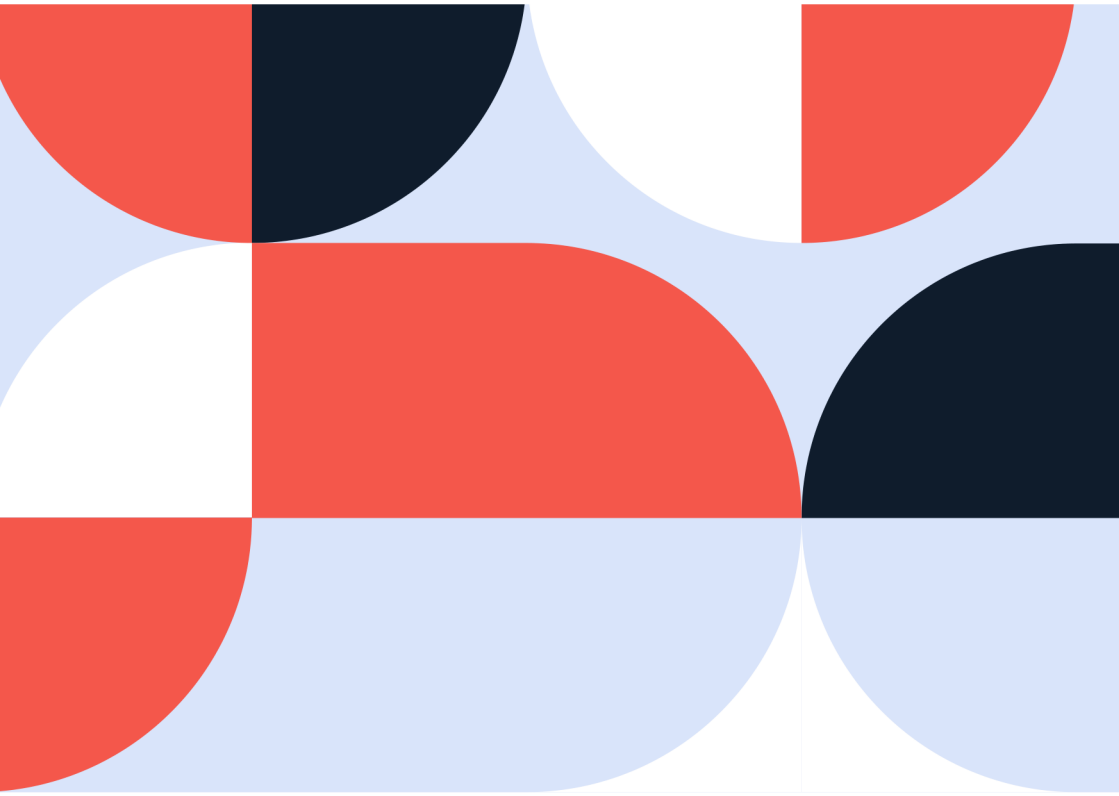
Le soin psychique des adultes

État des lieux, critiques et propositions



PATRICK LANDMAN | **AVEC LE SOUTIEN DU COLLECTIF ASAP**

LIVRE BLANC | NOV. 2026

Sommaire

Note terminologique 6

Avant-propos 10

Note sur la méthode et les sources 12

Résumé exécutif 13

1 ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MENTALE DES ADULTES ET DE LA PSYCHIATRIE 16

1.1 Une demande en croissance continue face à une offre exsangue 17

1.2 Panorama des pathologies et des situations cliniques de l'adulte 20

1.3 Le diagnostic en psychiatrie adulte : un outil nécessaire, à manier avec discernement 23

1.4 Les médicaments en psychiatrie adulte : une position nuancée, jamais isolée 26

1.5 Les proches et les aidants : des partenaires du soin, non des auxiliaires ni des suspects 32

1.6 La psychiatrie de secteur : un modèle français fragilisé, à rebâtir 34

1.7 La dimension culturelle, sociale et anthropologique de la souffrance psychique 37

1.8 Prévention et repérage : investir en amont plutôt que réparer en aval 39

1.9 Une crise des métiers et de la formation 41

1.10 Ce que montrent les grandes enquêtes internationales 43

1.11 Les centres experts et la psychiatrie de troisième ligne : une mise en garde empirique 44

1.12 La psychiatrie de liaison et la place de l'hôpital général 46

1.13 Le rôle des associations d'usagers et de proches 48

1.14 Les soins sans consentement : une contrainte en extension 49

1.15 L'extension de la notion de handicap psychique et le risque d'un déni du soin 51

1.16 Précarité, rue et logement : la psychiatrie aux marges 56

1.17 Prison et justice : la psychiatrie derrière les murs 57

1.18 Le dispositif « Mon soutien psy » : une extension continue, une conception rétrécie du soin psychique de l'adulte 59

