



UNION NATIONALE DE FAMILLES ET AMIS DE PERSONNES
MALADES ET/OU HANDICAPÉES PSYCHIQUES

LES POSITIONS DE L'UNAFAM

en matière de soins et de recherche en psychiatrie et santé mentale

Juin 2016

UNAFAM - Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – RECONNUE D'UTILITE PUBLIQUE

SIEGE NATIONAL : 12, villa Compoint • 75017 PARIS
Ecoute-famille : 01 42 63 03 03 • Service Administratif : 01 53 06 30 43 • Fax : 01 42 63 44 00
www.unafam.org
N° SIRET : 784 363 483 00040 • APE 8899 B

TABLE DES MATIERES

Préambule et introduction.....	3
I. Planifier	4
II. Réaliser	7
1. Développer les dispositifs de prévention	7
1.1 Inadéquations ?	7
1.2 Quelles priorités ?.....	7
1.2.1 Prévention primaire.....	7
1.2.2 Prévention secondaire par une prise en charge précoce et adaptée dès les prodromes et premiers symptômes.....	7
1.2.3 Prévention tertiaire.....	7
2. Répondre aux situations de crise et d'urgence	8
2.1 Inadéquations ?	8
2.2 Quelles priorités ?.....	8
2.2.1 Des réponses ambulatoires, connues, repérables et réactives.....	8
2.2.2 Des dispositifs répondant à la spécificité de la crise et l'urgence psychiatriques.....	8
2.2.3 Une organisation et une structuration des réponses réfléchie à l'avance dans chaque territoire, permettant au premier professionnel alerté d'orienter ou de déclencher le dispositif adapté à la situation	9
3. Accéder aux dispositifs de diagnostic et de soins	9
3.1 Inadéquations ?	9
3.2 Quelles priorités ?.....	10
3.2.1 Organiser les CMP.....	10
3.2.2 Développer des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation en prenant en compte les possibilités de l'entourage des patients	10
3.2.3 Développer des centres de soins de niveau 2 pour une aide aux diagnostics et une prise en charge personnalisée des patients	10
3.2.4 Développer les dispositifs de réhabilitation.....	10
3.2.5 Préserver le capital-santé de l'entourage en renforçant les liens avec celui-ci.....	10
4. Accéder aux soins somatiques et prendre en charge les facteurs de comorbidité.....	10
4.1 Inadéquations ?	10
4.2 Quelles priorités ?.....	11
4.2.1 Orientation générale	11
4.2.2 Mesures spécifiques	11
5. Garantir une réponse au handicap psychique avec un accès aux accompagnements sociaux et medicosociaux.....	12
5.1 Inadéquations ?	12
5.2 Quelles priorités ?.....	12
6. Recherche.....	13
6.1 Inadéquations ?	13
6.2 Quelles priorités ?.....	13
6.2.1 Objectif général.....	13
6.2.2 Mesures spécifiques	13

PREAMBULE ET INTRODUCTION

Alors que les GHT [Groupements Hospitaliers de Territoire] et les CPT [Communautés Psychiatriques de Territoire] vont être créés, l'Unafam présente ici ses positions concernant les activités de soins et de recherche dans la filière psychiatrie et santé mentale. Elle souhaite que celles-ci soient prises en compte tant dans le projet médical partagé du GHT que dans **le projet territorial de santé mentale** dans lequel devra s'intégrer le projet médical partagé.

Béatrice BORREL

Présidente de l'UNAFAM

Les raisons de ces positions :

- ▶ Parce que 5 des pathologies les plus préoccupantes au 21^{ème} siècle concernent la psychiatrie
- ▶ Parce que ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée
- ▶ Parce les moyens mis en œuvre pour répondre à cet enjeu de société et de santé publique n'ont pas permis d'atteindre les objectifs fixés par le dernier plan psychiatrie santé mentale
- ▶ Parce que les réponses à apporter, multiples et complexes, demandent synergie et complémentarité de l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, social et médicosocial.

