



SYNTHESE

Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS et politique de santé mentale en France

Intervention Dr Shekhar Saxena, directeur du Département santé mentale, OMS Genève : le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS

En 2010 au niveau mondial, la santé mentale représentait 10 % des maladies.

Pour les personnes concernées s'ajoutent aux troubles psychiques :

- Un risque plus élevé de toxicomanie et de dépendances
- Un risque plus élevé de suicide
- Des facteurs de risque importants de comorbidités

Les personnes porteuses de troubles psychiques représentent un tiers des personnes handicapées.

La dépression est le trouble psychique le plus fréquent.

Selon les estimations du forum économique mondial, l'impact économique global des problèmes de santé mentale, neurologiques et de toxicomanie, se mesure à l'aide de 3 approches différentes (et non comparable) :

Coût de la maladie (Soins de santé + perte de productivité)

Valeur de la production perdue (Croissance réduite)

Valeur de la vie statistique (Coût monétaire en termes de vies perdues)

NB : Les hommes ayant une maladie mentale meurent 20 ans plus tôt et les femmes 15 ans plus tôt que la population générale.

Philosophie du plan 2013-2020 de l'OMS :

Un monde dans lequel la santé mentale est valorisée, encouragée et protégée, les troubles mentaux sont évités et les personnes touchées par ces troubles sont en mesure d'exercer l'ensemble de leurs droits ; un monde dans lequel elles ont accès à des soins de santé de qualité, à des services sociaux, adaptés à leur culture et en temps voulu, afin de permettre leur rétablissement. Cela afin d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible et de participer pleinement à la société, de pouvoir travailler, sans subir de stigmatisation et de discrimination.

Objectifs :

Renforcer le leadership et la gouvernance efficace dans le domaine de la santé mentale

Proposer des services de soins complets, intégrés et adaptés aux besoins en santé mentale, et des services sociaux au sein de la communauté

Mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention en santé mentale

Renforcer les systèmes d'information et de recherche en santé mentale

Principes transversaux :

- Couverture santé universelle
- Respect des Droits de l'Homme
- Pratiques fondées sur des preuves
- Approche reposant sur la notion de parcours de vie
- Approche pluridisciplinaire
- Empowerment des personnes atteintes de troubles psychiques et en situation de handicaps psychosociaux

D'ici à 2020 : objectifs

Objectif 1 (leadership et gouvernance)

80 % des pays auront développé ou mis à jour leur politique / plan de santé mentale en conformité avec les guides/outils internationaux et régionaux relatifs aux droits.

50 % des pays auront développé ou mis à jour leur législation en matière de santé mentale en conformité avec les guides/outils internationaux et régionaux relatifs aux droits.

Objectif 2 (santé mentale et les services de soins sociaux)

La couverture des besoins par des services de soins pour les troubles psychiques graves devra avoir augmenté de 20 %.

Objectif 3 (promotion de la santé mentale et la prévention)

80 % des pays auront en 2020 mis en marche au moins deux programmes nationaux plurisectoriels, axés vers la protection et la promotion de la santé mentale multisectorielle. L'un en direction de l'ensemble de la population du pays. L'autre axé sur les groupes vulnérables/à risque. Les taux de suicide annuels dans les pays auront diminué de 10% en 2020.

Objectif 4 (informations, données et recherches)

80 % des pays collecteront au moins tous les deux ans, un ensemble d'indicateurs nationaux en matière de santé mentale par le biais de leurs systèmes de santé et de leurs services sociaux.

Rôle de l'OMS dans l'atteinte de ces objectifs :

- Guider et aider les États membres
- Offrir une guidance pour le développement et l'implémentation
- Surveiller la situation mondiale de la santé mentale

Denys Robiliard - Député du Loir-et-Cher

Un député est un citoyen à temps plein qui essaie de trouver l'intérêt général. La loi ce n'est pas tout dans une politique : certains psychiatres attendaient une grande loi sur la santé mentale mais il n'y en aura pas. Nous aurions surtout besoin d'une politique en matière de santé mentale ; la loi du 28 janvier 2016 est importante, mais n'oublions pas la loi de juillet 2011. Il faut se méfier du fétichisme de la loi, il ne faut pas en attendre trop.

Le premier enjeu de la loi de modernisation du système de santé récemment votée : quelle forme d'organisation ? La loi précédente, HPST, adoptée en 2009, avait supprimé deux tiers des occurrences de la notion de santé mentale dans le code de la santé publique. Alors s'agit-il de remettre en cause l'organisation territoriale de la psychiatrie ? Ou de réformer le secteur ? Réformer la politique de santé mentale.

premier niveau, les soins psy : ne pas couper le patient de son territoire, et là on retrouve le sens du secteur (cf. Bonnafé) ; on avait besoin d'une organisation territoriale, une structure d'organisation des soins psychiatriques. Un étage au-dessus porte sur l'ensemble des soins en santé mentale : le territoire de santé. La politique de prévention, la politique de recherche, le médico-social. Donc deux échelles territoriales : une très fine, et une plus large notamment soins de deuxième recours, toute la politique de dépistage. Cette articulation n'allait pas de soi : l'approche territoriale a été étendue à l'ensemble de la santé. L'organisation territoriale de la santé mentale a été l'exemple à partir duquel on a pu construire.