1.19 L'isolement et la contention : une pratique encore massive 70

1.20 Le travail, l'emploi et la souffrance psychique 72

1.21 L'avancée en âge : psychiatrie de la personne âgée 75

1.22 La périnatalité : la santé mentale des parents 76

1.23 L'absence de conception d'ensemble de l'architecture des dispositifs 77

1.24 La créativité des équipes de terrain : une ressource historique empêchée 78

1.25 Les jeunes adultes de seize à vingt-cinq ans : une transition à haut risque 79

1.26 Les urgences psychiatriques : une porte d'entrée par défaut 81

2 CONTRE LE RÉDUCTIONNISME ET LE SCIENTISME, POUR UN PLURALISME ÉPISTÉMOLOGIQUE 84

Introduction à la deuxième partie 85

2.1 Une influence disproportionnée : lobbying, communication et populisme scientifique 86
2.2 Ce que ce livre blanc reconnaît : la valeur de la démarche scientifique 89
2.3 La hiérarchie de l'Evidence-Based Medicine et ses limites structurelles face à l'objet psychique
2.4 Chronicité, rechute et rétablissement : un objet qui se déploie dans le temps long 96
2.5 La critique anthropologique : la réduction du sujet au symptôme et les effets de boucle 97
2.6 Les limites méthodologiques de l'essai contrôlé randomisé appliqué aux psychothérapies de l'adulte 99
2.7 Retrouver l'evidence-based practice dans sa plénitude
2.8 Les méthodes alternatives d'évaluation 102
2.9 La reconnaissance décisive du Medical Research Council : la clinique du sujet comme intervention complexe 103
2.10 La psychiatrie dite de précision chez l'adulte : des promesses réelles, des résultats presque nuls 104
2.11 Le « tout cérébral » : un pari philosophique, non une preuve, et une orientation contraire à celle de l'OMS 109
2.12 Trois registres de conflits d'intérêts : financiers, intellectuels et émotionnels 113
2.13 La médecine narrative 115
2.14 Ce que la recherche sur l'alliance thérapeutique enseigne à la psychiatrie adulte 116
2.15 Pour une articulation plutôt qu'une opposition entre les deux psychiatries 118
2.16 Le tournant numérique et l'intelligence artificielle en santé mentale adulte 119
2.17 La tentation de l'« humain augmenté » et la médicalisation de la performance 123
2.18 Un cas d'école du deux poids, deux mesures en psychiatrie adulte 124
2.19 Ce que soigner veut dire : le soin par le psychisme, par l'interaction et par le lien 125
2.20 Architecture à l'envers, architecture à l'endroit 128
2.21 Trois parcours, deux architectures 132
2.22 Ce que disent les personnes concernées : savoirs expérientiels et rétablissement 134
2.23 Pour une communication publique exacte sur la recherche en santé mentale 136
2.24 Le dialogue ouvert : histoire, pratique et résultats d'une intervention complexe exemplaire 137
2.25 L'indépendance de l'expertise publique et la valeur juridique des recommandations 141

3 PROPOSITIONS POUR UNE PSYCHIATRIE PLURIELLE, HUMAINE ET ACCESSIBLE 144

Introduction à la troisième partie 145
3.1 Soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés 146
3.2 Refuser les arguments d'économie en trompe-l'œil 148
3.3 Restaurer la liberté thérapeutique du clinicien et le libre choix des usagers 149
3.4 Garantir une offre de soins de proximité, d'accueil et de lien durable 150
3.5 Faire de la psychiatrie une priorité nationale, articulée à la médecine générale et à la pédopsychiatrie 152
3.6 Une réponse plurielle et adaptée à chaque grand champ de pathologie 154
3.7 Réduire la contrainte : soins sans consentement, isolement et contention 156
3.8 Intégrer la dimension culturelle et sociale dans la formation et la pratique 157
3.9 Un usage raisonné du numérique et de l'intelligence artificielle 158
3.10 Une comparaison internationale instructive 160
3.11 Une gouvernance territoriale partagée de la santé mentale 162
3.12 Formation, recherche et attractivité : investir dans le temps long 164

3.13 Refonder un système de remboursement des consultations en libéral chez les psychologues 165
3.14 Psychiatrie, justice et prison 168
3.15 Soutenir l'inclusion et le rétablissement 169
3.16 Un calendrier réaliste de mise en œuvre 171
3.17 Synthèse des demandes formulées aux pouvoirs publics et à la Haute Autorité de santé 173

