

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société

| | |
|--|----|
| – Audition, ouverte à la presse, de M. Florian Porta Bonete, psychiatre, chef de service au centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux, co-auteur de l'ouvrage collectif « La santé mentale en France »..... | 2 |
| – Présences en réunion..... | 11 |

Mardi
23 septembre 2025
Séance de 15 heures

Compte rendu n° 13

SESSION DE 2024-2025

**Présidence de
Mme Nicole Dubré-Chirat,
Présidente,**



La séance est ouverte à quinze heures dix.

La commission auditionne M. Florian Porta Bonete, psychiatre, chef de service au centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux, co-auteur de l'ouvrage collectif « La santé mentale en France » aux éditions LEH.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Monsieur Florian Porta Bonete, en tant que psychiatre et chef du service Pathologies, handicap et vieillissement du centre hospitalier spécialisé Charles-Perrens de Bordeaux, vous avez une vision d'ensemble des problématiques qui sont au cœur de notre commission d'enquête, celles de la santé mentale et du handicap.

Je vous remercie de nous déclarer tout autre intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations et vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(M. Florian Porta Bonete prête serment.)

M. Florian Porta Bonete, psychiatre, coauteur de *La santé mentale en France*. Pour commencer, j'ai des liens d'intérêt avec les laboratoires pharmaceutiques Johnson & Johnson et Lundbeck, qui produisent des médicaments psychotropes. Par ailleurs, j'ai été élu au conseil départemental de la Gironde en tant que remplaçant de M. Saint-Pasteur.

Je vous remercie de m'avoir invité à évoquer devant votre commission d'enquête les questions de la santé mentale et du handicap, qui, parce qu'elles renvoient à la réalité de personnes qui souffrent, ont une profondeur particulière.

Je m'efforcerai de vous présenter les principaux enseignements d'un ouvrage collectif publié au mois de mai 2024 sous le titre *La santé mentale en France*, que j'ai coordonné avec M. Aurélien Vautard. Cet ouvrage qui, pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie française, rassemble 114 auteurs, revêt à la fois une dimension scientifique – il s'agit de dresser un état des lieux des connaissances scientifiques – et une dimension politique, dont témoigne son sous-titre : *Faire de la psychiatrie une grande cause nationale*. Il a été en partie conçu comme un plaidoyer pour la psychiatrie française, car l'apport de notre pays à la discipline psychiatrique a été majeur, notamment au cours du XX^e siècle.

Par ailleurs, tous deux trentenaires, Aurélien Vautard et moi-même ne pouvions nous résoudre à déplorer la crise sans tenter de changer les choses. Comme disait Bernanos, « on ne subit pas l'avenir, on le fait. » Nous avons donc réuni une équipe de France d'experts – qui, pour certains ont été auditionnés par votre commission d'enquête –, parmi lesquels les professeurs Frank Bellivier, Marie-Rose Moro, Marion Leboyer, Amine Benyamina et Emmanuel Vigneron, Philippa Motte ou Yann Bubien. Quant à Boris Cyrulnik, il nous a fait l'honneur de préfacer notre livre, en apportant un éclairage historique sur notre discipline.

Notre ambition était de réunir des personnes, issues de toute la France et de diverses professions – y compris des patients –, qui représentent l'ensemble des courants de la psychiatrie et de la santé mentale, sans nous enfermer dans les guerres de chapelles, hélas trop courantes dans notre discipline. Il s'agit de contribuer à une reconstruction, en refusant l'esprit de défaite qui conduit à penser que tout est condamné avant même d'avoir tenté quoi que ce soit.

En matière de santé mentale et de psychiatrie, le nœud du problème actuel est lié à l'inadéquation entre, d'une part, la demande de soins et d'accompagnement, d'autre part, l'offre de soins.

