sur des sols qui se dégradent.

L'établissement comprend encore des chambres d'isolement qui ne sont pas humanisées et sont dépourvues de sanitaires (remplacés par un seau, faute de mieux).

À la demande des services de sécurité, l'unité de transit au Rouvray ne peut plus accueillir des personnes en hospitalisation, dans la mesure où le bâtiment n'est plus du tout adapté. Les décisions sont délicates à prendre : doit-on fermer des chambres où les conditions d'accueil sont trop dégradées et aggraver un peu plus des capacités d'accueil déjà insuffisantes ?

Le site du Rouvray ne manque pourtant pas d'espace – celui-ci s'étend sur 80 hectares – mais les unités d'accueil sont très limitées en raison de l'état très dégradé des bâtiments, soumis à des fuites d'eau qui ne datent pas d'hier. Or, l'estimation du coût d'installation d'une structure parapluie au-dessus du bâtiment envahi de champignons est de 850 000 euros.

Au cours de ses années d'enseignement en SEGPA[288], Karine Gallot, forte de ses expériences antérieures en psychiatrie, s'est tout à fait sentie à sa place. Elle a pu néanmoins mesurer le complet désarroi d'enseignants face à certains comportements, par manque de formation. On ne leur a pas appris, par exemple, à éviter l'effet miroir[289] qui vient naturellement à toutes personnes dépourvues de formation.

Le défaut de prise en charge des personnes en souffrance psychique impacte en réalité toute la société, que ce soit dans le milieu familial, scolaire, professionnel, institutionnel…

Face au constat d'institutions aussi malmenées, le sentiment d'être abandonné par le gouvernement est fortement ressenti.

Échanges avec la commission

- *Par quel miracle gardez-vous votre motivation et votre propre santé ?*

« On arrive en psychiatrie par hasard mais on n'y reste pas par hasard ».

« On tient grâce à notre volonté première d'apporter du soin et du bien-être à des personnes qui nous le rendent bien ».

« Les victoires du quotidien donnent du sens à ce que l'on fait. Cela reste des métiers de passion. »

« Grâce aux petits bonheurs, parce qu'on sent qu'on a été utile à quelqu'un. »

[288] Section d'enseignement général et professionnel adapté.

[289] En psychologie, l'effet miroir désigne un mécanisme relationnel où une personne se voit ou se reconnaît à travers le comportement, les émotions ou les réactions d'autrui. L'effet miroir peut donc nuire à la distance thérapeutique nécessaire pour une relation de soin équilibrée.

Une conseillère a apporté son témoignage en tant qu'enseignante auprès de jeunes enfants.

En l'absence de formation, elle ne sait pas comment faire face à des enfants en crise. Totalement désemparés, des enseignants finissent par ceinturer des enfants qu'ils n'arrivent pas à calmer et auxquels il peut ensuite être reproché d'avoir été maltraitant.

Face à des enfants autistes, il est demandé d'« adapter son travail », et de nombreux parents nient les troubles de leur enfant en ne manquant pas de dire à l'enseignant que « *si ça ne se passe bien, c'est parce que l'enseignant ne sait pas faire* ».

Les enseignants qui supportent difficilement leur travail sont en effet nombreux à consulter en CMP. Dans la mesure où les soignants et psychologues sont formés pour faire face à de la violence, grâce à une prise en charge spécifique, « *on peut se dire, dans nos métiers, qu'on a déconné quelque part quand il y a de la violence* ». Ceci explique en grande partie le faible recours aux déclarations pour événement indésirable, que ce soit de la part des soignants ou de celle des patients.

La formation des enseignants du secondaire se fait sur du temps personnel[290], ce qui peut constituer un véritable frein à se former.

- *Y a-t-il une augmentation de cas d'autisme ?*

Il y a effectivement de plus en plus de cas d'autisme à traiter. Cela s'explique probablement en partie par le fait que l'on diagnostique davantage. La surexposition aux écrans peut certes avoir un impact sur le neurodéveloppement mais le lien entre l'autisme et l'exposition aux écrans n'est pas scientifiquement établi.

La scolarisation des enfants autistes se fait selon le bon vouloir des enseignants. Certains acceptent de recevoir ces enfants en classe seulement une demi-heure par jour. Ce type de dispositions, accordées dans le département de la Manche, ne l'est pas dans tous les départements en France.

José Sagit, qui a accompli toute sa carrière en tant qu'infirmier psychiatrique, a l'impression d'avoir vécu l'âge d'or institutionnel de la psychiatrie. Quand il a pris ses fonctions en 1968[291], il a pu constater que le recours à la contention était très marginal jusqu'à ce qu'il disparaisse tout à fait. Pourtant, la contention avait fait sa réapparition au cours des quelques années qui ont précédé son départ à la retraite.

En mode dégradé, avec des effectifs de soignants réduits, le recours à la contention est malheureusement plus fréquent.

- *Ni les soignants ni les patients n'ont mérité pas. Qu'est-ce qu'on a fait – ou pas fait – pour en arriver là ?*

[290] Cela n'est pas le cas pour les enseignants du primaire.

[291] C'est en 1968 que la psychiatrie a été officiellement reconnue comme une discipline médicale distincte en France. Cette reconnaissance a marqué un tournant important pour le service public de la psychiatrie.

La psychiatrie a été un précurseur dans les soins ambulatoires, en commençant à intervenir hors les murs. Si l'ambulatoire a des vertus qui ne sauraient être remises en cause, il ne peut néanmoins se déployer au détriment des soins « à l'intérieur ».

L'éducation thérapeutique est une excellente chose mais totalement insuffisante pour la prise en charge de malades psychiatriques chroniques ; une grande partie des patients n'est pas consciente de la maladie dont ils souffrent. Les arrêts de traitements sont fréquents et provoquent de nouvelles crises.

Le travail des médecins et plus largement des soignants est de réussir à faire prendre conscience aux patients qu'ils sont malades ; ce travail peut prendre plusieurs années (vingt ans dans certains cas et il arrive que l'on échoue). À force de supprimer des lits en psychiatrie, le soin devient très difficile, voire impossible. Le temps passé devant son ordinateur à « tracer » et à remplir des tableaux d'évaluation[292] se fait au détriment du temps qui devrait être consacré aux patients.

La formation : un enjeu absolument crucial

La réduction du temps de formation des soignants en psychiatrique (laquelle se limite désormais à un simple module) est très significative. En fin d'année d'études en IFSI, quand il est difficile de boucler le programme, ce sont régulièrement les heures d'enseignement de la psychiatrie qui « passent à la trappe ». Les connaissances théoriques s'affaiblissent de même que la qualité des stages, peu accompagnés en raison du manque de soignants.

Il y aurait beaucoup à dire sur la qualité et la qualification des stages obligatoires :

- Faute de capacité d'accueil de stagiaires en psychiatrie, un nombre croissant de stages « psychiatrie » sont validés sans avoir été effectués ;
- Certains stages effectués en service d'addictologie sont communément acceptés comme des stages en psychiatrie (conséquence du glissement sémantique de la psychiatrie vers la « santé mentale ») ;
- Que dire de l'atteinte à la santé mentale de nombreux étudiants « en stage » qui passaient en réalité leurs journées à descendre des cadavres en chambre froide, au pic de la crise du Covid ?

La « problématique des 12 heures »

Afin de pallier les manques d'effectifs, le gouvernement propose de changer les maquettes horaires des personnels, ce qui conduit à des plannings de douze heures par jour. Les étudiants en IFSI sont un peu « formatés » et incités aujourd'hui à tenir un rythme quotidien de douze heures. Les avantages leur sont présentés[293] alors que les inconvénients sont tus. C'est ignorer que « *au bout de 7h40 en psychiatrie, on n'en peut plus… trop de sollicitations non-stop de toutes parts, ça rend fou ! ».*

[292] Une intervenante a exprimé son « *ras le bol de la novlangue* ».

[293] « *Vous verrez, c'est super : vous viendrez moins souvent à l'hôpital, vous ferez des économies de carburant, etc.* ».

Il n'est pas humainement soutenable de tenir un tel rythme en psychiatrie, dont il convient par ailleurs de noter qu'il va à l'encontre des recommandations de l'OMS. On comprend aussi que la contrainte d'une telle amplitude horaire entrave fortement la qualité des soins.

Quant à la pratique de la supervision des praticiens[294], très recommandée pour garantir la qualité et le développement professionnel des soignants, elle s'exerce de moins en moins, faute de moyens (manque de ressources, charge de travail…).

Parcoursup : « une catastrophe ! »

Il a été constaté que l'introduction de Parcoursup était « *une catastrophe* ». Les taux d'abandon en 1e année d'études de soins infirmiers pendant la crise sanitaire ont fortement augmenté. Sans être parfait, le concours d'entrée en IFSI (en vigueur jusqu'en 2019) opérait une certaine sélection permettant de juger de la motivation et des dispositions des candidats. La formation en IFSI, dont une grande partie est dispensée en distanciel, s'est énormément dégradée au cours de ces dernières années.

Et la place des psychologues de l'Éducation nationale, dans tout ça ?

Depuis la rentrée 2017, l'Éducation nationale a créé un corps unique regroupant les psychologues scolaires et les conseillers d'orientation-psychologues sous une même appellation de « psychologues de l'Éducation nationale » (PsyEN)[295]. Il en découle des effets pervers au rang desquels dominent une perte de spécialisation et une charge de travail accrue.

Le dépistage précoce : recommandé et mieux appliqué qu'auparavant mais peu suivi d'effets

« Il n'y pas plus de place nulle part ».

La quasi-disparition des services de pédopsychiatrie a des impacts sévères sur le suivi et la prise en charge des enfants. Un grand nombre d'enfants sont en attente d'une hospitalisation, d'un diagnostic, d'un traitement. De même, un grand nombre d'enfants sont en attente d'un placement en IME (cela représente plus de 500 enfants dans l'Eure, soit bien plus que le nombre de places disponibles dans les 16 IME que compte le département).

« Santé mentale » et/ou « psychiatrie » ?

Un membre de la commission a déclaré être gêné par le choix qui a été fait de travailler à une étude sur la « santé mentale » en l'absence d'une définition claire de ces termes.

« *On pâtit d'une généralisation qui floute le périmètre de la psychiatrie*. » : une intervenante a fait part à son tour de l'irritation que suscitent chez elle les termes de « santé mentale » qu'elle juge avoir été choisis pour éviter le terme trop stigmatisant de « psychiatrie ».

[294] Pour un psychiatre ou un psychologue, la supervision est un processus professionnel qui consiste à bénéficier de l'accompagnement et du soutien d'un praticien expérimenté – superviseur – dans sa pratique clinique.
[295] En Normandie, on estime le nombre de psychologues de l'Éducation nationale à 150, ce qui représente un ratio de 1 psychologue pour 3 833 élèves (écoles maternelles, primaires et établissements secondaires confondus).

« Le manque de place contraint à prioriser des patients »

Cette situation de sous-offre médicale contraint à faire des choix ; sont prioritairement prises en charge les personnes qui présentent le plus de risques pour elles-mêmes ou pour les autres.

D'autres intervenant·es ont tâché d'éclairer ce qui différencie les deux notions, en précisant notamment que « *ce qui est psychiatrie est santé mentale, mais que l'inverse n'est pas vrai* ». On a tous une santé mentale qui fluctue au cours de son existence et qui peut être émaillée d'épisodes d'anxiété et de dépression, sans pour autant être considérés comme des troubles d'ordre psychiatrique. Il faut que le trouble s'installe dans la durée et qu'il altère le fonctionnement quotidien de la personne pour être considéré comme pathologique et potentiellement d'ordre « psychiatrique ».

Une autre intervenante a précisé que « *les cas de santé mentale sont ceux qui n'arrivent pas par le biais des urgences ».*

Quoi qu'il en soit, les frontières demeurent nécessairement floues entre santé mentale et psychiatrie, bien que le désir soit de plus en plus grand de cataloguer chaque trouble psychique[296]. Pour prendre l'exemple des burn-outs professionnels (en nombre croissant), on a également besoin de psychiatres pour traiter les cas les plus sévères.

L'hôpital et le CMP collaborent de fait dans la mesure où une sortie d'hospitalisation s'assortit d'un programme de soins pour le patient qui devra consulter un psychiatre pour suivre son traitement.

Quid de la santé mentale des détenus ?

Souffrir d'un trouble psychique alourdit la peine et la détention génère des troubles psychiques. Or les agressions (bruit, promiscuité, privations…) sont omniprésentes en prison.

À l'EPSM de Caen, les détenus transférés d'un établissement pénitentiaire sont placés d'office en chambre d'isolement. Il n'y a pour ces personnes aucune liberté d'aller et venir, aucune activité proposée et très peu d'entretiens. Rien n'est adapté pour elles et les soins qui leur sont prodigués sont inefficaces et de piètre qualité.

La situation est différente quand on traite les détenus sur le lieu de détention. Il y a le poids de l'administration de l'hôpital qui se surajoute à celui de l'administration pénitentiaire. La liberté d'action du soignant est nulle. Il y a trois unités au sein du Service médico-psychologique (SMPR) de Rouen : le centre d'addictologie[297], l'antenne du SMPR qui s'occupe du suivi psychiatrique et une unité d'hospitalisation composée de huit cellules individuelles prises en charge par des soignants de 8 heures à 18 heures et par l'administration

[296] À noter que le premier Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-1) publié en 1952 aux États-Unis comportait 60 entités diagnostiques (et une centaine de troubles mentaux) ; le DSM-5 (la version la plus récente, publiée en 2022) comporte pas moins de 157 entités diagnostiques et quelque 400 définitions différentes de troubles mentaux.

[297] Le CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

pénitentiaire en dehors de ces horaires. C'est après 18 heures que les suicides sont commis et l'on sait que le taux de suicide est extrêmement important dans les prisons françaises[298].

Le Centre hospitalier du Rouvray a néanmoins la chance, depuis 2012, de disposer d'une unité de soins spécialisée, à temps complet, pour les détenus (unité Badinter) qui peuvent ainsi bénéficier d'un accompagnement beaucoup plus adapté à leur pathologie. Cette unité, actuellement unique en son genre en Normandie, comporte huit lits et deux chambres d'isolement, et accueille des patients venant des établissements pénitentiaires de Rouen et Val-de-Reuil.

L'une des faiblesses de cette unité réside toutefois dans l'absence totale de personnels pénitentiaires, ce qui n'est pas sans risque pour les soignants, comme l'actualité a pu s'en faire l'écho encore récemment. Le téléphone portable constitue un problème majeur en prison ; il permet entre autres que filtrent des informations secrètes sur des transferts de détenus. Le manque d'effectifs dans les deux administrations (hospitalière et pénitentiaire) ne permet pas des transferts de détenus dans des conditions suffisamment sécurisées.

Quand un Soin sur Décision d'un Représentant de l'État (SDRE) est enclenché[299], la personne transférée depuis l'établissement pénitentiaire – accompagnée uniquement de deux personnels soignants et d'ambulanciers – vers le centre hospitalier tombe sous la responsabilité de l'hôpital. Pour une personne jugée dangereuse, un service d'escorte peut être déclenché, ce qui ne se fait pas sans mal au vu des fréquents désaccords entre les services de la préfecture et de l'ARS.

- *Si vous aviez la possibilité d'améliorer les choses, que demanderiez-vous en priorité ?*

  - Disposer de **plus de moyens humains** : une demande au cœur de toutes les interventions
  - Faire beaucoup plus de **travail de prévention**, sévèrement délaissé dans un contexte professionnel où tout est fait dans l'urgence et **assurer un continuum** dans la prise en charge et le soin à partir du moment où le diagnostic est posé
  - **Alléger les procédures** et s'affranchir des tableaux d'évaluation non seulement chronophages mais jugés souvent dommageables au patient[300]
  - **Refaire de la psychiatrie** une vraie spécialité dans la formation des soignants
  - **Travailler à l'attractivité des métiers** (notamment en revalorisant les salaires du secteur médicosocial) ; **redonner du sens à tous les métiers du soin** (« *est-*

[298] Se reporter à la rubrique 2.7.4 sur la santé mentale des détenus.

[299] Cette mesure, à la main du préfet, permet d'admettre une personne en soins psychiatriques sans son consentement, lorsqu'il est jugé que ses troubles mentaux compromettent la sûreté ou portent gravement atteinte à l'ordre public.

[300] A été donné en exemple un protocole de consultation – adossé à des questionnaires – avec une jeune adolescente anorexique, que l'on doit d'emblée peser et à laquelle on doit obligatoirement mesurer le périmètre abdominal pour que le « dossier » puisse être traité et que la rémunération de l'acte soit prise en compte.

ce que ça a du sens de devoir remplir 5 questionnaires quand quelqu'un vient vous voir pour vous dire qu'il va mal ?! »)

- ☞ Revenir au fondement de la **politique de secteur**
- ☞ **Améliorer les conditions d'hospitalisation**, y compris en termes de confort et d'esthétique des lieux
- ☞ **Explorer d'autres modèles plus vertueux et efficaces à l'étranger** (tels qu'au Québec, dans les pays scandinaves et même au Royaume-Uni).
- ☞ **Renoncer à la tarification à l'activité**[301] qui a également été instaurée en psychiatrie : *« On court à la catastrophe ! »*

« Quelle tarification pour un Kleenex tendu à une personne qui pleure et que l'on écoute exprimer sa détresse ?[302] *»*.

On sait combien la « fameuse » T2A (tarification à l'activité) a précipité la situation dégradée que l'on connaît dans l'organisation et la gestion des soins à l'hôpital. Qu'en sera-t-il pour la psychiatrie et la santé mentale ? Peut-on codifier ce type d'actes ?

Cette mesure va par ailleurs inévitablement mettre les hôpitaux en concurrence au sein même d'une région, notamment parce que certains actes sont plus rémunérateurs que d'autres.

***

- 🔔 En clôture de cette table ronde, il a été ajouté que l'on **allait globalement de plus en plus mal dans une société qui va mal et se délite** ; et le risque était que l'on aille de plus en plus mal au vu des évolutions constatées (conditions de travail continuant à se dégrader, dérèglement climatique, violence, etc.).

”
“

[301] La réforme du financement (dit « par compartiments ») de la psychiatrie suscite de vives inquiétudes. Notons que la tarification à l'activité, dans le modèle appliqué à la psychiatrie, constitue toutefois une part limitée, contrairement à la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) où la T2A est dominante.

[302] Propos de Claire Lemoine.

3.5 La pédopsychiatrie sinistrée : des décennies d'abandon institutionnel

Nous avons vu que l'état alarmant de la pédopsychiatrie, et notamment l'absence fréquente d'offre d'hospitalisation complète, conduisait souvent à l'hospitalisation de mineurs en psychiatrie pour adultes.

Dans ce contexte, aucune mesure n'est prévue pour adapter la prise en charge à la situation des mineurs qui subissent le régime des adultes. **Les enfants devraient** pourtant **être hospitalisés dans des services adaptés à leur âge et séparés des adultes**.

Par ailleurs, de nombreux jeunes hospitalisés sur décision du titulaire de l'autorité parentale sont admis sous le statut des « soins libres », ce qui n'autorise ni à les enfermer ni à les isoler et encore moins à les attacher. Or le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) observe dans ses visites que de nombreux mineurs sont aujourd'hui isolés sans fondement légal. Il rappelle l'i**nterdiction de placer des patients en soins libre, *a fortiori* mineurs, à l'isolement ou sous contention** et souligne que si une telle mesure venait à être prise, elle ne saurait en aucune manière être soustraite au contrôle du juge.

Le rapport parlementaire[303] présenté le 9 juillet 2025 par la délégation aux droits des enfants de l'Assemblée nationale sur la santé mentale des mineurs réaffirme le « rôle pivot » des centres médico-psychologiques et leur « accueil inconditionnel ». C'est la première des 54 préconisations de ce rapport qui met l'accent sur l'écart entre les besoins croissants de prise en charge psychique et psychiatrique chez les enfants et adolescents, et une offre de soins fortement limitée, sur le terrain, par la pénurie de professionnels de santé.

Comme le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) l'a analysé, **l'offre de soins** proposée par les médecins habilités à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent **repose en grande partie sur les retraités actifs** (en situation de cumul). Environ 37 % des médecins compétents en pédopsychiatrie sont des retraités actifs en 2022 et leur cessation d'activité va conduire à une pénurie majeure de praticiens dans cette discipline à court terme. Ce phénomène sera aussi accentué par la pyramide des âges des actifs, dont 47 % ont plus de 60 ans.

L'âge moyen des médecins compétents en pédopsychiatrie est de 64 ans : il est de 56 ans pour les actifs réguliers et de 72 ans pour les retraités actifs. Cette moyenne est importante comparée à l'âge moyen pour l'ensemble des spécialités, qui est de 50 ans.

3.5.1 Les malades mentaux sont-ils les oubliés de la santé publique ?

Au cours de l'émission **« Ça vous regarde : Malades mentaux : les oubliés de la santé publique ? »** – diffusée le 22 juin 2023 sur La Chaîne Parlementaire (LCP) – les psychiatres et

[303] Les corapporteuses sont les députées Nathalie Colin-Oesterlé (Horizons, Moselle) et Anne Stambach-Terrenoir (La France insoumise, Haute-Garonne) : Consulter le rapport sur le site de l'Assemblée nationale

députées invitées sur le plateau[304] lançaient un véritable cri d'alarme autour de la psychiatrie, et plus particulièrement de la pédopsychiatrie.

Ces disciplines semblaient selon eux reléguées au second plan, au profit d'une approche plus large et souvent plus floue de la « santé mentale ». Pour nombre de psychiatres et soignants, cette évolution sémantique masque une désaffection profonde pour une discipline pourtant essentielle.

En quarante ans, la France a vu disparaître 40 % de ses psychiatres, tandis que les lits en pédopsychiatrie ont été réduits de 60 %. Cette contraction drastique des moyens rend aujourd'hui impossible une prise en charge adéquate des situations les plus graves, notamment en urgence. Les services sont saturés : **près de 55 % des lits sont occupés par des enfants relevant de l'Aide sociale à l'enfance (ASE),** alors même que cette population ne représente que 2 % des enfants. Ce déséquilibre illustre l'incapacité du système à répondre aux besoins spécifiques de ces jeunes, souvent victimes de maltraitance.

La **pédopsychiatrie** est ainsi qualifiée de « **parent pauvre du parent pauvre** », tant ses moyens sont dérisoires face à l'ampleur des enjeux. Le champ de la maltraitance infantile, en particulier, demeure largement sous-estimé. Dans les pays occidentaux, on estime qu'environ 10 % des enfants sont victimes de maltraitance, ce qui représenterait 1,4 million d'enfants en France. Pourtant, seuls 300 000 d'entre eux bénéficient d'une prise en charge par l'ASE.

Face à la « *pénurie organisée* », les soignants dénoncent le « *syndrome de la porte tournante* » Des patients sont prématurément renvoyés chez eux pour libérer des lits, au détriment de leur santé. La criminalisation progressive des troubles mentaux, renforcée par des lois successives, a contribué à éroder l'esprit d'accueil et d'hospitalité qui devrait prévaloir dans les établissements de soins.

Le manque de personnel, comme à l'hôpital psychiatrique d'Aubervilliers où trois soignants doivent s'occuper de vingt-quatre patients, conduit à une augmentation des mesures d'isolement.

En parallèle, l'administration de psychotropes chez les enfants a connu une hausse de 60 à 110 %, tandis que les consultations en Centres médico-psychologiques (CMP) ont été divisées par quatre.

Le soin semble désormais réduit à une gestion comptable : « *on ne soigne plus des patients, mais des indicateurs* ». Le maillage territorial est gravement atteint, avec la disparition des médecins scolaires et la fermeture de nombreux CMP. L'État, selon certains intervenants, a rendu le secteur public « *indésirable* » avec « *des normes complètement à côté de la plaque* ».

Le temps consacré à la relation thérapeutique « *s'est réduit à peau de chagrin* » alors qu'il est le cœur même du soin.

[304] Invités : Mathieu BELLAHSEN, psychiatre, Jean-Christophe COMBE, ministre des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, Sandrine JOSSO, députée MoDem de Loire-Atlantique, Elise LEBOUCHER, députée LFI de la Sarthe, Pierre LEVY-SOUSSAN, pédopsychiatre et expert nommé auprès des tribunaux.

Enfin, les pédopsychiatres rappellent que la souffrance des enfants est souvent le reflet de celle de leurs parents. Or, la prise en charge globale reste lacunaire. Il est à noter que 40 % des jeunes sans domicile fixe âgés de 18 à 25 ans ont un passé de maltraitance, soulignant une fois de plus l'urgence d'une réponse systémique, humaine et ambitieuse.

Pédopsychiatrie en Normandie : un enjeu majeur, avec la Pr Priscille GÉRARDIN [305]

Audition de la **Professeure Priscille Gérardin**, cheffe de service universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent au CHU de Rouen, cheffe du pôle Psychiatrie Enfants et Adolescents au Centre hospitalier du Rouvray.

Le pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents au CH du Rouvray

Le **pôle de Psychiatrie Enfants et Adolescents au Centre hospitalier du Rouvray** représente la **1e file active en France**[306]. Le très grand nombre de sollicitations exerce donc une pression importante sur le pôle.

Trouvant son origine après-guerre puis organisé dans les suites de la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique dans les années 1960, le pôle a connu des restructurations significatives au cours de ces dernières années. Une trentaine de structures sont actuellement en place sur le territoire (pôle de consultations, accueil de jour, etc.) afin d'être au plus près des populations.

La **double responsabilité de Priscille Gérardin**, en tant que **cheffe de service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU de Rouen** (depuis 2002[307]) et de **cheffe de pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au centre hospitalier du Rouvray** (depuis 2014), témoigne d'une organisation conjointe et concertée, peu commune en France dans cette discipline (Lille en avait été le précurseur).

Au fondement de cette organisation : l'évidence que le somatique et le psychique ne peuvent être traités séparément et que pédiatres et psychiatres doivent impérativement travailler de concert.

L'organisation repose aujourd'hui sur trois grandes filières :

- La périnatalité ;
- Les urgences, hospitalisations d'urgence, post-urgences de crise et consultations à la Maison des adolescents ;
- Troubles des conduites alimentaires (désormais centre de recours régional).

Même s'il reste encore beaucoup à faire pour faire bouger les représentations autour de la psychiatrie, il convient de dire que la discipline a énormément évolué et que la **politique de secteur** (une « **révolution en termes de pensée et d'approche »**) y a beaucoup contribué.

Dans un contexte où elle est régulièrement interpellée pour être un régulateur social et non une réponse humaine à des personnes en souffrance, il n'est jamais inutile de rappeler que **la psychiatrie n'est pas synonyme d'agitation et de violence**. Contrairement à ce que pourrait

[305] Audition organisée le 21 janvier 2025 à Rouen, dans le cadre de la commission.
[306] En termes de file active générale (enfants et adultes), le Rouvray est le 2e au niveau national.
[307] Quand Priscille Gérardin a pris ses fonctions au CHU de Rouen en 2002, il n'existait pas encore de service universitaire de psychiatrie pour les enfants et adolescents. Il existe encore des CHU en France (dont Dijon et Saint-Étienne) qui ne disposent pas de service universitaire psychiatrique de l'enfant et de l'adolescent.

faire croire une fascination morbide suscitée par certains faits divers exagérément relayés par les médias, **les patients en psychiatrie sont globalement beaucoup plus victimes qu'auteurs de violences**. Seule une toute petite minorité, notamment accueillie en unité pour malades difficiles, est violente et potentiellement dangereuse.

Si le sujet de la violence s'invite en pédopsychiatrie, c'est d'abord dans l'objectif d'éviter que les enfants pris en charge soient exposés à des actes de violence et de maltraitance. **Les comportements violents, indifférents, maltraitants à l'encontre des enfants, sont la première cause d'un développement de troubles psychiques.** Or, en l'absence d'intervention sur un environnement violent, l'accompagnement thérapeutique demeurera inopérant.

Le temps médical en psychiatrie est décorrélé du temps médical dans les autres spécialités, qui s'est fortement réduit au cours de ces dernières décennies. Ce décalage est difficilement compris dans une société où tout s'est accéléré et où l'on attend des résultats immédiats ou presque. Or le temps psychique dont on a besoin aujourd'hui pour se remettre d'une dépression ou traiter un trouble de conduite alimentaire, est inchangé. Dans la mesure où **nous sommes des êtres sociaux, nous avons besoin de temps humain** : la psychiatrie se fait dans la rencontre et l'accompagnement humain.

On a besoin de temps humain pour diminuer les contentions et pour soigner, tout simplement. Or, cette notion fondamentale n'est pas dans l'air du temps.

Tant que la spécialité de la psychiatrie sera stigmatisée, les patients seront stigmatisés, avec pour effet d'entraver le repérage, la prévention et l'accès aux soins.

Heureusement, l'épigénétique[308] a contribué à mieux comprendre les interactions entre les gènes et l'environnement, à rendre compte d'une complexité qui invite à l'humilité. Le croisement des neurosciences et des sciences humaines, des données scientifiques et de l'expérience clinique permet justement d'appréhender la souffrance psychique dans toute ses dimensions. On sait, à travers la question centrale de la « compliance thérapeutique » que le savoir seul n'est rien, que **le succès du soin repose sur une alliance entre la personne qui soigne et celle qui reçoit le soin**.

Dans la mesure où la survie d'un enfant dépend de son environnement, il n'est pas pensable de faire abstraction de ce dernier dans le soin à apporter. On ne peut davantage prédire son avenir. Les changements de trajectoires étant toujours possibles, cela donne beaucoup d'espoir, quelle que soit la gravité du trouble rencontré.

La **périnatalité et l'adolescence**[309] sont les **deux phases principales de l'organisation** et de la réorganisation **cérébrale**. C'est la raison pour laquelle la consommation de cannabis, par exemple, impactera beaucoup plus fortement le cerveau d'un adolescent, beaucoup plus

[308] L'épigénétique est une discipline qui s'intéresse à la manière dont les gènes sont activés ou désactivés en réponse à divers facteurs environnementaux, comme l'alimentation, le stress ou l'exposition à des substances chimiques.

[309] Le cerveau y est en pleine maturation.

sensible aux émotions, aux gratifications, à la rencontre et au temps relationnel… pour le meilleur et pour le pire.

En psychiatrie, les classifications diagnostiques ne sont pas stables : le DSM en est déjà à sa 5e version. Face à tant de complexité, on met d'autant plus l'accent sur les comorbidités d'une personne. Bien qu'étant un repère important, le diagnostic a une valeur toute relative qu'il faut savoir requestionner et ne pas figer dans le temps. On parle donc plus volontiers d'épisodes de dépression, d'anxiété, de troubles alimentaires, etc., dans la mesure où ces troubles ne sont pas constitutifs de la personne qui en souffre. Force est de constater que l'**on est passé en psychiatrie du sous-diagnostic au surdiagnostic et à une surenchère d'évaluation**.

On assiste aujourd'hui à **deux polarités** : celle des cas de **psychotrauma** (personnes victimes de violences et de maltraitances…) et celle des **troubles neurodéveloppementaux**, qui laisseraient à penser que l'environnement et les neurosciences sont deux entités bien distinctes, sans articulation entre elles. **L'emballement autour des troubles du neurodéveloppement** est par ailleurs **tout à fait excessif**.

Focus sur la réforme des études en psychiatrie

Mise en place en 2022, cette réforme a introduit des changements importants :

- Un allongement de la durée de formation : le **Diplôme d'Études Spécialisées** (DES) en psychiatrie est **passé de quatre à cinq ans**. Cette année supplémentaire permet une « surspécialité » grâce à une formation plus approfondie et spécialisée ;
- Les internes doivent désormais choisir une **option précoce après deux années de stages**, déterminant leur spécialité en pédopsychiatrie ou en psychiatrie de l'adulte (une mesure permettant de **valoriser la pédopsychiatrie**) ;
- Une introduction de stages dans des lieux agréés en psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, avec un encadrement universitaire pour une partie des stages ;
- Une **formation spécialisée transversale** : les internes ont le choix entre des formations spécialisées transversales ou des options spécifiques comme la psychiatrie périnatale, la psychiatrie légale, ou la psychiatrie de la personne âgée.

« Nous sommes des êtres sociaux qui avons besoin de réalité »

S'il fallait identifier un seul effet positif de la crise sanitaire, ce serait de nous avoir rappelé **que rien ne remplace le lien social et la réalité de rencontres physiques** : ils sont vitaux pour l'être humain et l'univers numérique (à travers les réseaux, les téléconsultations, les visioconférences…) ne peut suppléer au réel. Bien que les réseaux sociaux n'aient heureusement pas seulement des effets négatifs, nul ne peut contester qu'ils en aient. L'**explosion des troubles alimentaires chez les jeunes filles**, vissées à un écran leur vantant les mérites de la minceur pendant les périodes de confinement, en est une illustration.

La **« période Covid »** est marquée par une **augmentation très importante de la file active des enfants et adolescents**, à travers des hospitalisations et des consultations. Cet effet, qui a surpris toute la profession par son ampleur inédite, est d'autant plus préoccupant que le

nombre de demandes ne fléchit pas du tout plusieurs années après[310] ; contrairement aux prévisions, **la file active continue même d'augmenter**.

Bien que les troubles alimentaires touchent majoritairement les filles, il convient néanmoins de pointer un biais dans les études qui y sont consacrées, les filles formulant bien plus fréquemment le besoin d'être aidées, quand beaucoup de garçons « *entièrement bodybuildés après des journées passées dans des salles de sport passent sous les radars* ».

Une des rares bonnes nouvelles à communiquer concernant les jeunes réside toutefois dans la **baisse constante et notable de leur consommation de tabac, d'alcool et de cannabis**. C'est vraisemblablement grâce aux campagnes de prévention que le tabagisme a nettement diminué au collège et au lycée, même si – ne l'oublions pas – la consommation reste en Normandie supérieure à la moyenne nationale.

La « **consommation des écrans »** constitue un **autre danger qui mérite la plus grande vigilance**. À commencer par les parents parfois tentés de regarder leur téléphone portable plus que leur enfant. Un contenu en mouvement devant les yeux d'un enfant ne remplacera jamais la relation à un être humain dans la mesure où seules les interactions, les efforts faits pour s'adapter à l'autre permettent le développement.

Le suicide : faire connaître le numéro national 3114

La charge de culpabilité pour les familles et les soignants est très prégnante en cas **de suicide, première cause de mortalité des personnes souffrant d'un trouble psychique**. Cette culpabilité est prégnante dans la psychiatrie, bien plus que dans toutes les autres spécialités médicales en cas de décès d'un patient.

Mis en place en octobre 2021, le **numéro 3114** – qui correspond à la ligne nationale de prévention du suicide – est encore largement inconnu en France, y compris auprès de professionnels de santé. Il revient donc à chacun d'entre nous de le faire connaître au même titre que le 15. Comme ce numéro national est encore en phase de déploiement, il devrait toutefois être de mieux en mieux repéré au fur et à mesure de sa mise en œuvre sur les territoires.

Autre point positif : le numéro 3114 figure sur internet dans les premiers résultats des moteurs de recherche, en réponse à la question du risque suicidaire.

Le dispositif VigilanS

Lancé en 2015, le dispositif VigilanS est un programme de prévention du suicide en France visant à **réduire le risque de récidive** chez les personnes ayant fait une tentative de suicide. Les personnes ayant commis un geste suicidaire sont suivies par une équipe de professionnels de santé qui maintiennent le contact par téléphone ou par cartes postales, pendant une période allant de quelques jours à six mois.

[310] Ce phénomène est observé partout en France.

Des études ont montré que **ce dispositif permettait de réduire de 30 % à 40 % le risque de réitération suicidaire chez les patients** qui en bénéficient, ce qui en dit long sur l'extrême importance du lien humain, mais aussi sur sa déliquescence. Il est en effet assez triste de constater que la simple réception d'une carte postale d'un inconnu soit un rempart aussi efficace quand une plus grande vigilance de la part de l'entourage pourrait combler ce vide. On ne saurait donc jamais trop insister sur l'attention qu'il convient de porter aux personnes qui nous entourent et rappeler combien il importe de prendre régulièrement des nouvelles d'une personne que l'on perçoit en fragilité.

Le dispositif VigilanS connaît de bons résultats auprès des jeunes qui demandent plus d'attention que les adultes, dans la mesure où ils récidivent davantage dans leurs tentatives de suicide.

La recherche se poursuit au niveau national autour de cette mesure, en vue d'apporter des réponses encore plus efficaces auprès des jeunes.

La protection de l'enfance : un cri d'alarme, un enjeu majeur ![311]

« La réalité est catastrophique. On est en train de fabriquer des enfants à hauts risques de problèmes psychiatriques ! »

Les **émotions négatives** (peur, tristesse, colère, angoisse) **désorganisent le psychisme humain**. La sécurité – fondée sur la théorie de l'attachement – est le socle qui permet à un enfant de se développer. Or, certains enfants connaissent aujourd'hui de telles ruptures de parcours qu'on ne sait pas toujours, en tant que soignants, si une mesure de placement améliorera ou aggravera leur état psychique.

Le **concept des 1000 premiers jours de l'enfant** a été popularisé en France par le neuropsychiatre Boris Cyrulnik ; il a dirigé une commission d'experts à ce sujet qui a mis en lumière l'importance première de cette période pour le développement physique, cognitif et émotionnel de l'enfant, et par conséquent du besoin d'aide à la parentalité.

On a donc un impérieux besoin de services de protection de l'enfance qui fonctionnent bien, de juges pour enfants avec des moyens, des possibilités de placements dans des familles.

Les maltraitances dans l'enfance et la consommation de drogues constituent par ailleurs des facteurs très importants de développement de troubles psychiatriques.

Le bilan de santé systématique dans le cadre de la protection de l'enfance, bien qu'obligatoire, est très peu réalisé dans le département de l'Eure (une défaillance corrélée à la pénurie de médecins) et un peu mieux appliqué en Seine-Maritime.

L'École, en tant que lieu tout à la fois de séparation, d'autonomisation, d'apprentissage, de développement relationnel, remplit un rôle majeur et tout à fait central pour l'enfant. Il importe par conséquent que cette institution, au même titre que l'hôpital, se porte bien et offre un environnement bienveillant et sécurisant pour que les adultes eux-mêmes puissent

311 Priscille Gérardin nous invite à consulter l'étude *Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant* rapportée par Marie-Paule Martin-Blachais.

accomplir leurs missions d'accompagnement et de soin. Or, on sait hélas le degré de souffrance que produisent aujourd'hui les défaillances de nos institutions.

La consommation de psychotropes des enfants et adolescents

On manque d'études pour développer des traitements à destination des enfants, ce qui conduit à leur administrer des médicaments conçus pour des adultes. Or, chez les enfants et les adolescents, ces traitements médicamenteux sont moins efficaces, ont plus d'effets secondaires et sont suivis de manière plus aléatoire.

Le **traitement de première intention doit rester la psychothérapie**, *a fortiori* pour les enfants et adolescents. Pourtant, en raison du **manque de professionnels de santé mentale**, **la prescription de psychotropes augmente**. Les enfants pris en charge par les services de protection de l'enfance se voient particulièrement administrer des neuroleptiques.

Il convient cependant de ne pas diaboliser les traitements quand ils sont prescrits à bon escient et avoir à l'esprit que leur augmentation tient également au fait que la prescription de psychotropes à des enfants était rare auparavant. Dans tous les cas, ces traitements doivent s'accompagner d'un suivi psychothérapeutique et être régulièrement évalués pour s'assurer que leur poursuite se justifie.

D'autres formes de thérapie – telle que les thérapies multifamiliales – se développent et font la preuve de leur intérêt. Reste à obtenir les moyens humains et financiers pour les maintenir et les déployer.

Notre regard doit lui aussi évoluer – notamment en termes de genre – afin de mieux identifier les états de santé à risque : une jeune fille très maigre et première de la classe aura tendance à moins inquiéter qu'un garçon qui « met le bazar » à l'école alors qu'il y a de grandes chances que ce soit la première qui ait besoin d'aide. Les filles consultent par ailleurs beaucoup plus que les garçons, de même que les enfants issus de familles favorisées.

Le fonctionnement très hiérarchique et peu valorisant de l'École auprès des adolescents est une source de stress évitable. En termes de déstigmatisation, il apparaît que l'Éducation nationale a un rôle très important à jouer dans la promotion de la santé globale, sans parler des troubles alimentaires ou de risques suicidaires spécifiques.

Les personnels soignants, hospitaliers, paramédicaux, institutionnels doivent continuer à travailler de manière plus resserrée et coordonnée, avec des CMP remplissant le rôle de pivot afin d'être au plus près des populations, tout en attirant des professionnels sur des lieux plus excentrés. On a **besoin d'une meilleure gradation des soins** dans laquelle l'hôpital interviendrait en deuxième ou troisième ligne et mobiliserait plus efficacement du « temps soignant ».

Le projet d'une clinique soins-études

Une clinique soins-études est une structure médicale alliant des soins psychologiques de longue durée à une scolarité adaptée auprès de jeunes âgés de 13 à 25 ans porteurs de troubles psychiatriques qui impactent leur parcours scolaire. Bien qu'il remonte à plus de vingt ans, ce projet (comprenant 50 lits et prévu au centre hospitalier du Belvédère à Mont-Saint-Aignan) que l'on pourrait qualifier d'« internat thérapeutique » n'a pas encore vu le jour en Normandie. Il est désormais inscrit dans le Projet régional de santé[312] mais la succession des ministres à la santé contribue encore un peu plus à son report. ”

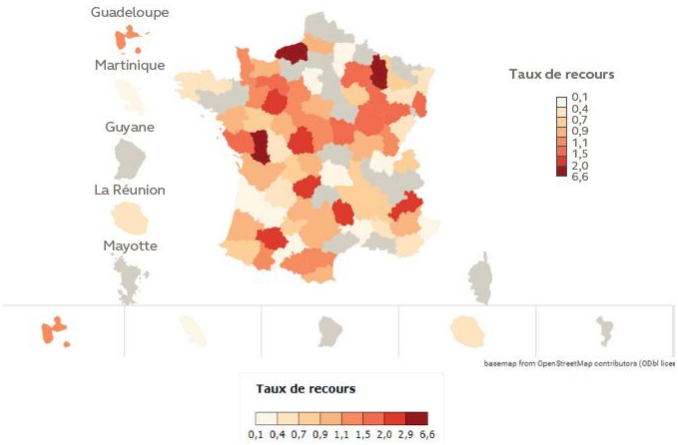
[312] Le dernier Projet Régional de Santé de Normandie a été adopté le 31 octobre 2023. Heureusement, à l'heure où l'on finalise la rédaction de ce rapport, l'ouverture de cette clinique soins-études est annoncée.

3.5.2 Les Maisons des Adolescents (MDA)

En 2024, on comptait 123 Maisons des Adolescents en activité en France. Elles ont cette même année accompagné 100 000 jeunes en entretien individuel, ce qui représente une hausse de 18 % par rapport à 2018. Leur budget moyen a été significativement augmenté sur cette même période (+44 % depuis 2018). Disposant désormais en moyenne de 9,6 équivalents temps plein (ETP), elles regroupent toujours des professionnels issus de différentes disciplines : essentiellement (par ordre décroissant) des psychologues, infirmiers, médecins et assistants sociaux.

Leurs moyens ont été revalorisés à l'issue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie qui se sont tenues en 2021. La « mesure 14 » de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » a pour objectif premier d'installer au moins une maison des adolescents dans chaque département et de renforcer celles qui sont déjà en activité.

| Taux de recours départemental en 2023 (en %)



Source : Cour des comptes, à partir de données ANMDA et Insee
Commentaire : ce taux de recours rapporte la file active des MDA à la population des 11-25 ans.
Les données concernant les départements en gris n'étaient pas disponibles.

Le taux de recours aux MDA varie fortement d'un département à l'autre (entre 0,1 % et 6,6 % des 11-25 ans). La carte figurant dans le rapport public annuel 2025 de la Cour des comptes montre que la Seine-Maritime est un des départements où le recours aux Maisons des adolescents est le plus élevé de France.

La Cour des comptes relève le cas de deux structures dans le Calvados, dont la proximité a conduit les acteurs locaux à s'organiser pour assurer un portage commun. Elle précise que « *cette configuration favorise la lisibilité pour le grand public et la fluidité des accompagnements* » mais « *engendre des difficultés de financement, de gestion et de suivi* » dans la mesure où la caisse d'allocations familiales – pilotes des Points Accueil-Écoute Jeunes[313] (PAEJ) – et l'ARS – pilote de la Maison des adolescents – exigent des comptes rendus financiers et d'activité distincts, en dépit d'une activité commune.

On manque de données récentes pour observer la période post-Covid. En 2017, Santé publique France faisait état de 8 366 enregistrements de décès par suicide[314], tous âges confondus, dont 300 à 350 seraient des jeunes, selon les estimations des médecins.

[313] Les PAEJ ont été créés en 1996 ; il en existe environ 250 en France et ceux-ci disposent d'un millier d'antennes sur le territoire. Ce sont donc des structures de proximité, ayant pour mission d'accueillir et écouter les jeunes ainsi que leur entourage. Depuis 2021, ils sont gérés par la Caisse nationale des allocations familiales.
[314] Ces chiffres sont eux-mêmes issus du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.

En consultation, les jeunes disent se sentir très seuls, avec un sentiment d'isolement vécu parfois au sein même de leur famille. Quand on leur demande s'ils parlent de leur mal-être à leurs parents, la réponse est souvent la même : « *Je ne veux pas les inquiéter* ».

Une réponse qui en dit long sur la perception qu'ils ont de la vulnérabilité des adultes.

Alors que les idées noires et les tentatives de suicide touchaient plutôt des jeunes de 14-15 ans, la majorité a désormais plutôt entre 11 et 14 ans, avec une autre singularité : on voit plus de filles que de garçons.

« Trou dans la raquette »

Les chiffres alarmants qui touchent les jeunes pourraient en partie s'expliquer par un manque de lisibilité de l'accès aux soins pour eux, notamment pour les 15-18 ans qui ne se reconnaissent plus vraiment comme relevant de la pédopsychiatrie mais ne se voient pas non plus basculer vers des services pour adultes.

Le Baromètre de Santé publique France révèle qu'un peu plus de la moitié (53 %) des personnes ayant tenté de se suicider ont commis cet acte comme un appel à l'aide ; une donnée qui se retrouve davantage chez les moins de 45 ans.

3.6 Des dispositifs en réponse au mal-être croissant des étudiants

La **crise sanitaire liée au Covid-19** a agi comme un **révélateur** et un **amplificateur du mal-être des étudiants** : isolement, incertitude, perte de repères ont contribué à une augmentation significative des troubles anxieux et dépressifs dans cette population. Face à ce constat alarmant, les pouvoirs publics, les universités et les associations ont pris des initiatives pour tâcher d'offrir un soutien psychologique accessible et adapté.

Le tableau qui suit donne un bref aperçu de ces dispositifs :

DISPOSITIF	DESCRIPTION	CONDITIONS
SANTE PSY ÉTUDIANT	12 séances gratuites avec un psychologue partenaire	Être étudiant inscrit dans un établissement reconnu
MON SOUTIEN PSY	12 séances remboursées par l'Assurance Maladie (50 € / séance)	Prescription médicale, psychologue conventionné
SSE (SERVICE SANTÉ ÉTUDIANTE)	Consultations médicales et psychologiques gratuites ou prises en charge	Être inscrit dans une université disposant d'un SSE
BAPU	Consultations gratuites avec psychologues, psychiatres, assistants sociaux	Être étudiant
CNAÉ	Écoute, accompagnement, orientation	Ouvert à tous les étudiants
NIGHTLINE	Écoute nocturne par des étudiants bénévoles (20h30-2h30)	Ouvert à tous
CMP	Consultations gratuites avec psychiatres et psychologues	Ouvert à tous
3114	Numéro national de prévention du suicide (24h/24, 7j/7)	Ouvert à tous

La Coordination Nationale d'Accompagnement des Étudiant(e)s (CNAÉ)

La CNAÉ est un dispositif d'écoute proposé par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche depuis décembre 2023. Il vise à accompagner et à aider les étudiants à signaler les situations de mal-être, de violences ou de discrimination.

Santé Psy Étudiant

Le dispositif « Santé Psy Étudiant » a été mis en place en mars 2021 à la suite de l'épidémie de Covid-19 afin que chaque étudiant de l'enseignement supérieur puisse bénéficier de huit consultations[315] avec un psychologue par an, gratuites et sans avancer de frais.

Les séances sont renouvelables chaque année pour tous les étudiants.

Les Services de santé étudiante (SSE)

Depuis 2023, les Services de santé étudiante (SSE) remplacent les Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS). Tous les étudiants ont la possibilité d'accéder à ce dispositif, qu'ils soient inscrits à l'université ou dans l'enseignement supérieur public ou privé.

À l'origine, les SSE dispensaient uniquement des soins de premier recours, en pratiquant aussi bien la prévention, le diagnostic que les soins. La dernière réforme du dispositif a entrainé la création d'une mission en santé mentale.

Ainsi, des consultations d'aide et de suivi psychologique sont proposées, au cours desquelles l'étudiant rencontre un professionnel de la santé mentale (psychologue, conseiller spécialisé…) et peut discuter de ses préoccupations, de ses émotions ainsi que de ses difficultés personnelles.