CONCLUSION GÉNÉRALE 175

SYNTHÈSE — 10 PAGES POUR L'ESSENTIEL 178

S.1 Ce que demande ce livre blanc, en dix lignes 179
S.2 L'état des lieux : une demande qui s'emballe, une offre qui recule 179
S.3 Ce qui a changé : la contrainte qui s'étend et le diagnostic devenu droit d'entrée 179
S.4 Un désordre d'organisation : des dispositifs empilés 180
S.5 Ce que ce livre blanc reconnaît à la science, et ce qu'il lui reproche 180
S.6 Pourquoi l'essai randomisé ne suffit pas 181
S.7 La psychiatrie du lien : ce dont il s'agit exactement 181
S.8 Trois dossiers où le débat se joue concrètement 182
S.9 Numérique et intelligence artificielle : ni rejet ni fascination 182
S.10 Une discipline qui n'attire plus : la crise des métiers 182
S.11 Ce que ce livre blanc propose, au-delà des principes 183
S.12 Un calendrier réaliste 184
S.13 Les douze demandes 184
S.14 Ce que ce livre blanc ne demande pas 185

BIBLIOGRAPHIE INDICATIVE 186

ANNEXES 192

Annexe 1 — Glossaire des sigles 192
Annexe 2 — Carte des dispositifs 194
Annexe 3 — Chiffres clés (à actualiser) 196
Annexe 4 — Correspondance avec le livre blanc sur l'enfant et l'adolescent 197
Annexe 5 — Collectif ASAP 198

Note terminologique

Un livre blanc qui défend une certaine idée du soin doit d'abord dire dans quels mots il la défend. Le vocabulaire de la santé mentale est devenu un terrain d'affrontement : chaque terme porte une conception implicite de la personne, de la souffrance et de ce qu'il convient d'en faire. Les définitions qui suivent ne prétendent pas clore les débats ; elles fixent l'usage que ce texte fait de ses mots principaux, afin que le lecteur sache exactement de quoi il est question lorsque nous les employons.

« Soin psychique »

Nous appelons **soin psychique** l'ensemble des pratiques qui prennent en charge la souffrance psychique d'une personne par la parole, la relation, la durée et l'attention portée à son environnement, sans exclure le médicament ni la réadaptation. L'expression doit être entendue en un double sens, et c'est ce double sens qui lui donne sa portée.



Le soin psychique est d'abord un **soin du psychisme** : il s'adresse à ce qui, chez une personne, pense, désire, se souvient, craint, se représente le monde et les autres. Il porte sur une vie psychique, et non seulement sur un comportement ou un fonctionnement cérébral.

Il est ensuite, et surtout, un **soin par le psychisme**. Son instrument principal n'est pas une molécule ni un appareil, mais le psychisme du soignant lui-même, engagé dans une relation. Un infirmier qui reste auprès d'un patient angoissé, un psychologue qui écoute pendant des mois le récit d'un deuil impossible, une équipe qui supporte sans riposter les débordements d'une personne en crise, soignent avec leur propre capacité de penser, de contenir, de comprendre et de répondre. Le soin psychique est un **soin par l'interaction** : ce qui soigne, c'est ce qui se passe entre deux psychismes, ou entre une personne et une équipe, dans la durée. C'est enfin un **soin par le lien** : la continuité d'une relation de confiance, la possibilité de revenir, de retrouver les mêmes personnes, d'être reconnu, constituent en elles-mêmes un facteur thérapeutique, et souvent le premier.

Cette définition n'appartient à aucune école. Elle vaut pour la psychothérapie d'inspiration psychanalytique comme pour la thérapie cognitive, pour l'entretien infirmier comme pour la réhabilitation psychosociale, pour la consultation psychiatrique comme pour l'accompagnement d'un pair-aidant. Elle n'oppose pas le soin psychique au médicament : un traitement psychotrope est d'autant mieux accepté, ajusté et suivi qu'il s'inscrit dans

une relation de soin. Elle affirme seulement que la relation n'est pas l'emballage du traitement : elle en est, dans le champ psychique, une composante active.

« Psychiatrie du lien »

Nous appelons **psychiatrie du lien** la forme institutionnelle du soin psychique. Ce n'est pas une école ni une doctrine, mais une manière de pratiquer et d'organiser la psychiatrie qui partage quelques principes : la proximité géographique et humaine, l'accueil sans condition préalable, la continuité des relations de soin dans le temps, le travail en équipe pluridisciplinaire, l'attention portée à l'histoire singulière et à l'environnement de la personne, la place faite aux proches. Chez l'adulte, elle inclut la psychiatrie de secteur, la psychothérapie institutionnelle, les psychothérapies de toutes orientations, la réhabilitation psychosociale orientée vers le rétablissement, les équipes mobiles, le travail avec l'entourage et les réseaux.

Trois notions en sont inséparables, et ce livre blanc y reviendra constamment.

La proximité. Une psychiatrie de proximité est une psychiatrie implantée là où vivent les personnes, accessible sans long trajet, connue des médecins généralistes, des services sociaux, des bailleurs, des associations du quartier. La proximité n'est pas seulement géographique : elle désigne aussi une connaissance du territoire, de ses ressources et de ses habitants, qui permet d'intervenir tôt, à domicile si nécessaire, avant que la crise ne conduise aux urgences.