I. PLANIFIER

Ces propositions doivent être resituées dans le contexte en cours de la nouvelle loi de santé (GHT, territoire...)

Elles auraient vocation à s'intégrer dans un **Plan national handicap psychique** en prenant comme principe premier une approche intégrative : les personnes souffrant de troubles psychiques sont des citoyens à part entière ayant droit de cité.

- ▶ Nécessité d'actions de **prévention**
- ▶ Organisation des soins adaptée pour répondre aux **situations de crise et d'urgence en psychiatrie**
- ▶ Déploiement sur l'ensemble du territoire afin d'assurer un **accès aux diagnostics et une offre de soins psychiatriques** identiques pour tous
- ▶ L'espérance de vie des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sévères est de 15 à 20 ans plus courte que celle de la moyenne nationale. Il est nécessaire d'assurer **un accès aux soins somatiques et leur suivi** pour les personnes rendues vulnérables par leur maladie avec une réponse adaptée à la prise en charge des facteurs de comorbidité liées aux maladies psychiques et à leur traitement
- ▶ **Prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiques sévères et persistants dans son environnement social et familial.** Les dispositifs d'accompagnement social prenant en compte les besoins spécifiques de la personne sont le principal moyen pour diminuer le nombre de ré-hospitalisations et pour réintégrer ces personnes dans la cité
- ▶ Soutien à une **recherche ambitieuse** à la hauteur des enjeux de santé publique que constitue la santé mentale et **encourager la transdisciplinarité** entre la psychiatrie, les neurosciences, et les sciences humaines et sociales

Ces propositions sont soutenues par le respect des droits essentiels du patient : droit à la santé et à la citoyenneté.

Les droits essentiels du patient, tels qu'ils sont affirmés dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et décrits dans la Charte du patient hospitalisé, s'appliquent à toute personne prise en charge pour soigner ses troubles psychiques, que les soins soient dispensés au sein d'un établissement ou lors d'un accueil en consultation externe

- ▶ **Droits des personnes soignées sans consentement**
L'article L3211-3 du code de santé publique prévoit que lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.
La dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée de ses droits. Son avis doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible. Ses droits fondamentaux (communiquer, voter, saisir les instances de défense de ses droits, prendre conseil, etc.) doivent être respectés. La dignité de la personne doit être respectée tant dans le choix des lieux dans lesquels elle est contrainte que dans les gestes médicaux qui lui sont appliqués.
- ▶ La particularité des soins sans consentement ne doit pas faire oublier que **80 % des personnes hospitalisées pour des troubles mentaux le sont avec leur consentement.**
Ces personnes disposent des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour d'autres pathologies. Les établissements doivent donc garantir une qualité de l'accueil, des traitements et des soins, veiller à la continuité des soins à la sortie de la période de l'hospitalisation, s'engager dans la prise en charge de la douleur et garantir la confidentialité des informations. Une information accessible et loyale doit être donnée au patient. La personne de confiance doit également bénéficier d'une information suffisante pour pouvoir donner valablement son avis dans le cas où la personne malade n'est pas en mesure d'exprimer sa volonté. La personne hospitalisée est traitée avec égard dans le respect de son intimité. La personne a le libre choix du médecin sous réserve que les modalités d'organisation de l'établissement ne s'y opposent pas. Toute personne apte à exprimer sa volonté possède la liberté de mettre fin à ses soins. Toutefois si par cette demande elle met sa vie en danger, le praticien, par son obligation d'assistance, doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

