

A S S E M B L É E      N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>      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 Mme Déborah Sebbane, psychiatre, professeure de médecine, cheffe de pôle à l'établissement public de santé mentale Lille métropole, directrice du centre collaborateur de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) pour la recherche et la formation en santé mentale ..... 2
- Présences en réunion..... 12

Jeudi

23 octobre 2025

Séance de 11 heures 30

Compte rendu n° 37

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de  
M. David Magnier,  
Vice-président**



*La séance est ouverte à onze heures trente.*

**M. David Magnier, président.** Nous poursuivons avec l'audition de l'établissement public de santé mentale (EPSM) de Lille Métropole. Je souhaite la bienvenue à Mme Déborah Sebbane, psychiatre, professeure de médecine et cheffe de pôle, que nous auditionnons en visioconférence. L'EPSM est le seul centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) en santé mentale et psychiatrie en France, et c'est à ce titre qu'il était important de vous entendre.

Je vous remercie, en préambule, de nous déclarer tout intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations. Je 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 serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

*(Mme Déborah Sebbane prête serment.)*

**Mme Déborah Sebbane, psychiatre, professeure de médecine, cheffe de pôle à l'établissement public de santé mentale Lille métropole, directrice du centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale.**

*Un diaporama de présentation est projeté en séance.*

Je vous propose de vous exposer nos réflexions et propositions concernant l'état de notre système dans le champ de la santé mentale, en précisant tout d'abord le contexte institutionnel dans lequel s'inscrit mon intervention en tant que représentante du centre collaborateur de l'OMS. Notre centre fait partie d'un réseau mondial comprenant une cinquantaine de centres spécialisés dans le champ de la santé mentale, parmi les 800 centres collaborateurs existant dans le monde, tous domaines confondus. Notre mission consiste, d'une part, à appréhender les recommandations de l'OMS pour les adapter au contexte français et, d'autre part, à faire remonter à l'OMS les expériences et pratiques développées sur notre territoire national, avec une analyse critique de leur applicabilité. Les observations que nous formulons s'inscrivent dans la continuité des préconisations émises par l'OMS depuis plusieurs années, qui reposent sur des valeurs fortes et constituent de véritables leviers pour les politiques publiques d'amélioration de la santé mentale des populations. Bien que ces principes soient désormais davantage reconnus en France, particulièrement depuis la crise sanitaire du covid, ils nécessitent encore d'être consolidés.

Parmi ces valeurs essentielles figure l'implication de tous les acteurs concernés, ainsi que la réorganisation des soins sous le prisme du respect des droits et de l'accès à la pleine citoyenneté pour l'ensemble des personnes. Un accent particulier est mis sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination pour laquelle, malgré les nombreuses actions déjà menées en France, un travail considérable reste à accomplir pour qu'elle soit intégrée dans l'ensemble des institutions et protège efficacement les personnes concernées. Une autre recommandation majeure concerne la promotion de services de santé mentale intégrés dans les bassins de vie des personnes, à proximité immédiate des lieux où elles évoluent, grandissent et vivent. Enfin, les deux principes historiquement défendus par l'OMS qui complètent ces orientations sont la participation active des personnes concernées à l'ensemble des actions qui les touchent, qu'il s'agisse des structures de soins, des activités de formation ou de recherche, et la valorisation des savoirs expérientiels. Sur ce dernier point, vous avez déjà entendu lors de précédentes auditions les témoignages des médiateurs de santé-pair (MSP) qui professionnalisent ces

savoirs expérientiels. Cette approche est considérée comme fondamentale pour l'amélioration des politiques publiques car, sans la participation directe des personnes auxquelles s'adressent les actions, nous ne pouvons répondre efficacement à leurs besoins réels.

Les propositions que je vais vous présenter sont le fruit de réflexions menées avec l'ensemble des établissements avec lesquels nous collaborons au sein d'un groupement de coopération sanitaire rassemblant une trentaine d'établissements.

Le centre collaborateur de l'OMS s'engage spécifiquement sur différents axes de travail qui structurent nos propositions, et j'en soulignerai ici trois principaux. Le premier vise à redéployer une organisation des soins qui s'inscrive véritablement dans la continuité de la circulaire de 1960, en réalisant le virage ambulatoire attendu dans notre organisation des soins psychiatriques sectorisés. Il s'agit ensuite de développer des soins respectueux des droits et de la pleine citoyenneté des personnes concernées et, enfin, de promouvoir la participation des personnes concernées et leur professionnalisation en accompagnant la reconnaissance statutaire et salariale indispensable à cette structuration.