Les Bureaux d'aide psychologique universitaire (BAPU)

Dans la plupart des villes universitaires, un bureau d'aide psychologique est mis à disposition. Les étudiants peuvent y consulter aussi bien des psychothérapeutes (psychiatres et psychologues), des assistants sociaux qu'être conseillés par les services administratifs.

Les consultations – dont le nombre n'est pas limité – sont prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale et les mutuelles.

Le service d'écoute Nightline

Créé en 2017, Nightline est un service d'écoute gratuit et confidentiel soutenu par le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, désormais disponible dans toutes les grandes villes universitaires. Tenu par des étudiants bénévoles spécialement formés, il est au service des étudiants tous les soirs, entre 20h30 et 2h30.

Un rapport largement nourri des données produites par Nightline Europe[316] établit que 20 % des étudiants européens seraient concernés par un trouble de santé mentale. Les étudiants, particulièrement soumis à de fortes pressions de réussite académiques[317], voient leur situation

[315] Le nombre de consultations gratuites a été depuis porté à 12 séances. Ce dispositif est cumulable avec « Mon soutien psy » qui offre également 12 séances par an remboursées par l'Assurance maladie. Reste à trouver un psychologue disponible dans des délais raisonnables…

[316] En octobre 2024, le réseau Nightlines comprend 29 membres répartis dans 5 pays (Allemagne, Autriche, France, Irlande, et Royaume-Uni).

[317] On note, par exemple, que 83 % des élèves jugent Parcoursup stressant. Lire le rapport du CESER *Être jeune en Normandie, regards et repères sur les 18-24 ans* – Octobre 2022 – Rapporteure : Martine Louveau.

alourdie par le coût de leurs études (et des mesures d'endettement) et l'éloignement – pour la première fois – de leur milieu familier.

Ce rapport, qui comprend des chiffres et des données alarmantes, a également permis de réaliser combien l'on manquait d'informations spécifiques sur la population étudiante en Europe, notamment en ce qui concerne les facteurs à l'origine des troubles de la santé mentale (facteurs socioéconomiques, genre, origine ethnique).

3.7 Le « turn-over » des aides médico-psychologiques (AMP)

Les aides médico-psychologiques (AMP) sont des professionnels du secteur médico-social ayant pour mission d'apporter un soutien aux enfants et aux adultes en situation de fragilité, de handicap ou de dépendance, en les accompagnant dans les actes de leur vie quotidienne.

En 2022, **87 000 aides médico-psychologiques exerçaient en France**, dont 27 % à temps partiel. Ces postes sont majoritairement occupés par des femmes (à 87 %) ; 35 % ont de moins de 35 ans, 36 % entre 35 et 49 ans et 29 % 50 ans ou plus.

Une étude[318] publiée par la DREES permet de retracer les carrières et parcours de ces professionnels. Elle révèle que parmi les AMP ayant exercé plus d'une année entière et ayant commencé à exercer en 2011 ou en 2012, **un tiers n'exerce plus la profession au bout de trois années, près de la moitié au bout de sept ans**.

3.8 « Il y a urgence aux urgences ! »[319]

Un **rapport sur la prise en charge des urgences psychiatriques** présenté le 11 décembre 2024 par les députées Sandrine Rousseau (Ecologiste et Social) et Nicole Dubré-Chirat (Ensemble pour la République) visait à alerter sur la situation difficilement tenable des urgences psychiatriques.

En 2023, on a en effet comptabilisé **566 000 passages aux urgences pour motif psychiatrique, soit une hausse de 21 % par rapport à 2019**. Cette augmentation est plus forte que celle observée pour les autres motifs d'urgences.

Cette hausse est portée par un taux de recours très élevé chez les adolescents et les jeunes adultes. Depuis 2007, les hospitalisations pour tentatives de suicide et auto-agressions chez les jeunes femmes de 10 à 19 ans ont plus que quintuplé (+570 %).

En raison de l'insuffisance de l'offre de soins en amont (centres médico-psychologiques aux horaires réduits, manque de suivi ambulatoire, etc.), les services d'urgences psychiatriques sont devenus, par défaut, le point d'entrée de nombreux patients. Rappelons que **le secteur public**, fragilisé par le manque de moyens matériels et humains que l'on connaît, **prend pourtant en charge 85 % des patients, notamment les cas les plus complexes**.

[318] Cette étude, réalisée en partenariat avec l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), examine les parcours selon leurs caractéristiques personnelles, en particulier leur âge d'entrée dans la profession et les profils des contrats de travail (volume de travail, revenus).

[319] Slogan fréquemment employé par les personnels hospitaliers lors de manifestations pendant lesquels ils réclament plus de moyens pour les services d'urgences.

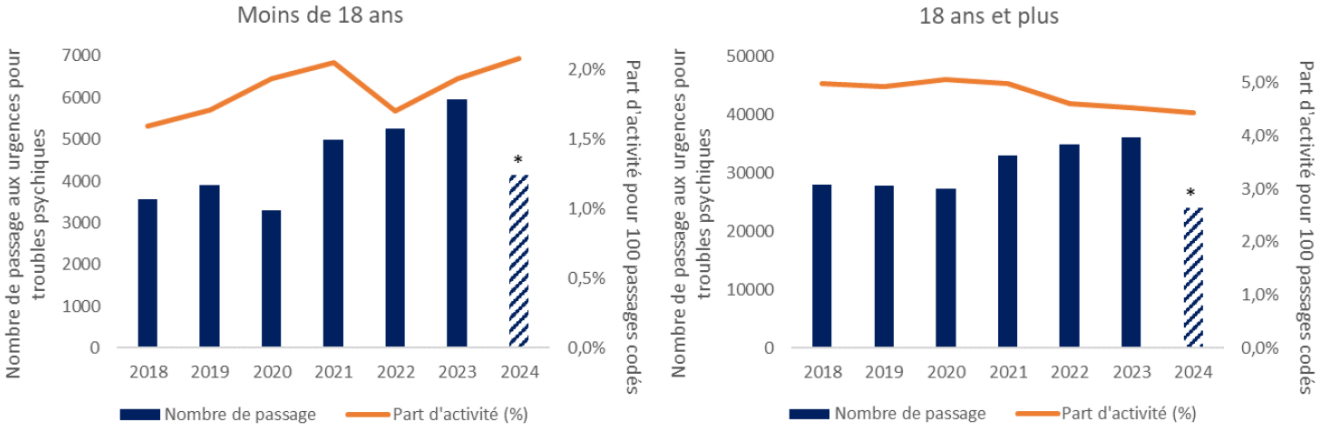
Le rapport rappelle notamment, dans ce contexte, que le système de soins psychiatrique français a connu une perte nette de 7 000 places de temps complet entre 2008 et 2022[320]. Cette baisse a porté exclusivement sur le service public (qui a perdu pas moins de 10 383 places avec le privé non lucratif), alors que le secteur privé lucratif, à l'inverse, a connu une croissance de 3 664 places sur la même période.

Les **urgences psychiatriques** illustrent de manière particulièrement aiguë les **défaillances systémiques de l'organisation des soins** :

- Insuffisance de l'offre de soins de ville en amont ;
- Réduction drastique des capacités d'hospitalisation et de suivi ambulatoire en aval ;
- Illisibilité de l'offre de soins et absence de parcours clair pour les patients.

Les graphiques suivants rendent compte de la **hausse importante des passages aux urgences pour troubles psychiques, chez les moins de 18 ans**, en **Normandie** :

Figure 1. ***Nombre annuel de passages aux urgences pour troubles psychiques et part d'activité pour les années 2018 à 2024, en Normandie (source : Oscour®)***



**données arrêtées au 30 août 2024*

Source : Santé mentale en Normandie. Point au 10 octobre 2024.

[320] Ces places sont aujourd'hui au nombre de 58 568, selon le rapport.

3.8.1 À l'EPSM de Caen



Les salariés de l'EPSM couchés devant les portes de la mairie de Caen.
© Ouest France – 17 avril 2024

Chaque jour à l'EPSM de Caen, ce sont entre 15 et 25 patients qui sont en attente de lits. L'EPSM de Caen a perdu 110 lits en 10 ans, passant d'un taux d'occupation de 90 % à 120 %. Cette situation provoque des files d'attente aux urgences. Les fermetures de lits, liées à une pénurie de médecins, agissent comme une spirale descendante, puisqu'elles génèrent une baisse d'activité et par là même d'attractivité.

3.8.2 La moitié des points d'accueil des urgences générales et adultes dépourvue de psychiatres en France

L'enquête Urgences[321] publiée par la DREES le 13 juin 2023 révèle que la **moitié des points d'accueil des urgences générales et adultes** ne disposent dans leur établissement d'**aucun psychiatre** pouvant intervenir aux urgences.

En effet, seuls 17 % des points d'accueil des urgences générales et adultes disposent d'un psychiatre directement posté aux urgences.

32 % des points d'accueil des urgences générales et adultes n'ont pas de psychiatre posté, mais un psychiatre de l'établissement peut réaliser des entretiens psychiatriques aux urgences.

Les points d'accueil des urgences pédiatriques sont mieux dotés pour la prise en charge psychiatrique : 71 % d'entre eux ont un pédopsychiatre dans l'établissement, 61 % une infirmière en pédopsychiatrie et 87 % un psychologue pour les enfants. Ces personnels sont toutefois plus souvent dans un autre service que rattachés aux urgences.

3.9 Le marché des médicaments[322]

Les traumatismes de guerre ont concouru à la recherche pharmaceutique (barbituriques), donnant lieu – après la 2nde guerre mondiale – à un développement de l'industrie pharmaceutique.

[321] Enquête réalisée dans les 719 points d'accueil des urgences de France, dix ans après l'enquête de 2013. Les services d'urgences psychiatriques ne sont pas dans le champ de l'enquête.

[322] Nombre des éléments figurant dans cette rubrique sont issus de l'émission « Santé mentale, une histoire d'économie : Le marché du bonheur de synthèse » (Entendez-vous l'éco, France culture), 1er décembre 2021. Intervenantes : Nathalie COUTINET, économiste à l'université de Sorbonne Paris Nord et chercheuse au Centre d'économie de l'université de Paris-Nord (CEPN) et Tonya TARTOUR, sociologue, chercheuse associée au Centre de Sociologie des Organisations de Sciences Po Paris.

Prime à la sérendipité en matière de recherche : **l'avènement des psychotropes** (antidépresseurs et narcoleptiques) **est largement le fruit du hasard**. La découverte par Laborit d'un médicament antituberculeux agissant favorablement sur les symptômes des patients psychotiques en est un exemple. C'est en voulant créer, au milieu des années 1950, d'autres médicaments du même type (avec un effet sédatif) que sont découverts les antidépresseurs lesquels ont, au contraire, un effet psychostimulant.

Dans les années 1970, on découvre les effets neurotransmetteurs de la sérotonine ; c'est ainsi que le Prozac est développé et mis sur le marché à la fin des années 1980. Les ventes de psychotropes ont ensuite explosé dans les années 1990. Les indications pour la prise d'antidépresseurs s'est beaucoup élargie : utilisés comme psychostimulant en cas de fatigue importante, de SSPT[323], d'anxiété généralisée...

On peine désormais depuis à trouver de nouvelles molécules, même si l'on observe un retour à la recherche, notamment grâce aux neurosciences, qui portent l'espoir de faire naître de nouveaux types de médicaments. La recherche actuellement menée autour de la kétamine, en tant que molécule agissant sur le neurotransmetteur du glutamate, en est un exemple. Il est espéré que le développement des neurosciences permette des traitements plus ciblés et efficaces.

De manière générale, la **recherche en psychiatrie est délaissée** : sur 16 000 projets financés par l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) pour la période 2014-2023, seuls 161 projets (soit environ 1 %) concernaient le domaine de la psychiatrie.

Des travaux ont démontré que l'espérance de vie de patients avec des maladies mentales est écourtée de 13 à 16 ans, largement du fait de comorbidités non prises en charge. Contrairement aux idées reçues, le suicide ne constitue pas la première cause de mortalité prématurée des patients mais intervient en troisième position derrière les cancers et les pathologies cardiovasculaires.

3.9.1 La consommation de psychotropes des Français

Contrairement à une autre idée reçue, **la France n'est pas la « championne du monde » de la consommation d'antidépresseurs** : elle se situe même plutôt en-dessous de la moyenne des pays de l'OCDE et de l'Union européenne. Les premiers consommateurs sont les Islandais et les Australiens, très loin devant la France.

La **France** est en revanche **très consommatrice d'anxiolytiques** et se situe en Europe en 2e position, derrière l'Espagne.

80 % des psychotropes sont **prescrits par des généralistes**, une proportion qui s'apparente à celle des médecins en France, qui compte environ 100 000 généralistes et 15 000 psychiatres. Notons qu'il existe désormais un **semestre obligatoire en psychiatrie pour les médecins généralistes**. Cette mesure découle de l'arrêté du 3 août 2023, qui modifie la maquette de

[323] Syndrome de stress post-traumatique.

formation du Diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine générale, dans le but de renforcer la formation des futurs généralistes en santé mentale et en psychiatrie.

La **forte consommation de psychotropes** est particulièrement **liée aux conditions d'accueil très dégradées dans les services de psychiatrie**. Les jeunes (notamment étudiants) et les personnes âgées sont les plus grands consommateurs d'anxiolytiques et d'antidépresseurs.

Environ 30 % des patients ne sont pas réceptifs aux antidépresseurs ; on ne sait pas l'expliquer en raison des mécanismes d'action complexes des médicaments. **La dépression touche environ 3 % des enfants de 6 ans et entre 8 et 12 % des adolescents en France.** Or, les **antidépresseurs** sont **peu efficaces chez les enfants et adolescents**, et il existe très peu de recherche sur l'effet des molécules sur cette tranche d'âge. L'accroissement du risque suicidaire chez les adolescents en cas de prise d'antidépresseurs est par ailleurs à prendre en considération.

La consommation de psychotropes par les mineurs **en Normandie** :

Consommation de psychotropes par les mineurs (0-17 ans) en 2014

	Part de mineurs consommant des psychotropes*			
	Antidépresseurs	Neuroleptiques	Anxiolytiques	Ensemble des psychotropes
Calvados	15,6	19,3	20,3	45,2
Eure	18,9	40,9	25,9	66,7
Manche	13,4	24,8	21,1	51,6
Orne	13,7	22,2	25,0	45,3
Seine-Maritime	29,8	41,2	34,4	81,3
Normandie	**21,4**	**33,1**	**27,4**	**64,4**
France entière	12,7	22,5	17,8	43,9

Sources : Cnamts, Atlas de santé mentale, IRDES-DREES

* Part pour 10 000 bénéficiaires de l'Assurance maladie

Les prescripteurs de psychotropes ont longtemps été les cibles des laboratoires pharmaceutiques lors de visites médicales. Ces pratiques font l'objet de contrôles mais n'ont cependant pas totalement disparu. La presse médicale, souvent tenue par les firmes pharmaceutiques, est par ailleurs un vecteur de promotion de médicaments. *Prescrire*, seule revue indépendante en France, publie ainsi parfois des articles totalement opposés à ceux que l'on peut trouver dans les autres journaux médicaux d'information.

Les autorités de santé donnent l'autorisation d'une mise sur le marché d'un médicament à partir des résultats fournis par les firmes qui produisent le médicament. La durée d'un brevet de médicament, de 20 à 25 ans, est relayée par la production de médicaments génériques.

Or il s'avère que les médicaments contre les désordres psychiques ont la plus faible productivité et le plus bas taux d'autorisation de mise sur le marché, avec des phases de test longues et coûteuses. Les **nombreuses pertes dans le champ des psychotropes** peuvent donc expliquer en partie son **manque d'attractivité dans le domaine de la recherche**.

Il convient de souligner que la **psychiatrie** ne représente aujourd'hui que **2 à 4 % du budget de recherche biomédicale** contre 7 % au Royaume-Uni et 16 % aux États-Unis[324].

3.9.2 Des ruptures d'approvisionnement de médicaments

Le désintérêt pour la santé mentale touche donc aussi le marché du médicament. On connaît les ruptures récentes d'approvisionnement pour des médicaments essentiels comme la quétiapine, la sertraline, la venlafaxine, le lithium et l'olanzapine.

En cause : la fragilité des chaînes d'approvisionnement et la dépendance à des sites industriels étrangers, des stratégies commerciales de laboratoires pharmaceutiques qui privilégient des marchés plus rentables, une régulation des prix en France jugée insuffisamment attractive par les fabricants.

Ces problèmes d'approvisionnement sont très préoccupants puisque chaque rupture de traitement peut provoquer des décompensations aiguës et des souffrances psychiques sévères.

3.10 La psychiatrie en crise d'identité

On observe chez les psychiatres une tension entre plusieurs modèles qui tentent de relégitimer leur discipline et redonner cohérence à leur pratique.

Il apparaît que la **politique de santé mentale** est elle-même à la croisée des chemins et **oscille aujourd'hui entre trois paradigmes possibles** (pouvant se combiner de différentes manières) :

– le **modèle relationnel des soignants** : il se réclame du secteur, voire de la psychothérapie institutionnelle, demandant des moyens supplémentaires pour la psychiatrie, attachés à la définition de leur métier comme travail de relation, hostiles à la protocolisation du soin, valorisant pour les patients la psychothérapie et les activités collectives ; la **psychothérapie institutionnelle**, née en France dans le contexte de la Seconde Guerre mondiale, s'appuie sur la psychanalyse, la sociologie et une critique radicale de l'asile. Elle a inspiré la psychiatrie de secteur en France, qui vise à rapprocher les soins de la vie sociale et à éviter l'exclusion des personnes souffrant de troubles psychiques.

– le **modèle communautaire ou citoyen** sensible aux droits de l'homme et du citoyen. Appuyé sur une psychiatrie sociale qui jouerait un rôle central, mais largement insérée de manière collaborative dans des réseaux et des partenariats, il promeut le « care » dans la ville, dans une logique de droits et d'inclusion sociale. Il donne largement la parole aux usagers, intégrés dans le système de soin (pairs aidants, médiateurs de santé…). Il s'agit en quelque sorte d'approfondir la « démocratie sanitaire » ;

– le **modèle scientifique**, valorisant les explications biologiques ou biochimiques du trouble, la recherche d'un déterminisme organique ou physiologique, voire d'un code génétique à l'origine des troubles psychiques, la programmation de protocoles de renforcement des

[324] Marion Leboyer, 17 février 2022 – Plaidoyer pour réenchanter la psychiatrie | Institut Montaigne

conduites positives et d'élimination des représentations négatives et/ou inadaptées, le développement des habiletés.

Aujourd'hui, la psychiatrie se trouve donc à la croisée des chemins. Entre l'héritage de la psychothérapie institutionnelle, qui valorise le collectif et la vie institutionnelle, l'approche communautaire, qui privilégie l'ancrage dans le tissu social, le modèle citoyen, centré sur les droits et la participation des usagers, et enfin le modèle scientifique, fondé sur les preuves et la standardisation des pratiques, aucune voie ne s'impose de manière exclusive.

Pourtant, cette pluralité s'accompagne d'un paradoxe : alors que les discours officiels prônent l'inclusion et la désinstitutionnalisation, **la réalité budgétaire et organisationnelle fait planer la menace d'un retour à des logiques asilaires**. Fermetures de structures intermédiaires, manque de moyens pour les soins ambulatoires, saturation des services hospitaliers : autant de facteurs qui risquent de réintroduire des formes d'enfermement et de ségrégation que l'on croyait révolues.

3.11 Assiste-t-on au retour du mode asilaire ?

« La folie ne peut se trouver à l'état sauvage. La folie n'existe que dans une société, elle n'existe pas en dehors des formes de la sensibilité qui l'isolent et des formes de répulsion qui l'excluent ou la capturent. »[325]

En 2018, on comptait 82 000 patients hospitalisés sans consentement pour un total de 424 000 patients hospitalisés en psychiatrie (soit 19 %). En psychiatrie, les prises en charge sans consentement doivent pourtant demeurer l'exception comme le soulignent (de façon consensuelle et répétée) les recommandations internationales de bonnes pratiques en santé mentale.

Or, depuis 2012 en France, on observe une **augmentation du recours aux soins sans consentement** (de 14 % entre 2012 et 2021), plus rapide que la croissance du nombre de personnes suivies en établissement de santé en psychiatrie. Des recherches internationales montrent même que **ce type de recours est l'un des plus élevés d'Europe** et que son taux d'augmentation sur une décennie figure parmi les plus marqués[326].

Quant au **recours à la contention**, celle-ci a été employée sur 10 000 patients en 2021, soit plus d'une personne hospitalisée sans son consentement sur dix.

Le **retour à la contrainte et à l'isolement**, au mode asilaire que l'approche psychiatrique française avait longuement et positivement combattu, n'est donc pas un mythe. La création en France d'une quinzaine d'unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) – un concept né aux États-Unis et en Angleterre dans les années 1970 – illustre cette tendance.

[325] Interview de Michel Foucault publiée dans *Le Monde* du 22 juillet 1961, à l'occasion de la parution de son ouvrage « Histoire de la folie à l'âge classique ».
[326] Lire l'étude de l'IRDES : *Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre*, juin 2022.

Notons que l'OMS et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) ont publié, en octobre 2023, de nouvelles orientations pour améliorer les lois sur les soins de santé mentale et lutter contre les atteintes aux droits humains. L'objectif est de transformer les services de santé mentale plus respectueuse de la dignité des personnes et des réponses plus adaptées à leurs besoins, en les aidant à mener une vie épanouissante au sein de leurs communautés. Ces nouvelles orientations s'appuient sur 3 piliers de recommandations : désinstitutionalisation ; fin des pratiques coercitives ; approche fondée sur les droits.

Dans ce contexte, les syndicats de psychiatres et des associations d'usagers dénoncent l'absence de réglementation et d'évaluation indépendante des dispositifs d'enfermement. Certains n'hésitent pas à parler d'un « *retour à des maisons de force* ». Les enquêtes conduites par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ne sont pas en reste : *« organisation quasi carcérale », « règles de vie restrictives, « privations d'objets personnels », « restrictions sur les relations extérieures », « pratique intensive de l'isolement ».*

Ainsi, **la discipline psychiatrique** ne traverse pas uniquement une **crise de ressources** mais connaît également **une crise d'identité**. L'approche ambitieuse de la sectorisation, qui s'est construite et déployée en France à partir des années 1960, visait notamment une prise en charge égalitaire des personnes sur tous les territoires. Or, cette ambition égalitaire vole en éclats face à une grande diversité des pratiques médicales exercées aujourd'hui : d'un territoire à l'autre, d'un établissement à l'autre, d'un service à l'autre, y compris d'une unité à l'autre au sein d'un même service.

Ces grandes disparités sont en partie imputables à la **quasi-absence de recommandations de bonnes pratiques** censées unifier les approches, notamment pour les maladies les plus sévères. La culture de l'évaluation de la discipline est jugée elle-même disparate.

Forte de ses 350 points d'accueil à travers toute la France, l'UNAFAM dénonce elle aussi une « ***extrême hétérogénéité des soins*** » mais aussi d'autres éléments qui ont de quoi nous alerter, tels que : des « *traitements inadéquats* », des *« interventions inappropriées et stigmatisantes* », une « *non-prise en compte des avancées de la science* », un « *non-respect des droits* », une « *mise à l'écart de l'entourage* »[327].

Les notes attribuées aux établissements de santé mentale par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont en moyenne moins bonnes que pour les autres spécialités. Des données publiées en décembre 2024 révèlent qu'un quart des établissements spécialisés en santé mentale ont obtenu une certification « sous conditions » et que seuls 10 % ont été certifiés avec la mention « haute qualité de soins ».

Avec de nombreuses fermetures de lits, d'unités, de services, des vacances importantes de postes[328], la situation s'est beaucoup aggravée au cours de la dernière décennie. Le nombre de soins sans consentement a fortement augmenté sur cette même période.

[327] Lire l'article paru dans *Le Monde* du 11 janvier 2025 : « *Les crises aiguës de la psychiatrie publique* ».
[328] Plus d'un quart des postes sont vacants dans 40 % des établissements.

Rapport après rapport – il en existe des dizaines ! – le CGLPL témoigne des disparités en présence : des établissements exemplaires côtoient des services en déshérence, un patrimoine vieillissant, des conditions d'hébergement indignes et même parfois le non-respect des droits des malades. Rappelons qu'en 2019, le CGLPL avait signalé des « *dysfonctionnements extrêmement graves* » au Rouvray : suroccupation des locaux, fermeture complète de 21 unités sur 23, manquement à la déontologie professionnelle constituant des violations graves des droits fondamentaux des patients.

On peut imaginer le caractère blessant de ces propos pour des soignants qui avaient lancé l'alerte en 2018 (y compris à travers une grève de la faim pour certains), en dénonçant le manque d'effectifs et l'impossibilité de continuer à assurer un accueil digne des patients. On sait que l'établissement Pierre Janet au Havre s'est lui aussi fortement mobilisé à la même période, pour des raisons assez similaires[329].

Les inégalités territoriales, de mieux en mieux connues des populations, engendrent (comme pour l'École) des déclarations de fausses adresses de résidence afin de bénéficier d'une admission dans un secteur jugé plus favorable et innovant.

Dans l'étude que nous avons consacrée à l'accès à la santé et aux soins en Normandie, on notait que la densité de psychiatres[330] y était de 30 % inférieure à celle de la moyenne nationale[331], avec un peu moins de 16 psychiatres pour 100 000 habitants contre 23 pour 100 000 habitants en France). Les taux les plus faibles sont observées sur les territoires de santé de Dieppe, de la Manche, du Havre et de l'Orne (allant de 10,6 à 12,8 praticiens pour 100 000 habitants). Ces chiffres ne sont pas malheureusement pas meilleurs cinq ans plus tard.

La **pédopsychiatrie** est la **discipline psychiatrique la plus durement touchée** avec **un tiers de ses effectifs perdu en dix ans.** Certains départements en France n'en comptent plus qu'un seul (l'Orne en est un exemple) quand d'autres en sont aujourd'hui complètement dépourvus. Quand on sait combien une prise en charge précoce est fondamentale en matière de santé mentale, on peut imaginer l'ampleur des pertes de chances et des situations dramatiques évitables.

Notons que Frank Bellivier, délégué ministériel à la santé mentale, se refuse à conclure que le seul et unique remède au déclin de la psychiatrie hospitalière serait budgétaire : « *On aura beau arroser les établissements de moyens supplémentaires, si les pratiques ne changent pas, cela n'évoluera pas*[332] ». Une vision naturellement partagée par les représentants des usagers.

L'assèchement de la psychiatrie publique profite au secteur privé

Bien qu'encore largement plébiscitée par rapport à son ambition première, la psychiatrie de secteur, mise à mal et asséchée, est un modèle qui ne fonctionne plus selon un très grand

[329] Voir le documentaire « Psychiatrie : le grand naufrage », réalisé en 2019 par Raphaël Tresanini, en partie tourné dans ces deux établissements normands.
[330] Tous modes d'exercice confondus : libéraux ou mixtes, salariés hospitaliers et autres salariés.
[331] En France métropolitaine, seule la région Champagne-Ardenne est moins bien pourvue.
[332] *Le Monde*, extrait de l'article « La psychiatrie publique en France, un système à bout de souffle », publié le 10 janvier 2025.

nombre de soignants. Face à ce déclin, le **secteur privé à but lucratif** entend occuper une place grandissante, en se positionnant sur la partie la plus rentable de l'activité. La DREES rappelle en effet que **la psychiatrie** y demeure la **discipline qui dégage le plus de bénéfices en pourcentage des recettes**. Quand on sait que le résultat net du privé dans cette discipline est trois fois plus élevé que pour les cliniques spécialisées dans la médecine, la chirurgie ou l'obstétrique, on comprend mieux que les appétits s'aiguisent. Le nombre de lits y augmente, accueille globalement des personnes issues de populations favorisées et souffrant de troubles plus légers, laissant les cas les plus lourds à des établissements publics de plus en plus exsangues.

Unité pour malades difficiles (UMD) au Rouvray[333]

Audition d'**Annie KAPPATO CHADEIX** et de **Claire PRÉVOST**

Note: *Si la création des Unités pour Malades Difficiles (UMD) en psychiatrie suscite des débats et ne fait pas l'unanimité, notamment en raison des enjeux éthiques et des risques de stigmatisation, il convient néanmoins de souligner que ces structures offrent aux professionnels de santé des conditions de travail plus sécurisées et mieux encadrées.*

En effet, la prise en charge de patients présentant des troubles psychiatriques sévères et des comportements violents y est facilitée par des moyens adaptés, permettant aux équipes soignantes de travailler dans un environnement plus serein et protecteur.

Depuis mai 2019, **Annie Kappato Chadeix** est cadre de santé au sein d'une des deux unités pour malades difficiles au centre hospitalier du Rouvray, après avoir travaillé à la maison des adolescents à Rouen avec Priscille Gérardin.

Claire Prévost est quant à elle cadre supérieure au sein du pôle de psychiatrie adultes, après avoir exercé à l'UMD pendant huit ans.

L'unité pour malades difficiles : un lieu hyper sécurisé, avec des moyens humains en nombre

Ouverte en mai 2012, l'UMD fait partie du pôle de psychiatrie pour adultes et du pôle universitaire, et accueille des patients en provenance de toute la France. À la différence des autres unités, **l'UMD accueille uniquement des patients sous contrainte**, à la demande d'un représentant de l'État.

Il s'agit d'une **unité pluridisciplinaire** offrant des **soins hautement spécialisés** (en lien avec le CHU pour le traitement en sismothérapie et pour la recherche) à des **personnes présentant une dangerosité psychiatrique avérée**. Certains patients sont résistants à de nombreux traitements.

Le bâtiment dispose d'une architecture très spécifique qui permet de sécuriser les lieux. Il y a deux unités d'hospitalisation composées chacune de 20 chambres et deux chambres sécurisées. Les deux sont totalement similaires et accueillent le même type de patients, suivis par les mêmes types de soignants.

Un bâtiment est dédié aux médiations thérapeutiques ; celui-ci revêt beaucoup d'importance puisque **les patients sont occupés en permanence, sept jours sur sept**. L'unité comprend également une cafétaria où les patients peuvent se rendre en dehors de leurs activités.

Le bâtiment de l'UMD est très sécurisé, clos, avec un mur d'enceinte disposant d'un système de vidéosurveillance (presque continue). Un agent de loge vérifie tous les accès (des soignants, des personnels techniques et des visiteurs). Chaque zone est identifiée et dispose de droits d'accès spécifiques pour certains soignants mais aussi pour certains patients.

[333] Audition organisée le 21 janvier 2025 à Rouen, dans le cadre de la commission.

L'unité est scindée en deux parties : la « partie jour » et la « partie nuit ». Dans la partie jour, les pièces d'activité et le réfectoire sont vitrées afin que les soignants puissent toujours voir leurs collègues qui interviennent dans la pièce d'à-côté.

Les intervenantes soulignent qu'il manque des dispositifs de soins au Rouvray : des unités de soins intensifs en psychiatrie (USIP)[334] et des unités hospitalières spécialement aménagées[335] (UHSA).

La composition de l'équipe

L'équipe est composée de praticiens hospitaliers et d'étudiants en médecine (internes et externes), des psychologues et neuropsychologues, des stagiaires, des infirmiers, des éducateurs spécialisés et un éducateur sportif, une ergothérapeute, un art-thérapeute, des aides-soignants, des assistants de service social, des assistants médico-administratifs, un encadrement paramédical, des agents de service hospitalier et des agents d'accueil de loge.

Il est rare que les personnes recrutées y exercent leur premier poste. Il est systématiquement proposé une période d'essai aux nouveaux personnels, afin de s'assurer qu'ils supportent cet environnement particulier.

Dans les faits, de nombreux agents de l'équipe en place travaillent à l'UMD depuis son ouverture en 2012 et n'envisagent pas du tout en partir un jour. Cet attachement est également dû à des évolutions constantes en matière de soins – surtout au cours de ces dernières années – qui font appel à des technicités nouvelles et rompent la routine. Les personnes savent, dès leur recrutement, qu'elles feront partie d'une unité universitaire, qu'on attendra beaucoup d'elles et qu'il leur faudra répondre aux multiples initiatives proposées par le professeur Olivier Guillin[336].

Les personnels bénéficient du dispositif de Protection du Travailleur Isolé (PTI) qui permet notamment de faire appel à des renforts et de géolocaliser les soignants dans l'enceinte de la structure. L'architecture du lieu a véritablement été pensée de manière à ce que les agents n'aient jamais peur d'y travailler ; il s'agit bien sûr d'un élément important pour le soignant mais aussi pour la qualité du soin prodigué. Le mobilier est quant à lui essentiellement scellé au sol.

Ajoutons que toute personne travaillant en UMD touche une prime mensuelle brute de 180 euros, quelle que soit sa fonction, y compris si elle n'a aucun contact avec les patients.

Les admissions des patients et leurs liens avec l'extérieur

Les **admissions se font sur dossiers examinés par les médecins et les cadres du service**. Les patients proviennent toujours d'un hôpital psychiatrique (l'établissement lui-même ou d'un

[334] Les USIP offrent des conditions de prise en charge à mi-chemin entre un service ordinaire de psychiatrie et une UMD, sur une plus courte durée. Il n'en existe pas en Normandie.
[335] L'ouverture d'une UHSA est toutefois prévue au Rouvray en 2027.
[336] Le Professeur Olivier Guillin est psychiatre, responsable de l'unité spécialisée dans les psychoses résistantes au Centre Hospitalier du Rouvray.

autre) et les admissions sont toujours assorties d'un engagement de retrait : cela signifie que c'est l'équipe qui a amené le patient à l'UMD qui viendra le rechercher. **Les admissions en urgence sont marginales** mais demeurent possibles (l'UMD dispose d'une chambre à cet effet). Enfin, certains patients sont écroués lors de leur admission à l'UMD après avoir commis un acte grave, même s'ils n'étaient pas incarcérés auparavant.

Les droits des patients sont respectés ; les contacts avec les avocats et les mandataires sont privilégiés. Les patients peuvent voir leur famille lorsqu'ils ont été amenés par l'administration pénitentiaire, dans les mêmes conditions qu'en milieu carcéral. Les familles n'entrent jamais dans l'unité de soins mais sont accueillies dans un lieu jugé plus convivial ; il n'est pas souhaitable qu'elles puissent voir qui est hospitalisé et il est à l'inverse préférable que les personnes hospitalisées ne voient pas les visiteurs des autres, *a fortiori* quand elles ne reçoivent pas elles-mêmes de visites.

Pour des mesures de sécurité, les patients ne sont pas autorisés à avoir un téléphone portable et se voient proposer de passer leurs appels dans une cabine téléphonique mise à disposition au sein de l'UMD.

Les patients mis à l'isolement sont admis dans des chambres protégées équipées d'un système de vidéosurveillance. Il leur est possible de sortir avant les 48 heures d'isolement minimum prévues si leur état le permet. Ils en sortent de manière progressive, après avoir été peu à peu invités à se familiariser avec les différents espaces de l'unité.

Le quotidien ultra réglé des patients

Le quotidien du patient est pleinement programmé, quasiment minute après minute, du lever jusqu'au coucher. Le maintien de ce rythme, sans vacance, fait partie de la prise en charge.

Le déroulement d'une journée type est le suivant :

- 7h30 : heure du lever ; l'ouverture des chambres commence (selon un protocole sécurisé) ; les patients choisissent leurs repas de la journée, prennent leurs médicaments puis sont tous placés dans le réfectoire où ils prendront ensemble le petit déjeuner (selon un rituel là encore spécifique, qui consiste notamment à une vérification rigoureuse du nombre des couverts avant la sortie).
- Ils peuvent ensuite se rendre dans la cour extérieure (chacune des unités en a une) qui reste ouverte le matin. L'unité dispose également de deux salles où les patients peuvent regarder la télévision.
- La matinée est consacrée à différents temps de médiation, programmés ou non, à la demande des patients.
- Le temps du midi reproduit à peu près l'organisation du matin : prise de médicaments, déjeuner suivant le même protocole que le petit déjeuner. Il est ensuite proposé aux patients un peu de temps libre, lui-même suivi par un temps de sieste obligatoire (jusqu'à 15h).
- 13h30 : tous les patients sont replacés dans leur chambre et remis en pyjama. Les placards font de nouveau l'objet d'un contrôle.

- 15h : lever des patients puis tenue de nouveaux entretiens médicaux et médiations jusqu'à 18h, voire un peu plus tard[337].
- Les patients se voient ensuite proposer de dîner puis de prendre leurs médicaments, et sont couchés à 20h30. Bien que cet horaire puisse paraître un peu tôt pour le coucher, certains patients parviennent difficilement à rester éveillés jusqu'à cet horaire, en raison des lourds traitements qui leur sont administrés. C'est pour cette raison que la prise de médicaments du soir se fait désormais après le dîner et non plus avant.

  Les cinq personnels de nuit (quatre infirmiers et un aide-soignant) n'entrent pas dans la chambre des 40 patients enfermés dans leur chambre pendant la nuit. En cas de besoin d'entrer dans une chambre, du renfort est systématiquement demandé auprès d'autres unités de soin.

L'organisation des sorties

Une **commission de sortie composée de trois médecins** (ARS, CH du Rouvray et un autre établissement) rend un avis à partir des synthèses (médicales et paramédicales) qui lui sont remises et d'un entretien avec le patient. Les dossiers sont automatiquement étudiés par cette commission tous les six mois. Une sortie de l'UMD n'est possible que sur avis favorable de cette commission ; chaque mois, les patients ont également le droit de la solliciter pour un examen de sortie.

L'avis favorable est ensuite remis à l'équipe soignante de l'établissement à laquelle il revient le droit d'accepter ou de refuser la sortie du patient. En parallèle, l'équipe d'origine est prévenue de cette autorisation de sortie et disposera d'un délai de 21 jours pour venir chercher le patient.

La peur, le sentiment d'inconfort et d'impuissance que peut susciter un patient justifient une demande de transfert vers une autre unité. Ces peurs disparaissent auprès de l'équipe qui prend le relais dans la mesure où elle portera nécessairement un regard neuf sur lui et tissera un autre type de lien avec lui. L'engagement de reprise par l'équipe ayant souhaité le transfert du patient est indispensable vu qu'elle se montre généralement réticente à reprendre le patient, y compris quand on lui assure que son état s'est amélioré et stabilisé au sein d'une nouvelle équipe.

Quoi qu'il en soit, l'objectif est de toujours viser la possibilité d'une sortie pour le patient. La majorité des patients de l'UMD du Rouvray parvient heureusement à sortir un jour et à bénéficier d'un suivi à l'extérieur, en CMP.

Le principe de bienveillance et le respect des droits des patients doivent régulièrement être réinterrogés dans ces cas d'hospitalisation, nécessairement sous contrainte en UMD. Des **actions et événements sportifs et culturels** sont **régulièrement organisés** : tout en faisant

[337] Compte tenu de la tension plus forte parmi les patients en fin d'après-midi, il a été décidé que les médiations qui s'achevaient auparavant à 16h30 soient prolongées jusqu'à 18h/18h30, à partir de mars 2025.

partie de la prise en charge des patients, elles contribuent à sensibiliser aux maladies mentales qui restent encore très stigmatisées.

Échanges avec la commission

- *Quelles sont les pathologies les plus fréquentes ?*

Les patients souffrent majoritairement de schizophrénie même s'il y a un nombre croissant de personnes admises en raison de troubles de l'humeur sévères. Les patients ont des pathologies lourdes et résistantes aux traitements.

- *Combien y a-t-il de soignants présents au quotidien ?*

« Ici, c'est le paradis de la psychiatrie ».

Il y a au minimum cinq infirmiers, deux aides-soignants, deux personnes d'hygiène hospitalière. Il faut ajouter en journée la présence de médecins, d'externes et d'internes, d'étudiants infirmiers, de cadres, d'ergothérapeutes. **L'UMD fonctionne avec l'équivalent de 100 temps pleins pour 40 patients**. Ce ratio en fait un lieu où il est agréable de travailler. Il y a peu de demandes de départ et les recrutements se font plutôt aisément.

En psychiatrie, c'est en UMD que l'on compte le moins d'accidents de travail, le moins d'agitation, où l'on désamorce le plus rapidement les comportements tendus grâce à une équipe en nombre suffisant et à une architecture conçue pour sécuriser chacun.

En décembre 2019, l'UMD a dû accueillir en urgence les patients qui se trouvaient au sein de l'unité Rimbaud[338], touchée par un incendie. Alors que rien n'était conçu *a priori* dans ce lieu – un peu austère car très sécurisé – pour recevoir des enfants, les équipes de soignants qui s'occupaient de ces jeunes patients ont été surpris de constater combien ils étaient calmes au sein de l'UMD. La raison en revient à une équipe en nombre qui peut immédiatement répondre aux besoins et réagir à la moindre tension repérée.

Le « milieu ordinaire de la psychiatrie » aurait besoin des moyens humains, de l'architecture adaptée et du capital de formation dont bénéficie l'UMD.

- *Quelle est la durée moyenne d'un séjour en UMD ?*

La **durée moyenne du séjour** est de **deux ans** mais certains patients sortent au bout de six mois seulement. De manière exceptionnelle, l'UMD du Rouvray a un patient hospitalisé depuis 2014 et qui ne pourra très certainement jamais sortir. Les patients sont plutôt jeunes et leur âge moyen a été abaissé, partant du constat qu'une prise en charge rapide accroît fortement son efficacité.

Les 40 chambres sont toujours occupées et il y a **toujours une liste d'attente** pour de nouvelles admissions. Cela ne représente toutefois pas un grand nombre de personnes puisque sur la vingtaine de demandes figurant sur liste d'attente, seuls quatre ou cinq patients sont

[338] L'unité Rimbaud accueille des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans.

effectivement éligibles pour une admission à l'UMD. Les délais d'attente n'excèdent généralement pas un ou deux mois.

- *Quelle est la proportion d'hommes et de femmes ?*

L'UMD du Rouvray accueille uniquement des hommes. En France, les **hommes sont très majoritaires parmi les patients**, dans les mêmes proportions que dans le milieu carcéral (soit autour de 96 %). Il existe néanmoins en France des unités consacrées uniquement à des femmes.

- *D'où viennent les patients ? Des patients normands peuvent-ils être envoyés vers d'autres UMD en France ?*

L'UMD du Rouvray intervient régulièrement en relais d'autres UMD en France. Elle accueille actuellement un patient qui est admis dans une 9e UMD, après 25 ans d'hospitalisation dans ces unités spéciales. Lorsqu'on ne parvient pas à améliorer l'état d'un patient, il arrive de demander de l'aide à des collègues exerçant dans d'autres unités. Il arrive aussi de transférer un patient pour des raisons de rapprochement familial. L'offre de soins spécifique d'une UMD[339] peut également justifier le choix du lieu d'admission ou de transfert de la personne.

Par ailleurs, l'UMD du Rouvray sert beaucoup de pôle de délestage à la région parisienne où l'unité de Villejuif est constamment saturée.

- *Comment les patients vivent-ils l'enfermement dans un environnement quasiment carcéral ?*

Malgré sa configuration fermée et hyper sécurisée, l'unité reste un lieu de soin. Un lien se crée entre les patients et les soignants, y compris avec les familles elles-mêmes, prises en charge par des psychologues.

Dans les faits, **les patients en UMD ont encore moins de droits qu'en prison.**

Les patients ayant connu la détention préfèrent la prison (où ils peuvent dormir autant qu'ils le veulent, ne sont pas contraints à participer à des activités et connaissent la date de leur sortie) à l'hospitalisation. *A contrario*, nombre de patients développent un attachement fort à l'UMD, éprouvent de la tristesse en sortant et restent en contact avec les soignants pendant des années.

- *Avez-vous accès aux dossiers judiciaires des patients ?*

[339] L'unité du Rouvray propose par exemple de la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS), une technique non invasive qui utilise des champs magnétiques pour moduler l'activité cérébrale ; les séances n'excèdent pas 15 minutes.
Elle ne pratique pas l'électroconvulsivothérapie (ECT) ou encore la sismothérapie (terme plus ancien) qui consiste à provoquer une crise convulsive sous anesthésie générale en utilisant un courant électrique, dans les cas de troubles psychiatriques sévères. Il s'agit d'une technique beaucoup plus invasive pratiquée au CHU.

Les soignants n'ont pas accès aux dossiers judiciaires des patients. Toutefois, au vu des liens qui se tissent entre patients et soignants, il arrive que ces derniers soient sollicités pour éclairer des patients en demande d'explication sur leur dossier.

- *Avez-vous constaté des évolutions dans la prise en charge des patients depuis votre arrivée dans l'unité ?*

La coopération avec des médecins universitaires est une véritable chance qui permet de faire évoluer les usages, les thérapies et les manières d'accompagner les patients. Il est stimulant pour les équipes d'expérimenter constamment et de mettre en place de nouveaux projets. ”

3.11.1 Étude sur les mesures d'isolement et de contention

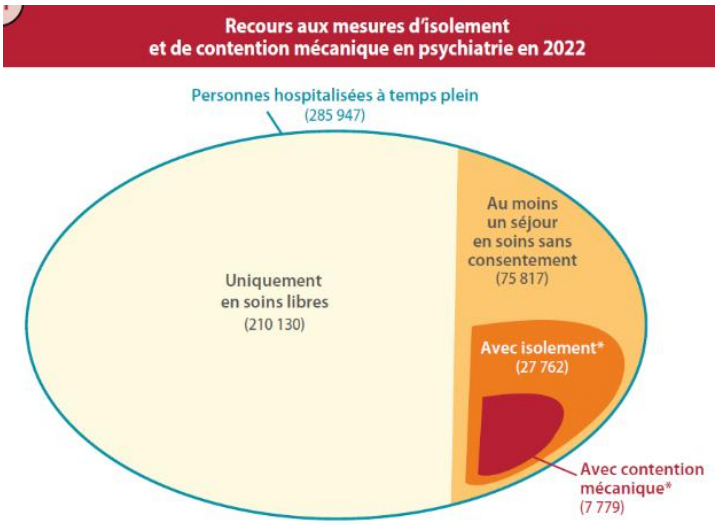
Selon l'étude de l'IRDES[340], sur les 76 000 personnes hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie en 2022, 37 % ont fait l'objet d'une mise à l'isolement (soit 28 000 personnes) et 11 % d'une contention mécanique (soit 8 000 personnes)[341].

Ces mesures concernent dans plus de deux tiers des cas des hommes et affecte des personnes relativement jeunes (d'un âge médian de 35 ans). Plus d'un quart des personnes présentent une vulnérabilité socio-économique et sont bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S).

Les estimations les plus récentes disponibles dans neuf pays suggèrent que la **France** se situe **au-dessus de la médiane** de ces pays **pour le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique par habitant**, et de façon particulièrement marquée pour la contention.

La **contention mécanique** constitue l'**acte le plus grave de privation de liberté**. Jugée à la fois dégradante, inefficace et dangereuse, certains hôpitaux ne la pratiquent plus.

Sur les 220 établissements qui accueillent des patients sans consentement en France, **seuls 32 d'entre eux n'ont jamais recours à la contention**[342]. La question est particulièrement taboue au sein des hôpitaux qui la pratiquent et les soignants qui en témoignent le font généralement de manière anonyme. Les proportions de pathologies faisant l'objet d'un isolement ou d'une contention étant les mêmes sur le territoire, on comprend que ce sujet soit particulièrement délicat.



Source : IRDES, février 2024 : « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements ».

Dans la théorie, les temps sont limités pour les mesures d'isolement et de contention : douze heures pour la première, six heures pour la seconde. Des dérogations permettent toutefois les prolongations de ces durées, à plusieurs reprises. Autant de dispositions légales qui entraînent la nécessité de produire une

[340] Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. L'étude s'intitule « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements ».

[341] Les patients attachés aux urgences pendant des heures, voire des jours, ne sont pas comptabilisés officiellement, d'où un nombre inférieur à 8 000 contentions mécaniques dans la figure qui suit.

[342] Nous n'avons pu collecter de données spécifiques pour la Normandie.

batterie de certificats, un exercice chronophage au détriment du temps passé auprès des patients.

Au **Nouvel hôpital de Navarre** (Évreux), les équipes du CGLPL avaient relevé (en 2023 et 2024) pas moins de **329 mesures de contention sur 15 mineurs**, dont deux enfants de 11 ans (tous admis en soins libres). Ces pratiques illégales[343] en disent long sur l'état de la pédopsychiatrie en France.

Parmi ses objectifs, la Feuille de route ministérielle « Santé mentale et psychiatrie » de 2018 a pourtant fait figurer la limitation du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique. L'Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues (AJPJA) réclame quant à elle de « *tendre vers le zéro contention* », en insistant sur le fait que la contention ne peut en aucun cas être considéré comme un soin. Cette pratique est désormais reconnue comme traumatogène pour les patients mais aussi pour les soignants, menacés par l'impact délétère sur la relation thérapeutique et par la perte de sens de leur métier. Ceci va à l'encontre de l'attractivité d'une discipline boudée par les étudiants en médecine.