Du côté de la demande, on observe une augmentation assez nette du ressenti de certains symptômes d'ordre psychiatrique : morosité, anxiété, troubles du sommeil ou, plus inquiétant, idées suicidaires. Ainsi, depuis 2020, l'activité du service d'urgences psychiatriques de Bordeaux a augmenté de 25 %. Par parenthèse, ces symptômes appartiennent au registre des troubles anxieux dépressifs ; nous ne relevons pas davantage de schizophrénies ou de troubles bipolaires qu'auparavant. On constate, par ailleurs, une moindre stigmatisation de la demande de soins grâce à la prise de parole d'artistes – Stromae ou Selena Gomez –, de personnalités telles que Miel Abitbol ou Nicolas Demorand et à la série *En thérapie*. On revendique désormais de pouvoir aller chez le psychiatre comme on va chez l'ophtalmo ou le cardiologue.

Ces deux phénomènes se traduisent par une augmentation de la demande de soins. Se pose alors la question suivante : tous ces symptômes nécessitent-ils une prise en charge psychiatrique *stricto sensu* ? Sans doute non.

Du côté de l'offre psychiatrique, on dénombre, en France, 15 000 psychiatres, 60 000 infirmiers travaillant en psychiatrie et 75 000 psychologues, ce qui correspond, peu ou prou, à la moyenne de l'Union européenne et de l'OCDE. Ainsi, on compte 23 psychiatres pour 100 000 habitants, soit deux fois moins qu'en Suisse mais deux fois plus qu'en Espagne. Quant au nombre de lits pour 100 000 habitants, il est, en France, de 77, soit deux fois moins qu'en Allemagne mais deux fois plus qu'en Espagne et dix fois plus qu'en Italie. La situation de l'offre de soins psychiatriques est donc assez nuancée. J'ajoute, à propos de l'hospitalisation, que la psychiatrie a connu, au cours des quarante dernières années, une mutation majeure. Entre 1981 et 2017, non seulement le nombre des lits de psychiatrie est passé de 120 000 à 60 000, mais la durée d'hospitalisation moyenne est passée de 300 jours à 40 jours, et ce, du fait de la métamorphose du modèle de l'offre de soins psychiatriques, qui était auparavant très hospitalo-centrée.

Enfin, la psychiatrie et la santé mentale sont devenues le premier poste de dépenses de l'assurance maladie, avec 23 milliards d'euros par an.

De tout cela, on peut conclure que si, en valeur absolue, nous manquons de moyens, se posent néanmoins d'importantes questions liées à la répartition de l'offre de soins – 2 psychiatres pour 100 000 habitants dans la Meuse, contre 76 à Paris – et à son organisation : insuffisamment lisible, agile et graduée – on n'est pas capable de proposer un panier de soins homogène sur l'ensemble du territoire –, elle manque d'efficience et de pilotage.

L'un des moyens de remédier à l'inadéquation fondamentale entre demande et offre de soins est d'agir en amont en développant la prévention et la promotion de la santé : prévention primaire, telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; prévention secondaire, c'est-à-dire l'intervention précoce ; prévention tertiaire, soit les soins de réhabilitation psycho-sociale, qui visent à diminuer le handicap causé par la pathologie. La politique de prévention peut être efficace, comme en témoigne la publication récente de l'enquête ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), qui montre que la consommation d'alcool, de tabac et de cannabis des jeunes Français est désormais inférieure à la moyenne européenne !

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous ne pouvons que souscrire à votre diagnostic d'une inadéquation entre la demande et l'offre disponible, inadéquation qui a été soulignée dans moult rapports. L'une des solutions consiste, en effet, à développer la gradation des soins. Tout le monde n'ayant pas besoin de consulter un psychiatre, il faut permettre aux autres professionnels de santé de pratiquer un dépistage précoce et d'orienter les patients vers le praticien adéquat. Il convient néanmoins de souligner l'importance des inégalités territoriales et le fait que, si les effectifs de psychiatres se situent dans la moyenne européenne, nombre d'entre eux sont à la retraite et ne travaillent qu'à temps partiel. Quant à la problématique des addictions, que vous avez évoquée, elle est souvent associée aux troubles anxieux dépressifs.