Je souhaite également insister sur deux orientations fondamentales préconisées par l'OMS pour l'évolution des politiques publiques en santé mentale. La première concerne une approche intersectorielle, réclamée depuis plus de cinquante ans, qui repose à la fois sur une démarche pluridisciplinaire, multisectorielle, décloisonnée, transversale et coordonnée, tant au niveau local que régional et national, et sur une attention constante au respect des droits humains.

L'OMS a récemment produit plusieurs recommandations, dont cinq modules publiés cette année, qui appellent à une transformation systémique et sociétale de notre approche des soins en santé mentale. Ces documents, qui s'adressent à l'ensemble des décideurs et peuvent être adaptés aux spécificités nationales et territoriales de chacun, affirment clairement que nous devons adopter une approche de santé publique globale, d'où l'insistance sur une transformation systémique et sociétale. L'OMS préconise depuis des décennies une transition vers un système davantage orienté vers les actions de promotion et de prévention, structuré politiquement et articulé efficacement avec notre système de soins, actuellement limité à la sphère sanitaire. Cette notion a été reprise par l'Appel de Paris, qui a significativement marqué l'agenda politique français au plus haut niveau cette année, notamment en juin dernier. De nouvelles réflexions ont donné la parole aux partenaires de l'OCDE et à l'ensemble des pays engagés dans la transformation de leurs politiques nationales de santé mentale, et tous convergent vers cette approche qui nécessite d'intégrer la santé mentale dans toutes les politiques et de traiter dans chacun des volets les déterminants sociaux de santé et les déterminants socio-économiques de santé mentale, de manière décloisonnée et en transversalité avec l'ensemble des autres ministères. Le constat unanime qui est ressorti de cette rencontre réunissant plus de trente pays, hébergée au ministère de la santé et coorganisée avec la délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie, porte sur la nécessité de cette approche qui doit orienter notre système pour les vingt prochaines années.

Je tiens par ailleurs à rappeler la vision de l'OMS sur la promotion et la prévention en santé mentale, avec le schéma proposé il y a maintenant près d'une dizaine d'années qui mettait l'accent sur « les trois piliers de la promotion de la santé ». Au-delà de la Charte d'Ottawa qui nous incite à développer ces actions de promotion, l'OMS insiste depuis plus d'une décennie sur la nécessité d'une bonne gouvernance. Le leadership politique et la gouvernance en santé mentale apparaissent ainsi comme absolument essentiels, particulièrement sous l'angle de l'interministérialité. Le second pilier concerne la création de villes saines, offrant un

environnement de vie qui préserve les individus tout au long de leur existence, en réduisant les déterminants sociaux péjoratifs. L'aspect sociétal, social et l'investissement des collectivités et des villes dans cette équation sont absolument majeurs. Enfin, le troisième pilier sur lequel nous devons impérativement continuer d'agir, même si la grande cause nationale apparaît comme un premier pas, concerne toutes les actions améliorant la littératie en santé mentale de l'ensemble des citoyennes et citoyens. Nous savons en effet désormais qu'à mesure que le niveau de littératie des citoyens augmente et qu'ils développent leur capacité d'autodétermination et d'action sur leur santé, ils parviennent à infléchir tout au long de leur vie la possibilité de développer un trouble et à développer les capacités de s'en rétablir, avec l'aide des systèmes et des institutions.

Je souhaite également vous présenter le cadre conceptuel proposé en 2018, établissant le lien entre les déterminants sociaux et les objectifs de développement durable (ODD). Ce qui s'observe à l'échelle individuelle et constitue une priorité pour le système de soins se trouve en réalité directement corrélé à l'ensemble des objectifs de développement durable, qui représentent des actions sociétales, notamment la lutte contre les changements climatiques et contre les systèmes générant des conflits et des guerres exposant les enfants à l'adversité. Ce modèle conceptuel démontre l'importance des déterminants sociaux de santé et l'impact d'une politique axée sur la promotion et la prévention pour prévenir l'émergence des troubles de santé mentale à l'échelle individuelle. L'OMS et l'ONU ont développé une série d'objectifs de développement durable, dont l'un est spécifiquement dédié à la santé mentale des populations, pour lesquels ils nous interpellent fortement sur la nécessité d'agir sur l'ensemble de ces déterminants sociaux de santé.