DROIT du PATIENT à la SANTE et à la CITOYENNETE



RECHERCHE

- ▶ L'approche du soin ne peut plus être hospitalo-centrée.
Les centres de preuve, en s'appuyant sur les données probantes apportées par les démarches de soins innovants déjà en place dans notre pays mais aussi au niveau international et en mettant en place une démarche évaluative doivent permettre de définir une nouvelle offre permettant d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes en souffrance psychique.
- ▶ Le nouveau paradigme de ce plan doit prendre en compte **la personne vivant avec des troubles psychiques sévères et persistants dans son environnement social et familial.**
Les études de coûts devront transcender la fongibilité des enveloppes budgétaires et permettre, si besoin, la reconversion des capacités sanitaires en structures médicosociales ou sociales.
- ▶ Le Plan devra se doter d'indicateurs permettant de suivre la mise en place des préconisations par chaque ARS. S'il n'a pas vocation à être coercitif, le plan est seul garant d'une démarche d'amélioration comme dans le modèle défini par la roue de Deming :
 - **Plan** : Planifier. Etablir les objectifs
 - **Do** : Faire. Réaliser
 - **Check** : Vérifier les résultats. Mesurer et comparer avec les prévisions
 - **Act** : Agir, Corriger, Identifier les causes des dérives entre le réalisé et l'attendu.
Identifier les nouveaux points d'intervention

L'idée étant de répéter les 4 phases : Plan, Do, Check, Act tant que le niveau attendu n'est pas atteint.



(priorités, moyens requis pour une mise en œuvre des actions en réponse aux inadéquations)

1. DEVELOPPER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION

1.1 Inadéquations ?

- ◆ En France, l'inspection générale des affaires sociales souligne qu'un enfant ou adolescent sur 8 souffre ou souffrira d'une pathologie psychiatrique. Ces troubles ne sont pourtant que rarement détectés à cet âge
- ◆ Les maladies psychiatriques sont encore considérées comme des maladies troublantes. Les représentations négatives qui les entourent ont des répercussions dévastatrices tant sur les personnes (sentiment de honte, perte de l'estime de soi...) que sur l'accès aux soins
- ◆ Les informations erronées qui sont reçues par le grand public, entravent la détection des signaux d'alerte et la demande précoce de consultation. Ces délais réduisent les chances de mise en place de traitement approprié dès les premiers prodromes et concourent à diminuer les chances d'insertion sociale des patients.

1.2 Quelles priorités ?

1.2.1 Prévention primaire

1.2.1.1 aider à changer la perception des pathologies psychiatriques par

- des actions de déstigmatisation et d'information et plus spécialement auprès des publics jeunes
- des actions de formation auprès de publics dédiés (médecine scolaire, centre de santé universitaire...)

1.2.1.2 sensibiliser aux facteurs de risques pour éviter l'émergence de la maladie

- Mise en place de consultation d'addictologie...

1.2.2 Prévention secondaire par une prise en charge précoce et adaptée dès les prodromes et premiers symptômes

1.2.2.1 Renforcer les dispositifs d'alerte et de prévention pour une prise en charge plus précoce des troubles

- en renforçant les compétences des médecins généralistes
- en organisant des filières de soins de recours et de soins spécialisées

1.2.2.2 Innover dans l'accueil des personnes

- Développement de centres accessibles aux jeunes, de structures d'accueil et de soins multidisciplinaires, non stigmatisant mais avec des services spécialisés en santé mentale (type maison de santé, plateau de santé)
- Renforcer et déployer les structures spécialisées sur le modèle des maisons des adolescents

1.2.3 Prévention tertiaire

- Améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies psychiatriques sévères et durables par le soutien à l'innovation thérapeutique
- Limiter le handicap psychique par la diffusion des soins de réhabilitation

- Prévenir les rechutes par le développement de structures médicosociales adaptées et le renforcement des liens entre les acteurs du sanitaire et du médicosocial

2. REPONDRE AUX SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE

2.1 Inadéquations ?

- ◆ Face à des situations de crise et d'urgence, les dispositifs spécifiques n'existent pas ou lorsqu'ils existent sont méconnus des acteurs de première ligne, professionnels (médecins généralistes, infirmiers) ou entourage
- ◆ La problématique de la psychiatrie inclut la non demande des patients. Pourquoi si peu de dispositifs du « aller vers » alors que la loi de 2011 le demande ?
- ◆ Tous semblent s'accorder sur l'importance d'une détection et d'une prise en charge précoce. Pourquoi attendre qu'une crise débutante ne devienne une urgence pour intervenir ?
- ◆ Les situations de crise et d'urgence sont pour un grand nombre la porte d'entrée dans le dispositif de soins psychiatriques. Pourquoi si peu de centres de crise adaptés qui éviteraient le traumatisme d'une hospitalisation qui ne facilite pas l'adhésion au soin ?
- ◆ La problématique de la psychiatrie inclut le caractère instable de la maladie. Pourquoi la quasi absence de centres de crises ?