Quelles seraient vos recommandations pour favoriser cette gradation des soins, qui permettrait non seulement de mieux répondre aux besoins des patients mais aussi de limiter les coûts de la santé ?

M. Florian Porta Bonete. La gradation du système de soins est un enjeu pour l'ensemble des spécialités. C'était, du reste, le sens de la réforme imposant la déclaration d'un médecin traitant, lequel est considéré comme le *gatekeeper*, le gardien de la porte du système de soins. En matière de santé mentale et de psychiatrie, cette gradation, qui est loin d'être achevée, n'est pas pensée correctement. Du fait de l'accès – théoriquement – libre au médecin psychiatre, les différents niveaux de soins ne sont pas suffisamment respectés. C'est pourquoi, dans notre ouvrage, nous appelons clairement à des progrès dans ce domaine, en définissant trois grands niveaux de soins.

Le premier niveau, celui des soins primaires, doit reposer sur un trépied composé du médecin généraliste, de l'infirmier libéral et du psychologue. Encore faut-il, d'abord, que le patient ait accès à un médecin généraliste et que celui-ci soit formé au cours de ses études puis dans le cadre de la formation continue, ensuite, que la profession de psychologue s'inscrive dans une démarche de soins en tant que profession de santé – c'est un débat qui oppose les psychologues, certains estimant que la psychologie est une science humaine – et, enfin, que l'acte d'accompagnement de soins psychiatriques des infirmiers libéraux soit davantage valorisé financièrement.

Le deuxième niveau est celui de la psychiatrie générale, qu'elle soit libérale ou hospitalière. Dans notre livre, nous défendons notamment la politique de secteur parce qu'elle fut novatrice : le secteur est le b.a-ba de la responsabilité populationnelle dont parlent les spécialistes de la santé publique.

Le troisième niveau est celui des soins surspécialisés. Notre champ est traversé par un débat sur la pertinence des centres experts, qui proposent ce type de soins. Nous défendons, quant à nous, leur utilité. En effet, si j'étais atteint d'une schizophrénie résistante aux thérapeutiques usuelles, je serais heureux de pouvoir bénéficier de l'expertise de praticiens qui connaissent les dernières recommandations et sont au fait des résultats de la recherche la plus récente. Les centres experts sont donc utiles par leur fonction d'évaluation, mais ils doivent rester à leur place : ils ne peuvent pas empiéter sur la psychiatrie sectorielle, chargée, quant à elle, du suivi.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Vous n'avez pas abordé la question de la prescription de psychotropes aux jeunes, notamment d'anxiolytiques. Non seulement ces prescriptions sont un poste de dépense substantiel de l'assurance maladie, mais elles ont un impact important sur la santé des jeunes dans la mesure où une grande partie d'entre elles sont inadaptées et pourtant renouvelées.

Quant aux médecins généralistes, ils ne peuvent pas être formés à toutes les spécialités. Du reste, on a fini par mettre un terme aux dispositifs de formation continue en psychiatrie qui leur étaient destinés, au motif qu'ils ne reçoivent pas une formation initiale suffisante – et ce, bien que 30 % de leurs patients les consultent pour un motif psychiatrique Plutôt que d'aborder la question sous l'angle de la formation, il faudrait donc, me semble-t-il, permettre aux généralistes de solliciter les conseils de psychiatres pour obtenir une aide au traitement.

M. Florian Porta Bonete. J'abonde dans votre sens !

En France, on prescrit certaines classes de médicaments, notamment les anxiolytiques, et on en sous-prescrit d'autres, en particulier – c'est en tout cas l'opinion de certains pédopsychiatres – les traitements adaptés aux troubles de déficit de l'attention avec hyperactivité. Les médecins généralistes, qu'ils soient premiers prescripteurs ou qu'ils renouvellent les ordonnances, doivent être mis au cœur de la question des médicaments psychotropes – j'ai lu récemment qu'ils prescrivaient 90 % à 95 % des traitements antidépresseurs. Mais il est vrai que l'on ne peut pas leur demander d'être pointus dans tous les domaines : ce n'est pas leur rôle. À l'hôpital Charles-Perrens de Bordeaux, nous avons donc créé un dispositif, Re-Med, qui permet aux médecins généralistes libéraux de consulter, en temps réel, par téléphone, un médecin psychiatre pour obtenir un avis diagnostique et thérapeutique. Ils en sont, je crois, ravis.