3.11.2 La psychiatrie hospitalière boudée

Au carrefour de disciplines multiples : psychologie, neurobiologie, sociologie, anthropologie, linguistique, sciences cognitives, philosophie, imagerie cérébrale, physiologie cellulaire, etc.), la **psychiatrie n'est pas une spécialité médicale comme les autres**.

À première vue, il n'y aurait pas vraiment lieu de s'inquiéter en France, en raison d'une densité de psychiatres relativement élevée – 20 professionnels pour 100 000 habitants – plaçant notre pays en 4e ou 5e place (selon les sources) au sein de l'Union européenne. En 2021, l'Observatoire national des professions de santé (ONPS) comptabilisait 15 500 psychiatres dont 4 500 libéraux exclusifs.

Depuis les années 1980, le nombre total de psychiatres n'avait cessé de croître jusqu'à ce que la courbe s'inverse à partir de 2016. Des projections de la DREES montrent toutefois que l'année 2023 marquerait la fin de cette décrue.

Quoi qu'il en soit, les préoccupations demeurent face à une **offre qui ne correspond plus aux besoins**, à une **mauvaise répartition des professionnels sur le territoire** – avec une densité variant de 1 à 4 entre les départements – et à la **spécialité sinistrée** qu'est la **pédopsychiatrie**.

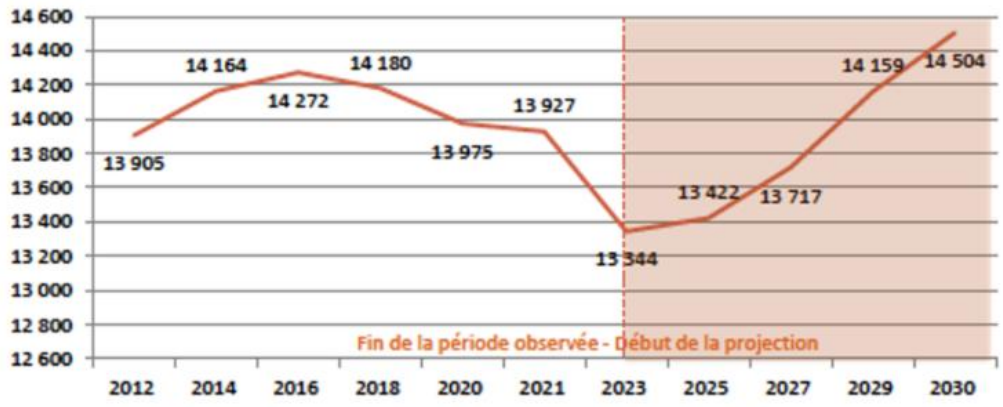
Le point de bascule date de l'année 2012. Après les épreuves classantes nationales (ECN), les étudiants en médecine doivent choisir leur affectation pour leur rentrée en internat.

La **psychiatrie occupe ainsi la 40e place sur 44 du classement des spécialités prisées par les étudiants en médecine** à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) 2021. Il en résulte une **augmentation constante des postes d'internat non pourvus en psychiatrie**.

[343] Rappelons que l'isolement et la contention en hôpital psychiatrique en France sont strictement encadrés par la loi, *a fortiori* pour les mineurs. Ces pratiques, considérées comme des mesures de dernier recours, ne peuvent être utilisées que dans des situations spécifiques visant à prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Le tableau qui suit rend compte de l'évolution des effectifs de médecins en psychiatrie depuis 2012 : on observe que la période actuelle présente une diminution des effectifs mais que ces derniers devraient être un peu confortés dans les années à venir, d'après les projections de la DREES.

Graphique I-2a : Effectifs et projections à 10 ans de médecins en psychiatrie



Source : RPPS 2012-2021 (DREES) - Projections DREES 2021 - Traitement ONDPS
Champ : France entière

En 2024, ce sont 65 postes d'internat sur les 489 disponibles qui sont restés vacants. Par rapport à 2023, cela représente une hausse de 13,3 % de postes non pourvus.

Parmi les étudiants en médecine, 62 % considèrent la psychiatrie comme étant moins prestigieuse que d'autres disciplines, et 37 % déclarent craindre la spécialité. Pourtant, après avoir effectué un stage dans un service psychiatrique, la part des étudiants craignant cette spécialité chute de 37 % à 24 %.

Souvent mal vue, la spécialité psychiatrie est pourtant loin d'être un choix par défaut pour les étudiants en médecine. C'est ce qu'a révélé une enquête nationale en 2021: pour 82 % des étudiants interrogés par l'AFFEP[344], l'ANEMF[345] et l'AJPJA[346], la spécialité était même un premier choix[347].

Les « Nuits de la psychiatrie »

En vue de mieux faire connaître cette discipline qui fait l'objet de craintes et d'*a priori*, une première édition des Nuits de la psychiatrie a été organisée en janvier 2025 dans sept villes françaises [348]. La démarche, qui s'appuyait initialement sur une simple campagne de communication – sous l'appellation de #ChoisirPsychiatrie[349] – est allée plus loin en proposant des rencontres entre des étudiants et des professionnels de santé. Au vu de l'intérêt qu'elles

[344] Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie.
[345] Association Nationale des Etudiants en Médecine de France.
[346] Association des Jeunes Psychiatres et des Jeunes Addictologues.
[347] Présentation de l'enquête au Congrès Français de Psychiatrie – décembre 2021 [affep.fr]
[348] Bordeaux, Grenoble, Lille, Lyon, Strasbourg, Tours, Paris (Sorbonne Université).
[349] Pour consulter le site dédié : Choisir Psychiatrie - Une campagne d'intérêt public

ont suscité, la date du 31 janvier 2026 est déjà fixée pour une deuxième édition, et appelée à se déployer plus largement.

C'est en échangeant avec des confrères au Royal College of Psychiatrists à Londres que le Pr Olivier Bonnot, président du Collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP), a eu l'idée de proposer les Nuits de la psychiatrie en France. La situation était sensiblement la même outre-Manche jusqu'à ce qu'ils décident de lancer une campagne d'attractivité. En sept ans, ils sont passés d'une situation où l'offre de 600 postes d'internes en psychiatrie n'étaient pas entièrement pourvue à une offre de 1 200 postes tous choisis.

4 Accompagner et soigner autrement

4.1 Les droits des usagers

À la suite de luttes menées par des associations d'usagers, ainsi que par certains psychiatres, plusieurs lois et décrets ont assez profondément modifié la place des usagers dans le service public de soins, et tout particulièrement en psychiatrie. L'« usager », en tant que figure juridique, a progressivement été davantage pris en compte dans la législation.

La **loi du 2 janvier 2002** a constitué un tournant en affirmant les droits fondamentaux des personnes accueillies dans les établissements sociaux et médico-sociaux : respect de la dignité, consentement éclairé, participation aux décisions, accès à l'information et à la vie sociale. Elle a introduit des outils concrets (charte des droits, livret d'accueil, conseil de la vie sociale) pour garantir l'effectivité de ces droits.

La **loi du 4 mars 2002 (dite Kouchner**) est un texte fondateur pour les droits des usagers du système de santé en France, avec pour objectif d'instaurer une démocratie sanitaire et renforcer les droits des patients dans l'ensemble du système de santé (hôpital, médecine de ville, psychiatrie). Elle a notamment introduit le droit à l'information et au consentement libre et éclairé, l'accès direct au dossier médical, la création des Commissions des usagers (CDU).

Il est par conséquent désormais mieux compris par les pouvoirs publics et les professionnels de santé que **la parole des usagers est un vecteur de modernisation et de démocratisation de la politique de santé mentale**.

Les associations telles que l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (**UNAFAM**) et la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (**FNAPSY**) sont devenues incontournables même si elles mériteraient d'être encore mieux entendues.

La loi du 11 février 2005 – dite « du handicap » – a reconnu le handicap psychique et a donné lieu à la naissance des **groupes d'entraide mutuelle** (GEM). Le soutien apporté aux GEM marque une reconnaissance publique de l'intérêt que revêt l'implication active des usagers dans l'organisation des soins et la compréhension des savoirs profanes sur leurs propres troubles.

L'Union Nationale de Familles et Amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), avec Marie-Christine MANGANE

Audition de **Marie-Christine MANGANE**[350], déléguée régionale Normandie de l'UNAFAM

Association reconnue d'utilité publique depuis 1963, l'UNAFAM dispose d'un seul président et d'un conseil d'administration national. Il existe **13 délégués régionaux** (dont Marie-Christine Mangane pour la Normandie) et **354 lieux d'accueil** répartis sur toute la France. L'union représente par ailleurs **15 000 familles adhérentes** et **99 délégations départementales**.

Les actions sont essentiellement assurées par des bénévoles, au nombre de 1 800 à travers la France. Sur les 56 professionnels de l'association, 24 travaillent au siège et 32 au sein des délégations régionales.

En Normandie, l'UNAFAM compte **606 familles adhérentes**, **16 points d'accueil, 85 bénévoles**. C'est la Seine-Maritime qui en est la principale force motrice. La délégation normande, qui n'a pas de professionnel mis à disposition mais qui s'appuie sur une chargée de mission – dont le poste est financé par l'ARS – a accompagné 216 familles en 2023.

Les ressources de la délégation régionale de l'UNAFAM proviennent de l'ARS (quote-part du CPOM[351]), des collectivités (à l'exception de la Région), de dons, de cotisations et de mises à disposition de locaux.

Le **soutien aux familles par l'accueil et l'écoute** est au cœur des missions de l'UNAFAM qui propose par ailleurs des services riches et diversifiés : un service (téléphonique) « Ecoute-famille », des sessions de formation, de l'accompagnement social, du conseil juridique, des consultations en psychiatrie, de l'aide à la parentalité…

Le baromètre national annuel, issu d'une enquête auprès des adhérents, pointe les besoins et insuffisances de prises en charge des personnes en situation de handicap psychique.

On aurait tort par ailleurs de sous-estimer l'impact important sur les aidant·es: cohabitation forcée (30 % des personnes en situation de handicap psychique vivent dans leur famille), précarisation, conflits, santé fragilisée… Il est donc d'autant plus nécessaire d'aider les malades à développer leur autonomie.

L'UNAFAM organise des **groupes de paroles** (dont un en direction des fratries) animés par un psychologue, des **actions de déstigmatisation**, de promotion de l'interconnaissance, des réunions pour les professionnels médico-sociaux, etc. ; elle analyse les pratiques et publie par ailleurs un guide de ressources régional ainsi qu'un annuaire.

Si les missions reposent essentiellement sur de **l'entraide** et du **soutien**, ainsi que sur de la **diffusion d'information**, l'UNAFAM occupe également un **rôle important dans la**

[350] L'audition a été organisée le 19 novembre 2025 à Rouen, dans le cadre de la commission.
[351] Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

représentation des usagers au sein de différentes instances : conseils des usagers (CDU), commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP), conseils de surveillance, conseils d'administration de centres médicosociaux…

Ses partenariats sont nombreux : groupes d'entraide mutuelle (GEM), Union départementale des associations familiales (UDAF), France Assos Santé, services d'accompagnement, Santé mentale France, PSSM[352] France, Un Chez soi d'abord (dispositif d'accès au logement pour les personnes sans abri)[353], projet territorial de santé mentale (PTSM - participation à un groupe de travail), conseils locaux de santé mentale (CLSM), résidences d'accueil, Clubhouse de Rouen (récemment ouvert et situé à proximité de l'établissement hospitalier du Rouvray)…

Échanges avec la commission

La commission salue l'action de l'UNAFAM qui a été un véritable précurseur dans le développement des associations de patients.

- *Quel est votre regard sur la prise en charge des personnes ?*

Dans le champ de la santé mentale, l'UNAFAM intervient davantage sur le soin en psychiatrie et non sur les difficultés de la vie courante pouvant nuire à la santé mentale. Si l'on observe des progrès dans « l'aller-vers », la nécessité de mieux accompagner les sorties d'hôpital, de pourvoir aux fermetures de lits (lesquelles nécessitent des solutions de recours) demeure une priorité. Les familles sont jugées « *nettement plus sympathiques* » en période de pénurie puisqu'on peut aussi compter sur elles… mais on pourrait faire mieux, et pas forcément avec plus de moyens.

- *Quelle est votre perception au-delà de la prise en charge ? quelles collaborations vous semblent intéressantes ?*

Les familles ont besoin de l'hôpital mais ces derniers étant évalués et notés sur l'accueil des familles (cela pèse dans l'obtention de certifications), l'hôpital a également en retour besoin des familles. En matière de formation, on observe chez les soignants hospitaliers d'**importantes lacunes dans la communication avec les familles**, où le « pair à pair » ne fonctionne pas bien.

Des membres de la commission confirment n'avoir pas été formés à l'accueil des familles dans leurs parcours d'études, et pointent la difficulté que cette absence a pu faire peser au cours de leur vie professionnelle (en tant que médecin et actrice du secteur médicosocial). La commission souligne par ailleurs la grande difficulté d'annoncer aux familles la nécessité d'une prise en charge psychiatrique pour un proche porteur d'un handicap d'une autre nature.

Il est déploré un manque de reconnaissance adapté à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), de prise de parole au nom de leurs organismes de la part des représentants qui y siègent.

[352] Premiers soins en santé mentale.

[353] Ce dispositif, évoqué à plusieurs reprises dans ce rapport, est présenté plus spécifiquement dans la restitution de la table ronde consacrée à la réhabilitation psychosociale.

L’éclatement des familles quand survient un handicap est confirmé par la commission ; les échanges que propose l’UNAFAM en visioconférence pour les fratries sont donc jugés très pertinents.

📣 France Assos Santé Normandie, avec Célia VERLAND

Audition de **Célia VERLAND**[354], coordinatrice régionale (représentation des patients et des usagers du système de santé) de France Assos Santé Normandie.

La démocratie en santé remonte à la **charte du malade hospitalisé publiée en 1974.**

France Assos Santé est **née en 2016**, suivie de près des délégations régionales en juillet 2017.

France Assos Santé ne regroupe pas forcément des associations d'utilité publique mais uniquement celles qui ont été agréées (au niveau national ou régional). La notion de représentant des usagers (RU) est définie réglementairement et ces derniers sont tenus notamment au secret professionnel.

Il est à noter par ailleurs que le terme d'usagers recouvre à la fois les patients et les familles. Les missions remplies par les associations sont très importantes et se doivent d'être valorisées *(« elles font globalement ce que l'État ne fait pas »*).

Les **principales missions de France Assos Santé** sont les suivantes :

- **Information** sur les droits en santé (ligne « Santé info droits » excessivement sollicitée et en forte croissance) ;
- **Formation** des représentants des usagers et des bénévoles associatifs. La formation est obligatoire pour les bénévoles mandatés désireux de devenir RU. La mission d'un RU est de représenter « **tous** » les usagers (et non pas seulement sa propre pathologie) et de plaider pour des améliorations ;
- I**dentification des motifs de plainte** : individuelle ou portant sur une amélioration collective
  - (CDU) Commission des usagers des hôpitaux : traitement de « plaintes » ou de réclamations individuelles et collectives
  - (CCI) Commission de conciliation et d'indemnisation : recours gratuit et plus rapide
  - (CPP) Comité de protection des personnes dans le cadre d'essais cliniques ;
- **Animation d'un réseau d'associations**
  - **77 associations adhérentes en Normandie**, qui veillent aux « droits en santé », réparties en 7 collèges[355] ;
  - **227 représentants des usagers** ;
- **Actions en justice** pour la défense des intérêts.

[354] Audition organisée le 19 novembre 2024 à Rouen, dans le cadre de la commission.

[355] Il a été précisé qu'il n'y a aucune association adhérente pour la santé environnementale en Normandie ; les associations qui s'occupent de santé mentale relèvent du collège « handicap ».

La forte culpabilité des familles en cas de maladie mentale est soulignée de même que le phénomène du déni qui les frappe si souvent et auquel n'est pas étrangère la stigmatisation des maladies mentales. La reconnaissance des aidant·es est d'autant plus importante qu'ils·elles mettent en péril leur propre santé (y compris mentale).

Échanges avec la commission

Forces et faiblesses du bénévolat : indispensable mais quelque peu à bout de souffle et menacé

Célia Verland a souligné que France Assos Santé n'était rien sans les associations qui y adhèrent. Elle a par ailleurs insisté sur la nécessité de passer de l'individuel au collectif pour faire avancer efficacement les droits des usagers de la santé. Dans ce contexte, des efforts sont faits pour donner aux usagers l'envie de s'engager en tant que RU, dont le mandat s'avère de plus en plus technique. La recherche de bénévoles s'en ressent et est devenue plus fastidieuse.

Il est rappelé que **la construction du mouvement médico-social est partie des familles et donc de personnes bénévoles**. Or ces derniers rencontrent des difficultés à être présents au sein des conseils d'administration. On y trouve par conséquent de plus en plus de personnes volontaires hors familles pour diverses raisons ; certaines associations doivent modifier leur structure juridique faute de bénévoles issus des familles. On s'aperçoit qu'il y a de plus en plus de bénévoles en « **burn-out associatif** », en raison d'un investissement trop important face à des sollicitations en augmentation.

Le déficit budgétaire important qui frappe actuellement la France constitue une menace supplémentaire pour les associations et le mouvement bénévole.

Dans un contexte de **tarissement du bénévolat**, il convient de poser la question de la gratuité jugée inhérente au bénévolat. Le monde des mutuelles a pour sa part évolué depuis longtemps face aux énormes responsabilités (et risques encourus) dans les missions des bénévoles. Trouver des réponses justes à leur dédommagement se fait d'autant plus attendre à une période où l'on attend d'eux des compétences de plus en plus fines et spécifiques.

Il est suggéré de tenter d'assurer la relève du bénévolat en faisant connaître le travail des associations au sein des lycées. Les pathologies psychiatriques étant néanmoins particulières, on ne pourrait attendre d'un·e jeune qu'il·elle reçoive des familles, par exemple. Il faudrait dans tous les cas s'assurer que le **bénévolat de pair à pair** (jeune personne bénévole épaulée par une autre plus aguerrie) soit maintenu. Quoi qu'il en soit, il est essentiel de s'efforcer à ouvrir les associations à de jeunes bénévoles, en dépit de tous les freins observés. Les employeurs ont aussi leur part de responsabilité en se montrant trop souvent hostiles aux congés de représentation.

- *Quid des plaintes en cas d'isolement ou de contention ?*

Il est extrêmement difficile d'obtenir des chiffres à ce sujet. Le principe du « si besoin » est désormais interdit et les contentions ne peuvent se faire que sur prescription médicale. On

sait toutefois que des familles se plaignent d'un défaut d'information sur les mesures de contentions ou d'isolement qui ont été prises.

En tout état de cause, les soignants – y compris mal formés – savent que les patients ont des droits. Pourtant, pour différentes raisons, la contention est malheureusement un recours de plus en plus pratiqué dans les établissements.

La santé mentale, Grande Cause nationale 2025 ?

Force est de constater que les médias ont aussi leur part de responsabilité en se focalisant sur la pathologie mentale de toute personne à l'origine d'un trouble à l'ordre public.

Le choix de la santé mentale comme Grande Cause nationale est naturellement une belle idée. Dans les faits, on s'interroge toutefois beaucoup sur les moyens et les résultats qui seront produits. Faute d'actions fortes et étendues avec des moyens *ad hoc* à l'appui, de changements en profondeur, la grande cause restera lettre-morte et « *du blabla* ».

Les attentes sont d'autant plus grandes en matière de santé mentale qu'elle constitue un handicap invisible, dont il faut impérativement briser le tabou. La France étant régulièrement « *en retard sur tout* », on vante les bienfaits de la prévention tout en restant farouchement sur le curatif.

Une Grande Cause nationale[356] reposant avant tout sur des actions de communication, on peut espérer que le grand public sera mieux informé sur le sujet.

La nécessité de sensibiliser les jeunes à la santé mentale

Célia Verland – ainsi que plusieurs membres de la commission – croient beaucoup en la nécessité de sensibiliser les enfants à aider les autres au vu du potentiel qu'ils recèlent. Il serait bon à cet égard que les établissements scolaires puissent travailler sur les thématiques de santé et de prévention, en plus de celle de l'environnement. Les freins de l'Éducation nationale face à ce type d'initiatives est déploré. C'est d'autant plus regrettable que l'on constate de nombreuses réussites des expériences d'intégration d'enfants au sein de centres médico-sociaux, sur le temps des repas

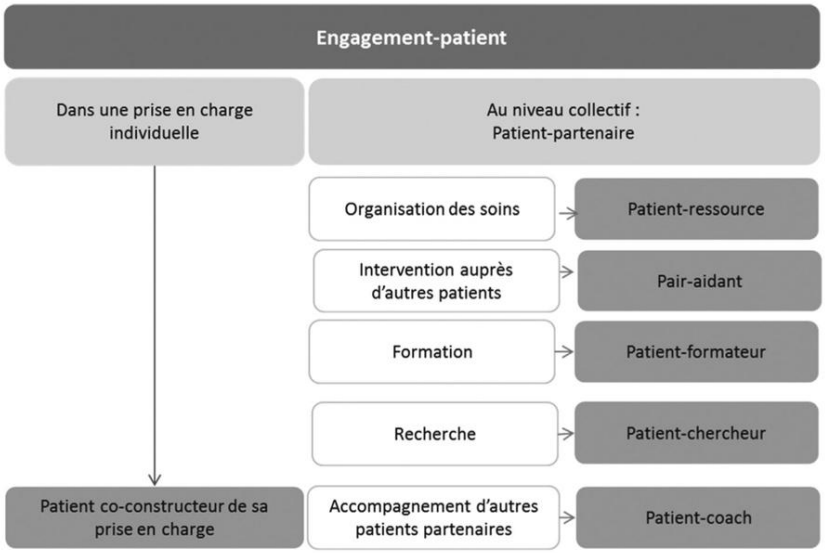
[356] Label officiel attribué chaque année (depuis 1977) par le Premier ministre français.

4.2 Les bienfaits de la pair-aidance

Le rôle des pair-aidants, dont l'évolution est très positive depuis un certain nombre d'années, est essentiel pour le rétablissement des patients. Leur action redonne de l'espoir non seulement aux malades et à leur entourage, mais aussi aux professionnels de soin. Les pair-aidants favorisent l'engagement dans les soins en rendant les actions de psychoéducation[357] crédibles et efficaces.

On le sait peu mais c'est à la fin du 18e siècle que l'histoire de la pair-aidance en santé mentale fait ses premiers pas en France. L'aliéniste Philippe Pinel, exerçant alors à l'hôpital Bicêtre, s'aperçoit que la manière dont procède un surveillant avec les aliénés agités est très efficace, au point de réussir à affranchir les malades mentaux de leurs chaînes. Cet ancien interné, du nom de Baptiste Pussin[358], est le premier surveillant à rédiger des observations sur ses patients et reconnu en tant que tel comme le père spirituel de l'infirmier en psychiatrie.

Plus tard, c'est aux États-Unis qu'ont été organisés de petits groupes d'anciens buveurs pour se soutenir en réunion dans leurs démarches d'abstinence. On connaît la suite : ces réunions ont débouché sur la création – en 1934 – des Alcooliques Anonymes, apportant la démonstration que le partage et l'échange d'expériences représentent une réponse thérapeutique efficace.



Les termes de « **pair-aidant** », « **patient ressource », « patient chercheur »**, etc., renvoient à des **rôles distincts mais complémentaires** dans l'accompagnement des personnes atteintes de troubles psychiques (ou de maladies chroniques).

Source : www.santementale.fr

[357] La psychoéducation est un processus permettant à une personne d'acquérir des informations et une compréhension sur la maladie à travers un apprentissage susceptible de modifier certains comportement et/ou représentations.

[358] Jean-Baptiste Pussin a également été surveillant dans le service des aliénés agités à Bicêtre, de 1780 à 1802, avant d'être nommé à la Salpêtrière, à la demande de Philippe Pinel, ayant lui-même été muté de Bicêtre à la Salpêtrière en 1795.

À partir de 1950, des associations d'usagers en santé mentale ont également contribué à prouver la pertinence de la pair-aidance. Ils ont démontré que l'utilisation par les malades de leur propre expérience était une variable majeure dans le processus de rétablissement des autres.

Depuis 2012, en s'inspirant notamment de modèles canadiens, **la pair–aidance en santé mentale se professionnalise en France**, à travers l'expérimentation du Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS[359]) des Médiateurs de Santé-Pair (MSP).

Plus récemment en France – depuis 2005 – des **Groupes d'Entraide Mutuelle** (GEM) se sont développés. Espaces de vie où l'on se retrouve pour parler et participer à des activités, la plupart des GEM sont autogérés. Ils permettent aux personnes de rompre l'isolement, de retrouver de l'autonomie et des responsabilités, de même qu'une place active dans la société si elles le souhaitent.

Jeunes ambassadeurs Santé mentale

« **Ambassadeurs Santé Mentale** » est un programme de service civique, initié en 2019 par l'ARHM[360], en partenariat avec Unis-Cité. Il vise à réduire la stigmatisation en santé mentale chez les jeunes, à favoriser le repérage précoce des premiers signaux de mal-être et à permettre leur orientation de façon graduée et personnalisée vers les dispositifs locaux de prévention et de soins.

Ce programme, qui repose sur du « pair à pair », est tripartite : il fonctionne toujours avec les jeunes en service civique, les jeunes bénéficiaires dans des structures jeunesses et une entité experte en santé mentale.

Chaque équipe de volontaires en service civique bénéficie d'un parcours d'accompagnement par des experts en santé mentale, afin de pouvoir intervenir auprès de nombreux jeunes du même âge en situation de fragilité sociale. À l'issue de leur formation, les jeunes en service civique sont chargés d'animer des ateliers de sensibilisation et de promotion de la santé mentale, visant notamment à lutter contre les stigmatisations autour des maladies mentales.

Sur l'année scolaire 2022/23, 4 régions françaises (Bretagne, Grand Est, AURA et Ile-de-France[361]) y ont participé en s'appuyant chacune sur un partenaire expert en santé mentale pour former et accompagner les jeunes.

La Normandie ne fait pas partie des territoires couverts par ce programme, mais celui-ci est conçu pour être transférable à d'autres régions, à travers des partenariats locaux.

[359] Le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) en France est situé à Lille. Celui-ci est spécialisé dans la recherche et l'innovation en santé mentale, en particulier en faveur de la promotion de la santé mentale communautaire, la lutte contre la stigmatisation, et le développement de la pair-aidance dans les soins en psychiatrie. Au nombre d'environ 800 à travers le monde et présents dans 80 pays, il existe autour de 60 CCOMS spécialisés en santé mentale.

[360] Association du Rhône pour l'Hygiène Mentale.

[361] Santé Mentale France Bretagne, l'Institut Psychothérapique de Nancy, L'œuvre Falret en Ile-de-France et la fondation ARHM en AURA).

📣 Table ronde : pair-aidance et entraide mutuelle en santé mentale[362]

Table ronde en présence de :

- **Didier BABONNEAU**, délégué départemental de l'UNAFAM 61
- **Julien CATASSO**[363], animateur du GEM de Caen (Advocacy Normandie)
- **Geoffroy CORBLIN**, administrateur et adhérent d'Advocacy Normandie
- **Florence FORTI**, présidente de l'association Tutti G.A.J (Groupe Amical pour les Jeunes)
- **Catherine MAHIET,** secrétaire et adhérente de l'association porteuse du GEM de Flers
- **Emmanuel MOULIN**[364], animateur du GEM de Flers
- **Denis RENIER,** administrateur et adhérent d'Advocacy Normandie (GEM de Caen)

Ce qu'a permis la loi de 2005[365]

Après la loi de 2005, 3 principaux types de structures ont émergé pour accompagner les personnes en situation de handicap :

- Les **Groupes d'entraide mutuelle** (GEM) ;
- Les **Services d'accompagnement à la vie sociale** (SAVS) ;
- Les **Services d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés** (SAMSAH).

Contrairement aux SAVS, les SAMSAH disposent aussi de personnel infirmier qui peut accompagner les personnes dans leurs troubles somatiques.

La création d'un GEM doit répondre à un cahier des charges précis pour bénéficier de subventions. Il y a trois prérequis : la création d'une association porteuse pour un fonctionnement autonome, le recrutement d'un professionnel (avec un profil d'animateur) et le parrainage par une autre structure qui se porte garante du projet.

Les GEM : une utilité qui n'est plus à prouver

« Nos GEM ne sont pas des lieux de soins mais ils ont des vertus thérapeutiques. »

Geoffroy Corblin

« Les GEM, c'est vraiment une belle réponse, en fait ; je pense aux personnes avec des troubles psychiques qui ont besoin de sortir de l'isolement. Sans les GEM, elles seraient dans les rues ou enfermées dans un hôpital, ou dans un appartement ».

Didier Babonneau

---

[362] Table ronde organisée le 22 avril 2025 à Caen, dans le cadre de la commission.
[363] Employé par l'association Advocacy Normandie depuis 2001, soit depuis la création de la structure.
[364] Employé par la Fondation Normandie Générations - 43 établissements et services en Normandie : issue de plusieurs associations, les missions de cette fondation se déploient à travers 43 établissements et services en Normandie occidentale.
[365] Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

« Si je n'avais pas les GEM, je ne serais plus de ce monde. »
« J'ai passé des années allongée sur mon lit, puis un jour on m'a demandé de venir au GEM ».

Paroles d'adhérents restituées par Didier Babonneau

Association Advocacy Normandie : le regroupement de 5 GEM

Le premier lieu de l'association a été créé en 2001, soit avant même que la notion de handicap psychique ne soit inscrite dans la loi du 11 février 2005. Jusqu'en 2005, il était compliqué pour l'association de trouver des financements pérennes qui permettent notamment l'emploi d'un animateur permanent. L'association était alors soutenue dans le cadre du PRAPS[366], à travers les services de l'ex-DDASS[367] et de la CPAM.

L'association Advocacy Normandie est une structure spécifique et même unique en son genre puisqu'elle **regroupe 5 GEM** : à Caen, Vire, Granville, Lisieux et St Hilaire du Harcouët, lesquels comptent chacun **une soixantaine d'adhérents**.

Les financements proviennent désormais de l'ARS, avec une enveloppe annuelle fixée à environ **90 000 euros par GEM**. Le regroupement des 5 GEM en une seule association permet une économie d'échelle et une optimisation des dépenses.

D'autres sources de financements peuvent s'ajouter, par l'intermédiaire d'appels à projets culturels (ex : projet avec la Comédie de Caen, Centre dramatique national).

Même si les GEM gérés par Advocacy Normandie reçoivent actuellement des personnes âgées de 18 à 83 ans, la majorité des adhérents sont des quinquagénaires et des sexagénaires. Bien que la présence de personnes âgées puisse être rassurante pour certains jeunes, il apparaît clairement que les projets de vie et le désir d'appartenance à un groupe dans la durée ne sont pas les mêmes d'une génération à l'autre.

3 Groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans l'Orne

Il existe **3 GEM dans l'Orne** (à Flers, Alençon [368] et L'Aigle), tous gérés par la fondation **Normandie Générations** et faisant chacun l'objet de subventions distinctes. Des rencontres inter-GEM dans l'Orne permettent aux professionnels de se sentir moins seuls dans leurs missions et d'échanger sur leurs pratiques. Une réflexion est en cours sur la possibilité de postes un peu plus « volants » qui permettraient aux animateurs de passer du temps au sein d'un autre GEM, mais aussi de rompre un isolement qui peut s'avérer assez pesant.

[366] Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis.
[367] Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), administration déconcentrée de l'État, qui était jusqu'en 2010 chargée de mettre en œuvre, au niveau départemental, les politiques publiques en matière de santé, de cohésion sociale et de solidarité. Les missions de la DDASS ont été transférées principalement aux agences régionales de santé (ARS) et aux directions départementales de la cohésion sociale (DDCS).
[368] **Le GEM d'Alençon avait déjà 10 ans d'existence quand il a perçu sa première subvention.**

Tutti G.A.J : un groupe amical pour les jeunes

Florence Forti a créé l'association Tutti – « ensemble » en italien » – G.A.J (groupe amical pour les jeunes) en 2022. L'association se destine aux jeunes de 18 à 35 ans qui souffrent d'un trouble psychique ; la moyenne d'âge des adhérents est actuellement d'environ 24 ans.

L'objectif de cette association est de permettre à ces jeunes de **recréer et retisser des liens sociaux**, à travers des activités organisées pendant le week-end. Pour l'immense majorité d'entre eux, ils ont été privés de ce que l'on peut appeler leurs « années de jeunesse » en étant marginalisés très tôt dans la société. Il a donc paru indispensable à la fondatrice de l'association de donner un peu de rêve à ces jeunes.

Même si ces derniers aiment côtoyer des personnes plus âgées qu'eux – les activités proposées dans les hôpitaux de jour sont toujours intergénérationnelles – force est de constater que le lien par affinité d'âge s'impose presque toujours. Le genre intervient également : pour une très jeune femme, partager des activités avec un homme cinquantenaire, par exemple, n'ira pas forcément de soi.

Le caractère intergénérationnel des GEM répond difficilement à des aspirations et à des attentes qui diffèrent grandement entre celles des jeunes et de leurs aînés. Or, l'absence de réponses et d'offres spécifiques pour les jeunes peut encore accroître l'effet d'isolement et de stigmatisation dont ils souffrent.

Face à ce constat, Florence Forti a créé Tutti pour **répondre –** bien que modestement, au vu de la taille et des moyens de l'association **– à un besoin non satisfait aujourd'hui**, à savoir un **GEM** qui serait **uniquement dédié à des jeunes souffrant de troubles psychiques**.

Tutti G.A.J. est une microstructure sans salarié, qui fonctionne effectivement avec très peu de moyens : principalement ceux de sa fondatrice et présidente, une petite subvention de la ville de Caen et quelques dons[369]. Un appartement situé en centre-ville de Caen, point de départ des activités, est loué pendant deux heures tous les samedis après-midi. Les dépenses portent surtout sur l'achat choisies par les adhérents d'activités (sorties au cinéma, à la mer, de jeux de badminton, bowling, mini-golf, etc.).

Le choix des jeunes de recourir à l'application Slack (plateforme collaborative) leur permet de communiquer deux par deux ou de manière plus collective, en fonction des affinités qui se tissent entre les uns et les autres. Certains choisissent en effet de se voir pendant la semaine, en dehors des rencontres prévues le samedi après-midi. Ces contacts sont particulièrement importants en cas de réhospitalisation de certains jeunes mais aussi de déménagement. Florence Forti a ainsi constaté que le réseau numérique remplissait une fonction sociale presque aussi importante que les rencontres physiques.

L'autogestion par les jeunes adhérents est visée, même si la présidente se tient toujours prête à intervenir en cas de problème.

[369] Le budget annuel actuel ne s'élève pas au-delà de 4 000 euros.

L'EPSM[370] de Caen connaît l'existence de Tutti et adresse parfois des jeunes à l'association. Un courrier a été envoyé à l'ensemble des psychiatres qui exercent à Caen, de façon à ce qu'ils puissent eux aussi aiguiller des jeunes qu'ils reçoivent en consultation.

Small is beautiful !

Les **lieux des GEM** ne doivent pas être surdimensionnés, mais au contraire **rester à une échelle humaine** qui **préserve une dynamique de groupe et évite l'anonymat**.

L'offre d'un « contrat visiteur » permet aux personnes indécises de venir tester le lieu et d'y rencontrer quelques adhérents. Il n'est jamais demandé à la personne la raison de sa venue et encore moins la nature de son handicap. Le premier contact se fait simplement autour d'un café offert. Les personnes qui décident ensuite d'adhérer le font parce qu'elles disent s'être senties bien accueillies, écoutées sans peur d'être jugées.

Les meilleurs ambassadeurs des GEM restent les adhérents ; les adhésions les plus faciles sont celles qui se font de pair à pair, en réponse à une invitation : « *Tu devrais venir avec moi, je t'emmène !* ».

En plus du bouche à oreille, la connaissance des GEM se fait aussi par voie d'affichage, dans un CMP ou un cabinet de psychiatre.

Organisation et vie d'un GEM

Au GEM de Caen, une réunion fixée tous les lundis – de 15h à 17h – permet d'établir le planning de la semaine et le programme d'activités à venir (sorties, spectacles, randonnées…). Le lieu est ouvert du lundi au vendredi, de 9h30 à 17h sans interruption, ainsi que le samedi matin. La permanence de l'accueil et le ménage sont assurés par une dizaine d'adhérents qui se relaient.

Des formations aux premiers secours sont proposées et les lieux disposent toujours d'un panneau d'affichage avec les différents numéros d'urgence à composer, en cas de problème.

Les problématiques étant diverses (accès au logement, à la nourriture, aux soins, consommation d'alcool ou de stupéfiants, etc.), les animateurs de GEM se doivent d'être « multi-casquettes ». Ils savent aussi identifier les situations qui ne sont plus de leur ressort et aiguiller les personnes vers d'autres lieux ou services spécifiques.

Un travail est régulièrement mené auprès de collégiens et au sein d'écoles d'aides-soignants pour parler des troubles et des maladies psychiques. Les témoignages d'adhérents contribuent à déstigmatiser la maladie mentale. Ces actions sont largement et inlassablement couvertes par l'UNAFAM. Le Centre psychothérapique de l'Orne (CPO) cherche à créer un poste de patient expert en capacité de faire de la médiation en santé mentale. Bien qu'il juge le projet louable, Didier Babonneau précise toutefois qu'il connaît nombre de personnes potentiellement légitimes à être des patients ressources.

[370] Etablissement public de santé mentale.

Au fil du temps, il est constaté que les GEM sont de plus en plus prisés par des personnes isolées, qui ne sont pas nécessairement en situation de handicap psychique. Le lieu du GEM de Caen, situé place Maurice Fouque – à proximité du conseil régional – est ouvert à tous. La possibilité d'y entrer sans prescription médicale, sans avoir à justifier la raison de sa présence, en fait un lieu précieux pour les personnes du quartier qui se sentent seules.

La mobilité en milieu rural

Les personnes résidant en milieu rural ont plus de difficultés à accéder à des GEM, en dépit de l'offre de transport à la demande. Les personnes dont la situation de handicap a été reconnue par la MDPH[371] peuvent par ailleurs bénéficier d'une prise en charge de leurs transports à travers l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP).

Un GEM itinérant dédié à l'autisme est actuellement en projet dans l'Eure.

À noter que l'on distingue **3 niveaux** d'implication et de compétence pour le **patient ressource ou expert** :

- Le **patient témoin** dont le rôle est de partager son expérience personnelle avec la maladie, souvent dans le cadre de groupes de parole ou de séances d'éducation thérapeutique
- Le **patient intervenant**, qui participe activement à des programmes d'éducation thérapeutique, parfois après avoir suivi une formation spécifique
- Le **patient expert**, dont l'acquisition d'une expertise validée et reconnue, lui permet d'exercer des fonctions variées dans le système de santé. Il peut assurer des missions de formation, de représentation devant les instances sanitaires et d'accompagnement des pairs. Il peut également participer à des groupes de travail et à des projets de recherche.

Soignants et adhérents de GEM : une « alliance » qui n'allait pas de soi

Beaucoup de chemin a été parcouru depuis la création d'Advocacy Normandie en 2001.

La coopération avec les équipes de soignants se fait de manière beaucoup plus naturelle : soignants et adhérents de GEM peuvent se croiser au cours d'événements – organisés par le Conseil local de santé mentale (CLSM), par exemple – sans que les adhérents soient rebutés par la vue d'une « blouse blanche », laquelle représentait encore il y a vingt ans un repoussoir, lié à un besoin de s'émanciper du soin.

On peut aussi parler d'un continuum entre les services soignants et les GEM ; de nombreuses personnes franchissent en effet la porte d'un GEM, parce qu'on leur a dit que la prise en charge en CMP[372] ou CATTP[373] était terminée (parfois du jour au lendemain).

On constate un nombre croissant de personnes qui arrivent au GEM « désorientées », à savoir qu'elles ne savent plus où aller. Ce phénomène est particulièrement présent dans le GEM de Lisieux qui compte un nombre important de personnes marginalisées.

[371] Maison départementale des personnes handicapées.
[372] Centre médico-psychologique.
[373] Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Le temps passé au sein d'un GEM varie fortement d'une personne à l'autre. Certaines viennent tous les jours et s'investissent au quotidien dans différentes missions (dont l'accueil) ; certaines viennent occasionnellement (notamment pour participer à des activités spécifiques) ; d'autres vont et viennent, d'autres encore gardent des liens assez lointains mais constants.

La culture comme pilier d'accompagnement

Les villes offrent d'assez nombreuses occasions de sorties et pratiques culturelles gratuites. **Advocacy Normandie** est régulièrement en contact avec des partenaires culturels. Le musée des beaux-arts de Caen – qui organise la Soirée des Hospitalités[374] – ou la bibliothèque Alexis de Tocqueville de Caen la mer – qui conduit un travail de médiation autour de l'illettrisme, notamment à travers le prix Facile à lire – figurent parmi ces partenaires.

À noter qu'Advocacy Normandie participe par ailleurs au projet de comédie musicale intitulée « Picnic »[375], conduit depuis 3 ans avec l'équipe de la comédie de Caen (costumes, décors…). Il est exemplaire dans le potentiel de déstigmatisation qu'il recèle : tout en valorisant les personnes en situation de handicap psychique, il offre au public la possibilité d'entrer en contact avec eux, non pas en tant que personnes malades, mais en tant qu'artistes et comédiens.

Chercheurs en folie : documentaire qui éclaire l'action des GEM

Le film documentaire *Chercheurs en folie*, produit par l'association Advocacy-France, relate une recherche-action menée entre 2015 et 2017. Il met en lumière la prise en compte de la parole des personnes handicapées psychiques par les décideurs publics. Il illustre la manière dont les GEM favorisent l'autonomie et le pouvoir d'agir (logement, travail, parentalité…) des personnes en souffrance psychique, en soutenant leur intégration sociale et leur participation active à la vie communautaire.

[374] Cette initiative du musée des beaux-arts de Caen est une carte blanche donnée aux structures d'accompagnement social. La soirée des hospitalités co-construite avec elles permet de valoriser des productions réalisées tout au long de l'année et les met en commun, le temps d'une soirée conviviale.

[375] On doit la création de cette comédie musicale à Émilie Horcholle, Bruno Romy et Pierre David. Elle a été jouée au théâtre des Cordes de Caen les 4, 5 et 6 juin 2025.

4.3 Réhabilitation psychosociale en France : où en est-on ?

La réhabilitation psychosociale (RPS) trouve ses racines dans les **mouvements de désinstitutionnalisation** et de **psychiatrie communautaire** qui se sont développés après la Seconde Guerre mondiale, principalement dans les pays anglo-saxons.

En France, la réhabilitation psychosociale s'est développée plus tardivement – à partir des années 2000 – sous l'impulsion des recommandations de l'OMS et des politiques publiques (plans psychiatrie et santé mentale, projets territoriaux).

La réhabilitation psychosociale est une approche thérapeutique et sociale qui vise à aider les personnes vivant avec des troubles psychiques à retrouver un fonctionnement optimal et une autonomie dans la communauté. Elle ne se limite pas à la réduction des symptômes, mais s'inscrit dans une perspective plus large en favorisant le rétablissement personnel, l'inclusion sociale et la qualité de vie.

En France, cette approche est désormais intégrée aux politiques publiques de santé mentale, notamment à travers les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et la **création de centres de réhabilitation psychosociale** (CRP) un peu partout en France : il en existe aujourd'hui plus de 130.

Une cohorte – appelée REHABase – de 6 326 usagers suivis dans 32 centres différents entre 2016 et 2024 permet désormais de connaître plus précisément le profil des personnes. On constate que le profil des bénéficiaires n'a guère évolué, et que les personnes suivies en CRP ne sont pas celles qui en auraient le plus besoin. L'âge moyen des usagers au cours du premier entretien reste à 33 ans et la durée moyenne d'hospitalisation (5 mois) demeure très longue.

En moyenne, les **usagers accèdent à la réhabilitation 12 ans après le début de la maladie**, ce qui est excessivement tardif. Quant aux personnes en traitement, près d'un tiers d'entre elles (31%) prennent au minimum trois sortes de médicaments.

Les personnes de cette cohorte ont un parcours très hospitalo-centré, allant à l'encontre du travail de dépistage et de prévention attendus des CRP.

Les CRP, outils dont l'intérêt n'est plus à démontrer, traduit une limite essentielle de nos politiques publiques de santé, et notamment de santé mentale. Les moyens d'intervention sont en effet mis en œuvre lorsque les symptômes et les effets sont importants, graves et surtout visibles alors qu'ils devraient être massivement mis – au travers de politiques de prévention puissantes – sur la détection des troubles, afin de permettre une intervention à la racine.

Table ronde : réhabilitation psychosociale en Normandie[376]

Table ronde en présence de :

- **Axel LECLERC,** psychiatre à la maison d'arrêt de Rouen et responsable du Centre de proximité de réhabilitation psychosociale (CREP) de Canteleu
- **Maud ROTHARMEL,** psychiatre au CH du Rouvray
- **Christelle MONTIER,** cadre de santé au CREP et aux CMP[377] de Canteleu, Pavilly et Yvetot
- **Manon GUERAIN,** neuropsychologue au CREP de Canteleu
- **Marc PURREY,** cadre au CREP d'Elbeuf
- **Jade POLLEZ,** directrice du Club House de Rouen
- **Bérengère RAYÉ,** coordinatrice du Club House de Rouen
- **Timothée TROMPESANCE,** directeur du dispositif Un chez soi d'abord à Rouen
- **Sabrina SCHULTZ**, aide-soignante
- **Emma SOULA,** infirmière au centre support Normandie Réhab
- **Andréa STOURDZE,** chargée de développement à LADAPT (Association pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées)

Normandie REHAB, qu'est-ce que c'est ?

Emma Soula, infirmière au Centre support Normandie REHAB, a présenté la structure ouverte en juin 2021.

Le centre support a vocation à couvrir l'ensemble du territoire normand – qu'il soit urbain ou rural – et à se déployer dans les 7 PTSM[378] de Normandie. Il a fait le choix de ne pas limiter son action aux pratiques hospitalières.

Les missions de Normandie Rehab :

- Former aux pratiques orientées vers le rétablissement, auprès de tous les acteurs et professionnels du sanitaire, médicosocial, social et communautaire ;
- Soutenir le déploiement de centres de proximité sur chaque territoire ;
- Participer à l'animation du territoire et œuvrer à la déstigmatisation en santé mentale ;
- Déployer et accompagner les postes de médiateurs de santé pair (MSP) en Normandie.

Seule une toute petite équipe de 5,8 ETP[379] a été formée pour remplir l'ensemble de ces missions, sur l'ensemble du territoire normand.

Depuis sa création, Normandie REHAB a **formé 1 342 personnes à la réhabilitation psychosociale**.

[376] Table ronde organisée le 20 mai 2025 à Rouen, dans le cadre de la commission.
[377] Centre médico-psychologique.
[378] Projets territoriaux de santé mentale : Rouen-Elbeuf, Dieppe, Eure, Le Havre, Manche, Orne, Calvados.
[379] Dont 1 ETP pour la coordination régionale, 1 ETP d'assistance médico-administrative et 1,6 ETP de poste d'infirmier.

Cette dernière fait appel à 7 techniques distinctes :

- L'**éducation thérapeutique** (dispensée auprès de la personne qui souffre de troubles psychiques mais aussi de ses proches)
- La **remédiation cognitive** (les troubles psychiques impactent les fonctions cognitives)
- L'**entraînement des compétences psychosociales** (elles peuvent être altérées, *a fortiori* dans le cas des prises en charge tardives)
- Les **thérapies cognitives et comportementales** (en développement depuis une petite quinzaine d'années en France, elles sont opérationnelles et dispensées sur des temps courts)
- L'**approche motivationnelle** (à destination des personnes souffrant d'un trouble chronique)
- Le **soutien aux aidants** (des études prouvent désormais que l'aide de la part de l'entourage est ce qui fonctionne le mieux, après les traitements médicamenteux)
- Le **case management**[380]

La réhabilitation psychosociale : plus qu'une méthode, une manière d'être

La réhabilitation psychosociale doit être intégrée pleinement dans le parcours de soins et comprise comme telle : elle n'est pas à côté du soin mais **l'essence même du soin et de l'accompagnement**.

Lorsque la réhabilitation psychosociale est arrivée en France, elle a parfois été présentée comme un protocole rigide : évaluation à telle date, éducation thérapeutique à tel moment, habiletés sociales à tel autre moment… En réalité, si l'on ne travaille pas la posture et la philosophie de fond, la réhabilitation ne fonctionne pas.

« Elle traverse tout : c'est une manière d'être, pas juste une méthode ».

La posture des professionnels est en effet essentielle. Toutes ces approches spécifiques — évaluation, remédiation cognitive, éducation thérapeutique, etc. — fonctionnent à la condition que les professionnels soient investis, qu'ils aient envie d'être là, qu'ils croient en ce qu'ils font.

Avant même les outils, les personnes auditionnées insistent sur le fait que c'est la manière dont on considère la personne qui compte. Car ce n'est pas une pathologie qu'on accompagne, mais un être humain, avec son histoire, ses envies, ses ressources.