L'accueil. Accueillir, c'est recevoir une personne qui se présente avec sa demande, telle qu'elle est formulée, sans exiger d'elle qu'elle ait déjà un diagnostic, un courrier, un dossier ou un parcours. L'accueil est la fonction la plus exigeante d'un système de soins, parce qu'elle suppose de pouvoir entendre une demande confuse, de discerner l'urgence de ce qui peut attendre, et de ne renvoyer personne sans réponse. Une psychiatrie qui sait accueillir est une psychiatrie qui réduit la contrainte, parce qu'elle reçoit avant que la situation ne se dégrade.

La continuité. Les troubles psychiques graves évoluent sur des années, souvent sur des décennies. Ce dont une personne a besoin, dans ce temps long, c'est de pouvoir compter sur un lieu et sur des personnes qui la connaissent, qui se souviennent de son histoire, qui savent reconnaître les signes avant-coureurs d'une rechute, et qui ne changent pas à chaque étape. La continuité des soins n'est pas un confort administratif : la rupture de suivi est l'un des premiers facteurs de rechute, d'hospitalisation sous contrainte et de suicide.

« Architecture »

Nous employons souvent le mot **architecture**, et il ne s'agit pas d'une métaphore vague. L'architecture d'un système de soins désigne l'ensemble des réponses à quelques questions très concrètes : par quelle porte entre-t-on ? Qui reçoit en premier ? Que faut-il produire, un diagnostic, un courrier, un score, pour passer d'une étape à l'autre ? Où sont placés les moyens et les professionnels les plus qualifiés ? Où se forment les files d'attente ? Qui est responsable de la continuité du parcours ? Qui décide de ce qui est financé et remboursé ?

Deux systèmes qui emploient les mêmes professionnels et dépensent les mêmes sommes peuvent produire des résultats très différents selon la manière dont ils répondent à ces questions. Une architecture n'est jamais neutre : elle traduit, dans l'ordre des circuits, une conception de ce qu'est la souffrance psychique et de ce qu'il faut en faire. C'est pourquoi ce livre blanc s'intéresse moins aux intentions affichées des politiques publiques qu'aux circuits qu'elles dessinent.

« Interventions complexes »

Nous distinguons la **psychiatrie du lien**, désignation clinique, des **interventions complexes**, catégorie méthodologique. Le Medical Research Council britannique, grand organisme public de recherche médicale, appelle intervention complexe une intervention qui comporte plusieurs composantes en interaction, qui dépend des comportements et des compétences de ceux qui la délivrent comme de ceux qui la reçoivent, qui agit à plusieurs niveaux d'organisation et qui s'adapte à son contexte. Le suivi d'une personne psychotique par une équipe de secteur, une psychothérapie au long cours ou un programme de réhabilitation sont des interventions complexes. Le Medical Research Council a établi, depuis 2000, que de telles interventions doivent être évaluées par des méthodes adaptées. Nous y reviendrons longuement dans la deuxième partie.

« Patient », « usager », « personne concernée »

Le vocabulaire désignant les personnes soignées a beaucoup évolué. Le mot **patient** dit la relation de soin et la souffrance ; il a pu sembler réduire la personne à la passivité. Le mot **usager**, issu du droit des services publics et consacré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, dit la citoyenneté et les droits ; il a pu sembler réduire le soin à une prestation. L'expression **personne concernée**, venue du mouvement des usagers et de la pair-aidance, met l'accent sur l'expérience vécue. Ce livre blanc emploie ces trois termes selon le contexte : patient lorsqu'il parle de la relation de soin, usager lorsqu'il parle des droits et de la démocratie sanitaire, personne concernée lorsqu'il parle de l'expérience et des savoirs qui en découlent. Aucun de ces mots ne doit faire oublier qu'il s'agit chaque fois d'un sujet singulier.

« Rétablissement »

Le **rétablissement** (traduction de l'anglais *recovery*) est devenu une notion centrale de la psychiatrie adulte. Il ne désigne pas la guérison au sens de la disparition des symptômes, mais un processus personnel par lequel une personne vivant avec un trouble psychique retrouve une vie qui a du sens pour elle : des relations, un logement, une activité, une place dans la cité, une capacité à faire des choix, que les symptômes persistent ou non. Le rétablissement est d'abord une notion venue des personnes concernées elles-mêmes ; il est aujourd'hui au cœur des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Ce livre blanc le tient pour un horizon essentiel du soin, à condition qu'il ne devienne pas un nouveau programme standardisé ni un prétexte pour réduire les soins au nom de l'autonomie.