Nous sommes même allés plus loin en leur proposant un accès rapide à un cycle de consultations de courte durée. Ainsi, le médecin généraliste dont le patient est dans une situation psychiatrique difficile peut nous adresser ce patient pour quelques semaines de consultations, la première d'entre elles pouvant intervenir dans les huit à quinze jours suivant son adressage. Soit le problème est résolu au terme de ces quelques semaines, et le patient retourne dans la file active du généraliste, qui reçoit des directives concernant la poursuite des soins ; soit les psychiatres estiment que la situation est véritablement complexe, et ils intègrent le patient dans la file active spécialisée de psychiatrie.

Le lien entre la psychiatrie et la médecine générale est fondamental. Mais notre discipline s'est, hélas, longtemps exercée derrière les murs de l'asile, de sorte que les psychiatres étaient peu prompts à communiquer avec les médecins généralistes ou le faisaient dans des termes tels qu'ils ne comprenaient pas nos courriers. Lorsque j'anime des sessions de formation aux soins de premier recours destinées aux médecins généralistes, ceux-ci déplorent souvent qu'à la différence des autres spécialistes, les psychiatres ne leur écrivent pas. C'est un problème.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Je commencerai par nuancer vos propos sur la déstigmatisation des problèmes de santé mentale. Le fait est qu'en circonscription, nous ne sommes pas souvent sollicités à ce sujet, qui n'est encore abordé qu'avec une certaine pudeur. Il reste donc beaucoup d'efforts à faire pour banaliser les problèmes de santé mentale, notamment dans le milieu professionnel ; j'espère que l'approche privilégiée par notre commission d'enquête y contribuera.

Par ailleurs, je relève que chacune des 114 personnes qui ont participé à votre livre s'exprime en son nom : il n'y a pas encore de vue d'ensemble. Peut-être les querelles qui ont beaucoup fragilisé la psychiatrie ne sont-elles pas entièrement dépassées, de sorte qu'elles continuent à freiner l'amélioration de la coordination des prises en charge. Ainsi, les débats sur la psychologie constituent encore un point de blocage alors que cette discipline doit être un

élément important de l'offre de services si nous ne voulons pas que les psychiatres, qui constituent une ressource rare, soient débordés.

Je souhaite dire un mot de l'efficience et des coûts évités. Lorsqu'il m'a présenté le dispositif Re-Med, le docteur Deloge m'a indiqué que le médecin généraliste qui sollicitait un médecin psychiatre dans ce cadre n'adressait que 5 % des personnes concernées à un centre médico-psychologique. On peut donc penser que ce dispositif, qui permet d'éviter des coûts importants et facilite la prise en charge appropriée des patients, a vocation à essaimer. Dans votre ouvrage, les questions de performance, d'évaluation des politiques publiques ou d'amélioration de l'affectation des ressources sont-elles encore taboues ?

Enfin, quelle est la place des familles dans le champ psychiatrique ? Elles semblent insuffisamment prises en considération alors qu'elles jouent un rôle central dans le diagnostic, la prise en charge et le dépistage des troubles, notamment des plus jeunes.