> *« Je voudrais aussi souligner l'engagement des professionnels. Ils jouent un rôle essentiel auprès des patients qui s'auto-stigmatisent, qui ont perdu toute estime*

[380] Il s'agit d'une approche globale de gestion des dossiers complexes. Elle consiste à coordonner et à gérer tous les aspects d'un dossier ou d'une affaire, en intégrant les processus, les documents, les intervenants impliqués... L'objectif est d'assurer une gestion efficace et fluide, en centralisant toutes les informations pertinentes dans un dossier unique en vue d'optimiser la résolution des cas.

d'eux-mêmes, toute envie. Leur travail, c'est de faire émerger ces envies, de redonner de la considération, de l'espoir.

Mais cela demande d'aller au-delà du discours immédiat. Si on s'arrête à ce que la personne exprime au premier abord, on risque de passer à côté. Il faut aller chercher plus loin, comme un enquêteur, tirer les fils, comprendre ce qui se cache derrière les silences ou les refus. C'est un travail de fond, un engagement humain[381]*. »*

La pair-aidance

La pair-aidance est encore assez peu développée en Normandie : on ne compte à ce jour qu'**une quinzaine de pair-aidants salariés dans la région**. Ils apportent pourtant des bénéfices concrets aux équipes et aux usagers, à savoir une écoute fondée sur l'expérience vécue, un modèle de rétablissement incarné et porteur d'espoir, un changement de regard, une co-construction de pratiques plus humaines…

Il existe aujourd'hui un besoin croissant d'élargir la pair-aidance, notamment aux secteurs médico-social, social et sanitaire. Il convient d'avoir à l'esprit qu'il existe aussi en parallèle des volontés à soutenir : un très grand nombre de personnes, bénévoles ou professionnelles, veut tester la pair-aidance.

Pourtant, les freins demeurent nombreux : comment accueillir ces personnes en stage ? comment valoriser leur engagement ? comment soutenir l'accès à la formation ?

Aujourd'hui, il faut aller à Tours, Paris ou Bordeaux pour accéder à une formation de pair-aidant, ce qui est loin d'être aisé pour des personnes vivant avec un trouble psychique.

Qu'est-ce qu'un médiateur de santé-pair ?

Un médiateur de santé-pair est une personne concernée par un trouble psychique, dans un parcours de rétablissement, qui a décidé de transformer son propre vécu en vécu expérienciel, notamment par le biais de formations. Une licence professionnelle de Médiateur de Santé-Pair (MSP) a même été conçue pour faire valoir et transmettre professionnellement cette expérience personnelle, laquelle permettra de soutenir le rétablissement d'autres personnes placées dans des situations similaires.

Des outils : remédiation cognitive – compétences psychosociales – TCC[382]…

Les troubles psychiques impactent les fonctions cognitives. Au même titre qu'une personne accidentée aura besoin de rééducation physique, une personne souffrant de troubles psychiques aura besoin de rééducation cérébrale.

Il existe également des **techniques d'entraînement des compétences psychosociales**, lesquelles peuvent être altérées, notamment en raison d'une prise en charge tardive.

[381] Propos d'Emma Soula.
[382] Thérapies cognitives et comportementales.

Depuis une quinzaine d'années, on recourt par ailleurs régulièrement aux **thérapies cognitives et comportementales** ; elles sont très opérationnelles et s'opèrent sur un temps très court.

Quant à l'**approche motivationnelle** développée dans les années 1980, elle se destine plutôt à des personnes souffrant d'un trouble chronique et n'est pas spécifique à la santé mentale.

Pendant très longtemps en psychiatrie, on a considéré que l'environnement du patient était plutôt toxique, ce qui amenait à essayer de l'extraire de son milieu, en tenant notamment la famille à distance.

Or **des études rigoureuses ont démontré depuis que l'aide des proches était, juste après les traitements médicamenteux, ce qui fonctionnait le mieux dans la prise en charge.** On sait donc désormais qu'il est important d'accompagner et soutenir les familles, de les doter au besoin de certaines compétences.

La réhabilitation psychosociale s'appuie ainsi sur un certain nombre d'outils et de techniques ayant fait leurs preuves sur le plan scientifique, et viennent en soutien de ce qu'on appelle le rétablissement.

La remédiation cognitive

En tant que neuropsychologue, les missions de Manon Guerain consistent principalement à réaliser des bilans cognitifs auprès des usagers. Ces bilans permettent d'identifier à la fois les difficultés et les ressources cognitives de la personne. À partir de ces éléments, il est possible de les orienter vers des médiations adaptées proposées au sein de l'hôpital de jour, comme la remédiation cognitive, en individuel ou en groupe.

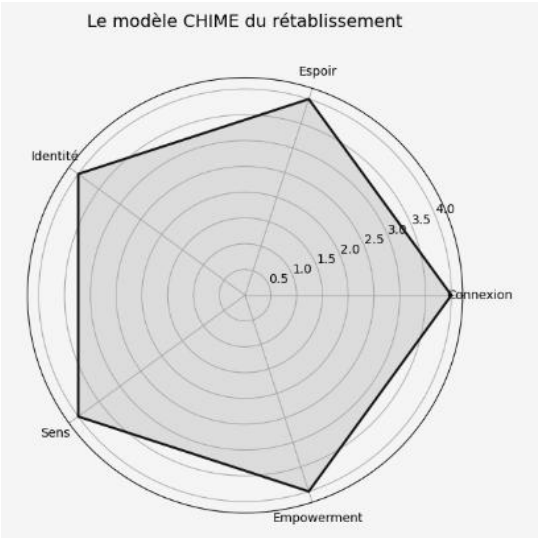
Une fois le bilan neuropsychologique réalisé, on cible les fonctions cognitives qui posent le plus de difficultés. La remédiation cognitive est une approche thérapeutique qui vise à travailler sur les fonctions cognitives altérées. Un bilan permet d'identifier les domaines à renforcer : cela peut être la mémoire, l'attention, les capacités d'organisation, la reconnaissance des émotions, ou encore la capacité à comprendre les intentions d'autrui.

Des objectifs de travail sont priorisés avec la personne et des exercices ciblés seront mis en place pour améliorer certaines fonctions. L'idée n'est pas tant de « rééduquer » le cerveau que de redonner confiance, renforcer l'autonomie et favoriser l'inclusion sociale.

Viser le rétablissement… c'est quoi au juste ?

Pendant très longtemps, l'objectif visé – notamment à l'hôpital – était de débarrasser le patient de ses hallucinations, de sa dépression et de son anxiété. On considère désormais que **le rétablissement n'est pas synonyme d'absence de symptômes** mais **qu'il signifie plutôt un niveau de bien-être et une qualité de vie plus satisfaisante**.

Le rétablissement permet de retrouver sa capacité à décider, sa liberté d'agir, d'apprendre à mieux se connaître, à reconnaître ses troubles et à les accepter. Il s'agit d'un processus permettant de contribuer à restaurer un équilibre de vie, à trouver sa place dans la société, en construisant un projet adapté qui redonne du sens à sa vie.



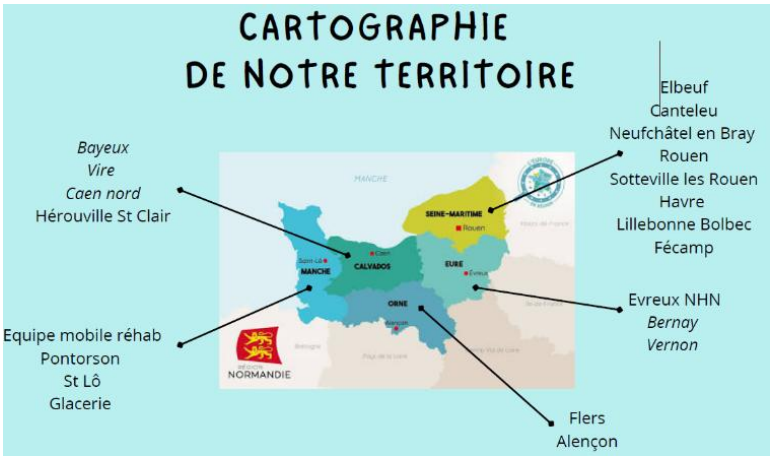
Le modèle « CHIME » : Connectedness – Hope – Identity – Meaning in life – Empowerment[1]

Tout bien considéré, le rétablissement, c'est aussi et surtout la possibilité de **se dégager du statut de malade psychique libéré d'une classification spécifique** (telle que « schizophrène » ou « bipolaire »), de retrouver une identité positive.

Cette définition du rétablissement personnel est particulièrement importante à prendre à compte vu qu'elle a été forgée par les personnes directement concernées par des troubles psychiques et qu'elle vient compléter un rétablissement clinique qui compte mais ne suffit pas. Cette distinction entre rétablissement personnel et rétablissement clinique se comprend par exemple dans les cas de personnes qui ne souffrent plus de symptômes mais qui sont isolées et sans projet.

Une répartition inégale des services en Normandie

Même si la situation progresse, **les inégalités territoriales demeurent** : les territoires ruraux sont encore clairement désavantagés par rapport aux territoires urbains, comme on peut le constater sur la carte ci-contre qui indique les services de réhabilitation psychosociale en Normandie.



L'objectif à terme est de doter l'ensemble des structures de soins, du sanitaire, du médicosocial et du social de ces services.

La 2e génération des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) est prometteuse dans la mesure où le constat d'une nécessité d'équité territoriale est fort et unanime. L'aide aux aidants – dont le rôle est comme on l'a vu fondamental – doit également faire l'objet de plus d'attention et de moyens.

Les préconisations d'Emma Soula, infirmière à Normandie Réhab

- ☞ Être attentif au développement des compétences psychosociales dès la toute petite enfance (bonne alimentation, pratique sportive, etc.)
- ☞ Bénéficier d'une prise en charge précoce et intensive au plus près de son lieu de vie, tout en étant maintenu dans son milieu ordinaire
- ☞ Accompagner l'entourage (proche et large) de la personne, en renforçant ses compétences

- ☞ Lutter contre la stigmatisation et les discriminations qui peuvent en découler, en normalisant le vécu des troubles psychiques
- ☞ Introduire la question de la santé mentale dans les écoles, les formations initiales, au lycée, sans oublier de former les professionnels de l'enseignement
- ☞ Agir sur l'accès aux soins, soutenir les associations, les initiatives locales, la recherche relatives à la santé mentale
- ☞ Soutenir, porter, diffuser des actions de prévention et de promotion de la santé, en ayant à l'esprit la devise « *Rien sur nous sans nous* »

Les actions de réhabilitation psychosociales ne devraient plus être optionnelles, à la bonne appréciation ou à la bonne volonté d'un enseignant ou d'un établissement. Quand on sait que tous les élèves infirmiers ne bénéficient pas tous des quarante heures de cours prévues autour de l'éducation thérapeutique, on se doute que la formation à la remédiation cognitive et aux entraînements des compétences psychosociales est encore reléguée un peu plus loin.

C'est d'autant plus dommageable que ces approches font leurs preuves et qu'elles sont d'autant plus efficaces quand on les implémente dès le début du parcours de soins des personnes.

Emma Soula ajoute en conclusion les mots d'Albert Camus : « *Là où il n'y a pas d'espoir, nous devons l'inventer* ». Elle estime que les questions de santé mentale sont intrinsèquement liées à celles de l'espoir et qu'il convient de sortir un peu des sentiers battus et d'oser expérimenter.

Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM)

Si les PTSM sont de formidables outils, ils le sont avant tout en théorie. Les premiers ont en effet été mis en œuvre un peu « *en catastrophe* » sur les territoires, de façon plus ou moins homogène. Très rapidement, les services de l'État se sont aperçus qu'il leur fallait proposer un accompagnement méthodologique afin d'assurer un déploiement plus homogène, face à des PTSM dont certains s'avéraient extrêmement dynamiques dans les grandes métropoles et d'autres beaucoup moins dans des territoires plus ruraux. Un effort d'homogénéisation a donc été fait en termes de méthode.

La première génération des PTSM pâtit d'un hospitalo-centrisme, que les hôpitaux sont les premiers à déplorer. On sait aujourd'hui qu'un PTSM efficace repose nécessairement sur une implication réelle et un travail de collaboration de l'ensemble des acteurs du territoire (y compris les partenaires institutionnels, l'Éducation nationale, les entreprises, etc.).

LADAPT Normandie

C'est une importante structure au niveau national, qui dispose de 500 collaborateurs au sein de 42 établissements et services dans toute la Normandie. LADAPT propose différentes formations sur le handicap (de toutes natures, y compris psychique), notamment en entreprises.

LADAPT est co-organisateur du Forum Emploi et Santé Mentale 2025, aux côtés de l'AGEFIPH[383] et du FIPHFP[384]. Cette collaboration vise à promouvoir l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, avec un accent particulier sur la santé mentale, déclarée Grande Cause nationale en 2025.

LADAPT s'engage à sensibiliser les employeurs et à lever les préjugés liés aux troubles psychiques en milieu professionnel, l'objectif étant d'améliorer les conditions de travail et de favoriser l'inclusion des personnes concernées. Cette mission est d'autant plus délicate et nécessaire pour les personnes en situation de handicap invisible propre aux troubles psychiques.

En partenariat avec Normandie Réhab, un travail important est mené autour de la valorisation des rôles sociaux au sein des structures médicosociales de même que sur l'autodétermination des usagers placés au cœur des décisions à prendre pour leur propre existence.

Travail, santé mentale… et auto-stigmatisation

Il y a beaucoup à faire en matière de santé mentale au travail. La fréquentation[385] importante au tout premier forum régional Emploi et santé mentale, organisé par Normandie Réhab, illustre à elle seule le besoin criant d'aborder ces questions.

Les personnes que nous avons auditionnées estiment que le développement de la pair-aidance professionnelle, y compris en entreprise, serait extrêmement bénéfique. La présence de référents handicap au sein des entreprises ne suffit pas : il conviendrait d'aller plus loin en sortant du cadre strictement sanitaire et en créant de véritables ponts avec le monde du travail.

Ce dernier cristallise en effet de nombreuses tensions en matière de santé mentale. Une personne candidate à un travail peut, par exemple, avoir besoin d'adaptations, sans pour autant souhaiter parler de son trouble, de peur de ne pas obtenir le poste. On voit le cercle vicieux à l'œuvre : on a besoin d'aide, mais on le passe sous silence afin de ne pas être écarté.

Il faut dire à cet effet clairement que certains employeurs ferment immédiatement la porte en entendant le mot « schizophrénie ». Des réticences existent aussi face à des troubles plus courants comme la dépression, que ce soit dans le secteur privé ou public.

Il en résulte une auto-stigmatisation très forte de la part des personnes touchées par un trouble psychique.

Une stigmatisation également présente chez les professionnels de santé

L'expérience psychique somatique fait encore l'objet d'une réelle méconnaissance, par rapport à l'expérience somatique. Les préjugés autour de la santé mentale ont la vie dure, y compris chez les professionnels de santé eux-mêmes, dont les propos peuvent également être très

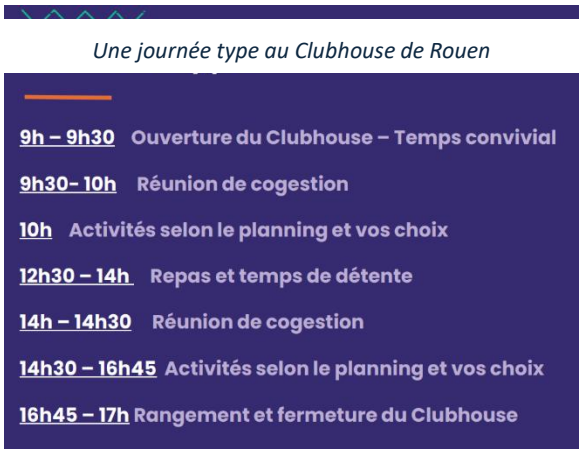
[383] Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées.
[384] Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique.
[385] Ce forum, organisé le 14 mai 2024 à la Halle aux Toiles à Rouen, a attiré 700 personnes.

stigmatisants. C'est un fait régulièrement constaté à l'hôpital, où l'on n'accueille pas les usagers de la même manière, en fonction de leur pathologie. Une quantité d'études très solides démontrent que les personnes souffrant de troubles psychiques sont beaucoup moins bien soignées, moins bien considérées, ne serait-ce que sur l'appréciation et le traitement de leur douleur. Les erreurs de diagnostic sont beaucoup plus fréquentes ; on considère que les personnes se présentent trop souvent et « sans raison », d'où un renvoi fréquent chez elles.

> ☞ Il a été observé au sein de la commission que la formation des soignants hospitaliers à la santé mentale n'était pas jugée prioritaire car portant sur des actes non codifiés[386] et non rémunérateurs pour l'hôpital.

Le Clubhouse de Rouen

Qu'est-ce que c'est un Clubhouse ? C'est un lieu où l'on accueille et accompagne des personnes concernées par des troubles psychiques vers la réinsertion sociale et professionnelle.



Le modèle du Clubhouse, né aux États-Unis dans les années 1940, a été créé par des personnes directement concernées par des troubles psychiques et désireuses de disposer d'un lieu autre qu'un lieu médical. Il existe aujourd'hui 370 clubhouses à travers le monde, implantés dans 35 pays différents, du Japon au Ghana, en passant par l'Australie et bien sûr la France.

L'histoire des Clubhouses en France est en réalité plus récente puisqu'elle ne s'est développée qu'à partir des années 2000. La France compte actuellement 12 Clubhouses ; la Normandie en compte deux (à Rouen et à Caen).

Le modèle du Clubhouse se fonde sur des principes comparables à ceux de la réhabilitation psychosociale : **logique collaborative et participative**, absence de hiérarchie entre les salariés et les membres du Clubhouse, volontarisme et autodétermination. À la différence des groupes d'entraide mutuelle (GEM), **les activités proposées au Clubhouse sont plutôt professionnalisantes**.

Venir au Clubhouse – judicieusement décrit comme **un « *terrain de jeu sans enjeu* » –** permet de rencontrer d'autres personnes, de créer du lien social et de travailler à un projet. Cela aide à développer l'estime de soi et à reprendre confiance en ses compétences. On peut d'ailleurs mettre aussi ses propres compétences au service des autres, que ce soit en matière de cuisine, de connaissances informatiques, de langues étrangères, etc.

[386] En vertu de la T2A (Tarification à l'activité) pratiquée dans les hôpitaux à partir de 2004.

« Ici, je peux être moi-même »

Au Clubhouse, les membres plébiscitent le fait qu'il y est possible d'être soi-même et de prendre des initiatives sans subir la pression qui pèse dans la vie active, sans avoir à respecter des horaires fixes. Elles ne sont pas contraintes de venir avec un projet professionnel si elles n'y sont pas prêtes. Les personnes viennent au Clubhouse quand elles le souhaitent, ce qui est particulièrement appréciable pour des personnes souvent ralenties par une prise quotidienne de médicaments.

> *« Elles n'ont pas forcément besoin de parler de leurs troubles, mais elles n'ont pas à les cacher non plus. C'est un espace de liberté, d'authenticité. Et c'est exactement ce que le monde du travail devrait aussi pouvoir offrir*[387] *».*

Le Clubhouse de Rouen, qui a ouvert ses portes en septembre 2024, compte une cinquantaine de membres. Le modèle est non seulement innovant mais aussi très efficace : **31% de ses membres parviennent à s'insérer professionnellement et 100 % à se réinstaller dans le milieu ordinaire**[388].

Comme souligné précédemment, le Clubhouse propose des activités professionnalisantes (comptabilité, administration, activités manuelles…). Elles sont organisées en partenariat avec des entreprises et d'autres associations. Une initiation à la couture sera par exemple l'occasion de participer à un projet collectif comme la décoration des lieux. Les membres n'ayant pas pour projet de se réinsérer professionnellement auront la possibilité de faire partie d'un collectif et de donner plus généralement un sens à leur existence.

"Un chez-soi d'abord" : un dispositif national déployé en Normandie

Le dispositif **"Un chez-soi d'abord"** a été mis en place relativement tard en Normandie.

Celui-ci repose nécessairement sur la participation d'un représentant de la psychiatrie publique ; il inclut également un représentant du secteur de la grande précarité[389] ainsi qu'un représentant du champ de l'addictologie. Le programme s'est avéré pionnier en Normandie, en intégrant des pairs-aidants dans un cadre professionnel non médicalisé.

En 2021, le préfet d'alors a dû mobiliser les acteurs du champ social et médico-social pour constituer un groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS), permettant une alliance de compétences diverses. On y retrouve notamment les structures La Boussole et La Passerelle, deux associations engagées dans l'accompagnement des personnes en situation d'addiction et de précarité. Une collaboration est également active avec l'association La Clé[390],

[387] Propos de Jade Pollez, directrice du Clubhouse de Rouen.
[388] Au niveau national, environ 45 % des membres de Clubhouses parviennent à s'insérer professionnellement et 93 % à se réinstaller dans le milieu ordinaire.
[389] En Normandie, le préfet a choisi l'association Émergence pour représenter la grande précarité.
[390] La Clé a fusionné avec l'association Vivre et Devenir au Havre. Nous avons rencontré sa présidente Martine Rataj en comité d'étude du 19 juin, avec Marie Delaroque, directrice de Vivre et Devenir au Havre.

spécialisée dans le handicap psychique et l'accès au logement. La configuration du dispositif pour la métropole rouennaise est particulière en ce qu'elle regroupe à la fois les territoires de Rouen et d'Elbeuf.

Le financement du dispositif provient exclusivement de l'État, à travers un soutien de l'ARS et du ministère du Logement.

Le modèle d'accompagnement s'inspire de celui qui a été développé dans les années 1980-1990 par le docteur Sam Tsemberis à New York. Rapidement diffusé aux États-Unis, ce modèle s'adresse à un public très spécifique : des personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères — environ 80 % souffrent de schizophrénie et 20 % de troubles bipolaires — ayant connu un parcours d'errance absolue.

L'Union européenne définit l'errance absolue selon 17 critères de situation de logement. Le critère n°1 correspond à une personne dormant dans la rue avec un duvet, tandis que le critère n°17 correspond à un logement stable et décent. Les cinq premiers critères définissent l'errance absolue : vie à la rue, squats, hébergement d'urgence, hébergement non choisi chez des tiers, prison, etc.

En raison de leur pathologie et de comorbidités liées à l'addiction, les personnes concernées ne peuvent pas accéder aux dispositifs classiques d'urgence et d'insertion. Le Dr. Tsemberis a donc inversé le processus : au lieu de les faire passer par toutes les étapes de l'urgence pour les faire éventuellement accéder à un logement dix ans plus tard, **on leur propose immédiatement un logement autonome, accompagné d'un suivi médico-social renforcé**.

En France, ce modèle a été adapté et expérimenté entre 2011 et 2016 dans quatre grandes villes : Paris, Toulouse, Marseille et Lille. L'expérimentation, validée par le ministère de la Santé, est désormais un dispositif déployé dans 40 villes en France. **En Normandie, "Un chez-soi d'abord" est en place à Caen et Rouen, avec respectivement 55 et 100 places.**

Lorsqu'une personne répond aux critères, un compte à rebours de huit semaines s'enclenche à partir de la première rencontre pour lui proposer un logement correspondant à ses souhaits (localisation, superficie, étage, ascenseur, etc.). La collaboration se fait principalement avec le parc privé, le dispositif étant agréé par la préfecture comme opérateur d'intermédiation locative.

Un chez-soi d'abord est le premier dispositif national en matière de politique du logement. Il importe de comprendre que ce programme ne se limite pas à une simple solution d'hébergement mais qu'il représente, pour reprendre les mots de son directeur Timothée Trompesance à Rouen, « ***une véritable petite révolution*** ».

Ce programme remet effectivement en question près de vingt ans de pratiques centrées sur l'hébergement d'urgence, aujourd'hui en pleine transformation. L'État s'oriente désormais vers une logique de logement pérenne, en mettant en place de nombreuses incitations fiscales à destination des propriétaires. L'objectif est de favoriser la location solidaire, afin de compenser la pénurie de logements disponibles.

Touché par une véritable pénurie, le logement social est devenu quasiment inaccessible. Les logements recherchés sont très rares, ce qui conduit régulièrement à des délais d'attente de

dix ans pour en obtenir un. On comprend donc, dans ce contexte, l'importance des incitations fiscales proposées aux propriétaires privés.

Si l'on prend l'exemple de la métropole Rouen Normandie, on constate que la majorité des logements sociaux disponibles sont des T3 ou T4, alors que 50 % des demandes concernent des personnes seules. Répondre à la demande est donc impossible sans la mobilisation du parc privé. C'est la raison pour laquelle il existe aujourd'hui de nombreuses incitations à la location solidaire, ce à quoi le dispositif « Un chez soi d'abord » contribue activement.

Un engagement clair est pris auprès de la métropole de Rouen : il consiste à ne pas capter de biens situés dans les zones prioritaires de la politique de la ville, ni de cibler les communes déjà fortement touchées par la précarité socio-économique.

L'État autorise, à cet effet, les personnels du dispositif à solliciter les personnes propriétaires d'un studio à louer leur bien. En cas d'acceptation du propriétaire, il lui sera garanti le paiement du loyer pendant toute la durée du bail – même en cas d'impayés – ainsi qu'une gestion locative adaptée et sans frais. En outre, un engagement est pris pour une remise du logement en parfait état à la fin du bail. Le dispositif « Un chez soi d'abord » de la métropole rouennaise dispose ainsi d'un parc de 110 logements appartenant à des propriétaires privés.

« Un chez soi d'abord » est aussi un accompagnement médico-social

Une équipe médico-sociale comprend des infirmiers, des travailleurs sociaux, des psychiatres (mis à disposition par l'hôpital du Rouvray), ainsi que trois pairs-aidants professionnels. Au total, le dispositif Un chez soi d'abord de Rouen dispose d'une vingtaine de collaborateurs pour 100 places. En trois ans, 87 personnes ont été admises et 90 logements attribués.

Les pratiques utilisées reposent sur les principes de la réhabilitation psychosociale, avec une forte valorisation de l'autodétermination : aucune décision n'est prise sans la personne concernée.

La devise est celle du mouvement « Housing First » initié à New York dans les années 1990 : Soutien – Plaidoyer – Empowerment –Responsabilisation.



Le dispositif s'adresse essentiellement à un public jeune et vulnérable.

Les choix des personnes sont respectés et lorsqu'ils ne sont pas judicieux, les personnes doivent en assumer les conséquences. On part en effet du principe que ce

n'est pas parce que l'on souffre d'une pathologie psychiatrique que l'on ne peut être responsable de ses actes.

Il n'est donc pas rare que certaines personnes finissent par perdre leur logement et retournent temporairement à la rue. Timothée Trompesance, directeur du dispositif à Rouen, a toutefois tenu à souligner que la perte de son logement ne signifiait pas pour la personne la fin de son accompagnement, la distinction entre les deux formes d'aide étant clairement établie.

Bientôt « Un chez soi d'abord jeunes » ?

En 2023, une expérimentation du dispositif « **Un chez soi d'abord jeunes** » a été lancée sur deux sites pilotes en France (Toulouse et Lille), avec l'ouverture progressive de quatre autres sites pour atteindre environ 220 places au total. L'objectif est de proposer un accompagnement intensif à des jeunes de 18 à 25 ans, sans abri ou à risque de le devenir, souffrant de troubles psychiques. L'expérimentation a reçu un avis très favorable de la part des différents ministères.

Le financement est partagé à parité entre l'ARS et le ministère du logement, au moyen d'une coordination assurée par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), dans le cadre de la lutte contre le sans-abrisme.

Il est important aujourd'hui pour notre région de **capter ce dispositif destiné à cette tranche d'âge**. Il diffère un peu de celui pour les adultes : il est beaucoup plus intensif, avec une capacité d'environ 55 places.

Quid d'un déploiement en milieu rural ?

À plus court terme, se pose par ailleurs un **enjeu autour du déploiement du dispositif en milieu rural**, lequel est en train d'émerger. Alors que la Normandie a été identifiée comme un territoire de développement prioritaire à l'horizon 2027, la DIHAL n'a pas encore précisé les zones ciblées. On pourrait par conséquent imaginer d'y intégrer plusieurs territoires ruraux normands.

Le Centre de proximité de réhabilitation psychosociale (CREP) de Canteleu

Le dispositif de réhabilitation récemment mis en place à Canteleu accompagne une quarantaine de personnes.

Les notions de réhabilitation psychosociale ne sont pas spontanément enseignées dans les formations des soignants. Il faut donc s'y intéresser et avoir envie de s'y plonger pour avoir une chance de les intégrer à ses pratiques. Axel Leclerc, psychiatre, évoque à ce sujet « *une véritable gymnastique intellectuelle, un changement de posture par rapport à ce qui a été appris auparavant* », le besoin de « *jongler entre deux approches* » pour y parvenir.

En tant que psychiatre intervenant en milieu carcéral, il lui arrive de devoir prendre des décisions coercitives, et notamment d'hospitaliser une personne sous contrainte. Il a tenu à souligner que même si cette pratique n'était pas, dans les faits, aussi caricaturale que dans les films, il existait malgré tout un aspect injonctif dans le soin psychiatrique.

Adopter une posture beaucoup plus horizontale, centrée sur le patient afin de comprendre ce qu'il souhaite et ce qu'il est prêt à accepter, demande des moyens humains et matériels supplémentaires. Il intervient ainsi, à temps partiel, au sein d'un trinôme – financé par l'ARS – au côté d'un neuropsychologue et d'une ergothérapeute.

La psychiatrie manque clairement de professionnels, à commencer par des infirmiers et des aides-soignants. Dans le cadre d'un dispositif de réhabilitation psychosociale, le psychiatre n'est toutefois pas forcément au premier plan. Le Dr Leclerc n'est présent qu'à 40 % sur le secteur, et ne consacre pas plus d'une heure et demie par semaine à l'hôpital de jour.

Les moyens logistiques posent problème ; les zones d'intervention sont très étendues et insuffisamment adaptées à des patients peu autonomes ou qui manquent de motivation. Pour les patients psychotiques dont l'élan vital lui-même est souvent ralenti, devoir se déplacer deux ou trois fois par semaine s'avère un défi.

Les situations se complexifient encore davantage lorsque les personnes vivent « à l'autre bout du territoire ». Il faut du temps, de la motivation, des moyens financiers. Et pour les soignants, aller vers eux nécessite aussi des moyens, à commencer par un véhicule pour se déplacer.

La plupart des usagers accompagnés n'ont pas le permis de conduire et les transports en commun ne sont pas toujours adaptés. Si l'on parvient à s'en sortir dans la métropole rouennaise, cela s'avère bien plus difficile lorsque l'on s'éloigne vers Barentin ou les zones rurales. Il arrive que l'organisation d'un accompagnement individuel prenne une demi-journée, rien que pour étudier les trajets possibles.

L'indigence des services de transport entrave donc significativement l'accès aux soins.

Les infirmier·es au cœur du soin et de l'accompagnement

Les infirmiers jouent un rôle central, notamment en matière de coordination des soins. L'équipe de réhabilitation est autonome, et les médecins n'interviennent que ponctuellement, en tant que superviseurs ou en cas de besoin spécifique.

On assiste à une véritable culture de **montée en compétences des infirmiers** : ils sont formés à la psychothérapie, à la neurostimulation, et il leur est accordé une certaine autonomie. Le management des cadres se doit de permettre aux infirmiers de dégager du temps pour ces activités thérapeutiques et repenser l'organisation des soins.

Cela n'est pas sans soulever quelques questions pratiques, on s'en doute : quand un infirmier anime un atelier thérapeutique, qui s'occupe des injections, des soins techniques ? C'est à ce moment qu'une réflexion globale sur l'organisation s'impose et qu'il convient de trancher collectivement.

Il s'agit d'un véritable changement de culture qui demande du temps. Les infirmiers ont longtemps été formés à travailler uniquement sur prescription médicale, avec une part d'initiatives minime. La réhabilitation psychosociale permet justement de rééquilibrer les choses et de davantage faire appel aux compétences de chacun.

Même si les traitements demeurent bien entendu une compétence médicale, c'est aux infirmiers de s'organiser pour pouvoir mener d'autres actions, tout aussi essentielles : ateliers

sur les compétences psychosociales, programmes de remédiation cognitive, accompagnement des familles… autant d'actions qui n'ont rien d'accessoire.

Le travail administratif pèse hélas lourdement sur les soignants, fortement sollicités pour accomplir des tâches de traçabilité, au détriment du temps dédié au soin. S'il n'est pas possible de recruter plus d'aides-soignants, pourquoi ne pas embaucher des agents administratifs – ou des soignants en reconversion ne pouvant plus exercer – qui soulageraient les équipes sur ces tâches ?

L'accueil des usagers

Les admissions peuvent se faire à la demande d'un professionnel ou directement d'un usager. La procédure a volontairement été simplifiée : un simple appel peut suffire, même si une rencontre ultérieure sera nécessaire, à un moment donné.

Les personnes accueillies présentent un trouble psychique, sans qu'un diagnostic formel ait été auparavant établi obligatoirement.

L'usager arrive souvent de lui-même, après avoir entendu parler du service, ou sur conseil de son psychiatre. Toujours à l'initiative de l'usager, un accueil est organisé autour d'un premier échange. Un deuxième échange suivra afin d'évaluer la motivation. On parlera ensuite des projets de la personne, de ce qui la freine, de ce qu'elle aimerait travailler. Cela peut concerner indifféremment des objectifs à court ou long terme.

Est donnée en exemple une personne souffrant de phobie sociale, très renfermée sur elle-même. Lors de la première rencontre, elle portait un sweat à capuche et ne parlait quasiment pas. Elle désirait qu'on l'aide à aller vers les autres qui lui faisaient très peur. Elle a commencé par intégrer un petit groupe à l'hôpital de jour, puis a suivi un accompagnement individuel, lui permettant de reprendre le bus et plus globalement de reprendre confiance. Aujourd'hui, cette personne a un projet professionnel en ESAT. En quelques mois, elle a réussi un parcours remarquable qui fait sa fierté, de même que celle de l'équipe.

Développer la réhabilitation psychosociale en milieu carcéral

Il est indispensable de développer des dispositifs adaptés, y compris auprès de populations exclues, comme les personnes incarcérées. Le Dr Axel Leclerc voit un véritable potentiel à développer la réhabilitation psychosociale en milieu carcéral. Actuellement, la démarche est considérablement freinée, ne serait-ce qu'en raison des restrictions d'accès aux cellules des personnes incarcérées.

Pourtant, ce type d'accompagnement et de travail auprès d'un détenu permet de préparer efficacement sa sortie, d'éviter les décompensations et les ruptures de parcours. On sait combien on multiplie les risques de rechute en s'exonérant de cet accompagnement.

Il convient donc de parvenir à introduire de la souplesse dans les fonctionnements, à anticiper les bénéfices à long terme. La dimension relationnelle est très insuffisamment financée et valorisée alors qu'elle est primordiale, comme le démontrent toutes les études désormais publiées et connues à ce sujet.

Les vertus des hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour ont parfois été perçus comme des lieux un peu trop occupationnels – où l'on « occupe » les patients – sans réelle visée thérapeutique. Aujourd'hui, on y développe des approches beaucoup plus volontaristes, centrées sur le projet de la personne.

Il ne faudrait pas pour autant perdre ce qui fait encore la richesse de ces lieux. Ce sont des espaces où les patients peuvent exprimer bien plus que leurs compétences ou leurs projets. Ce sont en effet aussi des lieux d'interactions informelles, de moments partagés, de créativité. On y parle de médiation culturelle, de sport, d'activités manuelles, de plaisir à découvrir un film, on échange autour d'un café…

Ces lieux d'expression sont des portes d'entrée puissantes vers la relation soignante. Les moments informels permettent de créer du lien et de la confiance. C'est donc souvent à partir de là que les soins plus formels peuvent s'installer.

La psychiatrie en évolution

Les mentalités évoluent en psychiatrie, au gré d'une ouverture à de nouvelles approches. On voit par exemple émerger des initiatives intéressantes, comme la **prescription sociale**. Bien que pouvant paraître étonnante, elle se pose comme un révélateur d'un changement profond : si les personnes ont besoin de lien social, on peut leur prescrire une activité physique adaptée, une activité culturelle, etc. C'est **une autre manière d'aborder le soin**.

Par ailleurs, de plus en plus de psychiatres s'impliquent auprès de **populations spécifiques**, comme les personnes souffrant d'addictions ou les jeunes en grande précarité.

On tend désormais vers une **approche plus horizontale et moins descendante**. On donne beaucoup plus d'informations aux usagers sur leur pathologie, leurs traitements, et on tâche de mettre en place une décision médicale partagée. Les patients peuvent ainsi choisir entre plusieurs options thérapeutiques, en connaissant les avantages et les inconvénients de chacune.

La réhabilitation psychosociale ne doit pas être cantonnée à quelques structures spécialisées. Il est au contraire souhaité que tous les services intègrent cette philosophie de la réhabilitation.

Concluons cette restitution avec les mots d'Emma Soula :

« Nos critères de réussite ne sont plus uniquement médicaux : ce sont ceux des usagers eux-mêmes. On les accompagne là où eux souhaitent aller. Pour certains, cela peut être un retour à l'emploi, pour d'autres, une reprise d'autonomie dans la vie quotidienne ».

📣 Vivre et Devenir et Côté Cours (Le Havre) et La Clé (Rouen), avec Marie DELAROQUE et Martine RATAJ

Audition[391] de **Marie DELAROQUE,** directrice de Vivre et Devenir et de Côté Cours (Le Havre) et de **Martine RATAJ,** présidente de La Clé (Rouen).

Le **Dispositif habitat Côté cours**, dirigé par Marie Delaroque[392] au Havre, a été créé dans les années 2000 par l'hôpital psychiatrique du Havre qui souhaitait proposer une réhabilitation psychologique post-hospitalière aux personnes en situation de handicap psychique.

Géré depuis 2018 par **l'association Vivre et devenir** [393] , il propose un panel de services complémentaires avec :

- Un Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés psychiques (SAMSAH) ;
- un Service de logement adapté (habitat partagé, résidence accueil, logements temporaires avec l'allocation logement temporaire et logements ordinaires) ;
- un Service d'aide à domicile spécialisé (Servir, Aider, Accompagner, Autonomiser – S3A) ;
- un Groupe d'entraide mutuelle (GEM) ;
- un Centre de formation[394] ;
- un Espace accueil et information.

Le travail de **Coté Cours** se définit comme un processus qui facilite le retour d'une personne handicapée psychique à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Il met l'accent sur ses capacités restantes plutôt que sur sa maladie, et propose une approche globale incluant le logement, les loisirs sociaux, l'éducation, l'accès au travail et l'adaptation personnelle.

Un « **Chez soi d'abord** » est le principe fondamental du dispositif habitat Coté Cours, le logement étant pensé comme un préalable à toute personne en difficulté, de même qu'un vecteur d'autonomie.

Quant à **l'association La Clé**, présidée par Martine Rataj, elle a été créée à Rouen il y a 40 ans. Une procédure de fusion-absorption est en cours afin que les missions et salariés de La Clé soient intégralement repris par l'association Vivre et Devenir.

Les actions conduites par ces structures démontrent que « les plus grands schizophrènes », qui ont passé 20 ans de leur vie en institution, peuvent aussi bénéficier de leur propre logement, au moyen d'un accompagnement étayé.

En 2017, l'État s'est engagé dans le développement des habitats dits « inclusifs ». Dans le secteur de la santé mentale, ces derniers ont un impact majeur en termes de réinsertion des personnes vivant avec un handicap psychique, tant d'un point de vue d'inclusion sociale que sur les parcours de soins en psychiatrie, notamment grâce à l'intervention des **Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile** (SAAD).

---

[391] Audition réalisée le 19 juin 2024 au sein du comité d'étude. Une autre rencontre a eu lieu le 13 novembre 2024 sur les lieux de l'association Vivre et Devenir au Havre, en réponse à l'invitation de Marie Delaroque ; la restitution de cette rencontre suit celle-ci.

[392] Marie Delaroque est également directrice de l'Association Vivre et Devenir au Havre et vice-présidente de Santé mentale France Normandie (résultat de la fusion des associations Croix Marine et Agapsy en 2017).

[393] Suite à un déficit structurel de l'association Côté Cours, celle-ci a été reprise par Vivre et Devenir en 2018.

[394] Dont une dispense de formations aux Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM).

L'origine des missions de La Clé repose sur une proposition de solutions innovantes d'habitat partagé (auparavant appelé « habitat collectif ») à Rouen, avec le soutien du Centre Hospitalier du Rouvray. L'association s'est ensuite peu à peu émancipée du Rouvray et a noué de nombreuses collaborations avec Côté Cours au Havre.

Pour les deux structures, l'objectif est clair : éviter les internements à tout prix. Les résultats sont tellement positifs qu'ils ont de quoi surprendre. Il est à noter que la mixité intergénérationnelle est très contenante pour des jeunes sans famille et sans liens spécifiques. La force du collectif joue un rôle majeur.

Actuellement, **Vivre et Devenir au Havre offre 350 logements inclusifs** pour des personnes souffrant de troubles psychiques, sévères et persistants et accompagne un peu plus de 400 personnes. Les types d'hébergements sont de différentes natures : résidences d'accueil spécialisées, logements temporaires, colocations et habitat partagé, appartements diffus regroupés…

La Clé propose quant à elle 200 places de SAMSAH en file active[395]. Le logement diffus est plus important à Rouen.

Après la fusion, la structure emploiera 130 salariés, en capacité d'accompagner 600 personnes. Il s'agit d'un dispositif très avantageux et très peu coûteux quand on le compare à une prise en charge hospitalière.

Sur les deux territoires concernés (Le Havre et Rouen), pas moins de 5 Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sont parrainés par les structures. Une salariée de La Clé a pour mission de coordonner les GEM « parrainés » (Elbeuf, Yvetot, Canteleu…).

Un GEM itinérant est actuellement expérimenté à Neufchâtel-en-Bray.

Échanges avec le comité d'étude

- *Quelle évolution des publics ? quelle évolution pour les jeunes ? quelles en sont les causes ?*

Les demandes sont très nombreuses. Dès la création d'un dispositif, il se trouve rapidement saturé. Depuis 2017, il y a eu chaque année une ouverture d'une habitation collective, laquelle est toujours remplie.

« On recueille souvent les personnes après des périodes d'errance ».
« Sans logement fixe, c'est l'hospitalisation ou la rue ».

Une arrivée massive de jeunes a été constatée, avant même le début de la crise sanitaire. Les problèmes d'addiction sont nombreux, de même que les squats.

Ces services et dispositifs sont le fruit de l'action de militants. Ils ont créé une « boîte à outils » évoquée avec le Dr Créte[396].

Situées à 80 kilomètres de distance, les deux structures n'ont pas véritablement d'équivalent ailleurs en France ; leurs responsables sont à ce titre régulièrement invitées à témoigner sur leurs missions et activités. Le dispositif Habitat Côté Cours est déployé sur d'autres territoires

[395] Rappelons que le décompte en file active correspond au nombre total de personnes prises en charge et non au nombre des entrées des personnes.
[396] Audition en commission 2 du 18 juin 2024.

en France (Ile-de-France, Marne, Bouches-du-Rhône, Pyrénées atlantiques, Nièvre, Indre…). Bien que plébiscité, ce modèle n'est pourtant toujours pas porté politiquement.

Un important travail de prévention des expulsions est conduit au Havre, en collaboration avec des bailleurs et des professionnels de santé (psychiatres et professionnels du secteur médico-social).

Cette action est plus difficile à mener à Rouen où 70 % des 153 logements proposés sont la propriété de bailleurs privés.

Dans l'agglomération caennaise, le Foyer de Cluny – dirigé par le Dr Crété – mène également des actions importantes dans ce domaine.

- *D'où proviennent les jeunes dont vous vous occupez ? avez-vous des demandes de l'ASE ? travaillez-vous avec les CHRS[397] ?*

L'association Vivre et Devenir a une convention avec l'ITEP du Logis St-François au Havre et avec la Maison de l'adolescent (auparavant située dans le même bâtiment).

« On aimerait pouvoir travailler davantage avec les services de l'ASE ».

Un important travail d'accompagnement est réalisé afin de maintenir les personnes dans leur logement.

À Rouen, le partenariat avec le CH du Rouvray constitue un bon soutien même si l'on déplore un manque de psychiatres dont tout le monde pâtit. On compte par ailleurs de moins en moins d'infirmiers spécialisés (problème de formation). La stigmatisation de la profession, y compris au sein même de l'institution, accroît le phénomène du manque d'attractivité de la profession.

On constate un rajeunissement des personnes SDF, qui pour nombre d'entre elles sont issues de l'ASE. La situation post-Covid voit l'accroissement du nombre de burn-out, d'un phénomène de perte d'autonomie. Après de longues années d'encadrement, les jeunes relevant de l'ASE ont ressenti le besoin de faire exploser les cadres.

- *Comment les structures sont-elles financées ?*

« C'est un casse-tête ! car il n'y a pas de dotation globale ». Les sources de financements sont donc très nombreuses et non pérennes. Le cloisonnement des financements ne permet pas, par ailleurs, d'associer pleinement les services et de bien mesurer les impacts des actions engagées.

Le budget annuel de Côté Cours s'élève à 2 M€ et résulte d'une bonne quinzaine de financeurs.

- *Quelle proportion de maintien dans le logement ?*

[397] Centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

Cette notion est délicate à quantifier dans la mesure où le départ d'un logement n'est pas nécessairement un échec. Le taux de réussite estimé est toutefois très élevé, puisque de l'ordre de 93 %.

- *Y a-t-il un report du public vers le privé ?*

« De manière évidente ! ». Pas seulement en raison du manque de moyens humains mais aussi du manque de formation des personnels « *qui peuvent jouer à Candy crush pendant que des patients errent dans les couloirs* ».

Il y a nécessité à harmoniser les pratiques, y compris avec les professionnels du secteur médico-social. On a observé un développement de compétences pendant les périodes de confinement. Aucune ré-hospitalisation n'a alors été relevée ; les personnes ont demandé elles-mêmes à ce qu'il y ait moins d'interventions en journée, en raison de besoins moindres.

Une personne membre du comité d'étude évoque la disparition d'une dynamique qu'entretenaient auparavant les centres médico-psychologiques (CMP), les appartements thérapeutiques, etc. Elle fait part de son désespoir face au manque de moyens dans le secteur public où elle travaille. Elle déplore la perte de spécialisation du diplôme infirmier en psychiatrie qui a pour effet de reporter des missions essentielles sur le secteur associatif. Elle pointe le caractère inadéquat des contenus d'enseignement à l'université. En tant que professionnelle de santé dans le public, elle remercie les intervenantes pour toutes les actions qu'elles mènent, soulagée que des personnes puissent encore faire ce que les soignants du public ne peuvent plus faire.

- *Avez-vous été consultées sur la construction des sept Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ? comment voyez-vous l'avenir du secteur de la santé mentale ?*

L'ARS avait demandé à Côté Cours de faire partie des membres fondateurs du PTSM, sous l'impulsion du Dr Cécile Bonnefoy[398]. Il est constaté un véritable effet positif des PTSM : rapprochement avec le secteur médico-social, virage inclusif… Côté Cours est désormais associé aux grandes décisions prises pour le secteur de la santé mentale.

L'ARS Normandie a dû rattraper son retard dans la mise en œuvre du dispositif « Un chez soi d'abord[399] », une mesure qui a été positive et porteuse.

La difficulté à recruter des infirmiers en milieu psychiatrique est un véritable problème ; outre la stigmatisation dont le secteur fait l'objet, les rémunérations sont peu attractives.

Une formation à la valorisation des rôles sociaux (VRS) s'est avérée très éclairante pour une personne membre du comité d'étude.

[398] Cheffe de projet régional en santé mentale.

[399] Dispositif offrant des appartements de coordination thérapeutique qui accompagne les personnes sans domicile fixe et atteintes de maladies psychiques dites sévères.

- *Un appel à manifestation d'intérêt (AMI) est lancé pour la création de services à domicile mixtes (SAD) : quelle plus-value de ces créations ? quel est votre avis sur le fonds d'innovation organisationnelle (FIOP) ?*

Marie Delaroque souligne la pertinence des SAD mixtes[400] dans le champ de la santé mentale. Les expérimentations menées par sa structure relèvent déjà des SAD mixtes. Or il est difficile de capter des financements dans la mesure où ce champ « *ne rentre pas dans les cases* » actuellement.

- *Quels sujets souhaiteriez-vous que le CESER porte dans ses travaux ? comment éviter un trop grand développement des difficultés sociales, notamment pour les jeunes ?*

La **réponse de Martine Rataj** :

- Privilégier la proximité ;
- déstigmatiser ;
- former.

Cela s'opère sur du temps long et les municipalités prennent insuffisamment en compte ces problématiques.

La **réponse de Marie Delaroque** :

- Conforter les aides de service d'aide à domicile en leur octroyant des moyens ; ces services peu coûteux ont un impact considérable sur le maintien d'aide à domicile.
- Une nécessaire reconnaissance et une meilleure formation des personnels. Le rôle des SAD auprès des personnes en situation de handicap psychique est primordial dans la dynamique d'insertion de ces personnes.