« Psychiatrie biologique », « psychiatrie pharmacologique », « psychiatrie dite de précision »

Ces trois expressions sont souvent confondues. Nous les distinguons rigoureusement. La **psychiatrie dite de précision** est un programme de recherche, qui n'a pas encore fait ses preuves en clinique, et qui vise à identifier, à l'aide de marqueurs biologiques, des sous-groupes de patients et des traitements ciblés. La **psychiatrie biologique**, au sens strict, serait une psychiatrie qui connaîtrait les mécanismes biologiques des troubles et en déduirait ses diagnostics et ses traitements ; nous soutiendrons qu'elle n'existe pas à ce jour. La **psychiatrie pharmacologique** est la pratique, réelle et utile, qui prescrit des médicaments dont on connaît les effets statistiques sans en connaître le mécanisme d'action thérapeutique. La confusion de ces trois registres est au cœur des malentendus que ce livre blanc s'efforce de dissiper.

Avant-propos

En septembre 2026, un premier livre blanc, *Le soin psychique des enfants et adolescents. État des lieux, critiques et propositions*, a décrit la transformation silencieuse de la pédopsychiatrie française : une architecture fondée sur le repérage, l'orientation, l'expertise concentrée dans des centres spécialisés et l'espérance d'une psychiatrie dite de précision, qui place le diagnostic avant le soin, l'attente avant l'accueil, et le protocole avant la rencontre. Ce second livre blanc est consacré aux adultes. Il est construit en miroir du premier, et il n'aurait pas été nécessaire si la même logique ne s'imposait aujourd'hui, avec des enjeux propres, à la psychiatrie de l'adulte.

Pourquoi un second livre blanc

La psychiatrie adulte partage avec la pédopsychiatrie la pénurie de professionnels, la saturation des structures de proximité, la multiplication de dispositifs empilés et la tentation de faire d'un programme de recherche biomédical le principe d'organisation du système de soins. Mais elle comporte des enjeux que l'enfance ne connaît pas, ou pas au même degré : la **contrainte**, avec plus de quatre-vingt-dix mille personnes soignées chaque année sans leur consentement, l'isolement et la contention ; la **précarité**, avec la surreprésentation des troubles psychiques graves parmi les personnes sans domicile ; la **justice**, avec la place considérable des troubles psychiques en prison ; la **chronicité**, enfin, puisque les troubles graves de l'adulte s'inscrivent dans des trajectoires de plusieurs décennies.



Ces enjeux rendent plus graves encore les conséquences d'une orientation exclusive. Lorsqu'une politique de santé mentale mise principalement sur la détection, l'expertise de pointe et la recherche biologique, elle laisse sans réponse adaptée ce qui fait l'essentiel de la psychiatrie adulte : l'accueil des crises, le suivi au long cours de toutes les personnes dont l'état de santé psychique le nécessite, l'accompagnement vers le logement et l'emploi, la prévention de la contrainte, la prise en charge des souffrances liées au travail, à l'exil, au vieillissement. Elle construit, selon l'expression que nous emploierons tout au long de ce texte, une architecture **à l'envers des besoins**.

Ce que ce livre blanc ne conteste pas

Il faut le dire d'emblée, pour éviter tout malentendu. Ce livre blanc ne conteste pas la science. Il ne conteste pas l'utilité du diagnostic psychiatrique, ni celle du médicament, ni l'intérêt des neurosciences, ni les possibilités ouvertes par le numérique. Il ne demande pas que l'on cesse de financer la recherche biologique en psychiatrie : il demande au contraire qu'elle se poursuive, avec rigueur et avec des moyens, mais qu'elle ne soit pas seule à orienter l'architecture des soins.

Ce qu'il conteste est plus précis : **l'exclusivité d'un paradigme** et sa traduction en normes administratives. Il conteste l'idée, rarement énoncée mais partout agissante, selon laquelle la souffrance psychique serait d'abord et avant tout un dysfonctionnement cérébral, que la recherche biologique finira par expliquer et que des traitements ciblés finiront par corriger, de sorte qu'il conviendrait dès aujourd'hui d'organiser les soins en fonction de cette perspective. Cette conception réductionniste n'est pas seulement discutable sur le plan scientifique ; elle est contraire aux orientations de l'Organisation mondiale de la santé, qui recommande depuis plus de dix ans des services communautaires, centrés sur la personne, respectueux des droits et attentifs aux déterminants sociaux de la santé mentale.

Qui porte ce livre blanc

Ce texte est né du travail de praticiens de la psychiatrie et du soin psychique : psychiatres, psychologues, psychanalystes, infirmiers, travailleurs sociaux, rejoints par des usagers et des proches. Ses signataires appartiennent à des orientations théoriques différentes ; ce qui les réunit n'est pas une doctrine, mais une inquiétude commune devant l'évolution de leur discipline et une conviction partagée : il n'y a pas de soin psychique sans sujet, sans lien et sans durée.