M. Florian Porta Bonete. L'offre de soins en psychiatrie à l'échelle nationale se caractérise par une forte hétérogénéité, qui s'explique par plusieurs facteurs. Elle est d'abord le fait d'une inégale répartition des ressources humaines et, dans une moindre mesure, des moyens budgétaires. Si l'on manque de psychiatres à l'hôpital d'Agen, c'est avant tout dû à l'insuffisance de candidats. Cette hétérogénéité résulte aussi d'une certaine organisation et, probablement, d'un défaut de pilotage de la politique publique. En psychiatrie, nous avons sans doute une culture insuffisante de l'évaluation et de la réPLICATION de dispositifs évalués positivement. Si, à Toulouse, il a été créé un dispositif analogue à celui de Bordeaux, le territoire national n'est pas couvert dans son ensemble. Un pilotage politique permettrait de corriger cette situation et de gagner en efficience, ce qui réduirait les coûts budgétaires – cette question n'est pas taboue – et humains.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Santé publique France (SPF) a évalué le dispositif Vigilans, qui a pour objet, dans une logique de prévention, de maintenir le contact avec les personnes hospitalisées à la suite d'une tentative de suicide. Elle a conclu que ce mécanisme permet de réduire de moitié la récidive. Ce type de procédures, réalisées par un organisme de contrôle neutre à l'expertise reconnue, est assez peu fréquent. C'est regrettable car ces évaluations, qui réclament un faible investissement, sont riches d'enseignements.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. En règle générale, une équipe désireuse d'innover crée un dispositif : cela explique qu'il y en ait un grand nombre, tous dénommés différemment. Il s'agit de valoriser l'équipe qui l'a institué. On constate, en psychiatrie, une volonté de se singulariser. Pour ces raisons, les dispositifs ne parviennent pas à s'étendre et ne sont pas généralisés sous un même label avec des moyens communs.

M. Florian Porta Bonete. Notre discipline doit pratiquer plus volontiers l'évaluation. Toutefois, il faut veiller à ce que celle-ci ne soit pas technocratique et déconnectée du terrain. Un grand nombre de professionnels de terrain ressentent une perte de sens à force de renseigner des indicateurs, parfois abscons, qui changent d'une année sur l'autre et sont souvent réalisés par des gens qui ne sont pas aux prises avec les réalités. Cela contribue à tarir les vocations, entraîne des difficultés de recrutement et incite les praticiens à quitter les lieux où l'on demande le plus d'indicateurs.

Notre offre de soins psychiatriques se caractérise par un manque terrible de lisibilité. Des dispositifs ayant le même objet portent parfois un nom différent d'une région à l'autre, et inversement. Certains dispositifs s'enchevêtront, les équipes s'occupant d'un secteur

géographique au sens psychiatrique, d'un territoire de santé, d'un département, etc. Je plains les patients et les familles confrontés à ce « lac des sigles », mais aussi les médecins généralistes, à qui cela cause les plus grandes difficultés. Peut-être faudrait-il renforcer la cohérence des équipes à l'échelon départemental, simplifier les dénominations et les actions. Cela devrait, à mon sens, être réalisé par les ARS (agences régionales de santé) et, surtout, par des comités de pilotage faisant une large place à des professionnels de terrain, aux personnes concernées et à leurs proches. Vos propos, madame la présidente, monsieur le rapporteur, sont, à mon avis, le symptôme d'un manque de pilotage de la politique publique.

Il y a quelques années ont été créés les Fiop (fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie) dans l'idée de répliquer des innovations qui ont fait leurs preuves. Les fonds de deuxième génération, pour lesquels les appels à projets viennent d'être lancés, comprennent des fonds « pépites », qui sont amenés à être répliqués. Cela montre que, malgré tout, les choses avancent.

On parle beaucoup – c'est essentiel – des pairs aidants, des usagers, des personnes concernées. Parallèlement, la question des proches ne doit pas être éludée, d'autant qu'il existe, dans le domaine de la psychiatrie, une puissante association, fondée en 1963 : l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques). Elle a fait parler d'elle en publiant, cet été, un manifeste intitulé « Abolir la contention », dans laquelle elle exprimait son opposition aux pratiques d'isolement et de contention, en particulier dans les hôpitaux psychiatriques. Ce pavé dans la mare n'a pas été sans susciter des réactions au sein de la profession.

La place des proches est importante mais elle est sans doute limitée, actuellement, par le manque de moyens et de temps : si l'on ne peut voir un patient souffrant de schizophrénie que lors d'une consultation de quinze minutes tous les six mois, il est évident que le contact avec les proches n'en sera que plus ardu.