Le schéma concernant l'approche de « santé mentale publique », également publié et repris par de nombreuses organisations, ministères et décideurs, notamment au Canada et plus récemment dans certains pays d'Europe, illustre le poids considérable des déterminants sociaux et socio-économiques dans l'état de santé d'un individu. Particulièrement important, il justifie la nécessaire bascule de notre système de santé d'un modèle curatif vers un modèle préventif, agissant en amont, avec un équilibre à trouver entre l'approche biomédicale et l'action sur les autres facteurs favorisant l'émergence des troubles. Dans cette répartition, le système de soins ne représente que 10 % dans l'émergence des troubles de santé d'un individu, les comportements de santé comptent pour 30 %, la vulnérabilité biologique pour 10 %, mais le poids des déterminants sociaux atteint près de 40 %. Ce constat extrêmement significatif explique pourquoi l'ensemble des pays décident aujourd'hui de réorienter leur politique de santé vers une politique de prévention structurée et coordonnée sur le plan politique.

Je conclurai en rappelant les éléments du paradoxe français. Malgré une répartition très inégale des ressources médicales sur le territoire générant des difficultés d'accès aux soins et une forte hétérogénéité territoriale, l'équation nous montre que la psychiatrie seule ne pourra jamais absorber l'ensemble des troubles de santé mentale de la population. Une personne sur quatre souffre de troubles psychiques soit, avec près de 70 millions d'habitants en France, environ 17 à 18 millions de personnes, alors que la file active des personnes prises en soins dans les services de psychiatrie publics s'élève à seulement 2,4 millions de patients. Nous constatons donc un effet loupe sur notre système de soins et sur le déploiement des soins de santé mentale par la psychiatrie, qui reste pourtant loin de pouvoir répondre à la demande globale de soins et d'accompagnement. Nous pouvons toutefois améliorer les organisations de soins, car la France figure parmi les pays d'Europe comptant le plus grand nombre de psychiatres, malheureusement très inégalement répartis sur le territoire. Notre pays conserve une approche très hospitalo-centrée du soin, avec un nombre conséquent de lits. L'objectif n'est donc pas d'envisager la réduction des lits sans alternatives, mais de réorganiser les soins dans la communauté pour les rendre accessibles et mobiles pour l'ensemble de la population.

L'autre constat qui s'impose pour tendre vers une politique de santé véritablement orientée vers la santé publique, communautaire et collective, c'est que nous sommes un pays qui innove considérablement, avec d'importants moyens consacrés à l'innovation dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie au cours de ces dernières années, mais que nous ne parvenons pas à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, lesquelles se sont particulièrement aggravées en période de crise. Cette situation perdure puisque, malgré notre statut de cinquième pays au classement mondial en termes de nombre de psychiatres (23 pour 100 000 habitants), nous figurons paradoxalement parmi les pays où la prévalence des troubles psychiques demeure élevée, avec des indicateurs particulièrement défavorables.

Plusieurs facteurs expliquent les limites de cette innovation. Premièrement, l'innovation organisationnelle n'atteint pas les populations les plus exposées aux fragilités, ce qui révèle un véritable problème de généralisation. Deuxièmement, l'innovation en psychiatrie demeure fortement cloisonnée et n'implique pas les acteurs ni les institutions d'autres champs susceptibles d'influer sur la survenue et le maintien des troubles, notamment dans les domaines de l'emploi, du logement et de l'éducation. Une telle approche contrevient pourtant aux recommandations de l'OMS, qui préconise une démarche intersectorielle, décroisonnée et transversale afin d'agir sur les déterminants sociaux de santé. Troisièmement, l'innovation en psychiatrie continue d'être conçue sans la participation des personnes directement concernées par les troubles de santé mentale. Enfin, cette innovation ne porte que trop rarement sur les déterminants socioéconomiques, alors même qu'ils représentent 40 % du poids des déterminants à l'échelle individuelle. Nous ne parvenons donc pas à proposer des innovations visant directement la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et développons principalement des innovations concernant l'offre de soins. Or si cette dernière n'impacte l'état de santé d'un individu qu'à hauteur de 10 %, nous comprenons pourquoi l'innovation en psychiatrie échoue à réduire les inégalités sociales et à transformer les trajectoires de vie des personnes concernées.