2.2 Quelles priorités ?

2.2.1 Des réponses ambulatoires, connues, repérables et réactives

- Dont l'équipe est formée à l'écoute de l'entourage afin de prendre en compte ses alertes
- Capables de fournir rapidement réponse et assistance à ceux qui la joignent
- Capables de mettre en place des actions graduées pour éviter l'aggravation de la situation

2.2.1.1 Les **CMP** constituent une 1^{ère} réponse mais les CMP doivent, pour cela, offrir :

- *Amplitude et durée d'ouverture qui répondent aux besoins*
- *Qualité d'écoute et de réponse aux appels téléphoniques*
- *Aptitude à répondre et accueillir une demande urgente*
- *Des créneaux réservés à l'accueil non programmé*

2.2.1.2 Les **ÉQUIPES MOBILES** d'intervention psychiatrique :

- *Aptes à se projeter là où l'état de la personne se dégrade 24h / 24*
- *Aptes à répondre aux situations sans solution rencontrées par l'entourage*
- *Aptes à répondre aux besoins des patients dans l'impossibilité de se déplacer*

2.2.2 Des dispositifs répondant à la spécificité de la crise et l'urgence psychiatriques

2.2.2.1 Des **CENTRES DE CRISE** en ville ou à l'hôpital (type CAC ou SAU)

- *identifiés comme la porte d'entrée des personnes en état de crise*
- *où l'on peut se présenter spontanément*
- *où la demande peut émaner d'une personne de l'entourage comme d'un professionnel*
- *où la prise en charge favorise le « travail de crise » d'accueil, d'évaluation et d'orientation*
- *qui offrent la possibilité d'un examen somatique complet*
- *qui organisent l'aval des situations de crise, en ambulatoire ou en hospitalisation*
- *qui favorisent l'accès et l'adhésion aux soins parce que moins stigmatisants*
- *qui favorisent l'alternative à l'hospitalisation lorsque c'est possible*

- qui organisent le suivi et les partenariats post-urgence avec le médecin généraliste et la famille, ...
- qui constituent un relais en dehors des heures d'ouverture des CMP
- qui évitent l'engorgement dans les urgences des hôpitaux généraux

2.2.2.2 Une CELLULE TÉLÉPHONIQUE

- spécialisée en psychiatrie sur le 15 (7j/7 – 24h/24)
- capable d'évaluer et orienter

2.2.2.3 Un dispositif organisé d'URGENCES PSYCHIATRIQUES

2.2.3 Une organisation et une structuration des réponses réfléchie à l'avance dans chaque territoire, permettant au premier professionnel alerté d'orienter ou de déclencher le dispositif adapté à la situation

- Une sensibilisation/formation de l'ensemble des acteurs potentiels quant aux spécificités des troubles psychiques et des comportements des personnes en souffrance psychique
- Une coordination (de type Conseil Locaux de Santé Mentale) entre tous les professionnels : *élus locaux, professionnels de santé, professionnels de services sociaux, services de justice, représentants des forces de l'ordre, services départementaux d'incendie et secours, administrations déconcentrées (rectorat), bailleurs, etc.*
- Un circuit formalisé de réponse à l'alerte et un protocole d'intervention connu de tous,
- Une compétence psychiatrique auprès des forces de l'ordre lorsqu'elles interviennent

Rappel du Plan psychiatrie et Santé mentale 2011 – 2015 (p.18) :

Concernant la réponse aux appels et situations d'urgence, l'enjeu consiste à élaborer ou consolider un **dispositif lisible, connu des usagers et des aidants**, ainsi que par les acteurs susceptibles d'être saisis de la situation (y compris élus locaux, forces de l'ordre).