On a parlé de l'innovation que constituait le numéro national de prévention du suicide (3114), qui est un outil tant pour les personnes concernées que pour leurs proches, y compris, *a posteriori*, pour ceux qui, malheureusement, sont endeuillés.

M. David Magnier (RN). Dans un contexte marqué par l'insuffisance du nombre de psychiatres et de pédopsychiatres, quelles seraient, selon vous, les mesures les plus efficaces, à court terme, pour améliorer l'accès aux soins et optimiser la prise en charge des patients ?

On ne parle pas assez des personnes âgées de 60 ans et plus alors qu'elles sont, elles aussi, affectées de troubles psychiques. Nous n'avons pas eu beaucoup de retours, à leur sujet, depuis le début de nos travaux. Ces personnes ne sont-elles pas confrontées à une difficulté supplémentaire dans la mesure où elles appartiennent à une génération pour laquelle la santé mentale reste un sujet peu investi, voire tabou, ce qui rend la demande d'aide encore plus complexe ?

Mme Lisette Pollet (RN). La pandémie de covid a-t-elle exacerbé les problématiques liées à la santé mentale ou a-t-elle simplement accéléré la survenance d'un phénomène qui, tôt ou tard, aurait émergé ? L'isolement ne serait-il pas plutôt le facteur explicatif de l'accélération de la dégradation de la santé psychique ?

La psychiatrie est victime de préjugés et de représentations qui n'ont pas été réellement combattus. La responsabilité de cette situation n'est-elle pas partagée entre la profession, les pouvoirs publics et, plus largement, la société ?

Mme Chantal Jourdan (SOC). L'existence de différents courants au sein de la psychiatrie constitue à mes yeux une richesse. Quel est votre point de vue à cet égard ? Ne pensez-vous pas qu'il faudrait mettre en avant cette diversité, et que celle-ci est de nature à répondre aux spécificités des uns et des autres ?

Certaines sections de l'Unafam peinent à nouer des contacts avec les psychiatres. Seriez-vous favorable à la création obligatoire d'espaces d'accueil des familles, comme le propose l'association ? Comment pourrait-on mettre en œuvre cette mesure ?

Avez-vous des remarques à formuler sur la coordination des soins ?

Comment peut-on renforcer la lisibilité du système de soins tout en veillant à ne pas homogénéiser les pratiques, autrement dit en laissant une place aux différentes thérapeutiques qui apportent des réponses aux patients ?

M. Florian Porta Bonete. La répartition territoriale des psychiatres, des psychologues, des médecins généralistes, des structures médico-sociales est hétérogène : c'est un sujet qui dépasse largement le champ de la santé mentale et de la psychiatrie.

Sans prendre position dans le débat politique, je voudrais dire que notre discipline se prête à la pratique de la télémédecine et de la téléconsultation. On ne peut certes pas faire de la psychiatrie par ce seul moyen – il faut, autant que possible, alterner les pratiques – mais, dans notre discipline, nous avons moins besoin d'exams cliniques physiques que dans d'autres branches de la médecine. Historiquement, on a connu des oppositions sur ce point mais j'estime qu'il ne doit pas y avoir de tabou en la matière.

Dans une tribune au journal *Le Monde* de novembre 2021, j'écrivais que l'un des moyens non coercitifs de lutter contre l'hétérogénéité de l'offre de soins était d'ancrer les formations médicales dans les villes moyennes de nos départements, y compris ruraux. Si l'on concentre les études de médecine dans les grandes métropoles, les étudiants y feront leur vie, la sélection favorisera ceux d'entre eux qui habitent à proximité de la faculté : le profil majoritaire sera celui d'étudiants urbains. Si l'on crée des premières années, comme c'est déjà le cas, voire des deuxièmes et des troisièmes années dans les villes moyennes, on assistera à une modification systémique de la sociologie des étudiants en médecine et de leur implantation sur le territoire national.