Un lien entre les deux âges de la vie

Les deux livres blancs se rejoignent sur une question précise : celle des **jeunes adultes de seize à vingt-cinq ans**. C'est à cet âge que débutent la plupart des troubles psychiques graves, que se produisent les ruptures de parcours les plus dommageables, et que la frontière administrative de la majorité sépare des dispositifs qui ne communiquent pas. Un adolescent suivi en pédopsychiatrie perd souvent, à dix-huit ans, son équipe, son lieu de soin et ses repères, au moment même où sa vulnérabilité est la plus grande. Ce livre blanc fait de cette transition l'un de ses points d'attention constants.

Note sur la méthode et les sources

Ce livre blanc s'appuie sur trois types de sources, qu'il distingue soigneusement.

Les sources publiques officielles : rapports de la Cour des comptes, de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de Santé publique France, de la Haute Autorité de santé (HAS), du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), de l'Assemblée nationale et du Sénat, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

La littérature scientifique internationale, publiée dans des revues à comité de lecture. Ce livre blanc s'impose une règle de loyauté, reprise du premier : il cite aussi les données qui ne vont pas dans le sens de ses positions, et il signale les points sur lesquels la littérature est partagée ou insuffisante.

Les positions publiques des organisations professionnelles, des associations d'usagers et de proches, rapportées dans leurs propres termes, sans que ce livre blanc prétende arbitrer entre elles lorsque leurs désaccords relèvent de choix politiques et non de faits.

Les chiffres cités sont les plus récents dont nous ayons pu disposer au moment de la rédaction. Certains doivent être actualisés à mesure que paraissent de nouvelles données ; nous l'indiquons lorsque c'est le cas. Nous signalons également les **lacunes de données**, qui sont nombreuses : on ne connaît pas avec précision le nombre de personnes suivies en centre médico-psychologique adulte, ni les délais d'attente par territoire, ni le devenir à long terme des patients de secteur. Ces lacunes ne sont pas anodines. Ce qu'une politique publique ne mesure pas, elle ne le voit pas, et ce qu'elle ne voit pas, elle ne le finance pas.

Une dernière précision. Les situations cliniques présentées à titre d'illustration sont des compositions : elles sont construites à partir de traits fréquemment rencontrés et ne renvoient à aucune personne réelle.

Résumé exécutif

Le constat

La France connaît une demande croissante de soins psychiques, accentuée depuis la crise sanitaire chez les jeunes adultes, face à une offre publique qui se contracte : postes de psychiatres hospitaliers vacants, fermetures de lits d'hospitalisation, centres médico-psychologiques saturés, urgences engorgées. Dans le même temps, la contrainte s'étend : les soins sans consentement, l'isolement et la contention restent massifs. Les personnes les plus vulnérables, sans domicile, détenues, isolées, âgées, en situation d'exil, sont les plus mal servies.

La thèse

Cette situation ne s'explique pas seulement par un manque de moyens. Elle tient aussi à une **architecture à l'envers des besoins**, construite autour d'une orientation biomédicale exclusive : repérage, diagnostic catégoriel, expertise concentrée dans des centres experts, protocoles standardisés, et attente d'une psychiatrie dite de précision dont les résultats cliniques restent, après vingt ans de recherche, presque nuls. Cette orientation repose sur une conception réductionniste de la souffrance psychique. Elle est contraire aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, qui demande des services de proximité, centrés sur la personne, fondés sur les droits et attentifs aux déterminants sociaux. Elle oublie ce qui soigne : le lien, la durée, la proximité, l'accueil, la continuité.

Ce que ce livre blanc défend

Une **psychiatrie du lien** : un soin psychique entendu comme soin par le psychisme, par l'interaction et par la relation, organisé autour d'une psychiatrie de secteur refondée, de proximité, d'accueil et de continuité ; un **pluralisme épistémologique** qui reconnaît la valeur de la démarche scientifique sans la réduire à un seul type de preuve ; une **recherche équilibrée**, qui poursuit la recherche biologique sans lui confier seule l'orientation du système, et qui finance enfin la recherche clinique de terrain. Il demande enfin que la **déprescription** des psychotropes, rendue nécessaire par les dépendances iatrogènes longtemps sous-estimées, soit reconnue comme un acte médical à part entière, encadré et prudent.