Comme l'ont souligné plusieurs intervenants lors des auditions précédentes, une approche à travers la santé publique s'impose désormais comme cadre de réflexion. Le concept de santé mentale publique, émergent en France, correspond à l'ensemble des efforts consentis par les institutions publiques d'une société pour améliorer, promouvoir, protéger et restaurer la santé mentale de la population grâce à une action collective. L'intérêt de ce cadre de réflexion réside dans sa capacité à travailler directement sur les déterminants sociaux de santé sans se limiter au système de soins. Il s'agit de déplacer le centre de gravité de la réponse, qui ne doit plus se concevoir uniquement en termes d'offre de soins, mais désormais en termes de conditions de vie, d'environnement social et de justice territoriale. Cette approche ne vise nullement à écartier la psychiatrie, mais au contraire à lui donner tous les moyens de s'inscrire dans une stratégie plus large permettant d'agir sur les causes profondes des inégalités de santé mentale.

Pour guider notre action, nous devons nous assurer que l'ensemble des mesures proposées dans le champ de la santé mentale agissent sur les déterminants sociaux de santé, tels que l'exposition à l'adversité et aux traumatismes dans l'enfance, la précarité, les difficultés d'accès au logement et à l'emploi. Nous devons donc maintenir un équilibre entre les actions destinées à transformer le système de santé pour renforcer la prévention et réduire la demande de soins, et la réorganisation de notre système de soins qui permette de mieux absorber cette demande lorsqu'elle se présente. Il s'agit désormais de sortir d'une logique de gestion permanente de la crise pour entrer dans une logique d'anticipation collective capable de prévenir plutôt que de réparer.

Ainsi, une réflexion orientée santé publique, avec une approche de santé mentale publique et une organisation structurée et collective de l'ensemble des champs permettant d'agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé mentale, nous conduit à respecter certains principes désormais indissociables. Le premier prérequis consiste à établir une gouvernance spécifique à chaque échelon de décision, puisque nous savons que le champ de la santé mentale possède des caractéristiques particulières qui le distinguent des autres domaines sanitaires, notamment une complexité accrue et des spécificités notables en matière de stigmatisation et de discrimination. L'expérience montre que sans une gouvernance dédiée aux échelles locale, régionale et nationale, ce sujet ne sera jamais priorisé.

L'amélioration des politiques publiques repose sur trois principes fondamentaux. Premièrement, l'inclusion des personnes concernées dans l'élaboration et la mise en œuvre des actions répondant à leurs besoins. Deuxièmement, la territorialisation de l'action publique, permettant de s'adapter aux spécificités locales et de favoriser l'appropriation des dispositifs par les acteurs territoriaux. Troisièmement, la transversalité de l'action, par la mise en œuvre d'initiatives portées de manière multisectorielle afin d'impacter l'ensemble des déterminants de la santé mentale. Les enjeux de gouvernance trouvent déjà des réponses efficaces dans certains dispositifs existants, notamment les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et les conseils locaux de santé mentale (CLSM), qui nous permettent de développer des politiques publiques véritablement territorialisées, transversales et inclusives.

S'agissant de nos propositions concrètes, le premier axe majeur consiste à poursuivre la généralisation des CLSM afin d'engager les collectivités territoriales et de les responsabiliser en matière d'amélioration de la santé mentale des populations. L'amélioration de la santé des habitants passe en effet également par l'importance accordée à leur territoire de vie, au lien social et aux espaces construits collectivement. Or cette responsabilité ne peut incomber uniquement au système de soins, mais doit être portée par le système de santé dans son ensemble. Notre deuxième proposition vise à soutenir le fonctionnement des PTSM. Nous préconisons ensuite la définition d'un pilotage régional spécifique et transversal, car nous manquons cruellement de feuilles de route partagées permettant aux acteurs de s'accorder sur les objectifs régionaux en matière de santé mentale. Nous proposons également de confier un mandat interministériel à une délégation spécifiquement dédiée à la santé mentale, tout en la maintenant rattachée au ministère de la santé. Pour terminer, si la participation des personnes concernées aux parcours de soins s'avère indispensable, nous manquons encore largement de cadres administratifs et juridiques permettant leur valorisation statutaire et salariale. Cette reconnaissance est absolument nécessaire pour systématiser leur participation dans toutes les actions qui les concernent, mais également dans la formation des futurs professionnels, les activités de recherche et les campagnes de lutte contre la stigmatisation.