Où que cette urgence survienne et quel qu'en soit l'horaire, celle-ci doit trouver une réponse structurée à l'avance, réponse qui doit pouvoir être déclenchée par le premier professionnel alerté sur la situation.

3. ACCEDER AUX DISPOSITIFS DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS

3.1 Inadéquations ?

- ◆ Les CMP, pivot du dispositif sectoriel, assurant accessibilité, proximité et continuité des soins, ont une organisation basée sur la dispensation de soins après l'hôpital. Souvent ils ne répondent plus aux critères de premier accès aux soins
- ◆ L'équipe de CMP est mobile mais l'organisation des CMP ne leur permet pas aujourd'hui d'anticiper et de détecter les situations à risque d'interruptions de traitement, allongeant ainsi la longue liste des « perdus de vue » dont un certain nombre reviendront par la porte des urgences
- ◆ Les dispositifs de réhabilitation ont pour objectif de préserver le potentiel de la personne et de promouvoir le maximum d'autonomie possible. L'organisation des soins n'a pas aujourd'hui intégré ces innovations thérapeutiques à toutes les étapes du parcours de la personne
- ◆ La démarche d'autonomie devrait inclure le libre choix du praticien pour la personne en soin libre.

3.2 Quelles priorités ?

3.2.1 Organiser les CMP

3.2.1.1 Développer des réponses aux soins incluant la mise en place de dispositifs d'accompagnements du parcours de santé

3.2.1.2 Développer des dispositifs « d'aller vers »

- Interventions à domicile des CMP si nécessaire
- Développement d'équipes mobiles psychiatriques adaptées à différents publics (adolescents, personnes en grande précarité, personnes âgées...)

3.2.2 Développer des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation en prenant en compte les possibilités de l'entourage des patients

- Développer les dispositifs de soins intensifs à domicile
- Développer l'hospitalisation à domicile (HAD)

3.2.3 Développer des centres de soins de niveau 2 pour une aide au diagnostic et une prise en charge personnalisée des patients

- Centre expert
- Réévaluation collégiale des traitements

3.2.4 Développer les dispositifs de réhabilitation

- Education thérapeutique du patient
- Psychothérapie
- Soins de remédiation cognitive
- Soins de réhabilitation psychosociale

3.2.5 Préserver le capital-santé de l'entourage en renforçant les liens avec celui-ci

- Prise en compte de la parole de l'entourage
- Prise en compte de la santé de l'entourage dans un souci de santé publique (y compris celle des frères et sœurs, enfants.)
- Informations aux accompagnateurs de proximité sur les associations de pairs aidants familiaux

4. ACCEDER AUX SOINS SOMATIQUES ET PRENDRE EN CHARGE LES FACTEURS DE COMORBIDITE

4.1 Inadéquations ?

- ◆ Les personnes souffrant de maladies psychiatriques sont affectées par les mêmes pathologies que la population générale et en outre elles subissent les effets secondaires des traitements
- ◆ Elles présentent souvent par ailleurs des comorbidités addictives (alcool, tabac, cannabis...) inhérentes à leur trouble mental
- ◆ Ces personnes ont recours aux soins somatiques moins fréquemment en raison de troubles cognitifs ou des perturbations psychiques liées aux maladies mentales graves, de leurs difficultés à s'adresser ou à accéder au système de santé du fait de leur précarité sociale, de leur méconnaissance du dispositif de soin, de leur inactivité, voire de leur réticence à exprimer leurs souffrances physiques

- ◆ Cette situation spécifique est souvent sous-estimée par les professionnels de santé, médecins généralistes ou psychiatres, qui méconnaissent les intrications entre maladie physique et psychique.