La psychiatrie de la personne âgée est l'un de mes domaines d'activité et, plus encore, l'un de mes combats. En 2030, un tiers de la population aura plus de 60 ans. Nous faisons face à une transition démographique majeure. Or la psychiatrie de la personne âgée est balbutiante. C'est une discipline récente, une surspécialité : il existe des psychiatres de la personne âgée, mais en très petit nombre car presque personne ne se spécialise en ce domaine.

C'est à mes yeux un sujet majeur, qu'il s'agisse de troubles psychiatriques *stricto sensu* – par exemple, une schizophrénie ou un trouble bipolaire dont souffre un patient qui avance en âge – ou de pathologies relevant de la démence, dont la plus fréquente est Alzheimer. Les démences sont assorties de symptômes psychocomportementaux, tels que l'anxiété, l'opposition, l'agitation, des comportements sexuels, etc. Pas moins de 1 million de Français

souffrent actuellement de la maladie d'Alzheimer. Il s'agit à mon sens d'un impensé ou, à tout le moins, d'un « peu pensé » de la médecine et de la politique publique. Il faudra suivre de près l'application de la stratégie nationale pour les maladies neurodégénératives, qui a été lancée il y a quelques semaines.

Il convient de militer pour la psychiatrie de la personne âgée, qui est une discipline magnifique. Elle demande des compétences somatiques ; c'est une psychiatrie très fine. Il s'agit d'un sujet essentiel, dont on ne parle pas assez. Rappelons que le taux de suicide de la population générale est de 14 pour cent mille, contre 30 pour cent mille pour les personnes âgées et 90 pour cent mille pour les hommes âgés.

Il y a eu un avant et un après-covid, comme le montre la dégradation de plusieurs indicateurs. Si la fréquence des troubles psychiatriques historiques, tels la schizophrénie ou le trouble bipolaire, est demeurée stable, on a observé un développement du mal-être, plus ou moins bien défini, pouvant aller jusqu'aux idées suicidaires, voire aux conduites suicidaires. Le covid est un virus qui atteint le cortex et qui, du fait de ce tropisme neurologique, peut entraîner, par exemple, une perte de l'odorat. Des papiers expliquent que le covid a exercé un effet biologique sur le cerveau et les centres de régulation des émotions, de l'humeur. À cette première hypothèse s'en ajoute une seconde, qui est l'isolement, mais si cette conjecture paraissait pertinente en 2020, elle mérite aujourd'hui d'être questionnée. Parallèlement, il faut s'intéresser à l'usage des réseaux sociaux, qui a connu une forte accélération pendant la pandémie et s'est maintenue à un niveau élevé depuis lors.

Les préjugés sont en effet toujours présents. La presse joue un rôle en ce domaine. Lorsque vous tapez « psychiatrie » sur Google, neuf occurrences sur dix concernent des faits divers. Bien entendu, cela existe et il faut le prendre en compte, mais la psychiatrie ne se réduit pas à cela. Cet aspect des choses est largement surreprésenté dans la presse, qui a une responsabilité en la matière. Dans notre livre, Marie-Christine Lipani, qui est journaliste, relate l'action qu'elle mène, dans un cadre associatif, pour changer le regard de la presse sur notre discipline. Cela étant, si l'année de la grande cause nationale sert à une chose, c'est peut-être à cela.

Il n'est pas normal que, dans des départements entiers, voire, parfois, à l'échelle de la région, on ne puisse pas accéder à des soins d'électroconvulsiothérapie – autrement dit, comme on disait autrefois, des électrochocs –, qui peuvent se révéler très efficaces pour des cas sévères. Dans le cadre d'un panel de soins, tout Français devrait avoir le droit d'y accéder facilement. De même, il y a des territoires entiers dans lesquels on ne peut pas bénéficier de soins de réhabilitation psycho-sociale, qui visent à réduire le handicap lié à la maladie psychiatrique. Pour ces raisons, je plaide en faveur d'une homogénéisation de l'offre de soins.

