

En collaboration avec l'Institut Montaigne et des acteurs associatifs représentant des patients, des proches et le secteur médico-social (AFTOC, Argos 2001, Clubhouse France, Fnapsy, Fondation Autisme, Fondation Pierre Deniker, Œuvre Falret, Phare-Enfants Parents, PromesseS, Schizo Oui, Unafam), la Fondation FondaMental formule 25 propositions pour apporter des solutions concrètes pour définir une nouvelle politique de santé mentale.

Ces propositions et la description de la crise traversée par la psychiatrie ont fait l'objet d'un ouvrage, « Psychiatrie : l'état d'urgence », paru aux éditions Fayard en septembre 2018, sous l'égide de la Fondation FondaMental et de l'Institut Montaigne, et co-signé par Marion Leboyer et Pierre-Michel Llorca. Le travail préparatoire s'est déroulé en 2017.

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

Les troubles psychiatriques sont fréquents, ils touchent chaque année 12 millions de Français. Ils débutent majoritairement chez le jeune adulte et peuvent connaître un cours évolutif sévère et chronique, affectant de façon dramatique la trajectoire de vie des personnes atteintes. Première cause mondiale de handicap à l'horizon 2020 selon l'Organisation mondiale de la santé, ils sont souvent associés à une mortalité prématurée et peuvent s'accompagner de handicaps provoquant une désinsertion sociale, familiale et professionnelle. La très forte stigmatisation qui les entoure est lourde de conséquences et contribue à réduire les chances de rétablissement et d'insertion sociale des personnes malades. Aujourd'hui, les témoignages de patients, de proches, comme de soignants ou d'acteurs du secteur social et médico-social témoignent d'un système de prise en charge à bout de souffle qui ne permet plus – ou insuffisamment - de proposer une prise en charge adaptée et acceptée par le malade. Il est urgent d'agir.

Proposition I

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

Restée trop longtemps le parent pauvre de la médecine, la psychiatrie craque de toute part. Organisation fragmentée et hétérogène des soins, réduction continue des moyens, mode de financement inadapté et faible incitation à l'innovation constituent quelques-uns des éléments de la crise traversée par la psychiatrie dont les patients paient le prix fort : recours tardif à l'offre de soins, retard au diagnostic, espérance de vie réduite, rupture dans les parcours de soins, hétérogénéité des soins...

Pour relever les défis de la prise en charge des personnes vivant avec un trouble psychiatrique et leur proposer des soins de qualité, il est nécessaire d'agir sur plusieurs leviers (la prévention et le soin, l'accompagnement médico-social du handicap psychique et la recherche).

// AGIR // Nous en appelons à la création d'un opérateur interministériel dont les missions seraient : 1/ de contribuer à la déstigmatisation et à la diffusion des connaissances, 2/ d'améliorer la qualité des soins de la prise en charge des malades sur l'ensemble du territoire, mais aussi des accompagnements médico-sociaux 3/ d'évaluer et de labéliser les structures (à l'instar des réseaux comme celui des Centres Experts labellisés par la Fondation FondaMental), 4/ de fédérer et stimuler les efforts de recherche pour améliorer la qualité du diagnostic, la compréhension des mécanismes étiologiques, développer de nouvelles stratégies thérapeutiques.

AXE I : INFORMER ET DESTIGMATISER

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

Proposition 2

Construire un portail web national interactif et accessible à tous

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

Il aura pour objectifs :

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

Proposition 3

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

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

Au regard de l'âge de survenue des troubles psychiatriques, le public jeune constitue une cible de choix pour améliorer l'identification des signes de mal-être et l'accès aux soins. Le déploiement d'actions de sensibilisation dans les collèges, les lycées et l'enseignement supérieur doit être envisagé.

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

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

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

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

AXE 2 : AMÉLIORER LE DÉPISTAGE PRÉCOCE

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

Proposition 4

Mobiliser le dispositif national existant des « maisons des adolescents »

L'accès des adolescents de 12 à 25 ans aux maisons des adolescents (MDA) de chaque département, *via* les points d'accueil et écoute jeunes (PAEJ), permet un repérage des situations à risque, un filtrage et une orientation dynamique par des interventions précoces multi-systémiques et autorise des interventions sociales, éducatives, psychologiques et médicales, somatiques et psychiatriques non stigmatisantes.