S'il fallait identifier deux champs d'action prioritaires pour atteindre des résultats dans quinze à vingt ans, je soulignerais particulièrement les actions de lutte contre les violences et les traumatismes dans l'enfance. Ces interventions, conjuguées à d'autres mesures, nous permettront en effet d'infléchir l'émergence des troubles psychiques chez les enfants, qui pourront bénéficier de l'ensemble de ces nouvelles politiques.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Je me retrouve parfaitement, à titre personnel, dans l'approche que vous préconisez et souhaite vous adresser cinq questions.

Pourriez-vous tout d'abord nous éclairer sur le déploiement des politiques publiques dans le champ du handicap psychique en France, qui demeure très hospitalo et médico-centré et contrevient à de nombreux égards au droit international, notamment à la convention internationale que vous avez évoquée ? Notre pays fait en effet l'objet de multiples condamnations à ce sujet.

Deuxièmement, sur les perspectives pour les dix à quinze prochaines années, comment évaluez-vous l'état de la médecine scolaire et de la prise en charge à l'école, aujourd'hui particulièrement défaillantes ? Ce premier chaînon paraît pourtant indispensable face à la dégradation de la santé mentale des plus jeunes.

Troisièmement, nous constatons, concernant la valorisation de la pair-aidance, une situation très hétérogène et non encadrée qui nécessiterait probablement une loi. Malgré tout, ces acteurs peinent encore à se faire accepter dans de nombreuses structures. Existe-t-il des modèles étrangers, notamment anglo-saxons, dont nous pourrions nous inspirer ?

Quatrièmement, comment pouvons-nous dépasser l'hétérogénéité actuelle des conseils locaux de santé mentale, dont je partage votre vision favorable ? S'ils constituent des lieux de culture et de langage communs, ne pourrions-nous pas aller plus loin, notamment sur la nécessité d'adhérer à ces démarches ?

Enfin, quel est votre avis sur l'opposabilité des recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de santé (HAS), particulièrement pour les troubles neurodéveloppementaux ? La spécificité française dans le champ psychiatrique crée en effet des crispations qui ne se retrouvent pas dans d'autres pays. Quelle est la position de l'OMS sur cette demande, soutenue par la HAS elle-même et par les associations œuvrant dans le domaine des troubles du neurodéveloppement (TND) ?

**Mme Déborah Sebbane.** Malgré la ratification par la France en 2010 de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, on observe la persistance de pratiques coercitives dans notre pays, comme l'a relevé l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) pendant son audition devant votre commission d'enquête. La France est en retard dans ce domaine et je pense que ce retard s'explique en partie par la façon dont on organise les soins dans les secteurs. En tant que chef de pôle, je dirige un service de psychiatrie adulte qui fonctionne sans pratique coercitive, sans isolement, sans contention, et qui respecte pleinement les recommandations de la convention internationale, ce qui démontre qu'il est parfaitement possible de les suivre avec nos ressources actuelles sur le territoire français. C'est une question d'organisation des soins sur les secteurs.

En lien avec votre cinquième question sur les recommandations opposables, je tiens à souligner que l'hétérogénéité constatée entre les secteurs demeure considérable, car le respect des droits des citoyens, leur participation à l'organisation des soins et leur exposition ou non à des pratiques coercitives dépendent intrinsèquement de l'organisation de soins mise en place. Nous faisons face à un véritable angle mort concernant la manière dont les secteurs proposent leurs soins, puisqu'aucun écrit ni cahier des charges ne les encadre, et cette situation reste largement méconnue. Si les recommandations opposables émanant de la HAS sont régulièrement évoquées, il serait également pertinent de développer des standards adaptés à notre système de sectorisation qui constitue une spécificité nationale. Nous devons nous appuyer sur les nombreux atouts de la sectorisation, notamment l'absence de zone blanche en France puisque chaque citoyen relève d'un secteur, tout en reconnaissant que l'accès aux soins et l'hétérogénéité des propositions thérapeutiques atteignent aujourd'hui un niveau préoccupant.