4.2 Quelles priorités ?

4.2.1 Orientation générale

- La prise en charge somatique des personnes souffrant de pathologies psychiques chroniques et sévères doit être reconnue comme une priorité de santé publique
- Cette prise en charge doit être organisée en précisant les rôles respectifs des psychiatres et médecins généralistes et en définissant des règles de collaboration (notamment transmission réciproque d'informations sur l'état de santé de la personne)
- Le rôle des acteurs des secteurs paramédical et médicosocial ainsi que de l'entourage, qui tous constituent des « veilleurs au quotidien », doit être explicité et valorisé
- La formation initiale et continue des médecins, psychiatres ou généralistes, doit mieux prendre en compte les problèmes somatiques des personnes souffrant de maladies psychiques
- L'éducation thérapeutique de ces personnes et de leurs proches doit être développée
- Les conduites addictives doivent être clairement identifiées comme des comorbidités, sans *a priori* moralisateur, et traitées comme telles.

4.2.2 Mesures spécifiques

4.2.2.1 **Lors de toute admission en soins psychiatriques, à l'hôpital ou en extrahospitalier :**

- *Bilan somatique systématique et approfondi, effectué par un somaticien ;*
- *Contrôle de la situation au regard du médecin traitant ; le cas échéant, incitation à désigner un médecin traitant généraliste ;*
- *Demande d'informations sur l'état de santé du patient au médecin traitant (accord du patient) ;*
- *Communication du bilan somatique, du diagnostic psychiatrique et du traitement au médecin traitant, (accord du patient).*

4.2.2.2 **Dans le cadre du suivi en extrahospitalier :**

- *Vérification par le psychiatre qu'un bilan somatique annuel est effectué ;*
- *Echange systématique d'informations entre médecin traitant et psychiatre ;*
- *Evaluation par le psychiatre des facteurs de risque de pathologies somatiques et des comorbidités afin d'adapter la prise en charge psychiatrique.*
- *Prise en charge adaptée des troubles somatiques par des équipes pluridisciplinaires (dentistes, diététiciens...)*
- *Prise en charge spécifique des troubles de la sexualité consécutifs aux traitements des psychoses*
- *Psychothérapies*

4.2.2.3 **Recherche systématique, par le psychiatre et le médecin traitant, des addictions, et mise en place d'un traitement approprié, si possible intégré au traitement psychiatrique.**

4.2.2.4 **Prise en charge, dans le cadre de l'affection longue durée (ALD), des coûts liés aux pathologies somatiques et aux addictions ainsi qu'aux soins bucco-dentaires et autres pathologies en lien avec la pathologie**

4.2.2.5 **Sensibilisation des familles et de l'entourage, ainsi que du personnel paramédical et médicosocial...**

- *Pour contribuer, de leur place, à assurer un suivi somatique ;*
- *Pour agir, autant que possible, sur les facteurs de risques liés au mode de vie (alimentation inadaptée, absence d'exercice physique...).*

5. GARANTIR UNE REPONSE AU HANDICAP PSYCHIQUE AVEC UN ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS SOCIAUX ET MEDICOSOCIAUX

5.1 Inadéquations ?

- ◆ La demande de compensation du handicap psychique est souvent faite par du personnel hospitalier plus formé à la maladie mentale qu'au handicap psychique.
Il y a méconnaissance du système d'évaluation des MDPH (pour fixer le taux d'incapacité et les besoins de la personne), ainsi que des dispositifs et des compétences des acteurs de l'accompagnement.
Ceci entraîne inadéquation entre la demande formulée et le besoin réel d'accompagnement pour un parcours sans rupture.
- ◆ Il n'y a pas de données disponibles :
 - sur le parcours d'une personne vivant avec un handicap psychique
 - sur l'état des lieux des dispositifs existants
 - sur le chiffrage des besoins de soins et d'accompagnements par territoire
- ◆ Beaucoup de patients sortent d'hospitalisation sans autre solution que la famille faute d'une préparation en amont du parcours de vie.