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

Proposition 5

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

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

Proposition 6

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

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

Poursuivre les efforts pour déployer des échelles cliniques simples et rapides : mise à disposition de ces échelles cliniques dans les logiciels-patients des cabinets médicaux et faciliter leur inclusion dans le dossier médical partagé ; incitations financières à utiliser les échelles existantes ; intégration, selon les recommandations de la CNAMTS, du passage d'échelles cliniques dans le paiement à la performance des médecins de ville (ROSP).

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

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

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

Proposition 7

Proposer un niveau de recours spécialisé, multidisciplinaire et personnalisé

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

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

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

Sources d'inspiration

Ce modèle de centre d'excellence en psychiatrie a été déployé, dès 2007, par la Fondation FondaMental avec le soutien du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche puis du ministère de la Santé. Il a donné naissance à un réseau de 43 Centres Experts financés pour certains d'entre eux par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et coordonnés par la Fondation FondaMental (dossier médical informatisé commun, projets de recherche collaboratifs, suivi de cohortes, construction de bases de données et de biobanques partagées, études épidémiologiques et médico-économiques, formation...). Plébiscité par les médecins prescripteurs, par les associations de patients et par les équipes académiques désireuses d'obtenir le label, ce dispositif coordonné par la Fondation FondaMental repose sur des financements non pérennes, ce qui à moyen terme, met en péril son fonctionnement.

Proposition 8

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

Le hiatus existant entre la médecine somatique et la médecine psychiatrique, l'éloignement fréquent entre établissements ou services dit de MCO (médecine chirurgie obstétrique) et les soins psychiatriques concourent à une perte de chance pour les patients. L'hospitalisation d'un patient devrait être l'occasion d'une prise en charge pluridisciplinaire prenant en compte toutes les dimensions des troubles. Nous proposons de développer des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en psychiatrie, pour les cas les plus sévères à l'instar des RCP « protocolisées » dans le traitement du cancer.

Proposition 9

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

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

Mesure 1 : multiplier le nombre d'équipes mobiles pour se rapprocher des proportions d'équipes mobiles par habitant de l'Allemagne (pays comparable en termes de lits de psychiatrie disponibles). En 2012, la France comptait 94 équipes mobiles dans le dispositif Psychiatrie Solidarité (à destination des personnes en situation de précarité) contre 580 en Allemagne¹

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

Proposition 10

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

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

Les psychothérapies et les prises en charge psychosociales sont indiquées dans tous les troubles psychiatriques, quel que soit leur niveau de sévérité. Plusieurs d'entre elles ont démontré leur efficacité, ont fait l'objet de validations scientifiques et font partie des recommandations internationales de bonnes pratiques. Pour autant, ces thérapies sont peu disponibles en France, par manque de professionnels formés, mais, surtout, faute de remboursement par l'assurance maladie, dès lors qu'elles sont proposées par des praticiens libéraux non médecins.

Il est urgent de poursuivre le déploiement sur tout le territoire du remboursement de séances de psychothérapie par des professionnels formés. Ce remboursement s'effectuera dans le cadre d'un protocole de soins. Leur nombre reste à définir selon la gravité de la pathologie².

Proposition 11

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

¹ Coldefy et al, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques ; en Allemagne, France, Angleterre et Italie : similitudes et divergences », IRDES, Questions d'économie de la santé, octobre 2012.

² Voir « Proposition 11 » et les expérimentations en cours.

Ces programmes de prises en charge (psychoéducation, remédiation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales) peuvent être juxtaposés à des outils de e-santé (EMA³ et EMI⁴) permettant de faire à distance certains exercices, de renforcer les apprentissages, et d'assurer un suivi du patient au-delà des séances prescrites. Ces outils devront faire la preuve de leur efficacité par des études de validation, d'une réflexion sur leur mode d'utilisation et d'implémentation dans le soin et sur la tarification qui sera liée à leur utilisation.

Proposition 12

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

Au-delà de l'adéquation entre recommandations internationales et pratiques en soins courants, il est indispensable que l'évaluation de la qualité des soins intègre le retour d'expérience des patients et leur perception de leur santé post-interventions. La prise en compte du savoir expérimentiel des patients doit accompagner les mutations à venir.