Elle se réjouit par ailleurs qu'il soit prévu de proposer une formation aux PSSM directement adaptée aux jeunes adolescents.

À noter enfin que le très indispensable relationnel ne figure pas en tant qu'acte dans la tarification à l'activité (T2A) ! et qu'il est urgent d'abandonner le terme d'« improductif » pour désigner les personnes en situation de handicap psychique.

”
“

[400] Ces services comprennent à la fois de l'aide et du soin.

📣 Vivre et Devenir : rencontre au Havre

Rencontre au Havre, en réponse à l'invitation de **Marie DELAROQUE**[401], directrice régionale de Vivre et Devenir en Normandie et vice-présidente de Santé Mentale France Normandie.

Le « virage inclusif »

Au regard de ce qui est pratiqué au sein de l'UE et dans d'autres pays de l'OCDE, la France a pris un retard abyssal dans le champ du handicap. Même s'il reste toutefois encore beaucoup à faire en matière d'accompagnement de personnes vulnérables et en situation de handicap psychique, Marie Delaroque souligne les réelles avancées qui ont été opérées en vertu du « **virage inclusif** » introduit par l'État.

En 2017, l'État s'est en effet engagé dans le développement d'habitats dits « inclusifs » lesquels ont un impact majeur en termes de réinsertion des personnes vivant avec un handicap psychique, tant d'un point de vue d'inclusion sociale que sur les parcours de soins en psychiatrie, notamment grâce à l'intervention des Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD). Elle salue les avancées qui ont été faites en matière de respect de l'égalité d'accès aux droits et d'attribution de prestations de compensation du handicap (PCH).

Ces constats encourageants démontrent que **la prise en charge du handicap psychique progresse malgré tout en France**.

Vivre et Devenir

Née sous le nom de l'Association de Villepinte, **Vivre et Devenir**[402] – dirigée par Marie Delaroque pour « l'antenne » de Normandie – a été **reconnue d'utilité publique dès 1920** et a fêté ses 100 ans en 2018.

En janvier 2024, **Vivre et Devenir** a mis en place **5 directions régionales** (ou inter-régionales) **dont celle de Normandie**, issue de la **fusion** du Dispositif **Habitat Côté Cours** et de **La Clé**[403] (à Rouen). Cette direction régionale couvre en réalité uniquement le département de Seine-Maritime, et notamment les territoires du Havre et de Rouen.

Ses actions et services, d'une ampleur impressionnante, sont précisées dans la restitution de l'audition précédente.

Rappelons que l'ensemble de ces services visent à **faciliter le retour des personnes porteuses d'un handicap psychique à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la**

[401] Le comité d'étude s'est déplacé le 13 novembre 2024 au Havre pour y rencontrer Marie Delaroque et des membres de son équipe. Ce déplacement a également fait l'objet d'une visite d'un foyer d'hébergement récemment ouvert et d'un déjeuner en présence d'usagers.

[402] Vivre et Devenir gère en tout plus de 80 établissements, services et dispositifs implantés dans 7 régions ; elle emploie 2 200 salariés.

[403] Pour rappel, nous avons auditionné Martine Rataj, présidente de l'association La Clé, au sein du comité d'étude en juin 2024, en même temps que Marie Delaroque. Une procédure de fusion-absorption était alors en cours afin que les salariés et missions de La Clé soient intégralement repris par l'association Vivre et Devenir. Le résultat de cette fusion compose une structure d'environ 140 salariés.

communauté. Le travail d'accompagnement met l'accent sur les capacités restantes plutôt que sur la maladie de la personne, et propose une approche globale incluant le logement, les loisirs sociaux, l'éducation, l'accès au travail et l'adaptation personnelle.

Chaque année, ce sont **entre 500 et 600 personnes qui bénéficient d'un accompagnement en Seine-Maritime**.

Une équipe pluridisciplinaire accompagne ces personnes qui souffrent à la fois d'un **handicap psychique** et de **problèmes sociaux**. Les délais de notifications d'agréments de la part de la MDPH[404] pouvant être longs – mais aussi très différents d'une MDPH à l'autre – un travail est réalisé en amont par l'association : elle sollicite elle-même des demandes d'agrément auprès de la MDPH afin d'accélérer les délais d'ouverture de places en SAMSAH[405].

Le dialogue régulier qui a pu être instauré entre les services de la MDPH et l'équipe de Vivre et Devenir permet de travailler en confiance et de gagner du temps. Il s'agit d'un élément important à souligner quand on sait combien le facteur temps compte pour l'efficacité d'une prise en charge. Une fois l'agrément accordé par un SAMSAH**,** la durée de prise en charge est de 3 ans.

Un préalable : le logement

Le projet d'association a été initialement porté par des militants qui faisaient du **logement** un **préalable à l'insertion et au soin** ; le principe de « Un chez-soi d'abord » permet même à de nombreuses personnes de sortir de l'hôpital psychiatrique, y compris après de longues années d'hospitalisation.

L'association dispose désormais d'une offre de **150 logements au Havre**, dont la majorité sont partagés. L'instauration d'un travail de partenariat tout à fait exemplaire avec les principaux bailleurs sociaux du Havre a permis ce développement. La situation est actuellement différente à Rouen où l'association la Clé, restée liée à l'établissement du Rouvray, a probablement de ce fait moins eu l'occasion de développer des partenariats extérieurs.

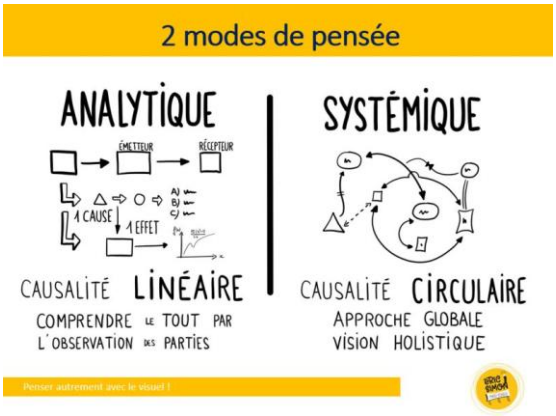
Créer du lien en vertu d'un accompagnement unique

Traiter les personnes en « sujets » et non en « objets » fait partie des lignes de force de l'accompagnement proposé. Les accompagnements ne sont pas modélisés mais se construisent au contraire à partir de la personne, de ses capacités, de ses compétences et de ses aspirations. Rien n'est décidé sans elles. L'objectif recherché consiste à créer du lien, à inciter les personnes à l'autonomie et de « ne pas faire à leur place ». Face à une personne à laquelle il avait été proposé une activité en atelier et qui a répondu qu'elle n'avait envie de rien faire, il lui a été suggéré de suivre un « atelier à ne rien faire ». En dépit de ce programme que l'on pourrait qualifier *a minima* de modeste, la personne n'a manqué aucune des invitations à cet atelier qui a permis de recréer du lien avec elle. Cet exemple démontre combien il est important de s'adapter à chaque personne, d'expérimenter, et rappelle aussi qu'il n'existe pas de recette magique aisément transposable d'un sujet à l'autre.

[404] Maison Départementale des Personnes Handicapées.
[405] Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Engagement sur la Qualité de vie au travail (QVT)

Depuis 2014, Vivre et devenir s'est engagé dans une démarche globale de promotion de la **qualité de vie au travail**. Sa politique de ressources humaines a pour objectif de valoriser le parcours et le projet professionnel de chaque salarié. Il revient finalement à la personne recrutée de façonner sa « fiche de poste ».



L'approche du **management** est **systémique**. Les personnes accompagnées participent à l'évaluation des salariés de la structure et aux recrutements. Une démarche qui semble tomber sous le sens dans la mesure où l'équipe est censée être au service des personnes qui ont besoin d'aide et que ces dernières sont bien placées pour juger de la méthode et du comportement des personnes qui les accompagnent.

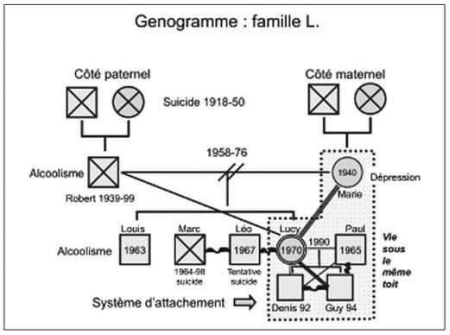
Accompagnement à la rédaction de directives anticipées en psychiatrie (DAP)

Les directives anticipées permettent aux personnes concernées par un trouble psychique de réfléchir à leurs besoins concernant les soins et l'accompagnement dont elles souhaiteraient bénéficier ou d'anticiper une éventuelle situation de crise psychique.

Rédiger des directives anticipées en psychiatrie permet à l'entourage et aux professionnels de santé mentale de connaître la conduite à tenir en cas notamment d'une hospitalisation.

La thérapie transgénérationnelle

Exemple d'un génogramme



Il convient de noter que l'équipe de Vivre et Devenir fait une large place aux aidants, indispensables dans le parcours de soin, y compris dans les cas de familles pathogènes. La thérapie transgénérationnelle, prônée par Marie Delaroque, constitue une approche qui invite à explorer les liens entre les générations et la manière dont les traumatismes et les schémas familiaux peuvent se transmettre de manière inconsciente. En comprenant son histoire familiale, on peut découvrir comment des influences invisibles peuvent impacter son bien-être émotionnel et sa façon de vivre. Les événements marquants – guerre, violence, deuils non résolus, secrets de famille – peuvent laisser une empreinte sur les générations suivantes et entraver le cours de sa vie en demeurant indéfinis.

Un accès à l'emploi très limité

Les personnes accompagnées accédant à l'emploi sont très minoritaires dans la mesure où elles souffrent toutes de troubles psychiques sévères. Cette difficulté d'accès à l'emploi s'explique également par l'âge médian des personnes, qui se situe autour de 50 ans.

En revanche, un nouveau dispositif d'aide à l'accès à l'emploi est engagé auprès de jeunes issus de l'ASE, âgés de 17 à 25 ans, dont beaucoup souffrent de troubles de la personnalité borderline[406].

Autres éléments pointés :

- ☞ Le **besoin de formation plus large et plus adaptée** pour les soignants et accompagnateurs du secteur ;
- ☞ La **réforme SERAFIN-PH**[407] qui vise à revoir la façon de concevoir les budgets des établissements et services accompagnant les personnes en situation de handicap. Il est redouté que ce projet soit la version médico-sociale de la tarification à l'activité (T2A) dont les effets sont abondamment critiqués pour l'hôpital.

Soucieuse de prendre les devants et de pouvoir mesurer les impacts de ce projet de réforme, l'association Vivre et Devenir s'est portée volontaire pour expérimenter ce chantier de réforme qui pourrait être progressivement déployé dans l'ensemble des établissements ou services médicosociaux (ESMS). ”

“

[406] L'appellation de trouble de la personnalité borderline (TPB), ou trouble de la personnalité limite, définit une impulsivité majeure et une instabilité marquée des émotions, des relations interpersonnelles et de l'image de soi.
[407] Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements au parcours des Personnes Handicapées.

4.4 Virage ambulatoire, virage inclusif

En France, la majorité des dépenses publiques consacrées à la santé mentale (à hauteur de 60 %, selon les estimations de l'IRDES) est allouée aux hôpitaux psychiatriques.

La désinstitutionalisation est néanmoins prônée au vu des données montrant que les **services de soins communautaires sont plus accessibles, financièrement rationnels et efficaces que les modèles institutionnels de soins de santé mentale.**

Il est notamment préconisé d'adopter une législation visant à développer progressivement – en remplacement et en complément selon les lieux et les besoins – un accompagnement fondé sur des systèmes de soutien communautaire et des services intégrés inclusifs, tels que l'aide au revenu et au logement, de même que les réseaux de soutien par les pairs.

Il importe de noter qu'**entre 40 % et 60 % des personnes vivant avec un trouble psychique ne bénéficient aujourd'hui en France d'aucun soin ni accompagnement**. La faute à des centres médico-psychologiques, des hôpitaux de jour et des services de psychiatrie saturés, à une politique de dépistage indigente qui entrave la prise en charge précoce et la délivrance de soins diligents.

Rappelons que près de **30 % des postes de psychiatre et 50 % des postes de pédopsychiatre sont vacants** dans les établissements répondant à la mission de service public.

Quant aux accompagnements médico-sociaux et sociaux, ils restent notoirement insuffisants pour soutenir l'inclusion sociale, scolaire et professionnelle.

4.4.1 Des équipes mobiles spécialisées

En plus des Équipes Mobiles de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents en Intervention de Crise (EMPEIC), il existe plusieurs autres types d'équipes mobiles intervenant en santé mentale et psychiatrie :

- Équipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (**EMPP**) : ces équipes interviennent auprès des populations en situation de précarité, comme les sans-abri, pour leur offrir un soutien psychiatrique adapté ;
- Équipes Mobiles de Psycho-Gérontologie (**EMPG**) : elles se concentrent sur la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques, souvent en collaboration avec les EHPAD[408] ;
- Équipes Mobiles d'Intervention Précoce (**EMIP**) : ces équipes interviennent rapidement pour évaluer et traiter les situations de crise psychiatrique chez les adultes, souvent en lien avec les Conseils locaux de santé mentale (CLS) ;
- Équipes Mobiles de Liaison et d'Intervention en Addictologie (**EMLIA**) : elles sont spécialisées dans la prise en charge des patients souffrant de troubles liés à l'addiction ;
- Équipes Mobiles de Soins Intensifs (**EMSI**) : ces équipes offrent des soins psychiatriques intensifs à domicile pour éviter les hospitalisations et soutenir les patients dans leur environnement quotidien ;

[408] Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- Équipes Mobiles de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents en Intervention de Crise (**EMPEIC**) : elles interviennent directement au domicile des patients en crise. Leur mission est d'évaluer et de gérer les situations de crise psychiatrique chez les jeunes, offrant ainsi une alternative à l'hospitalisation qui peut être traumatisante.

Il existe aussi des équipes mobiles spécifiques au milieu scolaire :

- Équipes Mobiles d'Appui à la Scolarisation (**EMAS**) : ces équipes apportent leur expertise et leurs compétences aux établissements scolaires pour assurer la scolarisation des enfants à besoins éducatifs particuliers. Elles conseillent et soutiennent la communauté éducative pour favoriser l'inclusion scolaire ;
- Équipes Mobiles de Sécurité (**EMS**) : elles interviennent en vue d'améliorer le climat scolaire et sécuriser les espaces scolaires. Elles apportent aide, conseil et information aux équipes de direction, pédagogiques et éducatives, et prennent en charge l'accompagnement des victimes de violence ou de harcèlement.

Psytruck : un **dispositif de soins mobiles en psychiatrie en direction des jeunes** à Nîmes[409]

Dispositif innovant et mobile, le Psytruck du CHU de Nîmes œuvre à faciliter l'entrée des 16-30 ans dans les soins en psychiatrie. Intégré à la Villa Orygen, centre d'intervention précoce et de réhabilitation psychosociale, il vise à répondre à des enjeux majeurs en termes de repérage, pronostic et orientation plus rapide vers un suivi adapté.

Alors qu'il existe d'autres dispositifs mobiles en France – qui réalisent des actions d'information et de sensibilisation sur la santé mentale et les troubles psychiques ou du suivi, de la liaison – le Psytruck innove avec un espace de consultation en accès direct pour les jeunes. Il cible en effet les moins de 30 ans, partant du constat que 75 à 80 % des troubles psychiatriques se manifestent avant cet âge (48,4 % avant 18 ans et 65,5 % avant 25 ans).

4.4.2 Qu'est-ce que le virage inclusif ?

En psychiatrie, le « virage inclusif » désigne un changement profond de paradigme dans les politiques sociales, médico-sociales et sanitaires. Il s'agit de passer d'une logique d'intégration, où la personne devait s'adapter à l'environnement, à une logique d'inclusion, où c'est la société qui s'adapte aux besoins de chacun.

Ce mouvement s'inscrit dans une dynamique internationale[410] et vise à garantir l'égalité des droits, la participation et la citoyenneté des personnes en situation de handicap ou de troubles psychiques.

En psychiatrie, cela implique de :

- **Décloisonner les dispositifs** : favoriser des parcours sans rupture, coordonnés entre sanitaire, médico-social et social ;

[409] D'autres approches innovantes sont consultables en annexe 5.2.
[410] En vertu de la Convention de l'ONU de 2006 et des recommandations du Conseil de l'Europe.

- **Désinstitutionnaliser** : réduire le recours systématique à l'hospitalisation au profit de solutions « hors les murs » (équipes mobiles, accompagnement à domicile) ;
- **Personnaliser l'accompagnement** : promouvoir l'autodétermination, le libre choix et la participation active des usagers ;
- **Adapter l'environnement** : école, emploi, habitat, vie sociale doivent être pensés pour accueillir la diversité des besoins :
- **Changer les pratiques professionnelles** : passer d'un rôle d'expert à celui de facilitateur, travailler en réseau et en partenariat.

On devine que **ce virage** est certes **porteur d'espoir** mais qu'il soulève **des défis de taille** : moyens financiers, formation des professionnels, risques de transfert de charge vers les familles, nécessité d'éviter une inclusion « de façade » qui se limiterait à placer la personne « parmi » les autres sans véritable adaptation de l'environnement, etc.

📣 Dispositifs d'équipes mobiles (secteur médico-social), avec Nathalie Sarge

Audition de **Nathalie SARGE**[411], représentante de l'URIOPSS au sein du CESER Normandie et co-rapporteure de cette étude.

Qu'est-ce qu'une EMAS ?

Créées en 2021, les **équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation** (EMAS) forment un **dispositif financé par l'ARS**. Portées par un établissement médico-social, elles interviennent en soutien des équipes éducatives des établissements scolaires des premier et second degrés, prioritairement des élèves en situation de handicap.

L'implantation physique au sein d'un établissement scolaire fait partie des critères pour être éligible au dispositif, à travers un appel à projets à l'initiative de l'ARS.

Certaines EMAS ont des **spécificités**, que ce soit dans leur **champ d'intervention** (en direction des élèves de maternelle, du 1er ou du 2nd degré), ou dans leur **champ d'expertise** (différents types de handicap et de troubles du neurodéveloppement tels que : le trouble du spectre de l'autisme – TSA –, d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité – TDAH –, troubles spécifiques du langage et des apprentissages…).

Combien d'EMAS en Normandie ? quelle composition ?
Actuellement au nombre d'**une vingtaine en Normandie**, les EMAS en comptent 5 nouvelles à la rentrée scolaire 2024/2025 (une par département) : Caen, Val de Reuil, Cherbourg-en-Cotentin, Mortagne-au-Perche et Lillebonne.

A été donné en exemple l'EMAS de l'ACAIS[412] qui intervient dans l'ensemble des collèges et lycées de Cherbourg-en-Cotentin et se compose de **3 postes** :

- 1 éducatrice spécialisée,
- 1 neuropsychologue ;
- 1 cheffe de service (coordinatrice).

Sur l'année scolaire 2023/2024, cette EMAS a fait l'objet de 28 saisines issues de 13 établissements différents. La majorité des saisines (17) portait sur une demande d'appui et de ressources, loin devant les demandes d'accompagnement direct. Il est à noter que seule la moitié des élèves accompagnés – par ailleurs tous en situation de handicap – a fait l'objet d'un diagnostic spécifique. La majorité des demandes concerne des élèves en classe de 6e.

[411] En tant que représentante de l'URIOPSS (Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux) Normandie, au sein du CESER. L'audition a été réalisé le 9 octobre 2024 au sein du comité d'étude.
[412] Association en Cotentin d'Accompagnement Inclusif et Solidaire, fondée en 1958 sous le nom des Papillons Blancs. Site : Accueil - ACAIS

Pour une école inclusive

Les **EMAS**, qui visent à **favoriser l'école inclusive[413],** pâtissent d'un déficit d'information (y compris en termes d'information « de première ligne » sur internet). Alors que le dispositif est désormais un peu mieux connu dans le secteur urbain, il y a encore un travail important d'information et de sensibilisation à mener pour y faire accéder le milieu rural.

Les difficultés pour les enseignants de faire face à des enfants qui souffrent de troubles importants sont à prendre en considération. Certains cas sont tellement lourds que l'on fait en sorte de ne pas faire peser la « charge » sur le même enseignant pendant plus d'une année scolaire.

La question de la formation des enseignants est insuffisamment prise en compte.

Bien qu'encore insuffisamment connu et déployé, le dispositif est relativement efficace et permet de **décloisonner les secteurs du médico-social et de l'Éducation nationale**.

Un dispositif de substitution « low cost » ?

Si l'EMAS est un dispositif qui a le mérite d'exister, il semble toutefois que sa création ne soit pas sans lien avec le manque cruel de places observé dans d'autres dispositifs, tels que le SESSAD[414]. En effet, il est bon de souligner que la moitié des enfants pris en charge en EMAS est en attente de place en SESSAD[415].

Une place en IME représentant un coût de 45 000 euros pour une année, on peut estimer que les EMAS représentent un dispositif « low cost ».

Des équipes mobiles… très mobiles

Les équipes sont dites « mobiles » car elles se déplacent d'un établissement à l'autre. Or, la notion de mobilité est bien souvent très relative dans le monde de la santé, celle-ci étant régulièrement privilégiée pour des raisons de coûts. Par ailleurs, les EMAS sont une fois de plus un dispositif mis en œuvre sur appel à projet, dont on ignore la pérennité.

Enfin, le découpage en zones géographiques et en périmètres d'expertise n'est pas sans poser question.

Qu'est-ce qu'une EMID ?

Les équipes mobiles d'intervention à domicile (**EMID**) constituent un dispositif novateur et très récent permettant d'**accompagner à domicile des personnes en situation de handicap** grâce à une équipe pluridisciplinaire.

[413] Les EMAS entrent pleinement dans la définition du travail social issue du décret du 6 mai 2017 : *« Le travail social vise à permettre l'accès des personnes à l'ensemble des droits fondamentaux, à faciliter leur inclusion sociale.* »

[414] Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

[415] Le Service d'Éducation Spécialisée et de Soins À Domicile (SESSAD) accompagne des jeunes âgés de 0 à 20 ans dans leurs lieux de vie habituels (domicile, école…).

Est donnée en exemple l'équipe mobile d'intervention à domicile gérée par la **Maison d'Accueil Spécialisée** (MAS) La Cotentine (créée par l'ACAIS) ; l'EMID se compose de :

- 3 aides-soignantes ;
- 1 accompagnante éducative et sociale ;
- 1 coordinateur de parcours (à mi-temps).

C'est quoi, une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) ?

C'est un établissement médico-social destiné à l'accueil et à la prise en charge de personnes adultes en situation de handicap lourd ou sévère. Ces personnes souffrent d'un handicap physique, mental ou psychique nécessitant une assistance permanente pour les actes de la vie quotidienne, ainsi qu'une surveillance médicale constante. Il existe des maisons d'accueil spécialisées en psychiatrie[416].

Ce dispositif vise à soulager les aidant·e·s qui s'occupent de personnes généralement polyhandicapées[417] et nécessitant un accompagnement en continu.

Le caractère très récent du dispositif ne permet pas encore d'établir un retour d'expérience.

À l'instar des EMAS qui « *ont le mérite d'exister* », le comité d'étude estime que les EMID offrent un dispositif « *low cost* » (voire « *très low cost* ») et clairement insuffisant pour répondre aux besoins.

La France aurait tout intérêt à s'inspirer d'autres expériences lancées à l'étranger (telles que le « baluchonnage » pratiqué au Québec) qui offrent de véritables périodes de répit aux aidant·es.

L'inflation de la création d'équipes mobiles[418] est jugée préoccupante car ne pouvant être *« l'alpha et l'oméga* » des réponses à apporter. Il faut en effet beaucoup de temps et d'argent pour être en mesure de répondre à des situations complexes et durables.

Le temps que les équipes mobiles passent sur la route est une question qui est loin d'être neutre puisqu'entre la moitié et le tiers du temps de travail des équipes est consommé dans les trajets. La mobilité se fait donc aussi au détriment de l'efficacité et de la qualité de l'accompagnement des personnes.

Dans pareille situation, on peut légitiment s'interroger sur le dynamisme des associations : faut-il s'en réjouir ou s'en inquiéter ? Les associations ne viennent-elles pas pallier les manques et compenser ce que l'État ne fait pas ?

[416] Le Saule, MAS située aux portes d'Evreux, en est un exemple.
[417] Les personnes souffrant d'un handicap psychique ne sont pas prises en charge par les EMID.
[418] D'autres types d'équipes mobiles ont été créées, telles que les EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité), les EMEGD (équipes mobiles d'évaluation gériatrique à domicile), etc.

En conclusion, ces nouveaux dispositifs d'équipes mobiles sont considérés comme « *un début de réponse* » mais qui se placent en-deçà des attendus.

”
“

4.5 Faire évoluer la psychiatrie de secteur

Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins, a initié des travaux pour améliorer la psychiatrie de secteur, en coordination avec les centres experts et en réduisant les délais d'accès aux centres médico-psychologiques (CMP). Il prévoit de faire un diagnostic précis de l'offre de santé dans chaque département et de renforcer les moyens des CMP.

Deux priorités d'action étaient visées :

- un **accès rapide aux soins psychiatriques** : augmentation des crédits de 3 milliards d'euros entre 2020 et 2024 (soit une hausse de 42 %) en vue de renforcer la prévention et améliorer l'accès aux soins ;
- en termes de **formation** et d'**attractivité** : un encouragement des stages en psychiatrie pour les étudiants en médecine et des mesures pour rendre la discipline plus attractive. Il est pointé le besoin de former davantage d'infirmiers spécialisés en psychiatrie et de faciliter le retour des étudiants français à l'étranger.

Yannick Neuder appelle par ailleurs de ses vœux une modernisation des unités pour les patients agités et un renforcement des équipes mobiles de crise.

Le nouveau plan santé mentale et psychiatrie, présenté le 11 juin 2025 par le ministère de la Santé, s'inscrit ainsi dans la dynamique de la santé mentale comme Grande Cause nationale de l'année.

Il s'articule autour de trois axes majeurs : **repérer, soigner et reconstruire**, en privilégiant l'organisation, la formation et le renforcement des dispositifs existants… sans toutefois annoncer de nouveaux financements massifs.

Axe 1 : Repérer, un plan national de repérage et d'intervention précoce

Détection précoce chez les jeunes : dès la rentrée, deux « personnes repères » seront formées dans chaque collège et lycée pour détecter les troubles psychiques. L'objectif est aussi de former 100 % des personnels de santé scolaire au repérage précoce d'ici 2026 et d'équiper la communauté éducative d'un « kit » de repérage et d'intervention précoce.

Formation élargie : le plan vise à doubler le nombre de personnes formées au secourisme en santé mentale, passant de 165 000 à 300 000 d'ici 2027. Les enseignants, éducateurs et travailleurs sociaux seront également mieux formés.

Mobilisation des étudiants en santé : les étudiants en santé seront mobilisés dans les établissements scolaires pour sensibiliser et former les jeunes aux compétences psychosociales.

Axe 2 : Soigner, une psychiatrie de proximité, lisible et accessible

Renforcement des centres médico-psychologiques (CMP) : les CMP proposant des créneaux non programmés et des dispositifs de suivi ambulatoire post-urgence recevront des crédits supplémentaires, bien que les montants ne soient pas précisés.

Doublement des psychologues conventionnés : l'objectif est de passer de 6 000 à 12 000 psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif Mon Soutien Psy d'ici 2027.

Déploiement territorial : en 2025, 30 territoires expérimenteront des filières psychiatriques du service d'accès aux soins (SAS), pour une orientation rapide vers une offre adaptée en cas de détresse psychique.

Coordination et diversité des équipes : les équipes des urgences psychiatriques seront renforcées par des profils variés (pairs aidants, travailleurs sociaux) et des formations aux alternatives à l'isolement ou à la contention.

Infirmier référent en santé mentale : désignation d'un référent dans chaque maison de santé pluriprofessionnelle, communauté professionnelle territoriale de santé et service d'urgence sans équipe psychiatrique.

Axe 3 : Reconstruire, renforcer la formation et la coordination

Augmentation du nombre d'internes en psychiatrie : le nombre d'internes passera de 500 à 600 par an à partir de 2027, avec la suppression annoncée du *numerus apertus* pour former davantage de médecins.

Renforcement de la formation initiale : un module de psychiatrie avancée et un stage pratique seront intégrés dans chaque faculté de médecine.

Mission sur les conditions de travail : une mission sera lancée sur les conditions de travail en psychiatrie, avec un plan d'action attendu en 2026.

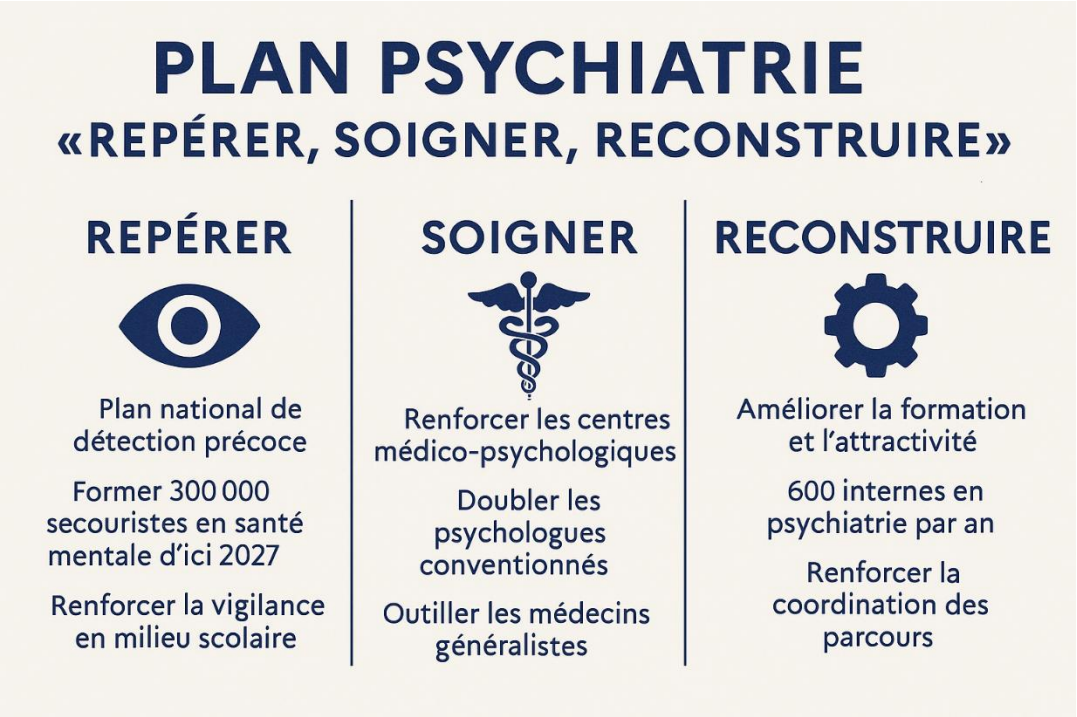


Schéma synthétique du plan psychiatrie généré par GPT-5

📣 Sectorisation et financement : le cas du Rouvray, avec William DUROCHER

Audition de **William DUROCHER**[419], secrétaire général du centre hospitalier du Rouvray.

Forces et limites de la sectorisation

En psychiatrie, on parle d'un **« séjour long »** quand il est **supérieur à 292 jours d'hospitalisation**. Parmi ces personnes, le besoin prédominant est le logement et/ou un accompagnement en établissement médicosocial (dont on connaît la pénurie en termes de places). Au Rouvray, un peu moins de 250 personnes sont à l'hôpital depuis plus de 292 jours.

William Durocher estime que le paradigme de la sectorisation, tel qu'il a été créé par la circulaire du 15 mars 1960[420] – et qui prévaut encore aujourd'hui – nécessite quelques évolutions.

Quelques chiffres sur le **nombre de personnes admises / accompagnées au Rouvray** (en 2024)

File active à temps complet : 3 700 personnes

Traitement en ambulatoire : 31 000 personnes

Hospitalisation de jour : 1 095 personnes

Durée moyenne de séjour : 20 jours

En fonction de son adresse, un citoyen se voit affecté à un secteur et disposer, au besoin, d'une équipe pluridisciplinaire de soins et d'accompagnement (depuis l'ambulatoire jusqu'à l'hôpital), avec le CMP comme structure pivot.

Or force est de constater que la réduction capacitaire rend parfois impossible l'hospitalisation de personnes dans leur secteur.

Dans une unité d'hospitalisation à temps complet, une capacité de 24 lits peut accueillir tous types de troubles ; on sait toutefois que la mixité des troubles et pathologies est néfaste aux patients (ex : un jeune adulte souffrant de troubles anxio-dépressifs peut se retrouver avec une personne souffrant d'une pathologie beaucoup plus lourde).

Pour pallier cet écueil, des filières de prise en charge qui ne relèvent pas du secteur se développent. Ainsi, des premiers épisodes psychotiques et des schizophrénies résistantes peuvent par exemple désormais bénéficier d'une prise en charge spécifique, indépendamment du secteur.

Dans le cadre du PTSM, il a été décidé de renforcer les CMP, notamment à travers un complément de binômes infirmier-psychologue.

[419] Audition réalisée le 2 juillet 2025, dans le cadre du comité d'étude.

[420] Le cadre légal formel de la sectorisation n'a toutefois été établi qu'avec la loi du 31 décembre 1985, qui intègre officiellement les secteurs psychiatriques dans l'organisation sanitaire française.

L'accès aux CMP s'avère souvent très difficile en milieu rural, notamment en raison de problèmes de transport. Aucune solution n'est trouvée à ce jour pour pallier ces obstacles d'isolement géographique et social.

La question des urgences et des soins non programmés demeure également épineuse, même si une coopération avec les services psychiatriques du CHU de Rouen permet de mieux y répondre.

La direction du Rouvray, en accord avec le président du Comité médical d'établissement Gaël Fouldrin, a pour principe de ne pas amener les professionnels de santé à devoir exercer dans plus de deux établissements à la fois. L'objectif est de préserver le lien avec les usagers mais aussi la santé des soignants que la fatigue des déplacements fragilise. La répartition des exercices est établie par les chefs de service ou de pôle au sein des établissements, auxquels il est demandé d'assurer une couverture territoriale complète.

Bien que cette appréciation soit toujours un peu empirique puisque liée à l'organisation de la prise en charge des patients, il est estimé qu'**il manque actuellement entre 10 et 15 praticiens au Rouvray**.



William Durocher a tenu enfin à alerter le CESER sur les **conditions d'accueil des médecins étrangers** (PADHUE) dont le salaire est inférieur à celui de certains aides-soignants et qui ne ménagent pourtant pas leurs efforts. Alors qu'il est prévu qu'ils soient toujours supervisés par des médecins séniors, la réalité est tout autre en raison de la pénurie médicale. Des démarches doivent par ailleurs être régulièrement effectuées auprès de la préfecture pour qu'ils soient autorisés à rester en France.

Nouveau mode de financement pour la santé mentale

Les établissements de santé mentale ont été sécurisés dans leur financement et le centre hospitalier (CH) du Rouvray a plutôt été avantagé par le nouveau mode de financement, notamment en vertu de la dotation populationnelle. Le CH du Rouvray a ainsi connu un excédent de 7,4 M€ dans son budget de fonctionnement en 2024.

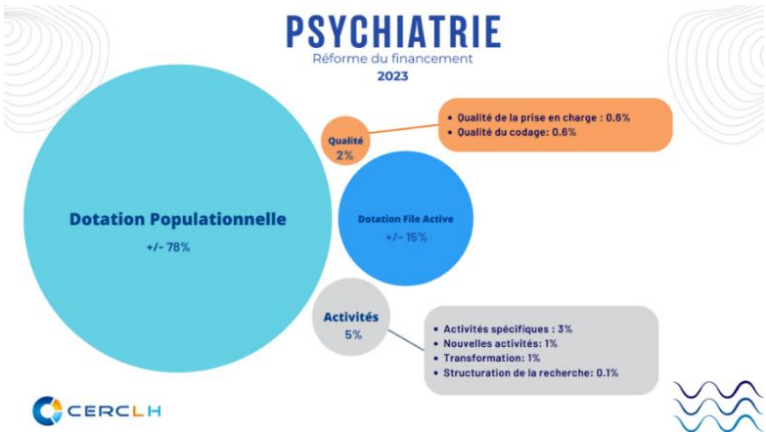
L'établissement bénéficie de dotations fléchées sur des activités spécifiques avec un intérêt suprarégional ; exemples : l'Unité pour malades difficiles (UMD), la psychiatrie périnatale.

La réforme du financement de la psychiatrie[421]

Depuis 2022, le secteur psychiatrique est en refonte de son modèle de financement. Il y a une part de dotation populationnelle – liée aux critères de la population – et une part liée à l'activité. Cette dernière est souvent critiquée car elle pousse les établissements à augmenter leur volume d'activité pour obtenir des ressources supplémentaires.

Elle ne représente toutefois pas plus de 15 % du budget global des établissements psychiatriques. Le risque de course à l'activité est par ailleurs tempéré par le fait que

[421] Éléments apportés hors audition.



l'enveloppe nationale n'évolue pas. Une réflexion est en cours sur les évolutions de structures tarifaires ; elle s'appuie sur un suivi étroit des situations observées.

Contrairement au secteur MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dont le financement est basé sur l'activité des établissements (T2A), le secteur de la psychiatrie reçoit une dotation financière prédéterminée, appelée « enveloppe fermée ». Cette enveloppe est principalement basée sur des critères populationnels et socio-démographiques de chaque région.

Quelques éléments d'actualité concernant le CH du Rouvray :

- Création d'un **département de la recherche**
- Un **projet d'établissement** est **en cours de réactualisation** pour 2026
- Un **service de « régulation psy »**[422] sera mise en place le 8 septembre 2025
- L'établissement est engagé dans un **schéma immobilier d'envergure** (rappelons que ses bâtiments du 19e siècle sont peu adaptés à la prise en charge des usagers) qui tiendra compte de nécessités de transition écologique.

Qu'est-ce qu'un service de « régulation psy » ?

Il s'agit d'une organisation spécifique au sein d'établissement de santé mentale qui vise à optimiser la prise en charge des situations de crise ou d'urgence psychiatrique, en particulier pour éviter l'engorgement des urgences générales et améliorer l'orientation des patients vers les soins adaptés (consultation ambulatoire, hospitalisation, suivi par un CMP, etc.).

Cette organisation a pour objectif de fluidifier le parcours de soins en santé mentale, en assurant une meilleure coordination entre les différents acteurs (services d'urgences, psychiatrie, médecine de ville, etc.).

Elle s'articule en principe autour d'une plateforme téléphonique assurée par des professionnels spécialisés, des équipes mobiles pouvant intervenir directement auprès des personnes en souffrance.

Enjeux et limites

Ce plan se veut un point de départ pour une refondation durable de la psychiatrie, misant sur la prévention, la formation et la coordination. Il se propose de répondre à une situation jugée critique : pénurie de soignants, délais d'accès aux soins trop longs, inégalités territoriales, droits fondamentaux parfois bafoués…

[422] Lire encadré ci-dessous.

Cependant, l’absence de précisions sur les moyens financiers et le recours massif à la formation des acteurs existants suscitent des réserves chez les professionnels, qui alertent sur le risque de surcharge et de mesures insuffisantes face à l’ampleur des besoins.

4.6 Des leviers simples mais puissants pour soulager la souffrance psychique

Face aux troubles psychiques, les réponses thérapeutiques ne se limitent pas aux traitements médicamenteux ou aux psychothérapies. De nombreuses études montrent que des leviers simples, accessibles et non stigmatisants peuvent jouer un rôle déterminant dans le bien-être mental.

La nature, par exemple, offre un cadre apaisant qui réduit le stress et favorise la régulation émotionnelle.

Le sport, en stimulant la production d'endorphines et en améliorant l'estime de soi, constitue un puissant antidépresseur naturel.

La culture et les activités artistiques permettent quant à elles d'exprimer ses émotions, de renforcer le lien social et de redonner du sens à l'existence.

Ces approches, souvent qualifiées d'interventions non médicamenteuses, s'inscrivent dans une logique de santé globale et de rétablissement, en complément des soins traditionnels. Elles contribuent à restaurer la qualité de vie, à prévenir les rechutes et à favoriser l'inclusion sociale. Leur efficacité repose sur un principe simple : replacer la personne dans un environnement stimulant, porteur de plaisir et de lien, pour lui permettre de redevenir actrice de son bien-être.

4.6.1 Les bienfaits du lien avec la nature

Les activités en plein air offrent aux enfants l'opportunité de s'engager dans des exercices physiques, de se connecter avec la nature et de développer des compétences sociales à travers l'interaction avec leurs pairs dans un environnement naturel. Ces expériences peuvent améliorer l'humeur, réduire les niveaux de stress et favoriser le bien-être global.

Le **collectif « Tous dehors »** a signé le 13 juin 2022 une tribune en ce sens.[423]

De nombreuses recherches récentes soulignent l'importance du contact avec la nature – parc urbain ou milieux naturels tels que forêt, plage … – pour la santé humaine, en particulier celle des enfants[424]. Des études épidémiologiques confirment le lien entre l'environnement et la santé. Ainsi, une étude abondamment relayée a montré l'influence positive sur la réduction du stress du temps d'exposition à la nature, concluant à la préconisation d'une pratique libre et choisie de deux heures par semaine dans la nature[425].

De nombreuses études ont établi un lien entre le sentiment de connexion à la nature et la santé mentale (Harvey, 2020), par exemple sur la cognition, la réduction du stress, le sentiment de sécurité et la facilitation des interactions sociales[426] ou encore le bien-être, la santé, le

[423] *Le Monde* – 13 juin 2022 – « Nous avons besoin de politiques ambitieuses pour permettre à chacun de vivre des expériences de nature dès le plus jeune âge ».
[424] Beery & Jørgensen, 2017.
[425] White et al., 2019
[426] Hinds, 2011 cité par Marchionni, 2019.

bonheur et une vie « *satisfaisante et pleine de sens* »[427]. « *L'accès de proximité à la nature est le support d'une enfance de qualité* »[428]. De même, les adultes ayant vécu un contact authentique avec la nature dans leur enfance tendent à manifester une santé psychique plus équilibrée, moins affectée par la nervosité, la frustration et la dépression[429].

L'exemple de la Grande-Bretagne

À titre d'illustration, la Grande Bretagne est caractérisée par un très fort taux d'urbanisation, qui fait que moins de 10 % des enfants sont en lien avec des environnements naturels. Dans ce pays, la proportion d'enfants et de jeunes diagnostiqués comme souffrant d'une affection mentale de longue durée a été multipliée par six depuis 1995 pour atteindre 12,8 % de la population (Harvey, 2020). En France, en mai 2022, face à l'aggravation de l'état psychique des enfants, la défenseure des droits des enfants a demandé que la santé mentale des jeunes devienne une priorité.

Entre octobre 2020 et avril 2023, une **expérimentation britannique** menée auprès de plus de 8 000 patients souffrant d'un mauvais état de santé mentale, a consisté à leur faire une **prescription médicale pour participer à des activités dans et autour de la nature.**

Cette expérimentation était fondée sur un fait prouvé par de multiples recherches scientifiques à travers le monde : le contact avec la nature améliore significativement notre santé physique mais aussi notre santé mentale.

Ce programme financé par l'État britannique – à hauteur de près de 7 millions d'euros – a invité les patients à planter des arbres, intégrer des projets de jardinage communautaire, randonner à pied ou à vélo dans la nature, apprendre à nager dans des lacs ou des rivières.

Les résultats[430], publiés en septembre 2024 par le ministère britannique de l'environnement et l'université d'Exeter, ont confirmé que l'accès à la nature améliorait la santé mentale.

Le ressenti de bonheur des patients, évalué en moyenne à 5,3 sur 10 – bien en dessous de la moyenne nationale britannique – avant de participer au programme, est passé à 7,5 après les activités dans la nature. Il a également été constaté une nette amélioration du sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue (passant de 4,7 à 6,8 avant et après l'expérimentation). Le niveau d'anxiété des patients a quant à lui au contraire chuté de 4,8 à 3,4.

Ces résultats, meilleurs que les moyennes obtenues par certains médicaments psychotropes, amènent les chercheurs à recommander d'améliorer l'accès à la nature pour tous, notamment en investissant dans les espaces verts au sein des centres ville mais aussi dans les associations et autres prestataires proposant des activités liées à la nature à l'extérieur des villes.

[427] Barrera-Hernandez et al., 2020.
[428] Beery & Jørgensen, 2017
[429] Papadopoulou & Akaterini, 2020.
[430] https://www.rfi.fr/fr/podcasts/questions-d-environnement/20240912-faut-il-prescrire-la-nature-pour-soigner-des-probl%C3%A8mes-de-sant%C3%A9-mentale

Ils notent en outre qu'avec l'équivalent de 600 euros par patient, le coût de cette méthode est bien moindre que celui d'autres thérapies prises en charge par le système de santé britannique.

L'impact inattendu du changement climatique sur la santé mentale

Avec une hausse continue des températures sur la planète, on assiste déjà aujourd'hui à des événements que le GIEC[431] prévoyait pour 2040-2050 et au-delà.

Or il existe désormais des études qui démontrent le **lien entre changement climatique et santé mentale**. Les troubles psychiques causés par le réchauffement climatique peuvent se traduire en anxiété, envies suicidaires ou plus largement en dépression. Selon une étude de la très sérieuse revue *Nature*, les patients qui souffrent de troubles psychiatriques sont aussi ceux qui sont le plus susceptibles de mourir en cas de vague de chaleur.

D'autres études font observer que le taux de suicide est doublé dans les régions qui souffrent de sécheresse, ou encore qu'un passage des températures moyennes de 25°C à 30°C s'accompagne d'une augmentation de la prévalence de problèmes de santé mentale de l'ordre de 0,5 % dans la population. Si ce risque peut paraître infime, il n'en représente pas moins un nombre de 320 000 personnes supplémentaires pour la France.

Plus que les températures, ce sont pourtant les conséquences climatiques qui auront un impact sur la santé mentale. Les effets peuvent être directs avec des épisodes de canicules, de grands froids, des catastrophes naturelles qui engendrent de la précarité psychologique (états dépressifs, troubles post-traumatiques pouvant même conduire à des suicides) ; on pense par exemple aux inondations répétées dans le nord de la France pendant l'hiver 2023-2024. Plus loin de nous et de manière encore plus dramatique, on sait que l'ouragan Katrina qui a dévasté la Louisiane et le Mississipi en 2005 a engendré quarante fois plus de troubles psychiques que somatiques.

De manière indirecte, le changement climatique est à l'origine d'une préoccupation croissante éprouvée face à ses conséquences futures. Ce phénomène connu sous le terme d'éco-anxiété est un sentiment de peur, d'angoisse, de tristesse et/ou de colère amplifié par celui de l'impuissance. Il est très important de prendre au sérieux la souffrance de ces personnes qui se sentent à la fois coupables et victimes.

Selon une étude de 2021 publiée dans *The Lancet*, trois quarts des 16-25 ans jugent leur futur effrayant et ont le sentiment d'avoir été abandonnés par leurs gouvernements. Plus de 50 % des jeunes considèrent l'humanité comme « condamnée », au point que quatre jeunes sur dix déclarent hésiter à avoir des enfants[432].

Plus récemment, l'Observatoire de l'Eco-anxiété (OBSECA) a publié la première étude[433] en France consacrée à l'impact de l'éco-anxiété sur la santé mentale.

[431] Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat.

[432] Cette question est évoquée dans l'étude que le CESER de Normandie a consacrée aux 18-24 ans : *« Être jeune en Normandie. Regards et repères sur les 18-24 ans »*, rapportée par Martine Louveau (octobre 2022).

[433] Étude réalisée auprès de 998 Français âgés de 15 à 64 ans, publiée en avril 2025.

Il en ressort que 15 % des Français sont moyennement éco-anxieux, que 5 % sont fortement éco-anxieux et 5 % très fortement éco-anxieux (soit 2,1 millions de personnes pour chacun de ce des deux derniers groupes), au point de devoir bénéficier d'un suivi psychologique.

Les 25-34 ans sont les plus éco-anxieux, suivis des 15-24 ans et des 50-64 ans. Les femmes sont légèrement plus touchées que les hommes, et les personnes avec un Bac+3 sont les plus éco-anxieuses.

📣 Les bienfaits de l'art et de la culture, avec Denis LUCAS

Audition de **Denis LUCAS**, attaché culturel au Centre hospitalier de Saint-Etienne-du-Rouvray[434]

Etabli en 1822, le Centre hospitalier de Saint- Etienne-du-Rouvray (CHR) est le premier asile d'aliénés en France. L'établissement est aussi le 2e plus grand hôpital psychiatrique de France, après celui de Sainte-Anne à Paris.

Le **rapprochement ARS-DRAC[435]** relève d'une **politique interministérielle "Culture et Santé"**, initiée dès 1999 par les ministères de la Santé et de la Culture, ayant pour objectif de favoriser l'accès à la culture dans les établissements de santé et médico-sociaux. Elle se traduit par des conventions régionales ARS/DRAC/Région et des appels à projets Culture & Santé.