Sur le terrain, je constate que les responsables décisionnaires sont abandonnés à leur propre intuition, alors que l'élaboration d'un cahier des charges guiderait considérablement les choix institutionnels à l'échelle d'un secteur en permettant d'établir des standards minimaux. Nous devrions pouvoir nous accorder sur des indicateurs chiffrés, éléments sur lesquels nous

travaillons beaucoup au niveau des pôles mais qui ne font jamais l'objet de directives nationales, de sorte que nous manquons cruellement d'orientation et de guides. D'autres pays se sont dotés de guides nationaux des pratiques et la France devra impérativement s'engager très prochainement dans cette voie. Nous avons besoin de repères chiffrés pour guider les responsables de services et leur donner des objectifs clairs qui les aideront à améliorer l'organisation des soins dans leur secteur. Fort heureusement, l'OMS déploie depuis 2012 un programme, porté en France par le CCOMS, intitulé Quality Rights qui permet d'accompagner les secteurs dans la transformation de leurs pratiques. Cet accompagnement s'avère indispensable car, bien que la conviction du besoin de faire différemment soit largement partagée, les professionnels peinent à identifier les modalités pratiques pour y parvenir. Nous disposons pourtant aujourd'hui de nombreux outils, tels que les directives anticipées en psychiatrie, les plans de crise ou les plans de rétablissement, et j'espère vivement que ces programmes seront bientôt généralisés pour être rendus accessibles sur l'ensemble du territoire.

En conclusion sur ce point, la France accuse effectivement un retard considérable, puisqu'elle a ratifié une convention en 2010 et que nous possédons désormais tous les moyens nécessaires pour constater la nécessité d'un changement et pour le mettre en œuvre.

Sur votre deuxième point, je me réjouis que vous partagiez cette approche de santé publique et d'intervention précoce. Vous avez évoqué la médecine scolaire et l'éducation nationale, et le décloisonnement s'avère effectivement très difficile sur le terrain. Lorsque l'OMS promeut une approche intersectorielle, elle fait référence à notre capacité à établir une gouvernance permettant un travail transversal, et nous devons dépasser le fonctionnement actuel où l'éducation nationale élabore ses programmes de son côté tandis que le secteur de la santé développe les siens. Les professionnels de santé publique proclament depuis dix à quinze ans, données chiffrées à l'appui, qu'investir dans des actions de prévention, qu'il s'agisse de guidance parentale, de lutte contre les violences ou contre les traumatismes et l'adversité chez les enfants, permettra de prévenir l'émergence des troubles de santé mentale à l'âge où nous constatons actuellement l'apparition des premiers épisodes de vulnérabilité psychique.

Concernant la place de la médecine scolaire et le repérage précoce, j'estime qu'avec nos moyens actuels nous pourrions déjà établir une feuille de route commune et cesser de faire peser sur la psychiatrie des attentes auxquelles elle ne peut répondre, car une forte pression s'exerce sur l'offre de soins alors que de nombreuses actions de prévention relèvent d'autres composantes du système de santé. Les démarches de décloisonnement, de transversalité et de culture commune, bien que complexes, constituent précisément l'objectif de l'Appel de Paris publié en juin dernier, sur lequel tous les pays signataires se sont engagés. Cette approche nous aiderait considérablement à progresser, à décloisonner nos interventions auprès des enfants et à agir dans l'ensemble de leurs milieux de vie, au-delà du strict cadre psychiatrique, puisqu'elle contribuerait significativement à infléchir les trajectoires de vie des enfants âgés de 0 à 10 ans.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** J'aimerais revenir sur le statut particulier des psychologues en France, car l'articulation de l'offre de soins et de la prise en charge avec Mon soutien psy soulève des questions sur la définition du rôle du psychologue et sa place dans un parcours de soins.