- **Créer un outil de recueil de la valeur perçue par le patient.** À l'image de ce qui existe pour la chirurgie obstétrique, il convient d'étendre le programme e-Satis lancé par la HAS à la psychiatrie afin de recueillir les avis patients. Cette mission serait celle de la HAS, en collaboration avec l'opérateur en psychiatrie et les associations de patients.
- **Intégrer les indicateurs de qualité perçue par les patients** dans la modulation de la tarification afin d'inciter à un changement des pratiques et à une meilleure réponse aux besoins des patients.
- **Recueillir et harmoniser au niveau national d'autres types d'indicateurs**, comme la disponibilité des diverses stratégies thérapeutiques pour les patients en soins courants, l'amélioration de l'observance, de la qualité de vie des patients, la diminution des rechutes, des hospitalisations ou encore le nombre de structures extrahospitalières par territoire.
- **Étendre le recueil aux informations communiquées par les proches** qui peuvent proposer un retour d'expérience que le patient n'est parfois pas en mesure de fournir. La mesure de leur ressenti pourrait également faire l'objet d'un recueil de données, notamment dans la gestion des situations d'urgence et dans le processus de réhabilitation.

Proposition 13

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

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

Souvent en première ligne en situation de crise, la famille peut apporter des éclairages pour évaluer plus précisément certaines dimensions de la maladie. Elle joue également un rôle essentiel dans le processus d'accompagnement, de stabilisation et de réhabilitation des personnes atteintes de troubles psychiatriques. L'enjeu est de permettre à la famille de mieux appréhender la maladie de son proche et l'aider à devenir un partenaire des soins, tout en respectant les droits des patients en matière de confidentialité, et la relation privilégiée entre le psychiatre et son patient.

³ EMA Ecological Momentary Assessment : collecte de données quantitatives, objectives et continues des patients dans leur environnement quotidien.

⁴ EMI Ecological Momentary Interventions : traitements proposés dans la vie et l'environnement quotidiens des patients, par le biais d'applications mobiles.

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

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

Proposition 14

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

La psychiatrie est financée au travers d'une dotation annuelle de fonctionnement (DAF) dont le montant et le versement ne sont pas corrélés avec l'activité réelle des établissements. Ce mode de financement n'incite pas à l'innovation et laisse perdurer, voire s'empirer, des inégalités de dotation entre établissements. En outre, l'existence d'un budget global pour financer le secteur psychiatrique ne permet pas d'intégrer les soins de ville (rémunérés à l'acte), ceux assurés par les cliniques privées (rémunérées à la journée) et ceux des établissements de médecine de chirurgie et d'obstétrique (payés au séjour).

De nouveaux modes de tarification se développent largement à l'étranger et ont pour objectif de s'adapter aux besoins des patients.

Mesure 1 : améliorer la collecte des données médico-économiques

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

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

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

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

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

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

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

Proposition 15

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

Le manque d'alternatives à l'hospitalisation a été maintes fois dénoncé en France et constitue, à bien des égards, une perte de chance pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères et chroniques. Un panel de réponses doit être développé correspondant à la situation des personnes, leur état de santé et leur projet de vie : accès au logement, accès à l'emploi, en complément de l'accès à des solutions d'accompagnement et de réhabilitation. Ces dispositifs doivent être ouverts à la fois à des personnes fragilisées par la maladie mais n'ayant pas besoin ou ne souhaitant pas être reconnues comme personnes handicapées, ainsi qu'à celles disposant d'une reconnaissance handicap.

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

- Développer des dispositifs d'accompagnement pour favoriser le suivi des études ou le retour en formation.
- Développer des places dans des foyers de vie, des centres d'hébergement, des appartements thérapeutiques ou encore des logements partagés ou individuels.
- Développer les dispositifs d'accompagnement vers le retour à l'emploi.
- De tels dispositifs existent aujourd'hui et sont portés par des acteurs tels que l'OEuvre Falret ou Clubhouse France. Ils sont développés de façon expérimentale sans soutien pérenne de la puissance publique, ce qui fragilise considérablement leur développement.