5.2 Quelles priorités ?

5.2.1 Nécessité d'une coordination continue et au plus près du patient de tous professionnels impliqués dans sa prise en charge et son accompagnement :

- Identifier les obstacles à la collaboration entre partenaires
- Promouvoir les actions permettant de lever ces freins

5.2.2 Construire une organisation des liens entre équipe médicale et services d'accompagnement sociaux et médicosociaux

- Equipe de liaisons avec personnel dédié

5.2.3 Définir les besoins à prendre en compte pour le patient dans son milieu de vie ordinaire.

5.2.4 Chiffrer les besoins réels d'accompagnements malgré une segmentation institutionnelle entre les secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux.

5.2.5 Etablir des conventions de partenariat entre les professionnels du champ sanitaire et les professionnels du champ médico-social et social

- Partenariat avec les MDPH
- Partenariat avec les professionnels du médicosocial
- Partenariat avec les acteurs de l'insertion professionnelle
- Partenariat avec les familles, accompagnateurs de proximité dans la durée
- Partenariat avec les acteurs du social : bailleurs, service d'aide à la personne, conseils locaux de santé mentale (CLSM)

5.2.6 Développer les structures d'entraide

- Développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM)
- Promotion des associations d'usagers patients
- Soutien des associations de familles

6. RECHERCHE

6.1 Inadéquations ?

- ◆ Les faibles moyens consacrés à la recherche en psychiatrie (22 millions d'euros²), comparés aux dépenses de prise en charge des maladies mentales (120 milliards d'euros³) ou aux efforts effectués dans d'autres spécialités médicales, ont été soulignés dans de nombreux rapports
- ◆ La France investit seulement 2%⁴ de son budget pour la recherche biomédicale en faveur de la recherche en santé mentale, (l'Angleterre 7% et les Etats Unis 11%)⁵ alors que la file active de personnes malades (1 692 495 personnes⁶ – 26 millions de journées d'hospitalisation) représente 18% des hospitalisations⁷.

6.2 Quelles priorités ?

6.2.1 Objectif général

Amener les ressources humaines et techniques consacrées à la recherche en psychiatrie au niveau de celles consacrées à d'autres maladies telles que le cancer ou les maladies cardiovasculaires.

6.2.2 Mesures spécifiques

- Mettre en œuvre une véritable volonté politique dans le champ des recherches en psychiatrie, recherches fondamentales ou cliniques et ce dans tous les aspects biopsychosociaux des maladies psychiatriques
- Affecter des moyens suffisants à cette recherche afin qu'elle soit attractive pour de jeunes chercheurs, et qu'elle puisse combler le retard pris tant par rapport aux autres disciplines que par rapport aux recherches internationales menées dans ce domaine
- Développer des recherches qui contribueront à la mise en œuvre de soins d'excellence pour toutes les personnes souffrant de troubles psychiques, afin qu'elles aient accès à des soins personnalisés prenant en compte une approche biopsychosociale.
- Mettre en œuvre une approche médico-économique permettant d'évaluer le bénéfice de ces soins
- Améliorer la diffusion des savoirs, former les professionnels du « prendre soin », et en corolaire contribuer à l'émergence de nouveaux métiers
- Diffuser les résultats des recherches auprès des usagers patients et de leur entourage
- La recherche doit participer aux actions de déstigmatisation auprès du grand public, en comblant sa désinformation sur la nécessité d'une recherche et d'une démarche scientifique en psychiatrie

¹ Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale 1^{ère} approche ANAP Aout 2015

² Contribution d'AVIESAN à la stratégie nationale de recherche – Mai 2013.

³ Rapport de la cour des comptes sur la psychiatrie - 2011

⁴ Contribution d'AVIESAN à la stratégie nationale de recherche – Mai 2013.

⁵ Contribution d'AVIESAN à la stratégie nationale de recherche – Mai 2013.

⁶ Rapport « missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » - Ministère de la Santé - 2009

⁷ Indicateurs 12 - Sécurité Sociale 2008-2011