**Mme Déborah Sebbane.** Concernant la question des médiateurs de santé-pairs (MSP), je pense aussi qu'un cadrage s'impose. L'hétérogénéité des pratiques que vous constatez aujourd'hui résulte précisément de l'absence de législation antérieure, et nous en observons déjà les conséquences avec des modèles qui se sont développés sans harmonisation. Quant aux expériences étrangères que vous mentionniez, il convient de rappeler que la France

dispose du modèle le plus abouti dans le domaine de la pair-aidance professionnelle, et nous pouvons nous appuyer sur certains dispositifs performants, comme la licence de médiateur de santé-pair, programme porté par le centre collaborateur de l'OMS, qui fixe un niveau d'exigence élevé et fonctionne efficacement. Les difficultés qui persistent dans l'intégration de certains professionnels au sein des services relèvent précisément du travail collectif à accomplir, car plus nous renforcerons la reconnaissance statutaire et salariale des pair-aidants professionnels, plus les organisations de soins se transformeront et respecteront les droits des usagers, favorisant ainsi culturellement le travail en partenariat avec ces médiateurs. Même si l'arrivée des MSP précède souvent la transformation des pratiques dans les services, ce qui peut effectivement créer des tensions, nous devons maintenir notre confiance dans les effets positifs de la pair-aidance professionnelle.

S'agissant des CLSM, nous ne disposons toujours pas des moyens nécessaires à leur généralisation. Ces espaces de démocratie sanitaire se révèlent pourtant essentiels, puisqu'ils donnent la parole aux citoyens, s'inscrivent dans des démarches ascendantes d'identification des besoins à l'échelle locale et permettent le dialogue entre élus, psychiatrie publique, personnes concernées et leurs proches. L'instruction récente, qui actualise celle de 2016, demeure encore insuffisante pour soutenir pleinement leur déploiement généralisé, alors qu'il s'agit d'un axe majeur d'amélioration des politiques publiques et de développement d'une vision de santé publique en matière de santé mentale.

S'agissant des recommandations opposables de la HAS, je soutiens l'élaboration d'un cahier des charges opposable pour l'organisation des secteurs, répondant ainsi à la demande forte de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) d'obtenir des recommandations de bonnes pratiques contraignantes. Ces recommandations, qui apparaissent nécessaires, doivent s'articuler avec un cahier des charges organisationnel, car les bonnes pratiques ne peuvent se déployer de manière homogène que dans des secteurs dotés d'une organisation commune et d'objectifs chiffrés partagés.

Quant au rôle des psychologues, il pourrait être significativement renforcé, puisque sur les 84 000 psychologues exerçant actuellement sur le territoire, environ 20 000 sont cliniciens, et nous devrions davantage valoriser leurs compétences. Dans certains secteurs, la distinction entre un psychiatre formé à la psychothérapie et un psychologue psychothérapeute manque parfois de clarté, et nous devons préciser les spécificités de chaque corps de métier. Au-delà du dispositif Mon soutien psy que vous avez mentionné, la question de la place des psychologues dans les services demeure essentielle car, face à la pénurie de ressources médicales dans les secteurs, les psychologues permettent d'absorber une part significative de la demande. Compte tenu de l'augmentation de la prévalence des troubles de santé mentale, les secteurs psychiatriques ne pourront pas répondre à l'ensemble des besoins, et c'est pourquoi nous devons redéfinir leurs missions, déterminer leur périmètre d'intervention et clarifier la répartition entre ce qui relève de la médecine de ville, des suivis en libéral avec le soutien financier du dispositif Mon soutien psy, et ce qui incombe à la prise en charge sectorielle.

**M. David Magnier, président.** Vous indiquez que nous devons contribuer à la connaissance et au développement de l'e-santé mentale en tant que technologie innovante. Quel rôle pourraient jouer les nouvelles technologies comme l'intelligence artificielle dans l'amélioration de la prise en charge ? Par ailleurs, quels sont les axes prioritaires de recherche du CCOMS pour les prochaines années ? Quelles difficultés rencontrez-vous et quels aspects fonctionnent bien ? Enfin, comment évaluez-vous l'articulation entre psychiatrie publique et privée, notamment en termes de continuité des soins ?