Le second enjeu : les acteurs de santé. Les psychiatres arrivent, pour 40 % d'entre eux, à l'âge de la retraite. Les psychologues qui peuvent être des professionnels de santé ont une place et doivent pouvoir trouver cette place. Il faut donc reconnaître en droit ce qu'ils font en fait. On a rétabli la notion de psychologie : l'hôpital prend en charge la personne dans sa globalité, et donc dans sa dimension psychologique. On a rétabli la notion du projet psychologique dans les établissements ; elle avait été enlevée via un amendement porté par un professeur de médecine. Dans le deuxième « étage » du projet territorial, on trouve la notion du logement comme condition pour s'épanouir. Pour les infirmiers, la loi parle de pratique avancée qui reconnaît la possibilité d'une spécialisation.

La démocratie sanitaire est le troisième enjeu : ce doit être l'association des représentants des usagers, des familles, les conseils locaux de santé mentale. Il s'agit d'associer les usagers, les professionnels et les élus à la définition et à la mise en œuvre d'une politique de santé mentale. Les élus locaux sont de grands vecteurs de déstigmatisation : ils peuvent parler à leurs concitoyens de ceux qu'ils rencontrent, voient. La démocratie sanitaire c'est aussi l'idée que les personnes utilisent les services de droit commun, de quartiers et il y a une porte ouverte via les élus locaux, les CLSM notamment. Et la démocratie, ça se fait avec les citoyens. On peut évoquer l'avis du contrôleur des libertés rendu hier sur l'hôpital de l'AIN : 412 lits, 46 chambres d'isolement, dont 35 occupées en moyenne. Une personne est contentée des 4 membres en permanence mais sort tous les 15 jours ! Il est important qu'un tel type d'avis puisse être publié au journal officiel. Ce n'étaient visiblement pas des citoyens qui étaient accueillis dans cet établissement.

La loi 5 juillet 2011 a fait contrôler de façon systématique toutes les hospitalisations sous contraintes par un juge. Le patient n'est pas l'objet du procès, il est partie du procès : un patient-citoyen.

Loi 26 janvier 2016 : on a institué un régime juridique pour isolement et contention ; or, on sait que ces pratiques existent, qu'elles sont très utilisées dans certains établissements et pas du tout dans d'autres. Donc on devrait ne pas pouvoir les utiliser dans l'ensemble des services... ! Cela a permis de poser que cela devait être une pratique de derniers recours. C'est une pratique pas toujours utilisée à des fins thérapeutiques : nous avons en effet envisagé de dire dans la loi qu'il s'agirait de prescription, mais donc non on parle de décision.

Questions de la salle :

La CDSP n'aurait-elle pas été mieux considérée si avait été rattachée au contrôleur des libertés ?

Réponse D.Robiliard : mais elle n'est pas limitée à la psychiatrie, elle n'a pas par sa composition les mêmes qualités que le contrôleur général mais par contre, rien ne l'empêche de la saisir.

Question : il n'y pas de politique de santé mentale en France, en fait. Vous n'avez pas employé la notion de handicap psychique et on n'a pas pu obtenir qu'il soit

reconnu dans la loi de santé. Il faut faire le lien avec le médico-social qui n'a pas été évoqué ce matin. On voit que le curseur dans les HP va de plus en plus vers les atteintes à la liberté. Non cela ne va pas mieux : de plus en plus de services fermés à clef : le curseur de sécurité se déplace et ça c'est aussi le problème de tous les corps professionnels.

Denys Robiliard : la maladie somatique est mal soignée. La maladie mentale dissimule parfois la maladie somatique. Il y a une politique de SM en France, oui mais tout n'est pas du domaine de l'écrit mais de quels moyens on met. Une partie du dernier plan de SM est d'une certaine façon mis en œuvre par la loi, notamment la réaffirmation du secteur, c'est une politique. Sur la question du dernier plan en SM il n'a pas été mis en œuvre avec beaucoup d'énergie en effet. Inégalités territoriales existent, sociales, etc. C'est un des axes de la loi du 26 janvier.

Question d'une psychologue, AP-HM (Marseille) : nous essayons de développer une équipe mobile mais ça avance très doucement, qu'est ce qui fait que nous n'y arrivons pas ? Moi je pense qu'on peut soigner mieux en dépensant moins...

Denys Robiliard: j'ai commencé ma mission par des témoignages de cadrages : pas un ne m'a parlé d'argent ! Ce qui ne se dit pas est considérable... oui il y a des problèmes de moyen mais que tout soit problème de moyen certainement pas. Il faut une loi qui permet plutôt qu'une loi qui empêche.