Les douze demandes

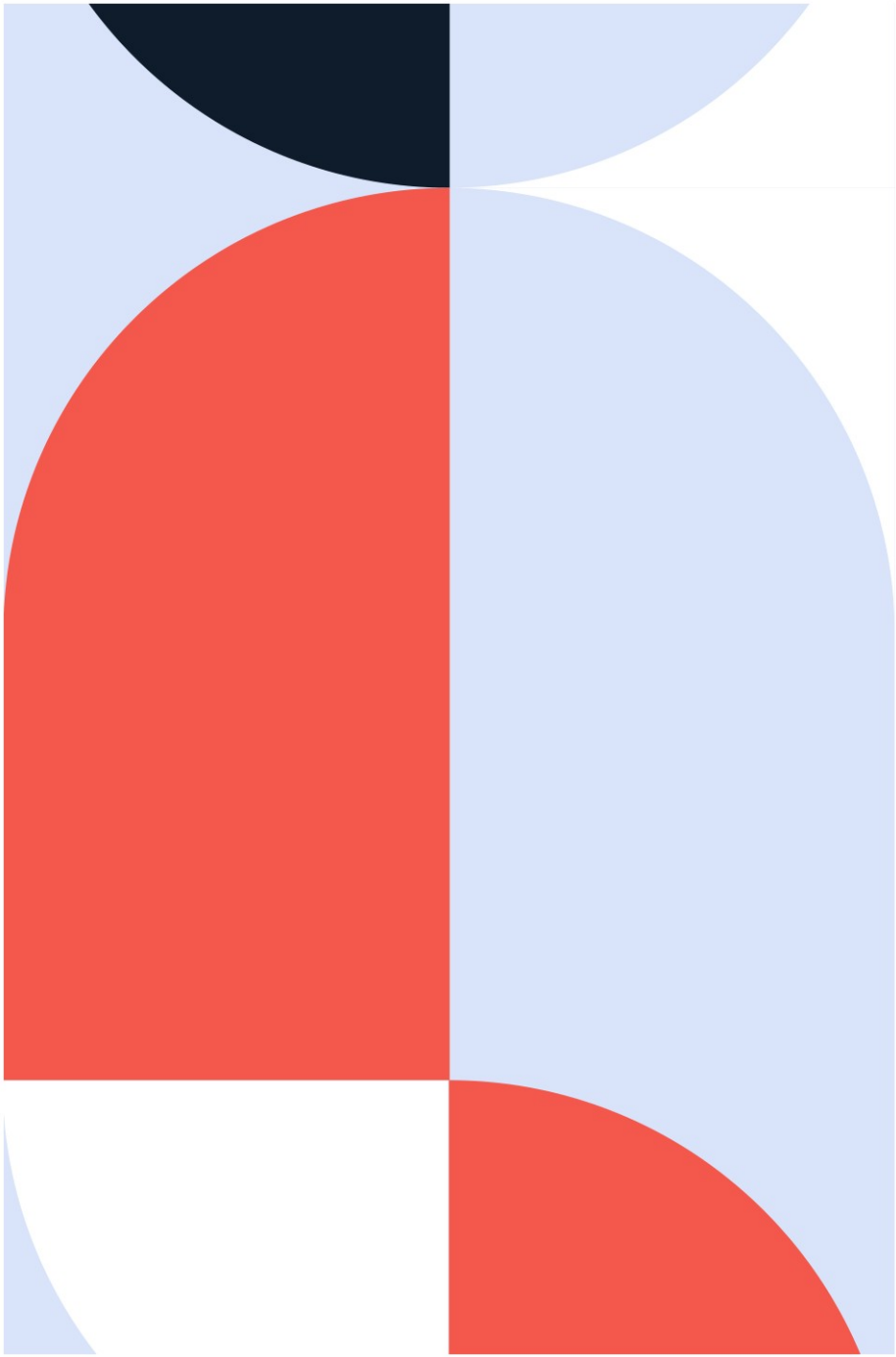
1. Faire de la santé mentale une priorité dotée de moyens propres, articulée à la pédopsychiatrie et à la médecine générale.
2. Garantir la liberté thérapeutique et le libre choix éclairé des usagers.
3. Réduire la contrainte et protéger les droits fondamentaux des personnes soignées sans leur consentement.
4. Soutenir en priorité l'offre publique de proximité : secteur, centres médico-

psychologiques, hôpitaux de jour, centres de crise.

5. Passer d'un accès à l'aide conditionné par le diagnostic à un accès fondé sur les besoins.
6. Doter la politique de santé mentale d'une conception d'ensemble de ses dispositifs, et lever le clivage entre sanitaire et médico-social.
7. Intégrer les déterminants sociaux, culturels et anthropologiques dans la formation et les dispositifs.
8. Reconnaître les psychothérapies psychodynamiques, la psychothérapie institutionnelle et les approches intégratives comme interventions complexes au sens du Medical Research Council.
9. Reconnaître que le système d'évaluation appliqué n'est pas adéquat pour la majorité des interventions psychiques.
10. Donner aux méthodes d'évaluation adaptées une place réelle et financée.
11. Financer une recherche équilibrée entre psychiatrie dite de précision et recherche clinique de terrain.
12. Garantir l'indépendance et le pluralisme de l'expertise publique et rendre publics les liens d'intérêts des experts.