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

Proposition 16

Favoriser la création et le déploiement de *case managers* en psychiatrie pour améliorer la coordination des parcours sanitaire, médico-social et social des personnes vivant avec un trouble psychiatrique

Pour pallier aux effets délétères des suites d'hospitalisation peu préparées et propices aux ruptures de soins, nous proposons d'enrichir ou de compléter l'offre de soins hospitalière en veillant à une meilleure articulation avec l'ensemble des acteurs qui interviennent dans la prise en charge. La création, au sein des services hospitaliers, de la nouvelle fonction de *case managers* (infirmier, travailleur social, etc., idéalement des duos sanitaire et social) doit être encouragée. Ces *case managers* auront la responsabilité de coordonner les divers aspects de la prise en charge d'un malade, en facilitant notamment l'articulation de tous les acteurs sanitaires (CMP, équipes mobiles, psychologues, médecins généralistes, médecins spécialistes) et médico-sociaux (retour à l'emploi, solutions d'hébergement adapté), afin d'assurer son maintien dans son cadre de vie et favoriser les conditions de son rétablissement. L'utilisation de la télémédecine et le suivi d'indicateurs quantitatifs

et écologiques ayant pour but le repérage rapide de rechutes doivent permettre d'intervenir rapidement en déléguant des tâches de suivi et d'alerte aux *case managers*.

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

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

Proposition 17

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

La récente réforme de l'internat, entrée en vigueur en septembre 2017, n'a pas donné suite à cette demande de fédérations étudiantes d'allonger la durée de l'internat en psychiatrie (3^e cycle des études) à cinq ans (comme en Grande-Bretagne). La réévaluation de l'intérêt d'un allongement de la durée de l'internat est impérative à l'horizon 2025. Elle doit être anticipée par la mise en place d'indicateurs nationaux concernant les acquis pédagogiques des internes (étudiants de 3^{ème} cycle) en relation avec un référentiel métier élaboré en coordination avec les collèges professionnels.

En matière de spécialisation, seule une nouvelle option a été introduite, concernant la psychiatrie de la personne âgée (PPA), qui vient s'ajouter à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA). D'autres spécialités devront être envisagées (psychiatrie médico-légale,...).

Proposition 18

Développer la formation aux psychothérapies

La France souffre aujourd'hui d'une carence de professionnels de santé (psychiatres, psychologues, infirmiers) formés aux techniques de psychoéducation, aux thérapies cognitivo-comportementales ou encore aux habiletés sociales. La formation aux psychothérapies est considérée comme très insatisfaisante par plus de 75 % des internes¹⁶, alors que depuis 2010, les psychiatres sont automatiquement reconnus comme psychothérapeutes. Ces métiers doivent aujourd'hui faire l'objet de formations adaptées, proposées de manière équilibrée sur le territoire.

Proposition 19

Développer la surspécialisation d'infirmiers cliniciens-spécialisés

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

Proposition 20

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

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

Proposition 21

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

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

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

Proposition 22

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

AXE 6 : SOUTENIR LES ESPOIRS DE LA RECHERCHE

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

Aligner le budget public de la recherche ciblé sur la psychiatrie sur les budgets européens permettrait d'accélérer et de dynamiser les travaux des équipes françaises à un moment crucial pour la recherche mondiale en psychiatrie. Des priorités claires seront identifiées par l'opérateur de la psychiatrie : identification de biomarqueurs diagnostiques et pronostiques, meilleure compréhension des causes et mécanismes des pathologies, nouvelles hypothèses rendues possibles par la puissance du Big Data, développement de dispositifs digitaux, innovations thérapeutiques depuis les médicaments comme les immuno-modulation, biothérapies, la e-santé, soutenir les études épidémiologiques et les études médico-économiques notamment.

Proposition 23

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

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

Mesure 2 : disposer de grands programmes thématiques de recherche fondamentale, translationnelle et clinique en phase et en lien avec les grands axes mondiaux de recherche et lancer

des appels à projets dédiés (ANR, PHRC) dotés de moyens financiers en adéquation avec les enjeux principaux de la discipline et soutien aux équipes françaises de recherche lors de réponses aux appels à projets européens

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

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

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

Proposition 24

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

Proposition 25

Créer les conditions et incitations pour attirer des partenaires industriels



Fondation de recherche dédiée à la lutte contre les maladies mentales, la Fondation FondaMental allie soins et recherche de pointe pour promouvoir une prise en charge personnalisée et multidisciplinaire des troubles psychiatriques sévères. Son ambition : offrir à chaque patient un diagnostic le plus précoce possible et l'accès à la stratégie thérapeutique la plus efficace. Pour cela, elle réunit toutes les expertises académiques nécessaires dans les domaines du soin et de la recherche autour de quatre missions : améliorer le diagnostic précoce, la prise en charge et le pronostic ; accélérer la recherche en psychiatrie ; diffuser les savoirs ; briser les préjugés.

Pour en savoir plus sur les actions de la Fondation FondaMental :
www.fondation-fondamental.org