Le CHR dispose d'un budget annuel de 200 000 euros[436] pour l'organisation des projets culturels de différentes natures : danse, théâtre, lectures, expositions…

Denis Lucas a exposé la **construction d'une offre culturelle et de pratique artistique en lien avec le soin, dans une approche de prise en charge globale de l'usager.**

Ce programme se déploie notamment à travers :

- La diffusion d'une offre d'apaisement culturel : musique et lecture théâtralisée à la cafétéria, atelier d'écriture, création d'une radio ;
- La contribution au processus de réhabilitation des patients : organisation de visites adaptées au musée, au centre photographique, présence aux concerts et répétitions générales proposées par l'opéra et le conservatoire ; rencontre avec les artistes en sortie de scène.

L'approche diffère de celle de l'art-thérapie qui a pour principe d'inviter les malades à créer des œuvres artistiques pour s'exprimer et se libérer. Selon Denis Lucas, les actions culturelles mises en œuvre par le CHR démontrent qu'elles peuvent véritablement aider à surmonter la stigmatisation liée aux problèmes de santé mentale, et contribuer au mieux-être des personnes en souffrance.

Cette approche (dite « holistique ») prend donc l'usager dans son intégralité et non pas seulement à travers le trouble ou la maladie qui l'a conduit dans l'établissement ; elle lui permet de dépasser ses limites et de le libérer du carcan dans lequel on l'a assigné en tant que « schizophrène », « bipolaire » ...

Dans le rapport au corps qu'elle convoque, la danse peut avoir des effets particulièrement impressionnants, à travers sa capacité à concilier le corps et l'esprit, que nos sociétés contemporaines occidentales ont fortement séparés.

[434] Audition réalisée le 21 mai 2024 à Rouen, auprès de la commission.
[435] Agence Régionale de Santé – Direction Régionale des Affaires Culturelles.
[436] Dont 70 K€ de fonds publics.

La motivation et l'implication des artistes intervenants sont primordiales dans la réussite et l'efficacité des projets menés, ces derniers devant être respectueux du principe des droits culturels[437], inclusifs et participatifs.

[437] La notion de droits culturels prend de plus en plus le pas sur celle de l'éducation artistique et culturelle – laquelle s'inscrit dans un objectif de « démocratisation culturelle » – jugée trop descendante (du « sachant » vers « l'apprenant »).

Les bienfaits du sport, avec Erwann ALLAIN

Audition d'**Erwann ALLAIN**[438], enseignant en Activité physique adaptée (APA) au Nouvel Hôpital de Navarre (Évreux)

Diplômé d'une licence de STAPS[439], Erwann Allain a commencé à effectuer un stage au Nouvel hôpital de Navarre (Evreux) avant d'être recruté par l'établissement, à la faveur d'une création de poste d'enseignant en Activité Physique et sportive Adaptée (APA).

L'hôpital dispose d'un gymnase pour les activités collectives. S'agissant des activités individuelles, Erwann Allain se déplace au domicile des usagers pour leur prise en charge, lesquels auront préalablement bénéficié d'un suivi à l'hôpital (allant de 2 à 10 séances).

Il travaille au sein de l'unique **Unité de Réhabilitation Psychosociale (URPS)** dans le département de l''Eure[440]. En lien étroit avec les missions locales, l'URPS travaille aussi avec différentes associations – dont l'Abri pour l'hébergement et des clubs sportifs – ainsi que différentes cliniques dans le département de l'Eure.

Créée en 2016, l'unité est active depuis mi-2017/2018. Si des freins internes à l'hôpital ont ralenti sa mise en action, ils sont désormais en train de se lever avec l'installation d'une nouvelle direction.

Les personnes prises en charge souffrent de troubles psychiques et la majorité d'entre elles sont âgées de 18 et 25 ans. Elles bénéficient d'un accompagnement pluridisciplinaire (psychologues, infirmiers, ergothérapeutes…) visant à les aider de différentes manières, avec pour objectif de favoriser leur rétablissement et leur autonomie.

L'emploi du temps d'Erwann Allain comprend une demi-journée par semaine au **Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) pour adolescents** à Evreux. Il s'agit d'une structure de soins qui accueille des jeunes âgés de 12 à 18 ans, scolarisés ou en rupture scolaire, dont le mal être rend difficile la vie quotidienne. Ils bénéficient au sein du CATTP d'activités thérapeutiques de groupe.

Les troubles rencontrés sont de différentes natures : Troubles du Spectre de l'Autisme (TSA), addictions, troubles du comportement alimentaire, bipolarité, schizophrénie… ainsi que des troubles non diagnostiqués. Il existe de nombreux cas de problématiques de genre, de changement de sexe et de violences sexuelles.

La **remédiation cognitive** fait partie des soins proposés : elle consiste en un travail sur la mémoire, la planification, les habilités sociales (en groupe ou en individuel), l'estime de soi, la motivation à intégrer des activités…

Un **travail** est également opéré **sur la mobilité** et l'usage de transports en commun afin d'aider à rompre l'isolement.

Les **activités physiques** engagées relèvent du **sport adapté** et sont conduites à partir des souhaits des patients et de leurs habilités physiques : cela peut être du renforcement musculaire, de la marche, de la course, du basket, du foot, du badminton, etc.

[438] Audition organisée le 11 septembre 2024 dans le cadre du comité d'étude.
[439] Sciences et techniques des activités physiques et sportives.
[440] La Normandie compte 6 unités de réhabilitation psychosociale, inégalement répartis sur le territoire : 3 à Caen, 2 à Rouen et 1 à Evreux.

La **durée de la prise en charge** oscille **entre 18 mois et 3 ans** ; c'est la personne elle-même qui décide de la fin de l'accompagnement. Une réévaluation de l'état de santé de la personne est effectuée tous les 3 à 4 mois.

La **file active** comprend actuellement **250 personnes**, dont entre 50 et 60 personnes sont prises en charge, sur l'ensemble du département de l'Eure.

Les activités de l'URPS font l'objet de financements de la part de l'ARS, à travers des appels à projets.

Les **actions de déstigmatisation**, telles que Psycyclette, la Nuit du handicap à Verneuil ou des projets directement mis en œuvre par des usagers, sont essentielles.

Erwann Allain a créé **un podcast** que l'on peut écouter sur Spotify depuis septembre 2025.

Intitulé **« Jours meilleurs »**, il propose de donner la parole, au cours d'entretiens d'une vingtaine de minutes, à des personnes désireuses de témoigner sur leurs troubles.

L'objectif premier de ce podcast : **briser les tabous, ouvrir le dialogue et rappeler que le rétablissement est toujours possible.**

Spotify

4.7 Déprescription et optimisation médicamenteuse

On sait que les médicaments ne sont pas sans effets secondaires. Rappelons que les personnes atteintes de troubles psychiques vivent jusqu'à 15 à 20 ans de moins que la population générale, en partie à cause de ces effets secondaires. Or en dépit de la nécessité de réduire ou d'arrêter certains médicaments psychiatriques en vue d'améliorer la qualité de vie des patients, ce sujet est très peu posé en France.

Pourtant, d'autres pays comme la Norvège et les Pays-Bas s'intéressent à raison aux **modalités de déprescription et d'optimisation médicamenteuse**. Différentes études montrent en effet un risque de rechute de 60 % en cas d'arrêt brutal des traitements pour la dépression, soulignant l'importance d'une décroissance hyperbolique des doses pour améliorer la qualité de vie des patients.

En Norvège, usagers et soignants ont obtenu conjointement l'ouverture d'unités consacrées à la réduction des traitements. En 2021, une équipe néerlandaise a développé une technique dite du « Tapering Strip » qui consiste à remettre à l'usager une bandelette de sachets contenant chacun un comprimé au dosage personnalisé (produit par un pharmacien). Ce procédé s'assortit d'un questionnaire d'autoévaluation que l'usager est invité à remplir quotidiennement pour noter et mesurer ses symptômes de sevrage.

Maeva Musso, psychiatre et pédopsychiatre, présidente de l'Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologue note que *« l'offre française a été pensée à travers les consultations, les hospitalisations, les consultations d'initiation au traitement… mais rien pour déprescrire dans de bonnes conditions* »[441]. Elle pointe un manque réel de formation à la pharmacologie et à la déprescription pendant l'internat de psychiatrie, tout comme en formation continue.

La jeune psychiatre se montre toutefois optimiste pour l'avenir en soulignant que son projet de consultation spécialisée dans l'optimisation des troubles psychiques est financé par l'ARS Ile-de-France, dans le cadre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP).

4.8 Le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP)

Le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) a vocation à permettre de contribuer ou d'amorcer le financement, dans le cadre de la réglementation, de projets innovants en psychiatrie, tant dans l'organisation promue que dans les prises en charge proposées. Il a pour objectif de répondre aux besoins de transformation de l'offre de prise en charge en psychiatrie, en cohérence avec les actions prioritaires de la feuille de route santé mentale et psychiatrie.

Au 31 mai 2024, 238 projets ont été financés pour un montant de 216 millions d'euros depuis la création du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie en 2019.

En 2024, il comporte deux volets distincts :

- « Nouveaux projets innovants » ;

[441] Entretien publié dans *Le Monde* du 19 avril 2025.

- « Déploiement et innovations en région ».

En 2023, **4 projets en santé mentale** ont été **retenus en Normandie dans le cadre du FIOP**, pour un financement total de 1,16 million d'euros. Ces projets, qui visent à améliorer l'organisation des soins et les parcours des usagers, sont synthétisés dans le tableau qui suit :

ÉTABLISSEMENT	PROJET	OBJECTIFS	PARTENAIRES
CH du Rouvray (76)	Dispositif de soins pour psychotraumatismes	Créer un centre de niveau 2 pour adultes (et mineurs via la MDA) ; former les professionnels ; organiser les parcours	Centre National de Ressources et Résilience (Cn2r), Maison des femmes, cellules d'urgence médico-psychologiques (CUMP)
CH de l'Estran (50)	Réorganisation de la filière TCA	Structurer un parcours gradué ; diversifier les approches thérapeutiques ; renforcer la coordination	CHU de Rouen, Maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP), CPAM
Centre psychothérapique de l'Orne (61)	Co-partenariat équipe mobile ados / hébergement	Intervenir dans une structure d'accueil pour jeunes en situation complexe ; décloisonner les accompagnements	Département, ARS, PTSM
CHU de Caen (14)	Équipe mobile psychotrauma (EM-SPoT)	Proposer des psychothérapies intensives pour patients hospitalisés avec TSPT + comorbidités ; intégrer soins, formation et recherche	Services de psychiatrie et d'addictologie du CHU

4.9 Innovations technologiques : amies ou ennemies de la santé mentale ?

Les nouvelles technologies occupent une place centrale dans nos vies, transformant nos modes de communication, d'apprentissage et de travail.

Elles offrent des opportunités inédites pour la santé mentale : applications de méditation, téléconsultations psychiatriques, groupes de soutien en ligne ou encore « serious games » thérapeutiques favorisent l'accès aux soins et la prévention. Ces outils numériques peuvent rompre l'isolement, améliorer l'adhésion aux traitements et renforcer l'autonomie des personnes.

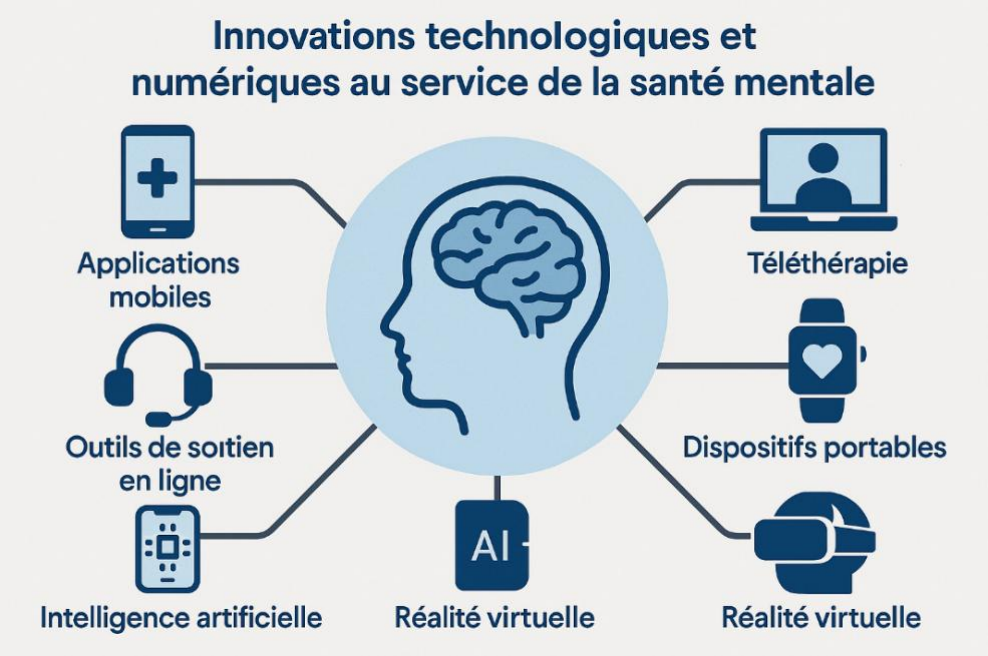


Schéma généré par GPT-5.

Cependant, ces bénéfices ont leur revers et s'accompagnent de risques non négligeables. **L'hyperconnexion**, la surcharge informationnelle et la comparaison sociale sur les réseaux peuvent accentuer l'anxiété, la dépression et les troubles du sommeil. Chez les plus jeunes, l'exposition prolongée aux écrans et la dépendance aux plateformes numériques soulèvent des inquiétudes quant à la concentration, l'estime de soi et la régulation émotionnelle. Enfin, la collecte massive de données personnelles pose des questions éthiques et de confidentialité.

Ainsi, les technologies numériques constituent un levier ambivalent : elles peuvent être un outil puissant de soutien psychologique, mais aussi un facteur aggravant de vulnérabilité. L'enjeu actuel est de trouver un équilibre entre innovation et protection, en développant des usages responsables et encadrés.

4.9.1 Les IA thérapeutiques : ChatGPT est-il un bon psychologue ?

Contrairement à ce que l'on peut penser, le recours à l'intelligence artificielle[442] pour la santé mentale n'est pas un phénomène totalement nouveau puisque le premier robot conversationnel (chatbot) thérapeutique – appelé ELIZA et créé par un informaticien du MIT[443] – remonte à 1966 ! Ce qui est nouveau, c'est le développement important des chatbots et technologies de reconnaissance faciale pour traiter et diagnostiquer des troubles mentaux.

L'OMS estime qu'il y a en moyenne **dans le monde 13 professionnels de la santé mentale pour 100 000 personnes**. Le fait que la grande majorité des adultes souffrant de maladies psychiques ne reçoit aucun traitement ne s'explique néanmoins pas seulement par le manque de professionnels soignants ; le coût des thérapies et traitements de même que la stigmatisation des troubles psychiques ont aussi leur part au non-recours aux soins.

Dans ce contexte, on comprend d'autant mieux l'intérêt que suscitent les solutions virtuelles, plus abordables, anonymes, disponibles à tout instant, jour et nuit. Il existe ainsi aujourd'hui des dizaines de nouvelles applications qui proposent des conseils automatisés à travers des programmes d'intelligence artificielle.

Une étude autour des chatbots de santé mentale, publiée par la revue scientifique Nature en décembre 2023[444], a révélé que les chatbots d'IA pouvaient réduire significativement les symptômes de dépressions et d'anxiété, du moins à court terme. D'autres études[445] ont permis de détecter des signes précoces de troubles dépressifs majeurs à partir d'expressions faciales capturées lors du déverrouillage d'un téléphone et des habitudes de frappe des personnes.

Pour autant, on aurait tort d'imaginer ces solutions technologiques comme la panacée, vu qu'elles n'ont ni les compétences, ni la formation ni l'expérience d'un thérapeute humain. L'IA

[442] Rappelons que la notion d'intelligence artificielle trouve son origine dans les réflexions du mathématicien Alan Turing, au milieu des années 1950. Celui-ci se demandait si un ordinateur serait un jour capable de « penser », sans se limiter à un simple « jeu d'imitation ».

[443] Massachusetts Institute of Technology.

[444] *Systematic review and meta-analysis of AI-based conversational agents for promoting mental health and well-being* | npj Digital Medicine (nature.com)

[445] *Outcomes in Mental Health Counseling From Conversational Content With Transformer-Based Machine Learning* | Psychiatry and Behavioral Health | JAMA Network Open | JAMA Network, (janvier 2024).

générative[446] peut même être particulièrement imprévisible, inventer des informations et se baser sur des préjugés. La majorité des thérapeutes s'accorde sur le fait qu'il est potentiellement dangereux de s'appuyer uniquement sur des « bots », sans coopération humaine.

Estelle Smith, chercheuse en informatique, raconte qu'elle a eu l'idée en 2022 de recourir à Woebot (chatbot thérapeutique) pour tenter de chasser ses idées suicidaires. Après lui avoir confié qu'elle avait très souvent, en tant que passionnée d'escalade, combattu sa tentation de sauter d'une falaise, le chatbot l'a encouragée à le faire en jugeant « merveilleux » qu'elle prenne soin de sa santé mentale et physique.

Ce cas, rapporté dans un article[447] publié par le National Geographic, n'est malheureusement pas rare.

Diverses études montrent que les personnes isolées auraient justement tout intérêt à se tenir à l'écart de ce type de technologie qui n'apporterait à ses utilisateurs que l'illusion d'un soutien. Il suffirait de cinq jours pour créer un lien affectif avec l'IA, avec le risque de développer une relation émotionnelle très forte, à la faveur d'un brouillage des pistes entre fiction et réalité.

C'est ainsi qu'aux États-Unis, une mère a déposé plainte en octobre 2024 contre la start-up Character.ai qu'elle juge responsable du suicide de son fils de 14 ans. Ce dernier était tombé amoureux de « Dany », un robot dont il ne pouvait plus se passer, au point de s'isoler et de se déconnecter de la réalité, jusqu'à souhaiter la rejoindre. Confiant au robot son envie d'en finir, Dany l'aurait alors encouragé : « *Nous vivrons ensemble, comme une seule personne, au paradis* ».

Le recours à un robot est très déconseillé dans le cas de certains troubles psychiques comme la schizophrénie qui cause déjà un problème d'altération de la réalité.

Soulignons enfin que l'émotion, l'ironie, la distance – y compris la frustration de la temporalité entre deux rendez-vous avec un psychothérapeute en chair et en or – contribue à l'alliance thérapeutique quand la disponibilité permanente entretient le patient dans une illusion fantasmatique totale et dangereuse.

[446] L'IA générative est une technologie capable de créer des contenus (textes, images, vidéos…), basée sur des modèles d'apprentissage profond entraînés à partir de grands ensembles de données. À la différence de l'IA traditionnelle qui permet de faire des calculs complexes et difficilement réalisables par l'intelligence humaine, l'IA générative génère des contenus que les humains savent déjà produire.

[447] *National Geographic*, « Les IA thérapeutiques sont-elles bonnes pour notre santé mentale ? », 16 juillet 2024.

4.9.2 « L'homme augmenté » : science-fiction ou réalité ?

« Avec l'harmonie du cerveau, on perd l'harmonie de l'Homme »[448]

Raphaël Gaillard[449] est chercheur en neurosciences, psychiatre, professeur de psychiatrie et directeur du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'hôpital Saint-Anne à Paris et de l'université Paris-Cité.

Dans son ouvrage *L'Homme augmenté*, il s'interroge notamment sur la cohabitation de l'intelligence artificielle et de l'Homo Sapiens, sur les questions d'hybridation et des profondeurs du cerveau de l'Homme.

L'augmentation de l'homme ne relève plus seulement de la science-fiction, vu qu'elle existe désormais dans les interfaces cerveau/machine qui permettent, par exemple, à un homme paralysé de marcher ou de transmettre ses pensées.

Raphaël Gaillard soulève l'idée qu'un cerveau ne supporte pas tout ce qu'on lui ajoute. Il est selon lui **impossible d'augmenter la totalité des facultés du cerveau sans causer de dommage à l'harmonie du cerveau humain**. Il prévoit par conséquent une épidémie de troubles mentaux chez les « hommes augmentés ».

Nos cerveaux « en surrégime »

Pour mieux comprendre la menace qu'il expose, il nous faut le citer plus longuement :

« *Le cerveau est fascinant, mais il a quand même des limites. C'est comme si au travers de l'évolution, il avait été poussé jusqu'au surrégime pour nous permettre de faire tout ce que nous faisons, nous Homo sapiens. Et ce surrégime a un prix à payer. De temps en temps, notre cerveau a des bugs, il y a des choses qui déraillent et ce sont les troubles mentaux. Aujourd'hui, si la dépression, la schizophrénie, le trouble compulsif et toutes les maladies psychiatriques sont aussi fréquentes et avec la même fréquence sous toutes les latitudes, c'est le prix à payer de la puissance de notre cerveau. Maintenant, on augmente mécaniquement la puissance de quelque chose qui ne supportait déjà plus sa puissance. On devrait s'attendre à une augmentation du prix à payer et donc une augmentation de la fréquence des troubles mentaux.* »

Nous voilà prévenus…

4.10 Les infections à l'origine de troubles de santé mentale ?

Les troubles psychiatriques ne seraient pas uniquement le fruit de facteurs psychologiques ou sociaux : des recherches récentes montrent qu'ils pourraient aussi résulter d'interactions complexes entre génétique, environnement et immunité.

---

[448] Entretien avec Raphaël Gaillard le 6 février 2024 dans l'émission Grand Canal sur France inter : Raphaël Gaillard : "Avec l'augmentation du cerveau, on perd l'harmonie de l'Homme" | France Inter

[449] Il est par ailleurs président de la Fondation Pierre Deniker pour la recherche sur les troubles psychiques, expert judiciaire, président de La Compagnie des Experts Médecins auprès de la Cour d'Appel de Paris, rédacteur en chef de la revue scientifique L'Encéphale, auteur de différents ouvrages dont *L'Homme augmenté* publié en 2024 chez Grasset.

Robert Dantzer, neurobiologiste français, est spécialiste des interactions entre système nerveux et système immunitaire. Ses travaux ont montré comment l'inflammation et les cytokines [450] influençaient le cerveau et pouvaient induire des comportements de type dépressif.

Plus récemment parmi les pionniers de ce champ, la professeure Marion Leboyer [451] a largement contribué à démontrer le **rôle des infections et des processus inflammatoires dans la survenue de certaines pathologies mentales**. Ses travaux mettent en évidence que des agents infectieux, en perturbant le système immunitaire ou le microbiote, peuvent déclencher ou aggraver des troubles tels que la dépression, les troubles bipolaires ou la schizophrénie.

Cette approche, appelée **immuno-psychiatrie**, ouvre la voie à de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques, en considérant les maladies mentales comme des affections systémiques et non plus uniquement cérébrales.

« Aux XVIII^e^ et XIX^e^ siècles, les épidémies de grippe provoquées par le virus Influenza étaient déjà associées à l'apparition de pathologies comme les psychoses ou les troubles bipolaires. […] Dans les années 1890, les « psychoses grippales » étaient d'ailleurs un phénomène psychiatrique largement reconnu. »[452]

À l'été 2021, environ 6 millions de Français ont contracté le Covid. À trois mois, 20 % d'entre eux ont développé des troubles psychiatriques, surtout des troubles anxieux. Après six mois, ce chiffre était de 34 %, en particulier des dépressions associées à des difficultés cognitives.

Notons que la première chaire « Neurobiologie et immunité » a été créée le 6 mars 2021 au Collège de France.

4.11 Voix dissidentes de la psychiatrie

« *On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses marges, ses fous et ses déviants.* »[453]

Depuis plusieurs décennies, la psychiatrie française est traversée par des tensions profondes, alimentées par des critiques récurrentes de ses fondements, de ses pratiques et de ses institutions. Ces voix dissidentes, issues tant du monde académique que des mouvements citoyens, dénoncent une psychiatrie jugée trop souvent répressive, « médicalisante » et déconnectée des réalités sociales.

[450] Petite protéines sécrétées par certaines cellules, notamment les cellules du système immunitaire, qui servent de messager chimique pour réguler les réponses immunitaires et inflammatoires.
[451] Marion Leboyer est psychiatre, professeure des universités et praticienne hospitalière à l'Université Paris-Est Créteil (UPEC). Spécialiste des troubles bipolaires, de la schizophrénie et de l'autisme, elle dirige depuis 2007 la Fondation FondaMental, dédiée à l'innovation en santé mentale.
[452] *Réinventons notre santé mentale avec la Covid-19* (Marion Leboyer, Lisa Letessier, Anne de Danne) – Éd. Odile Jacob – 2021.
[453] **Lucien Bonnafé**, psychiatre (1912-2003), figure majeure du courant désaliéniste et acteur clé de la réforme psychiatrique en France.

Dès les années 1960-1970, des figures comme Michel Foucault [454], Thomas Szasz [455] ou R.D. Laing [456] ont ouvert la voie à une remise en question radicale de la psychiatrie traditionnelle, en soulignant ses dimensions normatives et coercitives. Ce courant, souvent qualifié d'antipsychiatrie, a inspiré en France des approches alternatives, comme la psychiatrie de secteur ou la psychiatrie institutionnelle, qui visaient à replacer le patient dans son environnement social et à favoriser une prise en charge plus humaine.

Aujourd'hui, ces critiques se renouvellent à travers le mouvement de la psychiatrie critique, qui plaide pour une approche centrée sur les droits humains, l'autonomie des personnes et la justice sociale. Elle remet en cause la médicalisation excessive de la souffrance psychique, la stigmatisation des troubles mentaux, et les rapports de pouvoir asymétriques entre soignants et soignés.

4.11.1 Roland Gori, psychanalyste[457]

« Si la psychiatrie n'est pas morte, elle est agonisante ou moribonde ».

Selon Roland Gori, les injonctions écrasantes conduisent à la dépression ; on serait amené à vivre au-dessus de ses moyens et aux addictions pour tâcher d'être à la hauteur. Il juge paradoxal que l'on veuille traiter l'hyperactivité quand l'organisation de la société pousse à l'hyperactivité.

La société aurait peur de tout, dans une idéologie qui pousse au risque (l'entrepreneur est le « *héros des temps modernes* ») tout en disant protéger du risque. Notre société très individualiste placerait les personnes dans une extrême solitude.

On médicaliserait le fou pour démontrer ce qu'est la normalité, pour justifier les dispositifs sécuritaires. On serait désormais moins dans la traque des anormaux – comme aux 19e et 20e siècles – que dans la traque des anomalies.

Roland Gori en veut pour preuve que la première version du DSM (DSM-I) – publiée en 1952 – comportait 60 entités nosologiques en psychiatrie (troubles psychiatriques) et que ce nombre a été porté à 410 dans sa 4e version en 1994 (DSM-IV). On traquerait donc les anomalies

[454] **Michel Foucault** (1926-1984), philosophe et historien, est une figure centrale de la pensée contemporaine. On lui doit notamment une analyse du pouvoir et des savoirs, sur la manière dont les institutions les institutions (prison, hôpital, école) structurent la société.

[455] **Thomas Szasz**, psychiatre et professeur (1920-2012), d'origine hongroise et installé aux États-Unis. Il a remis en cause la psychiatrie traditionnelle en affirmant que la maladie mentale était une construction sociale.

[456] **Ronald David Laing** (1927-1989), psychiatre britannique, est une figure majeure du mouvement antipsychiatrique. Selon lui, la schizophrénie n'est pas une maladie biologique mais une réponse à un contexte social et familial pathogène.

[457] Un monde sans fous - Entretien avec Roland Gori (youtube.com) – 12 décembre 2015. Roland Gori est psychanalyse, professeur émérite de psychologie et de psychopathologie clinique à l'université Aix-Marseille, auteur de nombreux ouvrages. Il est aussi le président du mouvement « Appel des appels » qui invitait les professionnels du soin, de la justice, de l'enseignement ou de la culture à se rassembler, échanger pour réagir et s'opposer aux logiques de normalisation et d'évaluation dans ces domaines.

(multiplication des « dys »[458]) pour homogénéiser et raboter les comportements, dans une société de la norme et de la conformisation[459].

Il évoque la suppression, à la fin des années 1980, de la spécificité de la psychiatrie parmi les spécialités médicales pour en faire une spécialité médicale comme une autre. Il rappelle qu'elle a été suivie de la suppression de la spécificité de l'internat psychiatrique et de la profession d'infirmier psychiatrique, devenant un infirmier comme un autre.

4.11.2 Daniel Zagury, psychiatre[460]

« En étendant le champ de la psychiatrie à la santé mentale, la psychiatrie risque d'exploser, comme il arrive à la grenouille de la fable, à force d'enfler ».

Sur les nouveaux modes de gouvernance et ce qu'il désigne comme le « terrorisme managérial », Daniel Zagury tient des propos qui résonnent avec ce qui a été dit au cours de la table ronde que nous avons dédiée à la souffrance au travail :

« Les cadres de santé passent leur temps à réfléchir à de meilleures organisations de soins… […] on découpe, on segmente, on regroupe, on fait des pôles, on réorganise, tout ça au détriment de l'essentiel dans l'appréhension du rapport à la réalité ».

« Nous sommes à l'ère de la normalisation, de la standardisation, du protocole. Nous sommes à l'ère où l'on nous dit ce qu'il faut faire, comment il faut faire, où il n'y a plus de possibilité pour inventer, pour créer, pour s'adapter. Tout ça se pare dans une idéologie libérale, alors qu'en fait, ce sont des mammouths staliniens qui nous écrasent et tous ces managers, avec leurs PowerPoint et avec leur savoir, et leur langage creux… en définitive nous étouffent, nous empêchent de travailler, nous empêchent de penser. Le pire est que ce sont véritablement les ronds-de-cuir des temps modernes parce qu'ils ont complètement perdu le contact avec la réalité vivante de ce que doit être une équipe psychiatrique, une université, un laboratoire de recherche… Ils se posent comme une espèce de méta savoir, au-dessus de tous les savoirs, sans jamais saisir de ce qui fait la complexité des relations. »

Des extraits de l'introduction de son ouvrage ***Comment on massacre la psychiatrie française***[461] permettent de compléter son analyse de ce qu'il considère être à l'origine de la dégradation de la psychiatrie en France :

« On a précipité l'effondrement de la psychiatrie intégrative bio-psycho-sociale (…). Ce qui est condamnable, ce ne sont évidemment pas les neurosciences (…) mais la prétention à l'hégémonie et à l'exclusivisme de n'importe lequel des composants du champ psychiatrique. »

---

[458] Consulter en annexe 5.5 l'évolution des dépenses de tests liés à la santé mentale.

[459] Dans son livre *Un coup de hache dans la tête, Folie et créativité* (2022 – Ed. Grasset), Raphaël Gaillard a cette formule pénétrante : « *Or la névrose, c'est à peu près la normalité. Il faudrait compléter : les névrosés construisent des châteaux en Espagne, les psychotiques y vivent, et les pervers les louent aux plus offrants.* »

[460] Un monde sans fous - Entretien avec Daniel Zagury (youtube.com) – 12 décembre 2015. Daniel Zagury est psychiatre des hôpitaux français, spécialiste de psychopathologie et de psychiatrie légale, chef de service et expert près la cour d'appel de Paris. Il analyse les causes du déclin de la psychiatrie dans un ouvrage intitulé *Comment on massacre la psychiatrie française*, paru en 2021 aux Éditions de l'Observatoire.

[461] Introduction consultable en ligne : Comment la psychiatrie va-t-elle s'en sortir ? - Rencontres Soignantes en Psychiatrie

« On a formé des générations d'internes dans l'ignorance de la psychiatrie intégrative, en leur faisant croire que la psychiatrie était née en Amérique, ce pays aux congrès débordant de la richesse des laboratoires pharmaceutiques tandis que leurs malades chroniques vont à la rue, en prison ou prématurément au cimetière. »

« On a dit aux infirmiers en psychiatrie qu'ils étaient « comme les autres », avec la même formation que les autres, et on les a transformés en greffiers de la traçabilité de leurs patients. Les conséquences en termes de prise en charge ont été désastreuses. »

4.11.3 Mathieu Bellahsen, psychiatre et lanceur d'alerte[462]

Au cours d'un interview corrosif, le Dr Bellahsen expose les raisons pour lesquelles il établit un lien entre l'évolution des soins en psychiatrie et le néolibéralisme :

« *des pratiques indignes dans l'accueil des patients* » : alors qu'il y a toujours eu une culture asilaire en psychiatrie, il existerait selon lui une « *forme néolibérale qui dégrade les conditions d'accueil et de soins* » (sous prétexte de virage ambulatoire, par exemple).

« La psychiatrie est la seule spécialité médicale où l'on peut soigner quelqu'un sans consentement ». Or, on ne peut pas soigner quelqu'un sans le consentement de la personne ; il s'agit même d'un oxymore puisqu'il s'agit de rétablir un lien.

Mathieu Bellahsen estime que l'inflation des troubles de santé mentale est en partie due au fait que l'on « psychologise » et que l'on « psychiatrise » de plus en plus des problématiques qui étaient auparavant traités « sociétalement » ou politiquement, et qui n'étaient pas centrées sur l'individu :

« *On ne va pas attaquer le mode de management pathologique à votre travail mais* ***on vous dira que c'est vous, en tant qu'individu, qui n'êtes pas adapté à ce cadre qui ne sera jamais remis en question*** *(à savoir des conditions délétères de travail). On dira donc à ces personnes qu'elles souffrent d'un trouble de santé mentale.* »

L'accroissement du nombre de personnes qui entrent dans les files actives de psychiatrie et de santé mentale est selon lui la conséquence de cet hyper-individualisation.

Il rappelle qu'en 2001, l'OMS réclamait que la santé mentale intervienne dans toutes les politiques de santé publique.

En 2005, l'Union européenne éditait un livre vert[463] dans lequel Mathieu Bellahsen voit de la part de l'UE le souhait d'une population en bonne santé mentale pour qu'elle remplisse ses objectifs stratégiques (notamment économiques).

Il y voit un renversement – depuis une culture désaliéniste et émancipatrice jusqu'au souhait d'avoir de bons indicateurs pour les ressources économiques – très important à comprendre.

[462] La vidéo de l'entretien *S'adapter à un monde devenu fou : la santé mentale, la politique et nous* , enregistrée le 27 avril 2024 et consultable sur YouTube, a été projeté et commenté au sein du comité d'étude.
[463] *Améliorer la santé mentale de la population : Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*.

En 2009, le rapport[464] remis à Nathalie Kosciusko-Morizet, alors Secrétaire d'État chargée de la Prospective et du Développement de l'économie numérique, définit trois types de santé mentale, dont la **santé mentale positive**, à savoir les **ingrédients d'une vie jugée « réussie ».**

Il rappelle enfin qu'à l'origine, le DSM aux États-Unis a été créé à la demande des assurances qui souhaitaient définir la liste des soins susceptibles d'être remboursés.

Après de longues années de combat pour humaniser la psychiatrie, il voit à partir du DSM-3 (publié en 1980) la reprise en main de ce qu'il appelle « l'objectivisme médical » ; il évoque des conflits d'intérêt de la part de rédacteurs du manuel, et l'intégration de nombreux troubles corrélés à la fabrication de médicaments.

« La psychiatrie se termine actuellement là où elle devrait commencer ».
« Plus la consultation est courte, plus l'ordonnance est longue ».

Matthieu Bellahsen souligne une hyper-inflation de prescriptions de psychotropes (dont des amphétamines) pour les enfants (revue *Prescrire*, avril 2024) ces dix dernières années et alerte sur les risques d'addictions et de troubles majeurs dans les décennies à venir.

« *Le soin, c'est l'entrée en relation avec l'autre. La maladie mentale est une maladie du lien.* »

Les soins se concluent le plus souvent avec la prescription de médicaments alors que c'est au moment où l'on se sent apaisé que les soins peuvent commencer.

Il déplore que les maladies mentales soient désormais considérées comme chroniques et nécessitant un traitement à vie alors qu'il n'y a pas, selon lui, de fatalité en la matière. Le besoin d'un usage raisonné et d'un suivi régulier est d'autant plus prégnant quand on sait que les 10 à 15 ans d'espérance de vie en moins pour les personnes en souffrance mentale s'expliquent aussi par un excès de psychotropes.

Le Dr Bellahsen plaide pour la **psychothérapie institutionnelle**, laquelle consiste à soigner les institutions de soins pour pouvoir soigner les personnes malades. De même, la pédagogie institutionnelle vise à soigner l'école pour que les enfants puissent apprendre et se développer dans de bonnes conditions. On pourrait aussi faire une psychothérapie institutionnelle de la justice à travers la justice restaurative. On pourrait enfin l'appliquer à toutes les institutions, l'idée étant que l'on laisse aux personnes la possibilité de remettre en cause le cadre de manière à ce que ce dernier s'adapte à lui (et non l'inverse).

Verbatim du comité d'étude (13 novembre 2024)

« L'obsession du traçage à l'hôpital cache en réalité nos défaillances, en l'absence du temps nécessaire que l'on devrait passer avec les patients ».

« Les « fous » sont dans la rue et en prison. Il n'y a pas de place ailleurs ! »

[464] *La santé mentale, l'affaire de tous*, *Pour une approche cohérente de la qualité de la vie*, remis le 17 novembre 2009 à Nathalie Kosciusko-Morizet. Télécharger le rapport sur stratégie.gouv.fr

4.11.4 Emmanuel Venet, psychiatre

« … de même que les vrais luthiers ne fabriquent jamais deux fois le même violon, les vrais soignants en psychiatrie ne co-organisent jamais deux fois la même relation thérapeutique »[465].

Dans son *Manifeste pour une psychiatrie artisanale,* paru en 2020 aux Éditions Verdier, Emmanuel Venet écrit en introduction :

« La psychiatrie publique de notre pays craque de toutes parts, et sur ce point, le diagnostic est presque unanime : les hôpitaux n'ont plus rien d'hospitaliers même lorsqu'ils sont flambants neufs ; les centres médico-psychologiques proposent des délais de rendez-vous indécents, même et surtout dans les communes où les besoins de soins sont les plus criants ; les cliniques privées se transforment en outils financiers et la logique de rentabilité y concurrence dangereusement la fonction thérapeutique ; les praticiens libéraux deviennent inaccessibles en raison d'agendas surchargés et/ou de dépassements d'honoraires rédhibitoires ; les équipes paramédicales, débordées et déboussolées, ne savent plus à quel corpus théorique se référer pour penser leurs pratiques ; et les médecins hospitaliers s'engagent dans des guerres stériles – théoriques, pratiques, territoriales – , quand ils ne choisissent pas de déserter. »

« généralisation de la pénurie, climat délétère, postes vacants, démotivation des équipes, extrême difficulté à se projeter dans un avenir institutionnel incertain. Les Agences régionales de santé, relais du ministère, émettent des recommandations – diminuer le recours à l'isolement, élargir les horaires de consultation, développer les soins extrahospitaliers et la réhabilitation sociale des patients les plus en difficulté – dont la mise en œuvre se heurte à des murs budgétaires infranchissables. Et sur le terrain, on observe surtout des suppressions de postes, des fermetures de lits et une suroccupation dramatique des services ».

« Il y a plus grave : De nombreux psychiatres universitaires profitent du désarroi et de la souffrance des institutions de soins pour proposer des solutions qui, sous les apparences du bon sens et de l'efficacité, visent à en finir avec des approches thérapeutiques présentées comme obsolètes, inopérante voire délétères. En première ligne dans leur collimateur, de la psychanalyse est la psychothérapie institutionnelle. »

« La psychiatrie du sujet […] est depuis plusieurs années remplacée par une psychiatrie du symptôme venue d'Amérique du Nord, dont l'objectif se résume à gommer les phénomènes qui s'écartent de la norme sans chercher à en comprendre les enjeux profonds ni même à les contextualiser. Cette approche, qui permet de transformer aisément l'acte de soin en prestation de service, fait le lit d'une psychiatrie du risque qui nous arrive sournoisement et qui pourrait disqualifier l'ensemble du soin psychique par ses effets néfastes sur la société tout entière. On se souvient du rapport de l'Inserm[466] *qui prétendait, en 2005, établir des critères prédictifs d'une évolution vers la délinquance chez les enfants de moins de trois ans, illustration d'une démarche non seulement indigente sur le plan scientifique, mais terriblement dangereuse.*

[465] *Manifeste pour une psychiatrie artisanale*, paru en 2020 aux Éditions Verdier.

[466] Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Depuis sa naissance au début du XIX^e^ siècle, la psychiatrie hésite entre deux courants opposés, la biologique et l'autre psychosocial. Le premier fait la part belle au cerveau, le second au psychisme.

L'auteur fustige les porte-parole de la fondation FondaMental « *qui proposent de raser – gratis – les modèles théoriques attachés à défendre la complexité des phénomènes psychiques au profit d'une approche simpliste promise pour demain : la génétique serait sur le point de pouvoir tout expliquer ou presque.* »

Conséquence : les services hospitaliers concentrent les cas les plus difficiles (soins sous contrainte, pathologies bruyantes, chroniques et désocialisantes) qui détournent les malades présentant des cas moins graves, lesquels préfèrent recourir à des établissements privés.

L'idéal égalitariste de la sectorisation (s'opposant à l'abandon des malades les plus difficiles à soigner et non solvables) est contrecarré par :

- Une approche inspirée des pratiques nord-américaines : création de services dits transversaux ou surspécialisés (dépression, addictions, troubles alimentaires, etc.) ;
- « *Une gouvernance sanitaire habilement économique* » (diminution de budgets permanents au profit d'actions légitimes mais éphémères (prévention du suicide, autisme, etc.).

Concurrence entre les deux niveaux :

- Les services sectoriels sont les parents pauvres du système qui supportent l'essentiel des contraintes (permanence des soins, horaires dissuasifs, lourde charge de travail, obligation de prise en charge de tous les patients adressés, épuisement et fuite du personnel médical et paramédical) ;
- Les services transversaux concentrent l'essentiel des attracteurs : équipes étoffées et stables, possibilité de choisir les indications de soins, pratique souvent ambulatoire et donc moins contraignante…).

Comme les internes ont le choix entre ces deux voies, on comprend où ils préfèrent se former et on devine où il sera plus facile de recruter des paramédicaux.

Pourtant, la pratique sectorielle bien conduite remplit ses missions de déstigmatisation, de prévention des crises et de protection de l'insertion sociale. Le Dr Venet se dit en effet certain que cette pratique évite bien des internements, violences et suicides.

« Mais les événements qui n'ont pas eu lieu échappent, par nature, à la quantification et à l'évaluation, dont notre politique sanitaire a fait sa religion, et ne pèsent donc pas lourd dans les arbitrages budgétaires. »

La criminalité psychopathologique, qui ne concerne pas plus de 2 % de la criminalité globale, reste marginale comparée à la criminalité mafieuse, crapuleuse ou passionnelle.

Depuis une trentaine d'années, on a vu diminuer lentement les moyens dévolus à la psychiatrie sectorielle – pratique humble, obscure et médiatiquement sans intérêt – au profit de la création de divers services de psychiatrie pour patients violents :

- Unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) pour les patients agités ;
- Unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) pour les personnes incarcérées présentant des troubles mentaux ;
- Unité pour malades difficiles (UMD) pour les patients jugés dangereux.

Emmanuel Venet y voit le retour des quartiers asilaires de jadis, quand on subdivisait les établissements en services en fonction du comportement des patients.

« La psychiatrie publique ne se débattrait pas dans sa misère actuelle si les moyens supprimés à l'hôpital avaient été compensés par la création de structures extrahospitalières permettant des suivis thérapeutiques suffisamment intensifs, de l'hébergement adapté et un accompagnement vers l'emploi. »

ANNEXES

5 Annexes

5.1 Transcription [467] de la rencontre avec le Dr Pascal CRÉTÉ, Assemblée plénière du CESER du 10 octobre 2024 à Rouen

Le Dr Pascal Créte[468] est psychiatre, médecin directeur général de l'association Les Foyers de Cluny du Calvados et président de Santé Mentale France Normandie.

*Il est intervenu à l'assemblée plénière du CESER du **10 octobre 2024**, à l'occasion de la **Journée mondiale de la santé mentale** et dans le cadre de l'étude menée par le CESER.*

Dr Pascal CRÉTÉ : Merci, Mme la Présidente, Mesdames et Messieurs ; je suis très heureux d'être parmi vous aujourd'hui pour échanger.

Quand nous avons travaillé ce temps d'échange avec la commission, nous avons imaginé un temps d'intervention, disons une conférence plénière, puis un temps d'échange après avec vous. L'objet principal étant de pouvoir répondre à un certain nombre de vos questions sur la santé mentale.

En effet, c'est la troisième fois que je suis sollicité par le CESER Normandie. J'en suis très heureux car la santé mentale dans notre région est une question préoccupante. Elle l'est au niveau national, mais plus particulièrement dans notre région, qui est tout de même très dégradée sur le plan de la démographie médicale au niveau d'un certain nombre de départements, malgré un équipement sanitaire et médico-social assez conséquent ; les scores et résultats nous alertent.

Par exemple, dans la population des jeunes, on a quand même en deuxième cause de mortalité la question du suicide. Sur le plan des addictions, la Normandie est une région fortement exposée à la consommation de produits fortement addictifs.

Votre travail est très important et est très attendu par la communauté des psychiatres et des soignants en psychiatrie, parce qu'en parallèle il y a aussi bien sûr tous les travaux menés par les ARS, qui sont plutôt des travaux de mise en œuvre d'une politique de santé publique qui descend du ministère. Avec, notamment, la mise en place, vous le savez, des Projets territoriaux de santé mentale, au nombre de sept en Normandie. On arrive là au terme du premier quinquennat de fonctionnement des PTSM et on attend la deuxième mouture de ces Projets.

Pour préparer un peu l'intervention, je lisais justement hier le rapport qui vient juste d'être rédigé sur les projets territoriaux de santé mentale et qui en offre un premier constat à l'échelle

[467] Transcription quasiment intégrale de l'intervention du Dr Créte et des échanges qui ont suivi. Seule la formulation de certains propos a parfois été un peu remaniée pour plus de clarté.

[468] Il exerce notamment au Foyer Léone Richet (FAM Léone Richet – Caen), structure médico-sociale d'accompagnement pour adultes présentant des troubles psychiques.

de la France. Vous verrez qu'il y a en effet, dans le principe du Projet territorial de santé mentale, de très bonnes choses en termes de rapprochement du sanitaire, du médico-social, de la médecine de ville, etc. Mais il reste quand même des dysfonctionnements ou des zones d'ombre. Je pense aussi à la multiplication d'acteurs sur le territoire (la MDPH, la Communauté 360…) qui brouillent un peu les pistes et empêchent de travailler à l'échelle du territoire. On attend donc du CESER Normandie un état des lieux, peut-être aussi des préconisations sur la mise en place de ces outils, dans le cadre du Projet territorial de santé mentale, qui nous permettent (à nous soignants) de discuter avec nos autorités de tutelle.

Je suis particulièrement sensible à cette dimension-là, d'autant que vous savez que la question des jeunes aujourd'hui devient une question très préoccupante. À la fois du côté de la pédopsychiatrie, qui est en train de se désertifier littéralement par manque de professionnels, mais aussi dans le secteur médico-social, avec tous ces enfants qui ne trouvent pas forcément de voie de sortie aux établissements pour enfants, au moment où ils deviennent adultes. Je parle notamment des amendements Creton, qui sont tout de même très nombreux dans notre région et à l'échelle de la France.

Force est de constater aussi que la crise Covid a créé, il y a quatre ans, une souffrance qui a marqué toute notre société ; je pense que nous n'avons pas été épargnés nous-mêmes. Mais les plus jeunes, et en l'occurrence ceux qui arrivent aujourd'hui au niveau des universités par exemple, présentent une grande fragilité psychique. On a une explosion des demandes de prises en charge au niveau des populations, notamment étudiantes.

On vient d'ouvrir à Caen le Service de Santé Étudiant (SSE), un très beau service que je vous invite à visiter si vous en avez l'opportunité. C'est un projet qui remonte à plus de 35 ans et on a enfin vu ce service ouvrir. La directrice du SSE indiquait que les recrutements faits ne suffisent pas pour répondre à l'ensemble des demandes auprès des étudiants.

On est donc vraiment aujourd'hui, en ce 10 octobre, Journée de la santé mentale, au cœur d'une problématique sociétale majeure.

Je vais essayer de vous parler déjà de la place de mon métier premier, psychiatre, c'est-à-dire d'un médecin spécialiste des problématiques de santé mentale. Surtout un spécialiste qui lutte contre les processus qu'on appelle dans notre jargon, « processus psychopathologiques ».

On a aujourd'hui tendance à réduire ce métier à un médecin prescripteur, qui délivre des médicaments. Alors que le cœur de notre métier est avant tout de lutter contre des processus qui désorganisent la vie psychique de tout un chacun. Ça peut aller bien sûr de la souffrance psychique, qu'on a connue avec la période Covid, à des pathologies beaucoup plus graves comme les psychoses, qui vont empêcher ces personnes handicapées psychiques de construire ou établir une vie quotidienne normale.