La façon d'exercer les soins se caractérise, historiquement, par une certaine diversité. On distingue les tenants d'une psychiatrie neurobiologique, cognitivo-comportementale, psychanalytique, etc. Ma position n'est pas nécessairement consensuelle, mais je considère que cette hétérogénéité est plutôt une chance. Il ne faut pas annuler ces courants qui apportent chacun quelque chose et qui sont animés par des professionnels engagés. Cela étant, il faut se demander quelles pratiques mener, pour quelles pathologies et quels patients, car toutes les pratiques ne conviennent pas à l'ensemble des pathologies et des malades. Il me semble toutefois important que l'ensemble du panel soit représenté dans les territoires. La psychiatrie a trop connu de guerres de chapelle, dont on sait combien elles peuvent être terribles.

L'Unafam propose souvent, à l'échelon départemental, des espaces d'accueil et d'échanges pour les proches, mais encore faut-il que ceux-ci connaissent l'association. Au centre hospitalier Charles-Perrens, nous avons créé il y a deux ans une maison des usagers et nous informons systématiquement les patients et leurs familles de son existence. Cette structure offre des temps d'échanges aux personnes concernées hospitalisées et suivies, ainsi qu'aux aidants et aux proches. Ces derniers peuvent être mis en relation avec des associations, en particulier l'Unafam.

Qui dit gradation des soins dit coordination. Cela étant, on observe qu'après avoir créé des dispositifs de coordination, on a tendance à en instituer d'autres pour appuyer la démarche engagée. Je suis favorable à la coordination à la condition qu'elle s'opère à un juste niveau ; il faut aussi que des gens assurent le suivi longitudinal.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Dans le cadre de la stratégie TND (troubles du neurodéveloppement), il a été diffusé un guide de bonnes pratiques sur la guidance parentale. Toutefois, cette dernière se heurte à des blocages et à un problème de pilotage. Lorsqu'un orthophoniste veut mettre en place une guidance parentale, il ne peut mener des travaux de groupe car les conventionnements avec les PCO (plateformes de coordination et d'orientation) ne le permettent pas. Pour les TDAH (troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité), la guidance parentale est pourtant préconisée par la Haute Autorité de santé. Développer la guidance parentale dans de tels cas permettrait de mieux outiller les acteurs qui accompagnent les enfants au plus près, à savoir les parents et les familles. N'y a-t-il pas un sous-investissement dans la guidance parentale ?

M. Florian Porta Bonete. Je suis tout à fait d'accord. Il faut renforcer la cohérence et l'homogénéité du panier de soins dans l'ensemble du territoire. À l'heure actuelle, la guidance parentale fait partie d'un panier de soins essentiel en pédopsychiatrie. Elle devrait être proposée largement sur le territoire.

L'OMS nous dit que 1 euro investi dans le soin de la dépression en fait économiser 5. Plusieurs études médico-économiques montrent que les coûts liés à la santé mentale et à la psychiatrie découlent bien plus largement des troubles psychiques que des soins. Les soins représentent 20 milliards sur les 160 milliards – je cite le chiffre de mémoire – que coûtent les troubles psychiatriques. Il faut garder à l'esprit que les sources d'économies budgétaires proviennent d'abord d'une prise en charge précoce : il s'agit d'éviter qu'une pathologie ne s'aggrave ou ne se chronicise. En effet, dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, les pathologies qui s'installent et créent une incapacité à travailler représentent, de loin, le coût principal pour la société : il y a un consensus sur ce point. Tout ce qui permet, par la prévention, l'intervention précoce, le recours à des bonnes pratiques, de limiter l'installation des pathologies psychiatriques dans la durée fera faire des économies à la société.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. La référence aux bonnes pratiques et aux recommandations internationales ne peut que contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patients. Plus les pratiques seront adaptées aux pathologies et aux patients, moins elles auront d'effets susceptibles d'affecter leur entourage, leur travail et leurs revenus.

Je vous remercie pour ces échanges. N'hésitez pas à nous faire parvenir toute information complémentaire que vous jugeriez utile.

La séance s'achève à seize heures cinq.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Chantal Jourdan, Mme Élise Leboucher, M. David Magnier, Mme Lisette Pollet, Mme Natalia Pouzyreff, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusée. – Mme Anne-Cécile Violland