**Mme Deborah Sebbane.** En évoquant l'information destinée à la population générale, je faisais référence au niveau de littératie en santé mentale et à la qualité de l'information, sans cibler nécessairement le numérique. La position de l'OMS sur cette question a évolué en deux temps distincts, puisqu'elle a d'abord annoncé une révolution avant de reconnaître qu'il ne s'agissait nullement d'une révolution. J'accorde une attention particulière aux analyses de mes collègues qui travaillent sur ce sujet et qui ont récemment publié un article appelant à la prudence face aux espoirs placés dans le développement du numérique en santé mentale. Rien n'est véritablement révolutionnaire dans ce domaine, notamment parce que tout ce qui est régulé par les systèmes de santé évolue beaucoup plus lentement que les innovations portées par les Gafam et autres entreprises échappant à notre cadre réglementaire. Notre recherche nécessite davantage de temps pour démontrer l'efficacité des interventions numériques en santé mentale, face à un marché lucratif proposant des solutions moins rigoureusement évaluées que ce que nous pouvons offrir en termes de sécurité et de validation scientifique.

Au CCOMS, nous avons relayé les recommandations incitant à travailler en collaboration avec les personnes concernées afin d'éviter de développer des applications et des solutions numériques déconnectées de leurs besoins réels. Le numérique existe et nous devons en tirer les bénéfices possibles. Toutefois, tout comme l'innovation organisationnelle peine à améliorer les parcours de vie des personnes les plus vulnérables, nous devons rester vigilants quant à la capacité du numérique à atteindre les populations les plus fragiles et les plus affectées par les problèmes de santé mentale. Je vous livre donc une réponse partielle et nuancée car, si les bénéfices de l'usage des réseaux numériques existent certainement, ils ne représentent qu'une partie de la réalité, et le discours actuel de l'OMS maintient qu'il n'y a pas de révolution en cours et qu'il convient de conserver les mêmes points de vigilance que ceux appliqués à l'innovation organisationnelle.

Concernant les recherches du CCOMS pour les années à venir, nous répondons à des appels à projets et recevons des financements pour des recherches d'une durée de quatre ans. Nous avons particulièrement étudié la qualité de vie au travail des personnels des structures de soins qui font évoluer leurs pratiques, ainsi que l'articulation entre les soins et la qualité des soins somatiques proposés aux personnes en situation de vulnérabilité psychique, afin d'identifier les améliorations possibles compte tenu de la perte d'espérance de vie. Nous menons notamment un projet de recherche sur l'accompagnement à la réduction du tabagisme. Parmi nos prochaines recherches, deux projets très différents sont en cours : le premier, porté par les hôpitaux Paris Est-Val-de-Marne, concerne l'accompagnement de la déprescription, cherchant à comprendre comment celle-ci peut être mise en œuvre dans les services et à évaluer son coût. Le second vise à comprendre l'impact budgétaire du programme Quality Rights, dans le but de vérifier et de démontrer que la transformation vers des pratiques de soins plus respectueuses des droits ne génère pas de surcoûts, et de comprendre comment ces transformations peuvent être menées efficacement.

La question de l'articulation entre psychiatrie publique et privée en termes de continuité des soins est complexe, car il existe aujourd'hui une fracture complète entre l'offre du privé et celle du public qui tend à s'élargir. Le secteur privé (qui comprend à la fois les cliniques et les professionnels installés) a bien tenté d'élargir son champ d'action, notamment vers l'accueil des soins sans consentement, avec quelques cliniques pionnières, mais nous constatons néanmoins une inégalité flagrante dans la répartition des psychiatres.

La question de la continuité des soins révèle un problème majeur pour les personnes qui, soit ne souhaitent pas s'orienter vers le public, soit font face à des délais d'attente trop importants et disposent des moyens financiers pour se tourner vers le privé. La répartition des

professionnels sur le territoire constitue un enjeu considérable et aucun parcours de soins structuré ne permet actuellement à un patient d'être pris en charge initialement dans le secteur public puis relayé vers le privé. Par ailleurs, les situations traitées par le privé diffèrent significativement de celles prises en charge par le public. Les parcours de soins qui débutent dans le public se poursuivent généralement dans le public, tandis que ceux qui commencent dans le privé sont rarement réorientés vers le public. Ma réponse reste donc certainement partielle, mais je considère que le secteur public pourrait bénéficier d'un soutien accru pour garantir des parcours de soins plus cohérents et un accompagnement renforcé des personnes qui en ont besoin.

**M. David Magnier, président.** Je vous remercie et vous propose de compléter nos échanges en transmettant tout document que vous jugerez utile pour cette commission d'enquête.

*La séance s'achève à douze heures trente.*

**Membres présents ou excusés**

*Présents.* – M. David Magnier, M. Sébastien Saint-Pasteur