Notre travail est donc d'utiliser tous les moyens en notre possession pour empêcher ces processus de détruire la vie psychique. Quand je consulte à l'université, je suis toujours très surpris quand je reçois des étudiants de 18-20 ans qui connaissent un moment difficile et qui se sont déjà vu prescrire un antidépresseur, un anxiolytique ou même un hypnotique. Sachant que l'on est dans un pays qui bat des records en termes de consommation et que la Normandie

est une des régions les plus consommatrices de psychotropes en France. Nous autres psychiatres allons essayer d'autres outils relationnels qui vont nous permettre de traiter et d'accompagner les gens, en évitant parfois en effet une prescription médicamenteuse.

Je vous parle aussi d'une place de directeur. Puisque j'ai une double casquette de directeur d'établissement médico-social, un établissement, notamment à Caen qui s'appelle le Foyer Léone Richet. Il est spécialisé dans l'accompagnement et le soin de personnes schizophrènes, de jeunes (mais pas seulement, puisqu'on accompagne de nombreuses personnes au domicile et qui sont maintenant âgées) et qui développe depuis cinquante ans un certain nombre d'outils pour traiter cette maladie qu'on appelle la schizophrénie, qui appartient à la famille des psychoses.

Être directeur d'un établissement, c'est prendre des responsabilités administratives et articuler, en quelque sorte, deux logiques : la logique organisationnelle de l'établissement – qui s'impose ou nous est parfois imposée – à la logique clinique, celle des patients qui ont des modes de fonctionnement, de rapports au monde tout à fait singuliers.

Je vous donne un exemple : lorsque l'on travaille avec des personnes schizophrènes, le rapport à l'espace est quelque chose de très important. Certaines personnes ne peuvent pas passer d'une pièce à l'autre sans se désorganiser, sans être traversées par des angoisses. On va donc prendre en compte cette question des espaces de l'institution. Cela va forcément être une considération que le directeur doit garder à l'esprit.

La question qui est la mienne, et celle que j'aimerais que l'on ait dans le champ médico-social ou sanitaire aujourd'hui, est la suivante : est-ce que l'organisation est première et est-ce à nos usagers, nos patients, de s'adapter à l'organisation ? C'est un peu comme ça que cela fonctionne aujourd'hui.

Ou est-ce que notre travail consiste plutôt à penser des organisations en fonction de la clinique ? Personnellement, j'essaie de travailler dans cette direction-là. Je prenais l'exemple de la question importante du rapport à l'espace : on va donc travailler au niveau même de l'architecture des établissements pour faire en sorte que ces problématiques soient intégrées dans l'organisation.

C'est une question très importante car beaucoup de nos organisations sanitaires et médico-sociales sont très verticales. Les orientations et décisions viennent d'en haut, des ministères, et charge à nous de les adapter. Mais ne devrait-on pas partir d'abord des besoins des personnes ? De la spécificité des pathologies qu'on accueille et penser nos organisations à partir de là ?

C'est une proposition d'organisation que j'appelle « une organisation institutionnelle », c'est-à-dire une organisation qui part de ce qui se passe concrètement et des usagers, sachant qu'en effet lorsqu'on travaille avec des publics qui souffrent d'addictions, ce ne sera pas la même chose qu'avec un public schizophrène ou autiste. Les rapports seront différents.

Je parle aussi, puisque l'on m'a présenté comme cela tout à l'heure, d'une place de président d'une association Santé Mentale France Normandie, qui existe au niveau national comme Santé Mentale France, que certains d'entre vous connaissaient sans doute sous la forme des

Croix-Marines, association à l'origine née dans les années 50 et qui a toujours défendu les questions relatives à la psychiatrie et la santé mentale en protégeant les usagers, aux côtés de l'UNAFAM (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques). Très militante et engagée, elle se mobilise depuis plus de 70 ans pour faire valoir les droits des personnes. Au moment de la loi de 2005, Santé Mentale France a été très engagée pour faire valoir ces droits et encore aujourd'hui, à l'aube de l'année 2025 dont la Grande Cause nationale sera la santé mentale (même si on ne sait pas trop ce que ça implique compte tenu des coupes budgétaires qui sont annoncées), Santé Mentale France va être très mobilisée pour se faire entendre par le gouvernement.

À l'échelle de la région Normandie, Santé Mentale France Normandie est une association très dynamique qui regroupe des acteurs du secteur médico-social, de la psychiatrie, des associations d'usagers (comme les GEM, notamment d'Yvetot), qui ont leur place dans notre Conseil d'administration. Nous organisons des journées de formation ou des soirées débats autour de films.

C'est important car vous savez que cette parole des usagers, qui a bien sûr évolué depuis plusieurs années, notamment avec la loi de 2005, reste très compliquée. Je regardais il y a quelques jours une émission sur les aidants, que peut-être certains d'entre vous ont regardée ; on voit bien qu'il y a un discours de nos politiques et une vraie prise de conscience par rapport à cette complexité de l'aidant aujourd'hui. Pour autant, les moyens d'accompagnement, les moyens financiers, les places ne sont pas à la hauteur. Nos associations ont donc un devoir d'accompagner les associations d'usagers pour faire valoir ces droits.

La psychiatrie est une discipline relativement récente dans l'histoire de la médecine : elle remonte à la fin du XVIII^{e} (plutôt début XIX$^{e)}$ et elle s'est surtout développée au cours du XX^{e} siècle. Elle a elle-même été remaniée par des lois, des orientations et autres, j'y reviendrai plus en détail.

Ce qui est intéressant, c'est que cette discipline s'est progressivement dégagée de la médecine somatique, au fil d'apports qui sont venus d'autres sciences humaines. Des courants d'ouverture ont agrémenté cette psychiatrie qui, au début, se voulait très médicale.

La philosophie bien sûr, on ne peut pas faire de psychiatrie sans avoir une ouverture, me semble-t-il, aux questions philosophiques.

La sociologie, pour penser toutes les organisations ; et vous verrez qu'il y a un rapport direct entre les pathologies et le contexte social et sociétal.

Aussi, bien sûr, la psychologie qui est venue nous apprendre beaucoup sur les mécanismes de fonctionnement. Et, enfin, même si certains pourraient la décrier aujourd'hui, la psychanalyse qui nous a apporté une boîte à outils très importante pour comprendre que la vie psychique ne répond pas de la même logique que la pensée consciente.

Pour le dire plus simplement : lorsque l'on commence à aborder la vie psychique, on remarque qu'il s'y passe un certain nombre de choses que la pensée cartésienne ne peut pas appréhender par cette seule pensée. C'est là où la psychanalyse nous a apporté sa boîte à outils, ce que Freud a appelé la métapsychologie, à savoir une forme de fonctionnement de la

vie psychique pour essayer de comprendre comment cela se passait dans la tête des gens et surtout, ce qui fait qu'à un moment donné une personne rentre dans un système qui devient psychopathologique.

Tout ça est très important, et je le dis d'autant plus que l'on a tendance aujourd'hui à revenir à une psychiatrie très médicale, très « neuro », très binaire, où l'on pense les choses en fonction de symptômes. Cela nous vient des Anglo-Saxons essentiellement, depuis des années où l'on a le fameux DSM et toutes ces échelles qui progressivement nous permettent d'appréhender les troubles. Mais on ne peut pas réduire la vie psychique et la psychiatrie uniquement à des symptômes, car c'est beaucoup plus complexe que ça. Un sujet, un individu, c'est quelqu'un qui est aussi dans un milieu, dans un contexte, donc forcément l'élément sociétal va avoir une place déterminante.

Lorsque l'on accueille quelqu'un, par exemple, un étudiant qui vient consulter au SSE, on va essayer d'évaluer avec lui ses troubles pour lesquels on sera amené à apporter une réponse, mais aussi le contexte sociétal. Il y a un certain nombre de pathologies et souffrances psychiques, on le sait bien aujourd'hui, autour des pathologies du travail notamment, qui sont liées directement à l'organisation et au contexte.

Il est donc très important de ne pas réduire la question de la santé mentale uniquement à une maladie, des symptômes, un traitement ; c'est bien plus vaste que ça. C'est pour ça qu'il est important de parler de « santé mentale ». Si la psychiatrie s'occupe des pathologies souvent les plus graves de la vie psychique, on consulte généralement un psychiatre lorsque l'on a des symptômes qui altèrent véritablement sa vie quotidienne, dégradent ses relations familiales, sociales, etc. La médecine d'aujourd'hui a tendance à ne pas prendre en compte l'importance de ce milieu.

Je prends quelques exemples. Hier soir, j'ai discuté avec des collègues de pédopsychiatrie qui m'ont dit : « *Aujourd'hui, pratiquement tous les enfants qui sont dans les hôpitaux de jour ont un traitement neuroleptique, tous les enfants sont médiqués*. » Il y a 20 ans – j'ai travaillé 12 ans avec des enfants – j'ai dû prescrire deux fois des traitements neuroleptiques à des enfants (d'ailleurs plutôt des adolescents) parce qu'il y avait déjà un début de schizophrénie et qu'il convenait de calmer le processus de désorganisation. Mais pour tous les autres, qui avaient des troubles de TDAH ou des « dys » que l'on connaît aujourd'hui, on avait plutôt recours à des outils psychothérapiques, à des groupes, à des dynamiques diverses, pluridisciplinaires, avec l'aide des éducateurs, pour les accompagner et les soigner. Aujourd'hui, les enfants sont médiqués.

Certains répondront sans doute que les pathologies sont plus lourdes aujourd'hui, plus explosives. Je n'en suis pas sûr. Le contexte sociétal les révèle de manière plus importante, mais les problématiques restent souvent les mêmes. Seulement aujourd'hui, dans leur formation, les pédopsychiatres ne sont plus du tout formés à la psychothérapie (comme la psychothérapie de groupe) et à l'utilisation du dessin par exemple. Ces outils permettent d'installer une relation avec l'enfant, une alliance thérapeutique qui permet de travailler.

À cela s'ajoute bien sûr le problème de démographie médicale, le fait que ces médecins n'ont pas le temps de recevoir enfants et parents toutes les semaines ou tous les quinze jours. Le chemin le plus court face à l'agitation des enfants est le médicament.

C'est donc quelque chose qui est tout de même très lié au contexte de notre société ; je n'accuse personne, mais c'est un état de fait. On ne peut donc pas penser la psychiatrie sans penser en même temps le contexte sociétal.

Je vous disais qu'un retour à une médicalisation était observé. On parle beaucoup aujourd'hui des neurosciences, des troubles TDAH, des troubles de l'intelligence d'une certaine manière, mais on oublie quand même que la personne n'est pas qu'un système nerveux. Une personne est aussi construite d'affects, de relations et d'émotions. Si l'on regarde aujourd'hui les pathologies comme les burn-out : avant ou au moment où la personne va déclencher cette dépression très particulière qui peut aller très loin (puisque des personnes sont allées jusqu'à se suicider sur leur lieu de travail, une situation préparée, une pensée intérieure probablement délirante s'étant installée), on se rend compte que les individus sont souvent soumis à des pressions très importantes liées à l'organisation du travail et sont en rupture de liens sociaux.

Au moment du premier confinement, certains disaient : « *C'est super, qu'est-ce qu'on est bien chez soi, il fait beau !* ». Lorsqu'ils sont ressortis, quelques semaines plus tard, certains ont eu beaucoup de mal à reprendre le lien social et le chemin de la vie sociale vers le travail, etc. Pourtant, après coup, lorsque l'on redemande aux personnes s'ils aimeraient revivre ce moment, ils répondent souvent que non.

On s'est certes senti dans une bulle, mais on était coupé de l'autre et une forme de souffrance psychique liée à cette rupture de lien était en train de s'installer. Cela s'est souvent révélé au moment où ils se sont retrouvés à nouveau en interaction avec l'autre.

Dans une institution comme celle dont je m'occupe, c'est l'inverse qui s'est passé avec les patients schizophrènes. Ils ont trouvé la période du confinement formidable, puisqu'ils ont pu se refermer à l'intérieur d'eux-mêmes, et on a eu énormément de mal à réarticuler des choses vers l'extérieur au mois de mai 2020.

J'insiste donc sur cette question-là, puisque la santé mentale est aujourd'hui, dans les politiques publiques, souvent un peu promue comme quelque chose dont on serait soi-même un peu entrepreneur : on s'occupe de sa santé mentale comme on s'occupe de sa santé physique. C'est bien plus complexe que ça. Ce n'est pas parce que vous faites du sport toutes les semaines que votre vie psychique va bien fonctionner. Cela va dépendre de vos liens sociaux et des organisations que vous allez rencontrer. J'insiste beaucoup sur cette dimension des organisations car on voit aujourd'hui de nombreuses pathologies psychiatriques qui sont directement liées à nos organisations.

Un autre exemple : le télétravail. Au lendemain de la crise Covid, il a été mis en place par de nombreuses entreprises et les gens s'y retrouvaient généralement. Vous savez qu'en ce moment les entreprises reviennent là-dessus. Le travail est toujours une affaire collective, et on a tendance à l'oublier. On est toujours relié aux autres, et pour l'être il faut quand même pouvoir se voir un minimum. Je pense qu'on est à l'aube de découvrir un certain nombre de

problématiques nouvelles, qui ne sont pas sans lien avec celles des écrans en général, autour du télétravail. Entre l'espace privé, l'espace de travail, des frontières ont été abolies, dissoutes, et vont jouer et intervenir dans notre vie psychique.

À nouveau, je pense aux personnes faisant des dépressions, souvent graves d'ailleurs, après des déménagements. Ils habitent le projet de déménagement de manière tout à fait vivante, mais lorsqu'ils déménagent, le changement d'espace leur cause une dépression. Il y a des déterminants qui l'expliquent, mais vous voyez que le télétravail n'est pas non plus, à cet égard, quelque chose d'anodin.

Je voudrais aussi insister sur quelque chose que vous allez probablement aborder dans vos travaux. C'est lié à l'organisation territoriale des soins : le fameux secteur psychiatrique. Je voudrais vous en dire un mot, puisque c'est important de corriger certaines choses. Je vous ai parlé tout à l'heure des Projets territoriaux de santé mentale, ce que la loi de 2016 a mis en place. 104 PTSM ont été créés en France et ils ne sont pas tous au même niveau de développement. Vous le verrez dans le rapport du Pr Bellivier qui vient de paraître et qui fait un état des lieux de ces PTSM organisés à une échelle de territoire départemental.

Il fut un temps, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, où l'on a considéré les choses d'une manière différente. Justement pour intégrer cette dimension du lien social, de la culture, de la spécificité d'un public à un endroit donné. Faire de l'accueil en santé mentale, en psychiatrie à Paris n'est pas la même chose que de le faire dans l'Orne. Il y a donc une spécificité à prendre en compte dans chaque lieu.

C'est parti d'expériences qui sont nées durant la Seconde Guerre autour de la question des « psychotiques ». Les psychoses traversent la psychiatrie depuis toujours (question de la « folie »). Mais c'est seulement à la fin du XIX^{e} que des travaux commencent à laisser penser que les personnes psychotiques sont dans le monde et pas totalement absentes. Une personne qui délire n'est pas forcément à côté de la réalité : elle tente de s'ajuster, de s'accorder à notre réalité.

Ces travaux ont démarré progressivement. Freud en a été l'un des artisans, mais ce sont surtout des gens comme Bleuler qui ont fait avancer les choses et qui ont fait passer la représentation de la folie d'un état statique, déficitaire, à un état psychodynamique. C'est-à-dire à penser les choses non pas comme une hémiplégie (qui elle-même n'est pas statique), mais comme quelque chose d'évolutif. Vous voyez, même en neurologie, où les choses sont beaucoup plus fixées, nous n'avons pas affaires à un état statique. C'est réellement une vision de notre médecine occidentale qui a tendance à penser l'état comme un plateau en deux dimensions.

Ils vont donc petit à petit penser la schizophrénie comme un état toujours en mouvement, une forme qui évolue en permanence et qui n'arrive jamais à se stabiliser, sauf à certains rares moments.

Entre les deux guerres, de nombreuses expériences vont venir éclairer le milieu de la psychose. Au fur et à mesure, des institutions vont donc commencer à penser que l'on peut

accompagner, soigner et vivre avec des personnes « folles », dans le champ de la schizophrénie, ce qui était assez nouveau.

Il faut dire aussi que le projet d'Esquirol, au travers de la loi 1838, de créer des asiles comme lieu de vie (l'étymologie du mot asile renvoie à la notion d'abri) pour permettre à ces gens différents de trouver un lieu, s'est vu dévoyé progressivement pour devenir des lieux d'enfermement, quasi carcéraux, de maltraitance. Lorsque l'on arrive à la Première Guerre mondiale, l'asile a perdu sa fonction pour devenir un lieu d'enfermement.

Ces expériences entre les deux guerres vont malheureusement être rattrapées par la politique et l'évolution des sociétés, notamment occidentales, avec toute la radicalisation qu'on voit apparaître à la Seconde Guerre mondiale. On va progressivement observer des sociétés, dont bien sûr l'Allemagne nazie qui sera redoutable à ce niveau, qui considérera que ces gens ne sont pas dignes de vivre. On observe alors une régression de nos sociétés dans leur considération vis-à-vis des malades mentaux.

Quand Hitler prend le pouvoir, il fait voter dès 1933 une loi qui ordonne la stérilisation de toutes les femmes handicapées, malades mentales, de façon à ce qu'il n'y ait pas de descendance. Par la suite, il y aura dès l'entrée en guerre la fameuse action T4, dont on ne parle pas beaucoup, qui consistera à déporter des personnes handicapées et malades mentales vers les futurs camps de concentration. Ce seront les premières à être conduites dans les chambres à gaz, dès 1939. On ne sait même pas aujourd'hui combien de centaines de milliers de malades mentaux ont été tués, exterminés, durant la Seconde Guerre.

Dans les autres pays d'Europe, on est traversé par ces mêmes courants. Quand on regarde la psychiatrie de l'époque et la médecine, il y a une forme de catégorisation qui est en train de se mettre en place. On commence à classer les gens, à les catégoriser, à organiser des hôpitaux avec des lieux d'enfermement : on met les schizophrènes avec les schizophrènes. Il n'est plus question qu'ils soient dans la vie sociale.

Bien sûr, en France on n'aura pas d'extermination de ce type, mais on connaîtra ce que certains ont appelé dans les années 1980 l'« extermination douce ». Un jeune psychiatre a publié une étude [469] dans laquelle il annonce avoir trouvé des documents révélant que 45 000 à 65 000 malades mentaux sont morts dans les hôpitaux psychiatriques français pendant les années de guerre par carence alimentaire, puisque le gouvernement de Vichy avait pris des dispositions de restriction alimentaire, et plus particulièrement pour les maladies incurables (les tuberculeux) et les malades mentaux. Les ordres donnés aux préfets, qui eux-mêmes les transmettaient aux directeurs d'établissement, consistaient à réduire les rations alimentaires au point où les gens ont commencé à mourir. À Fleury-les-Aubrais (gros hôpital dans le Loiret), on a compté ainsi 3 500 morts en l'espace de deux ans.

[469] Il s'agit du jeune médecin psychiatre Max Lafont exerçant à l'hôpital du Vinatier ; il publia en 1987 un ouvrage intitulé *L'Extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France sous le régime de Vichy.*

Il y a des travaux là-dessus que je vous invite à regarder, ainsi que deux films documentaires : *La Faim des fous* (que vous trouverez en ligne sur internet), fait par des journalistes très engagés, et l'*Hécatombe des fous*, basé sur des travaux d'historiens très sérieux.

Lorsqu'on sort de la guerre, c'est un peu l'horreur de s'apercevoir que cela se produit dans tous les hôpitaux.

À Caen, par exemple, il y avait une communauté religieuse, dont la sœur supérieure qui se trouvait dans le sud de Marseille avait eu la très bonne idée de faire venir du blé par un bateau venu d'Afrique du Nord, pour apporter à manger dans les établissements de sa communauté. Il y a donc eu moins de morts par carence alimentaire à Caen, mais une partie des malades transférés à Fleury-les-Aubrais sont morts après leur transfert. Je ne sais pas pour Rouen, mais il serait intéressant de vérifier. C'est délicat de rouvrir ces pages, mais c'est important car c'est bien à ce moment-là qu'il s'est produit quelque chose.

Dans l'un des hôpitaux psychiatriques de Lozère, à Saint-Alban, il y avait une notion de résistance et des gens assez célèbres y allaient pour se mettre à l'abri. Il était à 1 000 mètres d'altitude et comportait un grand nombre de malades. C'était un asile classique, mais qui gardait sa fonction d'accueil. Paul Éluard y a beaucoup vécu, et a écrit un très beau poème sur le cimetière de Saint-Alban.

À Saint-Alban, régnait une sorte d'alchimie qui a permis de prendre conscience que les malades mouraient dans le Nord ; il a été décidé alors de repenser l'organisation. C'est pour ça que j'insiste sur le rapport entre la santé mentale, la vie psychique et l'organisation. L'idée qu'ils vont avoir, à travers l'expérience d'un psychiatre qui vient de Catalogne et qui est imprégné d'une culture différente (François Tosquelles), consiste à ouvrir l'hôpital dans l'objectif simple de lutter contre ces faits de carences alimentaires, en faisant avec les malades, voire les villageois, un certain nombre de choses : des jardins, des cultures, du pain... Une chose se produit alors : ils s'aperçoivent que ces patients psychotiques, souvent très repliés sur eux-mêmes, s'ouvrent à nouveau à la relation quand ils sont placés dans ce mouvement de partage et de « faire ensemble », sans trop de hiérarchie entre le soignant et le soigné.

Là, ça se reconnecte avec les travaux de l'entre-deux-guerres. Cette équipe de Saint-Alban se dit que s'ils arrivent avec les patients à faire des choses simplement, autour d'une tâche partagée, en ne donnant pas trop d'importance aux statuts, ils parviennent à restaurer quelque chose avec eux. Ils s'aperçoivent d'ailleurs que certains ont des compétences considérables qui étaient écrasées par l'aliénation hiérarchique hospitalière de l'époque.

Ce sera l'expérience, le creuset de quelque chose qui donnera vingt ans plus tard naissance au secteur psychiatrique. En ouvrant les portes, en laissant la liberté de circulation, en abaissant nos rapports de hiérarchie statutaire et en travaillant un peu sur nous-mêmes pour être avec les patients – ce qu'on peut voir aujourd'hui par exemple dans un GEM, mais aussi dans certains hôpitaux de jour –, quelque chose va s'installer avec les personnes psychotiques, et on pourra enfin entamer un soin psychothérapique et relationnel. Il faudra bien sûr y ajouter souvent un traitement, mais la relation thérapeutique va s'installer.

L'expérience de Saint-Alban va générer une prise de conscience par rapport à des personnes que l'on imaginait totalement déconnectées, et auxquelles l'Allemagne nazie « accordait la mort miséricordieuse » (dans la propagande nazie, on faisait croire qu'ils réclamaient eux-mêmes la mort) ; on se rend compte de la vision totalement tronquée que l'on se faisait de la psychose.

Je vous donne un autre exemple : lorsqu'une personne est inhibée, on a tendance à penser qu'il n'y a plus de jus. Elle est là, inerte. Eh bien, dans les psychoses, l'inhibition est au contraire un état très actif. Toute l'énergie psychique et souvent même physique de la personne va être mobilisée pour rester immobile : c'est ce qu'on appelle la catatonie ou l'hébéphrénie dans certaines formes. Lorsque l'on regarde cela de l'extérieur, on se dit que la personne est vide, qu'elle n'a aucune énergie alors que cet état nécessite au contraire de l'énergie. Vous voyez, il faut faire très attention à cette vision qu'on peut avoir de la pathologie de l'autre, notamment dans les psychoses.

À partir de là, des gens vont descendre de partout en France pour voir comme Saint-Alban travaille. Ils exploitent leurs découvertes. Cela paraît simple, mais pour l'époque, c'était considérable. Tous les psychiatres de Paris notamment souhaitent en comprendre le fonctionnement ; ils font des groupes, des activités de vie quotidienne. C'est une découverte fondamentale.

Quelques personnes ont quant à elles davantage de liens avec les ministères, à l'instar d'un certain Lucien Bonnafé, psychiatre très engagé au sein du Parti communiste. Il commence alors à dire aux ministres qu'il faudrait penser une organisation territoriale des soins qui respecte un certain nombre de règles. Premièrement, pas de rupture des liens, pas de coupures des liens entre les soignants et les soignés, une continuité relationnelle qui va pallier les défaillances personnelles de continuités des patients.

Vous pouvez d'ailleurs voir que je suis déjà en désaccord complet avec nos organisations actuelles, puisqu'aujourd'hui il y a l'intra et l'extrahospitalier. Le secteur a été pensé pour articuler les deux. Au moment où j'ai fait mes études, on était sur le secteur et on allait voir les patients chez eux pour leur donner leur traitement. On savait que cette continuité relationnelle était la garantie du maintien d'une alliance thérapeutique qui allait durer.

Deuxièmement, se méfier de la lecture immédiate de l'autre. Pas de présupposés, de disqualifications, d'incompétences ou de handicap installés pour la vie.

Au foyer, on a une personne qui est là depuis 25-30 ans, qui a son appartement, mais qui vient quasiment tous les jours. Elle connaît par cœur les plannings de travail de tous les services. De prime abord, on a pourtant l'impression qu'elle est sur un nuage. Si jamais il y a un trou sur le planning – ce qui arrive parfois – et que le trou n'est pas bouché par un remplaçant, elle va voir le chef de service pour indiquer l'erreur. Elle imprègne, mémorise cela de manière impressionnante. C'est quasiment une angoisse existentielle pour elle, on a l'impression que sa journée s'arrête sur ce trou.

Il y a donc un rapport au réel très différent du nôtre. La personne psychotique est en prise directe, tandis qu'une personne non psychotique parvient à mettre de la distance. Il s'agit là

d'une des grandes découvertes faites dans les années 1960 : le lien entre le soin dans la psychose et l'organisation. Plus l'organisation va être formelle, rigide, statutaire, plus la personne va avoir du mal à investir, à déposer des choses dans la relation avec les soignants ou dans ses activités, et plus elle va se replier. Des patients repliés l'étaient tout simplement par des effets d'ambiance.

Si vous venez demain à Caen à La Loco, notre restaurant associatif ouvert au public le midi, tenu par les patients et des soignants, vous verrez que vous ne ferez parfois pas la différence entre soignants et soignés.

Il s'appelle La Loco parce que c'est dans le quartier de la gare, et que ça signifie « folie » en espagnol. Un jour un patient a dit : « *De toute façon, le foyer sans la Loco, c'est mort* ». Je me souviens de cette parole qui m'avait interrogé. Avec tout ce qu'on proposait à côté – et dieu sait que l'on propose plein d'activités – ce qui importait pour lui était de payer son café le matin : c'était la locomotive de sa vie quotidienne.

Donc vous voyez, il y a là un rapport à quelque chose de fondamental qu'il s'agirait de développer. C'est ce qu'a essayé de faire le secteur psychiatrique, mais les politiques publiques ont très vite, dès les années 1990 (avec la loi Hôpital Entreprise, HPST[470] et autres) verticalisé à nouveau tout ça, là où l'on avait transversalisé les organisations d'une certaine manière.

Par exemple, au sein des hôpitaux psychiatriques, dans la suite de ce mouvement du secteur, il y a eu beaucoup d'activités de clubs, de cafétérias, etc. Cela a créé un mouvement, une dynamique et une scène de vie quotidienne. Pour le dire simplement : le soin de la psychose, ce n'est pas sur un divan que ça se passe, mais sur cette scène de vie quotidienne. À condition qu'on partage les choses avec eux dans un rapport où les choses sont travaillées : une hiérarchie que j'appellerai « subjectale », et donc pas uniquement statutaire. On y est en tant que sujet.

Je vous invite d'ailleurs à venir à La Loco. Pas tous ensemble car nous n'avons qu'une vingtaine de couverts le midi, mais n'hésitez pas à venir déjeuner au restaurant. Le menu étant très peu cher, beaucoup de gens du quartier, et notamment des étudiants, s'y rendent.

Pour conclure peut-être, vous voyez que cette question de la santé mentale et des politiques publiques est très importante car aujourd'hui on est sur un temps double où l'on retrouve tout d'abord, à travers le Projet territorial de santé mentale, cette idée d'une unité territoriale au sein de laquelle on va tenter d'organiser des choses. Cela n'est pas sans rappeler cette politique du secteur. Et dans l'idée du PTSM, il y a aussi cette idée d'intégrer les éléments de culture (au sens très large du terme) du secteur : Rouen n'est pas exactement comme Caen. L'hôpital de jour, le lieu d'accueil, va avoir une couleur un peu différente.

Pour autant, tout ceci est très verticalisé aujourd'hui dans la loi. Vous verrez d'ailleurs dans le rapport sur les PTSM que c'est une critique qu'en font les auteurs : cela se voulait transversal mais cela reste au final très vertical, avec des coordinateurs PTSM menant une mission qui n'est pas suffisamment horizontale.

[470] Loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires).

Une dernière chose sur laquelle je souhaitais attirer votre attention : c'est le secteur médico-social, sur lequel vous allez aussi travailler. Ce secteur en France a une histoire particulière, puisqu'il est né sur un champ de ruines au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Là où justement il n'y avait pas de service pour accompagner les personnes toxicos, handicapées, les enfants, etc., contrairement à l'hôpital où l'on est depuis Louis XIV sur une organisation très verticale qui dépend de l'État.

Le secteur médico-social est donc né du terrain, des besoins ; il est souvent parti de l'engagement et du militantisme de familles ou de personnes elles-mêmes confrontées à des problèmes. Au départ, c'était vraiment du bricolage à partir d'initiatives diverses, mais la loi de 1975 a mis un cadre à tout ça. Les lois 2002 et 2005 aussi, mais aussi et surtout les ARS auxquelles on a confié la double mission de s'occuper du sanitaire et du médico-social, là où il y avait auparavant deux tutelles distinctes. Le médico-social relevait en partie du département mais aussi des DDASS, tandis que l'hôpital dépendait d'une autre organisation et avait emprunté une autre voie.

On voit donc progressivement – et c'est une logique d'organisation formelle comme dans une entreprise – un rapprochement et une mutualisation des choses, pensées avec la même logique.

Je pense que notre secteur médico-social pâtit de ça aujourd'hui. Il avait auparavant une richesse, une singularité avec des créations très spécialisées ; l'établissement dont je m'occupe en fait partie. Des personnes très militantes en 1975 ont choisi de créer un lieu de soin pour psychotiques et ont fait appel à une présidente d'association qui a accepté de les accueillir. Cinquante ans après, le « petit truc » accompagne 400 personnes à Caen.

Il y avait donc cette possibilité d'initiative qui ne descendait pas forcément d'une directive ministérielle, là où aujourd'hui, via les ARS et les appels à projets, il n'est plus possible de créer quelque chose uniquement sur un mouvement d'initiative. Et puis vous voyez bien que les logiques à l'œuvre dans le secteur sanitaire (je pense notamment à la qualité de l'accréditation) arrivent progressivement dans le secteur médico-social. On va donc commencer à faire l'évaluation qui a été modifiée par la HAS (Haute Autorité de Santé) et qui ressemble étrangement à l'accréditation première ou deuxième mouture des hôpitaux.

Il est vrai que pour nous, professionnels de ce secteur, c'est un changement de monde vers une logique de traçabilité (même s'il en faut, bien sûr). Ce « tout traçable » qui arrive en force dans le médico-social est quelque chose qui va, à mon avis, générer des difficultés au niveau du fonctionnement des établissements. Ce rapprochement entre le médico-social et le sanitaire est selon moi dommageable, alors que nous avions une vraie culture, une vraie richesse en France qui risque d'être homogénéisée. Je voulais terminer là-dessus.

(Applaudissement de l'assemblée)

Catherine KERSUAL : Merci beaucoup, on sent qu'il y en a encore sous le pied. C'était très riche. Est-ce qu'il y a des questions ?

Annick VANDAELE : En tant que psychologue du travail, j'interviens de plus en plus sur la santé au travail avec une approche qui prend justement en compte la santé physique, la santé

mentale et ce qu'on appelle aussi la santé sociale, ce que vous avez décrit comme la relation à l'autre. Pouvez-vous aller un petit peu plus loin pour nous expliquer ce que serait finalement une mauvaise santé au travail, en termes de santé mentale ? Vous avez parlé du burn-out, mais est-ce qu'il y aurait d'autres spécificités ?

Dr Pascal CRÉTÉ : Je pense qu'il existe des travaux qui pourraient vous être utiles. Je vous renvoie par exemple vers les travaux de Lise Gaignard, une psychologue qui a beaucoup travaillé sur la psychodynamique du travail. Mais aussi Pascale Molinier qui est une universitaire assez connue. Christophe Dejours aussi, bien sûr, qui a beaucoup écrit à ce sujet.

Ce que l'on voit aujourd'hui, c'est quand même une forme d'isolement des professionnels dans leur vie, notamment depuis la pandémie, un risque de coupure, d'isolement, que les organisations du travail, dans leur remaniement, en particulier de l'après-pandémie, ont à leur insu totalement renforcé.

Par exemple, j'ai cette année une consultation auprès des étudiants – ce soir, en rentrant à Caen, je vais travailler avec les étudiants –, ce que je fais depuis le début de mon internat, donc 34 ans. L'espace de parole qu'on souhaitait instaurer a pris de l'envergure au fur et à mesure des années et j'ai toujours tenu à ces consultations car je savais que le jour où je partirais, l'université la fermerait. Ce n'était pas dans ses compétences de payer une vacation de psychiatres pour les étudiants, même si le Service de santé change la donne aujourd'hui.

Cette année, on y a vu beaucoup d'infirmiers et infirmières. Au fur et à mesure qu'on les reçoit, on s'aperçoit que depuis deux ans, les cours en première année d'infirmier se font en distanciel. Même pas avec un professeur en visioconférence, mais sur une plateforme avec des vidéos pré-enregistrées. Vous imaginez des étudiants, étudiantes qui se retrouvent à 18 ans dans une cité universitaire, à la recherche de lien social, dans leur chambre avec leur ordinateur et une injonction morale très forte, puisqu'il faut se connecter à l'heure. Ça génère une rupture de lien et une souffrance qui les amène à consulter. Est-ce un vrai motif de consultation ? C'est une vraie question. J'ai envie de leur dire « *battez-vous, faites une grève, dites-le à vos enseignants* ». Mais je pense qu'ils ne sont pas en disposition et en force pour le faire.

Vous voyez donc le rapport important à l'organisation. On a là quelque chose qui génère une souffrance psychique parfois très forte. J'ai reçu la dernière fois une étudiante qui me disait qu'elle commençait à avoir des idées noires : « *Comme j'y suis du matin au soir, et le soir comme je suis sur un campus isolé et que je ne connais pas Caen ni les gens de ma promo, je ne sors jamais.* » Au bout d'un moment, ça entame la vie psychique et il se passe ce qu'il se passe chez tout un chacun. On déprime, et lorsque l'on déprime beaucoup, le risque de suicide apparaît forcément.

C'est pour moi un exemple typique qui touche à la question de l'organisation : il ne faudrait pas grand-chose. Derrière, il y a obligatoirement des questions d'argent, de coûts. Ils font sans doute des économies par ce régime, et peut-être ont-ils l'impression que les cours sont plus garantis.

C'est vrai qu'aujourd'hui, cette question de la psychodynamique au travail devient complexe, face à des organisations de travail qui n'ont pas forcément la possibilité de se réintégrer, de se remettre dans un contexte sociétal où le risque de coupure des liens est toujours très présent. Vous avez forcément besoin d'une vision très globale de la personne, peut-être même au-delà de votre mission première uniquement axée sur la santé au travail.

Je vous invite à aller voir du côté des travaux que je vous ai recommandés. Lise Gaignard, par exemple, a écrit un texte très utile dans lequel elle dit que « *on perd tout le temps de vue que le travail est une affaire collective. Et dès que le salarié commence à se sentir seul et n'est plus rattaché à un collectif, là il y a un risque.* » On le connaît bien aujourd'hui avec les services autonomie à domicile (SAD, fusion des SSIAD[471] et des SAAD[472]), qui vont rassembler une compétence d'accompagnement, d'aides ménagères, un peu sociales, et une compétence paramédicale, sanitaire.

Je me demande comment va s'opérer ce rapprochement. Sachant qu'aujourd'hui les intervenants à domicile sont quand même des gens dans une grande précarité professionnelle, souvent très isolés, qui ne se sentent pas forcément rattachés à une dimension d'équipe. Quand votre temps de trajet et votre temps de réunion ne sont pas considérés comme du temps de travail, ce qui est leur cas dans la convention qui les régit, c'est anormal. On peut aussi imaginer que vous avez besoin de temps en temps de vous réunir avec vos collègues pour échanger.

José SAGIT : Je vous remercie. Je n'ai pas de question particulière à vous poser, puisqu'on a déjà échangé dans le cadre de la commission 2. Mais j'ai évidemment été très sensible, en tant qu'ancien infirmier de secteur psychiatrique, rentré à l'hôpital en 1968, et pour lequel tout ce que vous avez raconté de cette histoire de l'après-guerre est quelque chose de très important.

Je voulais un peu avoir votre sentiment, puisque, justement, dans ces 40 années de pratique à l'hôpital, je n'ai jamais utilisé de contention. Jamais. Et pas parce que j'étais un infirmier admirable, c'est que personne n'en utilisait au début des années 70. Quand je suis parti dans les années 2000, ça revenait tout doucement. Je me suis laissé dire dernièrement que ça devenait des pratiques très employées, avec l'isolement. C'est quelque chose qui me trouble énormément. Je ne comprends pas. J'entends comme justification que les malades seraient plus violents, plus difficiles. Très honnêtement, je ne le pense pas.

Rappelons-nous que le premier neuroleptique est arrivé à peu près en 1958 en France et qu'avant il n'y avait pas du tout de traitement. En effet, il y avait des gardiens au lieu des infirmiers, mais cette préhistoire de la psychiatrie avait développé des techniques qui évitaient la violence, la contention, l'isolement.

Je pense que quelque chose de notre histoire, de notre pratique infirmière en psychiatrie s'est perdu. C'est un constat qui m'est très douloureux personnellement.

[471] Services de soins infirmiers à domicile.
[472] Service d'aide et d'accompagnement à domicile.

Dr Pascal CRÉTÉ : J'imagine bien. Vous savez que ça arrive même dans le secteur médico-social. J'ai reçu il y a quelques jours une publicité pour du mobilier destiné à des personnes possiblement agitées. Du mobilier avec des systèmes de contention dans le médico-social. Ça arrive même dans les EHPAD actuellement, où l'on se pose la question d'avoir une pièce d'isolement.

Je partage complètement votre avis sur le fait que les malades ne sont pas plus agités, dangereux ou fous qu'avant. Peut-être même moins parce qu'il y a eu des progrès sur les thérapeutiques comme les neuroleptiques, et qu'aujourd'hui ces médicaments sont quand même plus confortables. On a aujourd'hui de jeunes patients psychotiques qui arrivent à avoir une vie sociale, qui ne bavent plus, qui ne sont plus au ralenti, qui n'ont plus de symptôme extra-pyramidal, qui n'ont plus d'impuissance sexuelle. En revanche, ils ont d'autres risques cardiovasculaires à surveiller.

Moi, je crois qu'en effet c'est lié, là aussi, à des organisations. On génère, d'une certaine manière, une violence institutionnelle par une organisation qui la met en place ou, en tout cas, suscite des effets qui vont générer de la violence.

Vous vous souvenez de 2008 ? Deux passages à l'acte terribles. Le discours du président Sarkozy à Antony, où tout le monde attendait un renfort du côté de la formation et des moyens, était uniquement sécuritaire. On a mis en place des caméras, un système d'ordre et notamment des systèmes de contention.

Un virage a été pris, et aujourd'hui la contention est pratique et facile lorsque l'on manque d'infirmiers et de médecins dans les établissements. Cela reste tout de même sous contrôle, ça reste une prescription médicale. Il y a régulièrement des avis rendus sur ces questions-là par les autorités. Mais, en effet, la verticalisation des organisations génère ce type de mesures.

C'est quelque chose qu'on a connu dans l'histoire. Aux alentours de la Seconde Guerre mondiale, on voit très rapidement, en 7-8 ans, s'installer cette catégorisation des malades et des étiquettes et préjugés qu'on porte sur eux d'incurabilité et de dangerosité. On retrouve la même chose lorsque le président Sarkozy emploie le terme de « *schizophrène dangereux* ».

Je vous rappelle tout de même que les schizophrènes sont plutôt vulnérables. Ils sont moins dangereux qu'un quidam qui s'énerve au volant par exemple. La majorité des actes meurtriers ne sont pas liés à des pathologies mentales et en l'occurrence jamais aux schizophrènes, ou en tout cas très peu.

En revanche, quand on regarde ce qui s'est passé à Pau, on note que cet établissement avait alerté sur le manque de personnel soignant la nuit. Le drame est donc survenu à un moment de pénurie où il n'y avait, je crois, que deux soignants pour je ne sais plus combien de patients. C'est à ce moment où le patient, dans un épisode délirant, est passé à l'acte.

Donc oui, je suis totalement d'accord avec vous. C'est un peu la même question avec les enfants d'ailleurs. Je pense que les pathologies des enfants aujourd'hui ne sont pas plus graves, que les enfants ne sont pas plus dangereux ou agités ; mais notre arsenal thérapeutique s'est en effet quant à lui réorienté. J'attends que des pédopsychiatres soient à nouveau formés à d'autres outils qu'à la prescription médicale auprès des enfants.

Bien sûr, les laboratoires eux s'en frottent les mains. Ils ont aujourd'hui réussi à atteindre le marché de l'enfant qui était, jusqu'à il y a 20 ans, totalement fermé en France. Je trouve ça très préoccupant car on se demande, les pédopsychiatres et moi, ce que donneront ces prescriptions précoces dans 20 ou 30 ans. Comment les patients seront-ils ? Vivront-ils encore à 30 ans ? Vont-ils vieillir prématurément ? C'est probable.

C'est un petit peu comme les écrans. Il est parfois plus facile de donner un écran à un enfant que de lui parler. Dans notre domaine, ce « circuit court » apparaît parfois aussi. Une contention et une prescription sont plus faciles que de prendre le temps, que l'on n'a pas forcément, pour installer une relation et sortir faire quelque chose avec la personne. Construire un restaurant associatif représente énormément de boulot ; c'est très chronophage mais il s'agit d'un outil thérapeutique extraordinaire une fois en place. Il faut donc redonner aux soignants la possibilité de créer des choses, de ne pas les réduire à des agents prescripteurs, qui délivrent des prestations.

Valérie EGLOFF : Merci pour la qualité de votre exposé, docteur. Je suis une vieille infirmière aussi, un peu moins vieille que José cependant. Ce dernier m'a ramenée à mon stage de 3e année à Pierre Janet par exemple.

J'ai aussi été formatrice en IFSI (Institut de Formation en Soins infirmiers), et il y a une chose que vous avez oublié de rappeler, c'est la suppression du diplôme d'infirmer psychiatrique, il y a quelques années maintenant. Comme je l'ai dit, j'ai fait un stage en 3e année, mais aujourd'hui – je vais être un peu brutale – on balance les élèves en stage dès la première année. Dans le meilleur des cas, elles abandonnent leurs études, on se demande pourquoi.

Comme vous l'évoquiez, on a voulu « universitariser » la formation infirmière, donc les élèves passent leur temps devant un écran en visioconférence. Alors je ne suis plus en IFSI, mais j'ai toujours des collègues qui me disent que leur travail consiste maintenant à pointer qu'il y a bien quelqu'un derrière l'écran.

Je vais prendre mon autre casquette qui est celle de présidente du Gérontopôle de Normandie. Malgré tout, on ne s'occupe pas si mal des personnes dans la santé mentale et on a aussi des « vieux fous » maintenant. Alors quid de ces vieux fous ?

Dr Pascal CRÉTÉ : C'est une question très intéressante car nos politiques publiques ont à un moment donné imaginé créer des établissements spécialisés pour les vieux fous : des EHPAD, des foyers-logements, etc. Puis les politiques d'inclusion sont arrivées, et il n'en est plus du tout question aujourd'hui.

C'est une vraie question car on a aujourd'hui des personnes qui vieillissent un peu plus vite que le reste de la population ; elles sont touchées par des problèmes de santé physique, suivis d'autres handicaps qui apparaissent, ne serait-ce qu'en lien avec leurs traitements. La psychose est un processus de destruction de la vie psychique et du corps ; avant Bleuler, on utilisait les termes de « démence précoce ». En général, les personnes qui en étaient atteintes ne dépassaient pas les 35-40 ans. Le psychisme était tellement déconstruit et dissocié que le corps lâchait. Lorsque les neuroleptiques apparaissent (par hasard), on découvre que quelque chose ralentit le processus et maintient un lien avec la réalité.

Être psychiatre, comme je le disais tout à l'heure, c'est lutter contre les processus psychopathologiques. Cette idée psychodynamique, de quelque chose qui attaque – comme le cancer attaque le corps, la schizophrénie attaque les liens psychiques – souligne la nécessité d'accompagner ces gens toute leur vie, car ils sont toujours en risque de redécompenser, de se désorganiser et de mourir précocement.

On y pense peu, mais il y a aussi tous les accidents de la vie auxquels ils sont confrontés ; se faire renverser par une voiture, par exemple. Cela est tout de même beaucoup plus fréquent pour les pathologies psychotiques. Or je dirais que cette question-là n'est pas du tout pensée par nos politiques publiques aujourd'hui. Par exemple, on essaie à Caen, ainsi qu'au Havre avec Côté Cours et Rouen avec La Clé, de développer des SAAD (Services d'Aides et d'Accompagnement à Domicile) spécialisés dans le handicap psy. La Normandie est la seule région de France à avoir trois SAAD spécialisés handicap psy.

On accompagne donc des personnes âgées qui sont à leur domicile : des personnes de 50 à 70 ans avec des psychoses qui ne voient plus personne du secteur psychiatrique. Ils n'ont pas de soignants, souvent pas de médecin traitant, et sont complètement isolés. C'est souvent l'intervenant du SAAD qui, en passant une à deux fois par semaine, est le point de veillance. Elles voient (je dis elles car ce sont majoritairement des femmes, même s'il y a des hommes dans l'équipe) quand l'état de la personne se fragilise et qu'il y nécessité de rappeler le CMP ou d'envisager une hospitalisation, ou encore une consultation en médecine générale.

Il y là un enjeu énorme. Ces publics-là vieillissent, de mieux en mieux et tant mieux, mais nous n'avons pas de service pour les accompagner. Nos services sont occupés avec des publics plus jeunes, et donc attribués aux services à domicile.

La semaine dernière, j'étais en réunion avec l'ARS ; on tentait d'expliquer qu'il serait bien de nous aider avec un poste infirmier de coordination qui permettrait de créer un vrai service autonomie à domicile handicap psy. J'ai senti que, pour notre interlocutrice, « interventions à domicile » signifiait « personnes âgées », et donc le département et pas l'ARS. Là où l'on nous demande de travailler en transversalité, nous sommes encore dans des mondes parallèles.

C'est cependant une vraie question. Par exemple, on a tout de même eu trois décès sur l'accompagnement de 100 personnes dans un SAAD l'année passée, dont deux personnes qu'on a retrouvées mortes à domicile. C'est très dur pour les équipes. On se dit que la personne est morte toute seule. On se demande ce que nous n'avons pas fait, ce que l'on a raté. C'est, en plus de cela, l'intervenante à domicile qui déclare le décès de la personne.

Il s'agit donc d'un réel enjeu sociétal qui n'est, à mon avis, pas du tout pris en compte aujourd'hui, ni par les politiques du département (type aides sociales et ménagères), ni par l'ARS. Alors qu'on est censé rapprocher les deux l'année prochaine, en 2025, par la fusion de SAAD et SIAD.

Jean-Claude SOUBRANE : On ne s'ennuie pas avec vous, c'est passionnant. C'est la Journée mondiale aujourd'hui, il faut quand même revenir au sens de cette manifestation. Ne pensez-vous pas que la santé mentale, définie par l'OMS, n'a pas changé depuis 10-20-30 ans ? Vous

avez fort bien dit que la psychiatrie ne peut pas s'envisager sans contexte sociologique, et c'est essentiel de le comprendre.

Aujourd'hui, la santé mentale n'est-elle pas vécue au travers de ce que l'on ressent sur le climat, sur les guerres, sur les échecs scolaires, sur la précarité économique, sur les femmes seules, l'isolement ? Est-on loin des préoccupations des psychiatres d'autrefois ? Vous avez parlé des maladies mentales, mais pas uniquement. Ma question est donc : comment célébrer cet événement – souhaité par la région Normandie, l'État – et répondre en dehors des préconisations, du mieux vivre ensemble ? Par quel bout peut-on prendre le problème ?

Dr Pascal CRÉTÉ : Question complexe. C'est vrai que le passage de la question de la psychiatrie à la santé mentale représente un élargissement. En effet, on va mettre derrière le terme de santé mentale des tas d'autres déterminants et éléments, qui vont entrer en ligne de compte et avoir des effets sur notre vie psychique.

Ce qui me pose personnellement problème derrière le terme de santé mentale – tel qu'il est utilisé par notre politique publique – c'est l'effet de médicalisation sous-entendu. Quelque chose qui viendrait à pathologiser le tout. On oublie que la souffrance psychique est inhérente à la vie psychique : on souffre tous à certains moments. Par exemple, le deuil d'un être cher est un processus psychopathologique normal, qui est même nécessaire. Il faut l'accompagner, et ce sont d'ailleurs plus souvent les proches qui s'en chargent, sauf quand il y a une pathologisation de la problématique du deuil. Mais avec cette période de perte, de souffrance et de reconstruction à travers le processus de deuil, on voit bien à quel point notre appareil psychique ne relève pas d'une pensée scientifique formelle, mais d'une logique associative, voire d'une poétique métaphorique et métonymique. C'est cette logique métaphorique alors à l'œuvre qui nous permet de travailler psychiquement cette question de la perte.

Je veux dire par là que, derrière le terme de santé mentale, il y a une sorte de banalisation de ces questions, qui amènent parfois à des circuits un peu courts. Par exemple, il s'est tenu à Caen un événement auquel j'étais censé aller, mais auquel je n'ai pas eu envie de participer : « Faites du sport pour votre bonne santé mentale ». On peut tenir une soirée là-dessus, avec un discours très ciblé : « Si tout le monde faisait du sport, on irait mieux ». C'est vrai qu'on est souvent mieux quand on en fait, mais ça dépend pour qui. Pour certaines personnes, ça n'est pas bon, tandis que d'autres n'aiment pas ça. Cette idée de généralisation et de simplification à l'extrême qui consiste à dire « vous libérez des endorphines qui vont vous stimuler » n'est pas pertinente. On pourrait aussi bien prendre de la cocaïne, qui stimule aussi. Vous voyez, ce sont des circuits extrêmement risqués que de réduire les choses de cette manière.

Je pense que l'on devrait normalement accepter, à travers le terme de santé mentale, qu'une part de souffrance est nécessaire dans la vie et ne relève pas forcément d'un traitement, d'une consultation spécialisée, etc. Des choses nous font souffrir dans la vie de couple, dans la vie de famille, dans la vie professionnelle, et sont des moments structurels, dont on fait quelque chose. Ils nous traversent un temps et, si on les gommait, on ne se construirait pas de la même manière.

Je dis toujours qu'il faut veiller à ne pas tomber dans le « santémentalisme », une extrapolation de tout cela, assortie d'une sorte de catalogue de ce qu'il conviendrait de faire dans la vie pour aller bien. D'avoir une sorte de fiche-action, comme nos ARS aiment le faire.

La question des enfants et des écrans m'interroge. On peut très vite s'installer derrière un écran pour se protéger de ces accidents de la vie, d'éviter ces moments de la vie où l'on est en souffrance, en douleur. Mis très tôt devant les écrans – des études à ce sujet sont très préoccupantes – les enfants, se construisent une idée de la réalité qui est l'image de l'écran. Ce n'est pas du tout la même chose que la réalité d'un échange avec un adulte qui répond, qui s'exprime, où il existe une réalité coconstruite. Avec l'écran, il n'y a pas de co-construction, et l'enfant prend ça pour argent comptant. C'est presque un processus hallucinatoire au sens de la psychose. Quand le schizophrène a une hallucination, on ne peut pas lui dire que ce n'est pas la réalité. Pour lui, elle arrive par son œil, par son oreille, par ses organes sensoriels, comme un élément réel. Et elle l'est, réelle. La réalité, c'est autre chose.

M. Olivier FLEUTRY : Bonjour docteur. Je voulais vous poser une question, mais je voulais quand même dire d'abord qu'il y a une vingtaine d'années, j'ai beaucoup arpenté les couloirs du Centre Hospitalier du Rouvray, et des actes de contention, j'en ai vu. On coinçait les gens pour ne pas qu'ils bougent et les gens traînaient leurs chaises.

Donc j'espère que ça ne s'est pas aggravé, car c'est choquant.

Dr Pascal CRÉTÉ : Si, ça s'est aggravé.

M. Olivier FLEUTRY : Ce sont des actes qui, quand on n'est pas habitué et qu'on est hors contexte, en visite pour un patient, sont toujours étonnants.

José SAGIT : Ce qui s'est aggravé, c'est que ça s'est institutionnalisé. Des protocoles ont été créés avec du matériel spécifique.

Olivier FLEUTRY : Quant au manque criant de personnel dans ces établissements, je l'ai constaté. Quand on est enfermé dans une pièce commune avec un patient et que c'est l'heure d'une réunion ou d'un transfert, du repas, on se retrouve seul au milieu de patients qu'on ne maîtrise pas. Ça se passe très bien 90 % du temps, mais parfois non.

Pensez-vous que l'on mette aujourd'hui suffisamment de moyens pour informer les personnes qui vivent dans l'entourage des malades ?

Quand une personne connaît un épisode aigu, comme une crise de paranoïa, ça peut être compliqué à gérer pour les proches. Les aidants n'ont pas la recette et ne savent pas forcément quel comportement adopter. Il y a parfois des urgences vitales pour l'entourage. Je me demande si on donne aujourd'hui plus de billes à ces personnes pour comprendre les réactions du malade.

Dr Pascal CRÉTÉ : Je vous rejoins totalement là-dessus.

Au lendemain de la loi 2005, avec la création des GEM, quelque chose s'est malgré tout ouvert à ce niveau. Les groupements d'entraide mutuelle, ces lieux cogérés par les patients eux-mêmes (il y en a beaucoup en France), aident à déstigmatiser ces représentations sur la maladie mentale.

Ce que vous évoquez, c'est aussi toute la question des aidants, et pas seulement auprès de personnes souffrant de troubles psychiatriques (mais aussi de pathologies somatiques) ou de personnes vieillissantes. On voit qu'il y a là aussi des carences dans ce que les politiques publiques proposent aux aidants (comme les fameux PCPE, Pôle de compétences et de prestations externalisées, ou les systèmes de répit), sous forme d'accompagnement et d'offre d'accueil dans des établissements pour faire une pause. Ça n'est pas suffisant.

Ce n'est pas qu'une question financière, selon moi. Les associations, dont l'UNAFAM et d'autres, montent au créneau très fortement là-dessus, en soulignant les écarts entre les discours et la réalité.

Je prenais tout à l'heure l'exemple des amendements Creton ; on voit des situations de jeunes qui devraient être orientés vers des établissements médico-sociaux adultes, et qui se retrouvent de 22 à 28 ans dans des établissements pour enfants. Certains arrivent à passer par la Belgique et trouvent des établissements avec lesquels ça se passe plus ou moins bien.

Sur la question de l'information, il me semble qu'il y a un énorme travail à faire pour déstigmatiser les problèmes liés à la santé mentale et en même temps, former les gens à la réalité. Ce que vous dites est tout à fait juste : quand une personne schizophrène explose, la crise peut être clastique, comme celle d'une personne autiste. Ça peut être très violent, compliqué, destructeur pour tout le monde. Un effort est fait avec la création des équipes mobiles. Cela a permis d'envisager que des professionnels interviennent au domicile dans des moments de crise ou dans des suivis. En parallèle, dans le médico-social, il y a eu les SAVS (Service d'accompagnement à la vie sociale) et les SAMSAH (Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés).

Aujourd'hui, les ARS nous disent tout le temps de réorganiser l'offre. Mais, sur un SAVS à Bayeux par exemple, on a 47 personnes à accompagner et il y en a 50 sur liste d'attente. À un moment donné, je dis aux tutelles qu'elles ne pourront jamais rentrer. Mais comme nos tutelles sont dans une logique d'accompagnement, de rétablissement, d'inclusion, ils nous disent qu'une fois que les personnes sont rétablies dans la société, les places se libèrent. C'est un vœu bien pieux. Dans les faits, c'est très rare, et souvent, elles ont besoin d'étayage. Ce n'est pas aussi magique que ça.

On a donc un vrai besoin aujourd'hui de créer des places dans le secteur médico-social. Sachant qu'en plus, on ferme des lits et des unités dans le secteur hospitalier ; à Caen, on a encore fermé une unité d'accueil de secteur qui contenait 50 lits, par manque de médecins. Où vont ces gens ? Ils restent pour la plupart dans leur famille. Il y a donc un besoin au niveau de ces familles.

Je crois davantage au développement de formes d'équipes mobiles qui pourraient se déplacer à partir des structures sanitaires ou médico-sociales. Il faudrait une certaine souplesse d'intervention, plutôt que le type de prestations que proposent les dispositifs de PCPE par exemple (où l'on va par exemple payer un éducateur pour faire une intervention à domicile de trois heures auprès d'un enfant psychotique). Et c'est actuellement le modèle des ARS, qui libéralise les choses plutôt que de solliciter un établissement et de lui donner les moyens d'élaborer une équipe mobile.

Pour notre part, nous n'avons pas d'équipe mobile et ça nous manque. Je pense que si on en avait une, on accompagnerait plus de gens, notamment au sortir de l'hôpital. Aujourd'hui, s'ils sont accompagnés par le SAMSAH ou le SAVS, cela veut dire qu'il y a eu une notification MDPH. C'est lourd, c'est un an et demi d'attente. Une équipe mobile pourrait travailler de concert avec l'hôpital. Je crois qu'ils ont plus de dispositifs de ce type au Havre.

Je pense que tout ça doit participer à déstigmatiser et à mieux faire connaître les choses. Quand je dis que « l'hallucination est réelle », on ne comprend pas toujours ce que je veux dire. Mais il faut bien comprendre que quand ça tombe dans le réel ; c'est comme si je vous disais : « *Ce qu'on vit là n'est pas vrai.* » Vous me répondriez sans doute que je suis fou. Quand la conviction délirante s'installe et que l'on perd l'échange avec la personne psychotique, le passage à l'acte n'est pas loin. Il faut être prudent ou formé, et en tout cas pas seul. On a souvent besoin d'un tiers à ce moment-là.

Jocelyne AMBROISE : Merci Dr Crété, c'est toujours un plaisir. Pour moi, c'est la troisième fois que je vous écoute, mais toujours avec autant de plaisir. Je pense toujours aux anciens collègues, dans d'autres mandatures, qui avaient à cœur de traiter le sujet de la santé mentale, que nous n'avions pas pu traiter, faute de temps. Je comprends leur frustration. Cet intérêt est intact.

Pour ma part, j'ai fait un TUC (travaux d'utilité collective) à l'Hôpital psychiatrique du Rouvray. J'étais jeune et aimais beaucoup cette patientèle ; jusqu'au jour où j'ai été attaquée et où trois soignants ont dû me défendre contre une personne en crise. Ça laisse effectivement des traces, et c'est assez violent.

Nous prévoyons d'aller au Havre, lors d'un prochain comité d'étude, pour y rencontrer l'association Vivre et devenir.

Je vois qu'il y a beaucoup d'intérêt pour cette étude, et plus on creuse, plus on fait de mauvaises découvertes. Dans le secteur de l'Eure, on nous disait, pas plus tard qu'hier, qu'il y avait une attente de 30 ans pour intégrer un service (c'est-à-dire jamais) ; ces personnes restent donc en souffrance et sans suivi.

On a beaucoup parlé des équipes mobiles qui nous ont été présentées par Nathalie Sarge. De ce qu'on a pu entendre, elles sont souvent un palliatif au manque de création de réelles maisons et structures. On en est donc là.

On a consacré une réunion de commission à l'addictologie. Vous dites à raison que les causes sont sociales et sociétales ; l'environnement de travail y est souvent pour beaucoup, en effet. Soit il y a un repli, et c'est ce que « permet » le télétravail, soit, on en demande à l'inverse tellement qu'une pression énorme s'exerce sur les individus.

Dans tout ce que vous avez dit, beaucoup de choses se croisent avec ce que nous avons déjà entendu, et qu'il est donc nécessaire d'entendre. L'environnement de travail devrait s'adapter aux patients et aux salariés, et non l'inverse.

On l'a déjà dit dans notre rapport sur la santé ou même dans notre rapport sur la jeunesse : on veut nous mettre dans des cases. Si l'on n'entre pas à ces cases, on est hors normes, et tout se complique.

On a appris que la santé mentale serait la Grande Cause nationale 2025. Alors, je le dis sans ironie : j'espère que notre rapport sortira au bon moment et que les propositions faites au niveau national iront dans le même sens que nos préconisations. Je l'espère.

Catherine KERSUAL : Sinon, il faudra que l'on soit très convaincant. Je vais prendre une dernière question car on doit libérer le Dr Crété à une heure raisonnable.

Corinne COURTEL : Bonjour, Docteur. Je suis moi aussi membre de la commission et j'ai déjà eu l'occasion de vous entendre. Merci pour votre intervention. J'étais infirmière auparavant et je suis actuellement directrice d'un établissement médico-social. Ce que vous avez évoqué sur la direction d'établissement me parle car on nous place en effet face à des injonctions paradoxales : d'un côté, le clinique, avec la prise en charge et l'accompagnement correct des patients, et de l'autre côté, la gestion d'un service avec des obligations.

Je dirige deux établissements qui ont le même âge, mais dont l'un a été conçu par l'architecte en partenariat avec les personnes. Quand nous avons intégré cet établissement, les personnes accompagnées qui présentaient des pathologies psychiatriques et des troubles du comportement ont vu leurs troubles du comportement disparaître. Je pensais à un effet d'aubaine, que ça durerait 6 mois. Mais non, 12 ans après, il n'y a plus de troubles du comportement parce que l'établissement a été conçu en respectant les besoins des personnes.

L'autre établissement, quant à lui, conçu par une association qui a respecté les demandes des financeurs, accueillait une population quasiment similaire, quoiqu'un peu plus jeunes. Les troubles du comportement y ont explosé. Les locaux ne sont pas adaptés, les gens sont les uns sur les autres, il y a moins de personnel.

Alors qu'on a le même projet associatif, on n'a donc pas du tout le même résultat. D'un côté, j'ai une équipe en souffrance qui n'effectue pas un travail de qualité, car en difficulté face à des patients qu'elle ne parvient pas à accompagner ; et de l'autre côté, j'ai une équipe dans laquelle on a pu mettre en place un projet à partir des souhaits des résidents. Je dois me battre avec l'inspection du travail parce que nous n'avons pas de cycle de travail, mais travaillons en fonction des projets. Forcément, quand on va aux Jeux olympiques à Paris, on ne rentre pas à 22 heures. Ce n'est pas possible.

Donc il faut se battre, alors que l'on entend en même temps parler de listes d'attente interminables. Dans l'Eure, 90 enfants sont actuellement en amendement Creton, 508 sont en attente d'entrée en IME ou en IEM[473]. Je suis vice-présidente de la CDAPH (Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées) et c'est une catastrophe. Et à côté de ça, l'ARS change comme d'habitude les dates de réunion (m'empêchant d'y assister), ou veut mettre des places de foyers d'accueil médicalisé et de masse hors les murs, à domicile, avec trois aides-soignantes et une AVS [474] pour s'occuper de personnes polyhandicapées ou porteuses de troubles psychiques.

[473] Institut d'Éducation Motrice.
[474] Auxiliaire de vie sociale.

Donc, c'est vraiment de la santé « low cost ». Il va falloir qu'on se batte, qu'on le mette en avant dans notre rapport pour avoir des accompagnements de qualité.

Merci de votre intervention.

Dr Pascal CRÉTÉ : Merci à vous, parce que vous avez parfaitement illustré cette question du rapport à l'organisation et du faire ensemble. Vous le dites bien : ça se passe plutôt bien dans l'établissement dans lequel on a coconstruit le projet, y compris sur l'aspect architectural ; les gens s'y sentent chez eux. Tandis que l'autre établissement génère des troubles.

Le rapport est donc très clair avec les questions de l'organisation et la manière de travailler. Il y a quatre ans, on a construit une résidence accueil, que l'on a travaillée dans le même esprit de co-construction qui est notre manière de faire. Quand les architectes ont refusé de venir, je les ai invités à manger à la Loco avec les patients et je leur ai annoncé que l'on ferait les réunions de chantier dans l'établissement avec les usagers. Un certain nombre de choses ont été modifiées par les usagers eux-mêmes, notamment autour de la taille des fenêtres et du balcon, liée au risque suicidaire.

Bouygues nous a dit : « *Très bien, mais il faudra bouger les normes.* » On les a donc bougées, et finalement la résidence est un milieu extrêmement serein.

Corinne COURTEL : Je vais vous donner un autre exemple : dans le premier établissement, chaque résident choisit la couleur de sa chambre et les chambres pour une personne font 37m^2. On a forcément très peu de changements de résidents, de l'ordre de deux par an grand maximum. À chaque fois qu'un résident arrive, il choisit la couleur de sa chambre et on la fait refaire entièrement. Ils ont le droit de décorer leur chambre comme ils le souhaitent, il n'y a aucune interdiction.

Dans l'autre établissement, les chambres font 22m^2 ; tout le monde a le même mobilier, et les résidents n'ont pas le droit de choisir les couleurs. Forcément, ça ne produit pas le même accompagnement. Pourtant, il faut se battre pour ça car ça n'a pas du tout le même coût financier.

Dr Pascal CRÉTÉ : Vous soulignez là quelque chose qui fait lien avec votre intervention, Mme Ambroise, qui est ce rapport à l'ambiance.

Nous autres, dans notre champ « névrosé poids moyen occidental » – j'ai envie de dire – on ne se rend pas compte de l'importance de l'ambiance et du contexte. Ce qu'on mesure avec des personnes schizophrènes notamment, c'est qu'ils sont branchés sur des éléments d'ambiance que, nous, nous ne percevons pas. Oury disait souvent : « *Ils ont des antennes, mais nous, on marche dessus, on ne les voit pas* ». Ils perçoivent des tas d'éléments du contexte, de l'ambiance.

Pour vous rejoindre tout à l'heure sur la question du télétravail par exemple, il y a une dimension que nous n'avions pas imaginée : c'est la dimension d'auto-censure personnelle d'une personne qui travaille à domicile. Ce que l'on appelle dans le jargon psy le « surmoi », cette espèce de truc qui nous contrôle et nous permet de nous arrêter au feu rouge, notamment. On s'aperçoit que les gens au domicile sont traversés par des questions surmoïques extrêmement fortes : est-ce que je m'autorise à me lever ? Est-ce que je

m'habille ? Est-ce que j'ai le droit de faire ça ? Certaines personnes, surtout des femmes d'ailleurs, sont dans des conflits intérieurs très forts qui les dévorent tout au long de la journée, alors qu'elles sont en télétravail chez elles. Quand vous êtes au travail sur un site ou un lieu, votre surmoi n'est pas féroce. Il ne vous rattrape pas en permanence. Quand on est chez soi, ça peut.

C'est une dimension psychodynamique du travail que nous n'avions pas mesurée. Ce rapport à l'ambiance est donc extrêmement important. Si vous allez dans un EHPAD, la question de l'ambiance est importante : on sent tout de suite si c'est un lieu d'accueil et de chaleur humaine. Et ça se sent aussi littéralement olfactivement.

On voit bien ce rapport-là. Aujourd'hui, c'est une qualité, cette question de l'ambiance, qui n'est pas assez prise en compte.

Catherine KERSUAL : J'ai encore deux questions, très rapides, s'il vous plaît, car la *deadline* est fixée à 17 heures.

Dr Pascal CRÉTÉ : Mais il y a une bonne ambiance, c'est pour ça.

Yves VERNON : Merci. C'est plus pour partager un témoignage comme l'ont fait certains collègues.

Je suis président d'une association qui œuvre dans le champ du handicap et dans le médico-social, et quand on est président bénévole de structure, on est confronté à de nouveaux enjeux. Je pense que la loi 2005 y est aussi pour beaucoup ; elle a eu des effets très positifs sur l'inclusion, mais elle a aussi finalement stoppé des combats de militants. On a perdu des militants dans les conseils d'administration. Aujourd'hui, quand je fais l'analyse de la structure dans laquelle j'œuvre, je me retrouve à avoir de moins en moins de parents dans les conseils, et de plus en plus d'actifs qui font du mécénat de compétences. J'ai l'impression que les professionnels aujourd'hui – qu'on ne peut que saluer – dont la vocation est d'opter pour ces métiers touchés par des usures professionnelles et des moyens de moins en moins importants, sont eux-mêmes les militants de la cause.

Je suis toujours émerveillé quand je vais dans les centres, autant pour adultes que pour enfants, de voir cet investissement face à tout ce qu'on leur demande. Il faut savoir que l'équilibre financier des structures associatives tient aujourd'hui au fait que les postes sont inoccupés parce que l'on peine à trouver les professionnels. Et c'est parce que l'on n'occupe pas les postes et qu'on a les dotations quand même qu'on parvient à avoir des budgets moins déficitaires. On se satisfait donc de ne pas pouvoir occuper les postes pour trouver l'équilibre financier.

Tous les sujets que l'on mène dans les conseils d'administration, où l'on parlait auparavant beaucoup de projets d'émancipation, hors les murs, d'essayer de travailler avec le droit commun et de créer des passerelles avec le milieu culturel, aujourd'hui on ne fait que parler de plans de formation, de plans de financement, de contrats pluriannuels d'objectifs.

L'autre élément qui est intéressant, et vous l'avez dit, c'est que le médico-social est parti du militantisme vers cette centralisation ou cette hiérarchisation sanitaire. On voit aussi qu'en effet, il y a quelques années, le bénévole pouvait se permettre d'exprimer des choses que le

directeur ne pouvait pas dire. Cela marchait quand on avait des élus en face, qu'on pouvait avoir une fibre et parler fondamentalement de la cause. Aujourd'hui – je vais confirmer ce que vous dites – quand on est reçu par les services de l'État et par l'ARS, on ne parle que de tableaux, de chiffres et on n'a aucun moyen de parler de la cause. Ils ne se déplacent plus dans les établissements, ne voient plus ce qui se passe au niveau des populations, et on a des analyses chiffrées, des tableaux dans des projets d'établissement et ça devient très compliqué.

Si j'avais une question, ce serait : comment va-t-on finalement arriver à redonner une espèce de volonté à l'usager, aux parents de l'usager ? Au-delà des syndicats employeurs qui jouent un rôle important... car c'est grâce à cette plainte des salariés concernant leurs conditions de travail qu'on arrive à faire entendre la situation du secteur aujourd'hui. Et quel poids peuvent-ils avoir pour éviter cette centralisation et uniformisation des pratiques ?

Dr Pascal CRÉTÉ : Je pense qu'on reste quand même, vous l'avez bien dit, des associations. Et ça, je crois que c'est important. Là où du côté sanitaire, ça s'impose du ministère aux ARS, des ARS vers l'hôpital ; en association, on a quand même ce tiers intermédiaire qui est le conseil d'administration, et qui peut quand même jouer une fonction. À condition qu'il fonctionne et ne soit pas lui-même écrasé.

Il y a 15 ans, un mot d'ordre des ministères demandait que les associations fusionnent. Beaucoup ont fusionné, d'ailleurs. Aujourd'hui, les ARS sont embarrassées par ça car les fusions génèrent des conflits, des différends et parfois même des surcoûts. Là où l'on pensait que la mutualisation allait réduire les coûts, on met plus d'intermédiaires, plus de directions adjointes. Ils s'aperçoivent donc que ça ne marche pas, ce que le secteur libéral savait déjà depuis des années. Si on avait regardé comment s'étaient passés des regroupements dans le secteur de la culture, on aurait su où on allait.

Je pense qu'en effet il y a des enjeux très importants pour nos fédérations et nos syndicats : il faut que l'on reste très mobilisés, très engagés pour ne pas passer au rouleau compresseur de l'homogénéisation.

Bénédicte PINOT : Merci. Mme Bénédicte Pinot, de la CGT. Je ne suis ni soignante, ni de la commission 2. Ma question porte sur la prise en charge et sera très brève.

Vous nous avez parlé des dangers de la catégorisation, dans la prise en charge, mais aussi des limites de l'inclusion. Vous disiez par exemple que les personnes âgées avec un handicap psychique allaient vers les EHPAD classiques. A votre avis, où est l'équilibre entre les deux ? Qu'est-ce qu'on fait ?

Dr Pascal CRÉTÉ : Concernant la catégorisation, je dirais par exemple que le diagnostic est en médecine un point de repère du côté du médecin. Ça ne dit rien de ce que l'on va décliner en termes de réponse et de prise en charge.

Attention donc à ce que l'on ne catégorise pas tout ; c'est un peu la tendance du moment. Pour ma part, je rêve d'une politique publique qui intègre nos structures – qui sont quand même des abris pour les personnes en situation de handicap ou des gens malades – qui les intègrent au titre de l'inclusion. Les ESAT sont actuellement, par exemple, en train de s'ouvrir aux

entreprises ; je pense aux madeleines Jeannette, que vous connaissez sans doute, avec lesquelles on travaille. Il y a un mouvement d'ouverture qui est très bien.

Quand j'entends dire que nous ne sommes pas inclusifs en le faisant, je ne suis pas d'accord. On participe à de l'inclusion tout en étant quand même dans une fonction de protection. En effet, nous ne sommes pas dans un moment sociétal où l'on peut aller vers du tout inclusif d'emblée. Les personnes ne veulent d'ailleurs souvent pas aller dans les entreprises au début, et demandent à rester dans les ateliers.

On accompagne vers l'inclusion, parce qu'il y a besoin de prendre en compte un certain nombre de choses ; la situation des enfants en situation de handicap dans les classes en est un exemple. Les professionnels ne sont pas forcément formés, n'ont pas forcément les moyens. N'aurait-on pas là un intermédiaire à travailler en s'appuyant sur l'existant, puisqu'on a la chance en France d'avoir des services qui ont un savoir-faire et une expérience à ce niveau-là ? Ce mouvement d'inclusion a d'ailleurs été initié il y a plusieurs années dans le secteur de l'enfance, notamment dans des collèges. Ce mouvement a probablement touché un peu moins le secteur adulte.

Lorsque j'entends aujourd'hui qu'il faut tout désinstitutionnaliser, fermer les services existants médico-sociaux pour être dans le « tout inclusif », je me dis que c'est un rêve idéologique. La réalité d'aujourd'hui n'est pas celle-là, y compris du côté des usagers eux-mêmes qui ne rêvent pas forcément d'emblée d'aller travailler chez Ikea.

J'aimerais bien que l'on soit plus inclus, nous aussi, dans cette pensée, plutôt que de se faire dire que l'on n'est pas inclusif… ce qui est un peu violent.

5.2 Des approches innovantes en réponse aux problèmes de santé mentale

Le « Dialogue ouvert » (ou Open dialogue) : une approche finlandaise

Née en Finlande, dans la Laponie de l'Ouest, au tournant des années 1980, l'Open Dialogue (« Dialogue ouvert ») propose une réponse radicalement relationnelle et communautaire aux crises psychiques.

Celle-ci implique la rencontre rapide – idéalement sous 24 heures – des personnes en situation de crise, puis quotidiennement, jusqu'à ce que la crise soit résolue. L'hospitalisation est dans la mesure du possible évitée avec l'organisation de rencontres à domicile, de même que le recours aux médicaments psychotiques. La famille et les proches font partie intégrante de la démarche et les personnes en souffrance se voient proposer d'autres formes d'accompagnement en fonction de leurs besoins : aide à l'emploi, thérapie individuelle, ergothérapie, etc.

Les résultats publiés sur les premières mises en œuvre finlandaises décrivent, chez des personnes après un premier épisode psychotique, un moindre recours aux hospitalisations et aux antipsychotiques, des fonctionnements sociaux améliorés et des retours plus fréquents à la vie étudiante ou professionnelle.

Au-delà des spécificités locales, l'approche a essaimé dans divers pays[475], encouragée par les orientations internationales qui promeuvent des services communautaires centrés sur la personne et fondés sur les droits humains. C'est dans cette perspective que des organismes de référence, dont l'OMS, citent Open Dialogue parmi les modèles compatibles avec une transformation des soins vers le rétablissement, la participation et l'inclusion.

Le programme « Quality Rights » de l'OMS

Lancé en juin 2012 par l'OMS, le projet Quality Rights est une initiative à l'échelle mondiale qui vise à améliorer la qualité des soins dans les services de santé mentale et médico-sociaux, en mettant l'accent sur le respect des droits des personnes usagères et l'orientation vers le rétablissement.

Ses principaux objectifs :

Changer les pratiques et les mentalités pour mettre fin à la stigmatisation et aux violations des droits,

renforcer les capacités des professionnels, usagers, familles et associations,

promouvoir le rétablissement et l'inclusion communautaire.

En France, le programme[476] est déployé par le CCOMS (Centre collaborateur OMS), en partenariat avec l'ARS Hauts-de-France, avec des observations dans les établissements volontaires et des formations pour les équipes. Il s'inscrit dans une démarche complémentaire aux dispositifs existants (HAS, CGLPL) et vise à réduire l'isolement et la contention, renforcer la capacité juridique et promouvoir des alternatives respectueuses des droits.

Il serait intéressant de connaître le bilan et les suites de ce projet…

[475] En Europe, les pays concernés sont : le Royaume-Uni, l'Italie, le Danemark, la Norvège, l'Autriche, la Belgique et la Pologne ; la France n'a quant à elle pas expérimenté cette approche.
[476] Programme lancé en 2023 dans le cadre d'un projet pilote financé par le FIOP.

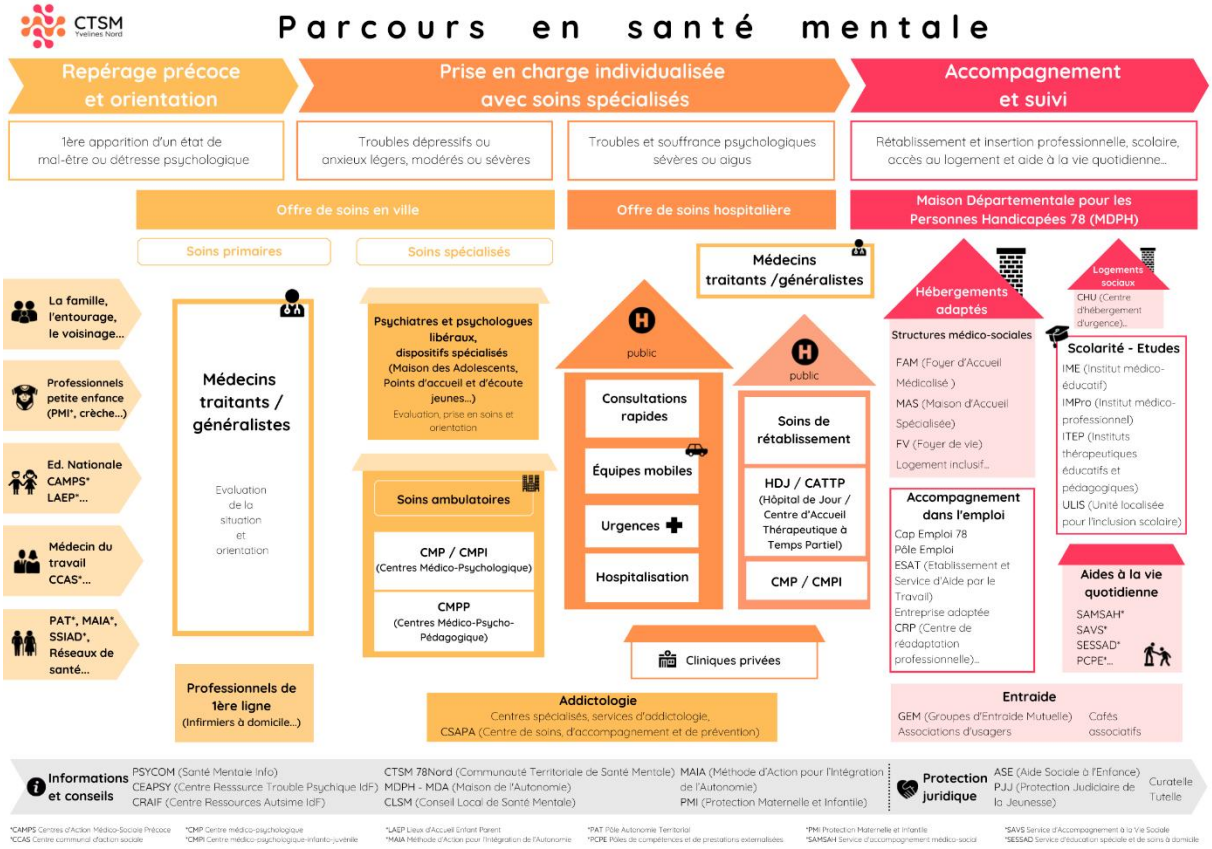
5.3 Le parcours de soins en santé mentale

Bien que le schéma qui suit ait été établi pour le département des Yvelines, il décrit l'organisation « standardisée » du parcours de soins en santé mentale.

Il illustre les **trois grandes étapes** de ce parcours de soins, à savoir **:**

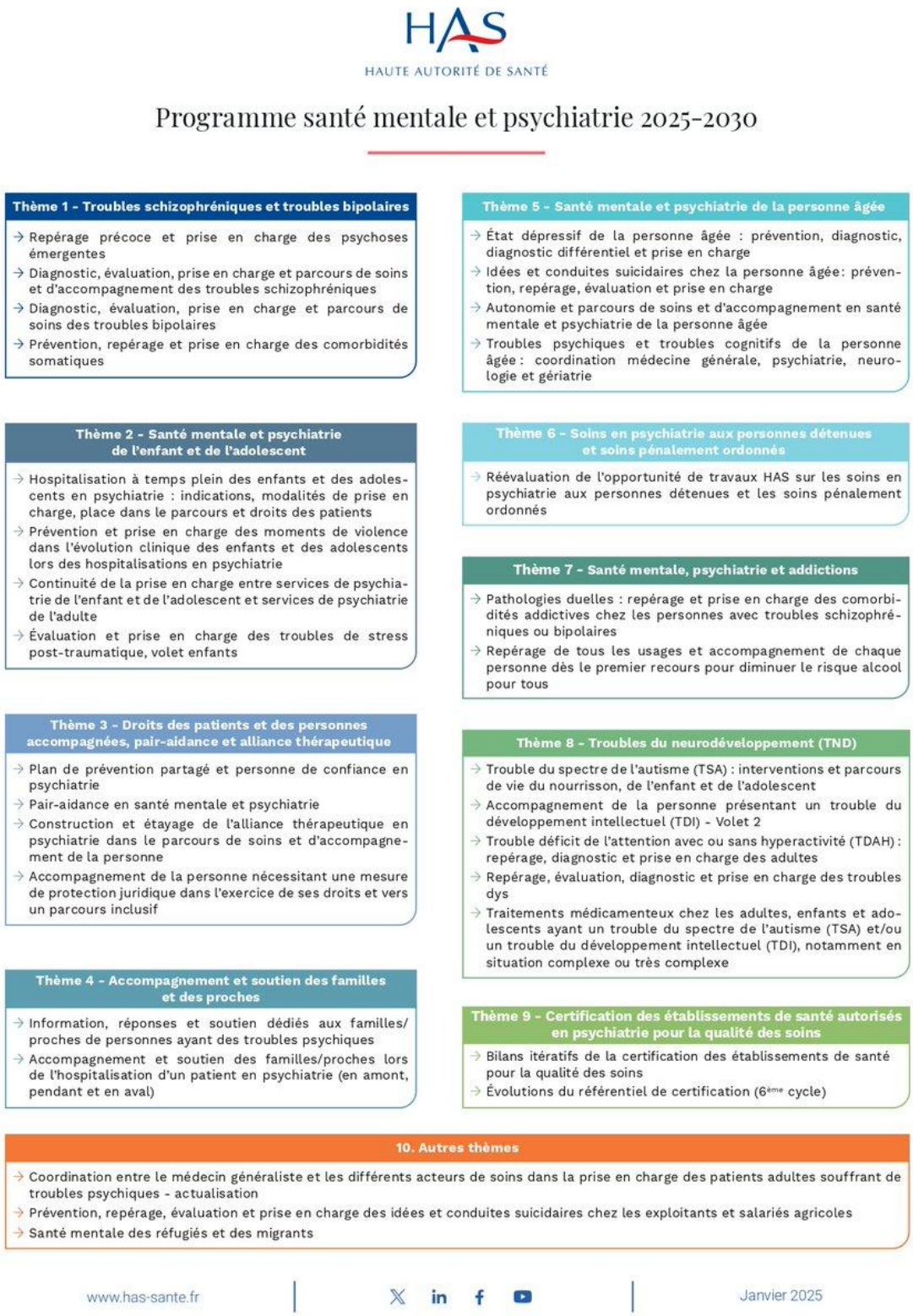
- Le repérage précoce et orientation
- La prise en charge individualisée avec soins spécialisés
- L'accompagnement et le suivi

Cette vision systémique permet de mettre en lumière la **complémentarité des acteurs** (sanitaires, sociaux, médico-sociaux) et la **nécessité d'une coordination fluide** entre eux.



5.4 Programme santé mentale et psychiatrie 2025-2030

Présentation synthétique du **Programme santé mentale et psychiatrie 2025-2030** élaboré par la **Haute Autorité de Santé** (HAS) ; consultatif et non contraignant, il sert toutefois de socle stratégique pour guider les politiques publiques, les pratiques professionnelles et les évolutions du système de santé mentale en France.



HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Programme santé mentale et psychiatrie 2025-2030

Thème 1 - Troubles schizophréniques et troubles bipolaires

- Repérage précoce et prise en charge des psychoses émergentes
- Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins et d'accompagnement des troubles schizophréniques
- Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires
- Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques

Thème 2 - Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Hospitalisation à temps plein des enfants et des adolescents en psychiatrie : indications, modalités de prise en charge, place dans le parcours et droits des patients
- Prévention et prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en psychiatrie
- Continuité de la prise en charge entre services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et services de psychiatrie de l'adulte
- Évaluation et prise en charge des troubles de stress post-traumatique, volet enfants

Thème 3 - Droits des patients et des personnes accompagnées, pair-aidance et alliance thérapeutique

- Plan de prévention partagé et personne de confiance en psychiatrie
- Pair-aidance en santé mentale et psychiatrie
- Construction et étayage de l'alliance thérapeutique en psychiatrie dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne
- Accompagnement de la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours inclusif

Thème 4 - Accompagnement et soutien des familles et des proches

- Information, réponses et soutien dédiés aux familles/proches de personnes ayant des troubles psychiques
- Accompagnement et soutien des familles/proches lors de l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie (en amont, pendant et en aval)

Thème 5 - Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

- État dépressif de la personne âgée : prévention, diagnostic, diagnostic différentiel et prise en charge
- Idées et conduites suicidaires chez la personne âgée: prévention, repérage, évaluation et prise en charge
- Autonomie et parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale et psychiatrie de la personne âgée
- Troubles psychiques et troubles cognitifs de la personne âgée : coordination médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie

Thème 6 - Soins en psychiatrie aux personnes détenues et soins pénalement ordonnés

- Réévaluation de l'opportunité de travaux HAS sur les soins en psychiatrie aux personnes détenues et les soins pénalement ordonnés

Thème 7 - Santé mentale, psychiatrie et addictions

- Pathologies duelles : repérage et prise en charge des comorbidités addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires
- Repérage de tous les usages et accompagnement de chaque personne dès le premier recours pour diminuer le risque alcool pour tous

Thème 8 - Troubles du neurodéveloppement (TND)

- Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent
- Accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) - Volet 2
- Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes
- Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge des troubles dys
- Traitements médicamenteux chez les adultes, enfants et adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un trouble du développement intellectuel (TDI), notamment en situation complexe ou très complexe

Thème 9 - Certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins

- Bilans itératifs de la certification des établissements de santé pour la qualité des soins
- Évolutions du référentiel de certification (6ème cycle)

10. Autres thèmes

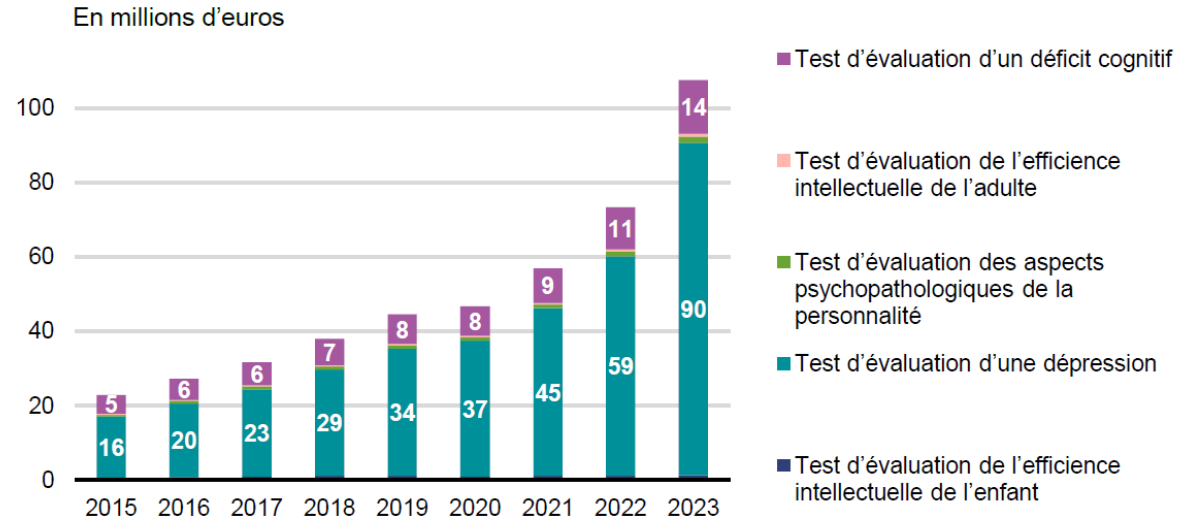
- Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiques - actualisation
- Prévention, repérage, évaluation et prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles
- Santé mentale des réfugiés et des migrants

www.has-sante.fr | Janvier 2025

5.5 Des dépenses de tests liés à la santé mentale en forte augmentation entre 2015 et 2023

Ce graphique montre une **forte augmentation des dépenses liées aux tests psychologiques** remboursés par l'Assurance Maladie en secteur libéral entre 2015 et 2023. On passe d'environ 21 millions d'euros en 2015 à près de 130 millions d'euros en 2023.

Graphique 6 Dépenses de tests liés à la santé mentale entre 2015 et 2023



Champ > Les montants présentent l'activité technique réalisée par les professionnels de santé en secteur libéral (cabinets de ville, cliniques privées, centres de santé) et remboursée chaque année par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, pour chaque acte technique de la CCAM.
Source > Actes techniques de la CCAM de 2015 à 2023, Ameli ; calculs DREES.

AA	Alcooliques anonymes
ACAIS	Association en Cotentin d'accompagnement inclusif et solidaire
AFFEP	Association française fédérative des étudiants en psychiatrie
AFPA	Association pour la formation professionnelle des adultes
AFT	Accueil familial thérapeutique
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AJPJA	Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues
ALD	Affection longue durée
AMADEUS	AMéliorer l'ADaptation à l'Emploi pour limiter la soUffrance des Soignants
AMI	Appel à manifestation d'intérêt
AMP	Aide médico-psychologique
ANEMF	Association nationale des etudiants en médecine de France
ANSES	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APA	Activité physique et sportive adaptée
APEI	Association de parents d'enfants inadaptés
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
BAPU	Bureau d'aide psychologique universitaire
CAARUD	Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CAMSP	Centre d'action médico-sociale précoce
CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCNE	Comité consultation national d'éthique
CCOMS	Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CDU	Commission des usagers
CEJ	Contrat d'engagement jeune
CESE	Conseil économique, social et environnemental
CESP	Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations
CESS	Conseiller en économie sociale et solidaire
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
Ciivise	Commission indépendante sur l'inceste
CIM	Classification internationale des maladies
CLS	Conseil local de santé
CMP	Centre médico-psychologique
Cn2r	Centre national de ressources et résilience
CNAÉ	Coordination nationale d'accompagnement des étudiant(e)s
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil national de l'Ordre des médecins
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CNUP	Collège national des universitaires de psychiatrie
CPO	Centre psychothérapique de l'Orne
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS	Communautés professionnelle territoriale de santé
CRA	Centres de ressources autisme
CREP	Centre de proximité de réhabilitation psychosociale
CRIAVS	Centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences
CRRMP	Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
CRSA	Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSE	Comité social et économique
CSSCT	Commission santé, sécurité et conditions de travail
CTS	Conseil territorial de santé
CUMP	Cellule d'urgence médico-psychologiques
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DAF	Dotation annuelle fixe
DAP	Direction de l'administration pénitentiaire
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DD	Délégations départementale
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale

DEETS	Direction de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DES	Diplôme d'études spécialisées
DIHAL	Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
DRAC	Direction régionale des affaires culturelles
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSM	Diagnostic Statistical Manual
EAGLE	Employee alliance for gay, lesbian, bisexual and transgender empowerment
ECN	Épreuves classantes nationales
ECT	Électroconvulsivothérapie
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA	Équipe de liaison et de soins en addictologie
EMAS	Équipe mobile d'appui à la scolarisation
EMID	Équipe mobile d'intervention à domicile
EMIP	Équipe mobile d'intervention précoce
EMLIA	Équipe mobile de liaison et d'intervention en addictologie
EMPEIC	Équipe mobile de psychiatrie pour enfants et adolescents en intervention de crise
EMPG	Équipe mobile de psycho-gérontologie
EMPP	Équipe mobile de psychiatrie précarité
EMS	Équipe mobile de sécurité
EMSI	Équipe mobile de soins intensifs
EPSM	Établissement public de santé
ESAT	Établissements et services d'aide par le travail
ES-DS	Établissements et services en faveur des adultes et familles en difficulté sociale
ETP	Équivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires
FIOP	Fonds d'Innovation organisationnelle en psychiatrie
FIPHFP	Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FMIH	Fédération médicale inter hospitalière
FSEF	Fondation santé des étudiants de france
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GEM	Groupe d'entraide mutuelle

GHT	Groupement hospitalier territorial
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat
HAD	Hospitalisation à domicile
HAPI	Dispositif d'habitat inclusif
HAS	Haute Autorité de Santé
IA	Intelligence artificielle
IFAS	Institut de formation d'aides-soignant·es
IFOP	Institut français d'opinion publique
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IME	Institut médico-éducatif
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPA	Infirmier·e en pratique avancée
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
LADAPT	Association pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
LGBTQI+	Lesbienne, Gay, Bisexuel·le, Trans*, Queer et Intersexe
MAIA	Service d'aide et de soins dans l'autonomie
MAS	Maison d'accueil spécialisée
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MDA	Maison des adolescents
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MPR	Médecine physique et de réadaptation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Médiateur santé pair Maison de santé pluridisciplinaire
NIDA	National Institute on Drug Abuse
NPS	Nouveau produit de synthèse
OBSECA	Observatoire de l'éco-anxiété
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFPRA	Office français de protection des réfugiés et apatrides
OMS	Organisation mondiale de la santé

ONDAM	Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie
ONM	Œuvre normande des mères
ONPS	Observatoire national des professions de santé
ONU	Organisation des Nations Unies
ORS-CREAI	Observatoire régional de la santé - Centre régional d'études, d'actions et d'informations
PADHUE	Praticien à diplôme hors Union européenne en France
PAEJ	Point Accueil et Écoute jeunes
PCH	Prestation de compensation du handicap
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PLF	Projet de loi de finances
PRS	Projet Régional de Santé
PSSM	Premiers secours en santé mentale
PTA	Plateforme territoriales d'appui
PTSM	Projet territorial de santé mentale
QVT	Qualité de vie au travail
RPS	Prévention des risques psychosociaux Réhabilitation psychosociale
rTMS	Stimulation magnétique transcrânienne répétitive
RTPS	Réseau territorial de promotion de la santé
RU	Représentant·e d'usager
SAAD	Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAD	Service autonomie à domicile
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social aux adultes handicapés
SAVS	Services d'accompagnement à la vie sociale
SCOP	Société coopérative et participative
SDRE	Décision d'un Représentant de l'État
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté
SERAFIN-PH	Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des FINancements au parcours des Personnes Handicapées
SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SIST	Service de prévention et de santé au travail
SMPR	Service médico-psychologique régional
SNDS	Système national de données de santé

SCOP	Société coopérative et participative
SPIP	Service pénitentiaire d'insertion et de probation
SPLT	Souffrance psychique en lien avec le travail
SPSTI	Service de prévention et de santé au travail interentreprises
SSE	Service de santé étudiante
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile.
SSR	Soins de suite et de réadaptation
STAPS	Sciences et techniques des activités physiques et sportives
SUMPPS	Services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé
T2A	Tarification à l'activité
TCC	Thérapies cognitives et comportementales
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TMS	Troubles musculosquelettiques
TPB	Trouble de la personnalité borderline
TSA	Troubles du spectre autistique
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UCSD	Un Chez-soi d'abord
UDAF	Union départementale des associations familiales
UGECAM	Union pour la gestion des établissements des caisses de l'Assurance Maladie
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UMD	Unité pour malades difficiles
UNAFAM	Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
URIOPSS	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux
USIP	Unité de soins intensifs psychiatriques
USSA	Unité de soins spécifiques pour les adolescents
UTAC	Unité thérapeutique pour les auteurs de violences conjugales
VRS	Valorisation des rôles sociaux
VSS	Violences sexistes et sexuelles
WIN	Women Inclusion Network (Réseau d'inclusion des femmes)