Le calendrier

Certaines mesures peuvent être prises dans l'année et ne coûtent rien : mention de la pluralité méthodologique dans les recommandations, publication des liens d'intérêts, dialogue formel entre la HAS, les sociétés savantes et les usagers, publication des données sur la contrainte par établissement. D'autres relèvent de la mandature : plan de recrutement, centres de crise, réduction de la contrainte, généralisation du logement d'abord, abrogation de « Mon soutien psy » et reconstruction d'un dispositif de remboursement des consultations en libéral chez le psychologue, en réelle concertation avec les principales organisations professionnelles. D'autres enfin demandent une décennie : la formation des professionnels et la constitution d'une base nationale de suivi longitudinal.



PARTIE 1

ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MENTALE DES ADULTES ET DE LA PSYCHIATRIE

1.1 Une demande en croissance continue face à une offre exsangue

La santé mentale des adultes est devenue, en quelques années, une préoccupation publique de premier plan. La crise sanitaire de 2020-2022 a agi comme un révélateur et comme un accélérateur ; elle n'a pas créé la situation, qui se dégradait depuis longtemps, mais elle l'a rendue visible. La santé mentale a été déclarée grande cause nationale pour l'année 2025, puis à nouveau en 2026. Les déclarations d'intention se sont multipliées. Les moyens réels, eux, restent très en deçà des besoins, et leur répartition pose question.

Une demande qui augmente

Les troubles psychiques figurent parmi les premières causes de morbidité et d'incapacité chez l'adulte, dans tous les pays comparables à la France. Les troubles anxieux et dépressifs en constituent la part la plus importante par leur fréquence ; les troubles psychotiques et bipolaires, moins fréquents, sont responsables d'une part considérable des hospitalisations, des incapacités et de la surmortalité. Les enquêtes de Santé publique France, notamment le Baromètre santé et les enquêtes répétées pendant la crise sanitaire, ont montré une augmentation marquée des états anxieux et dépressifs, particulièrement chez les jeunes adultes de dix-huit à vingt-quatre ans, et une augmentation des pensées suicidaires dans cette tranche d'âge.

L'assurance maladie a relevé une forte progression de la consommation d'antidépresseurs chez les jeunes depuis 2019.



Cette augmentation de la demande a plusieurs sources, qu'il faut se garder de confondre. Une part tient à une dégradation réelle de la santé mentale, liée à l'isolement, à la précarité, à l'incertitude économique et climatique, aux conditions de travail et d'études. Une autre part tient à une meilleure reconnaissance de la souffrance psychique, à une diminution relative de la stigmatisation, qui conduit davantage de personnes à demander de l'aide, et c'est une bonne nouvelle. Une autre part enfin tient à l'extension des catégories diagnostiques et à la transformation de difficultés existentielles en troubles, que ce livre blanc examinera à propos du diagnostic. Une politique de santé mentale doit tenir compte de ces trois composantes, qui n'appellent pas les mêmes réponses.

Une offre qui recule

Face à cette demande, l'offre publique s'est contractée. Une part importante des postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie est vacante, et certains établissements ne fonctionnent qu'au prix du recours à l'intérim. Les psychiatres en exercice vieillissent, et leur répartition sur le territoire est très inégale : certains départements disposent de plusieurs fois plus de psychiatres par habitant que d'autres, et des territoires entiers, ruraux ou périurbains, sont devenus de véritables déserts psychiatriques.

Le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie a fortement diminué depuis le début des années 2000. Cette diminution était, à l'origine, la contrepartie voulue du développement des soins ambulatoires : la politique de secteur visait précisément à soigner les personnes dans la cité plutôt qu'à l'hôpital. Mais les fermetures de lits n'ont pas été accompagnées d'un développement suffisant des alternatives : centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, équipes mobiles, centres de crise, logements accompagnés. Le résultat est connu de tous ceux qui travaillent aux urgences : des patients en crise qui attendent des heures, parfois des jours, sur des brancards, faute de lit disponible ; des sorties d'hospitalisation précipitées pour libérer des places ; des réhospitalisations rapides.

Des délais incompatibles avec le soin

On ne dispose pas de données nationales fiables et régulières sur les délais d'attente en centre médico-psychologique adulte, ce qui constitue en soi un problème. Les enquêtes disponibles, les rapports parlementaires et le témoignage concordant des équipes font état de délais de plusieurs semaines à plusieurs mois pour un premier rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue dans de nombreux territoires. Pour une personne en souffrance, ces délais ne sont pas un inconvénient administratif : ils sont un facteur d'aggravation. Une dépression qui aurait pu être prise en charge en ambulatoire devient une crise suicidaire ; une décompensation psychotique qui aurait pu être prévenue se traduit par une hospitalisation sous contrainte.

Le suicide

La France compte chaque année environ neuf mille décès par suicide (chiffre à actualiser selon les dernières données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès), et un nombre bien plus élevé de tentatives de suicide et de gestes auto-infligés conduisant à un passage aux urgences ou à une hospitalisation. Le taux de suicide français reste parmi les plus élevés d'Europe de l'Ouest. Des dispositifs utiles ont été développés : le dispositif VigilanS, qui maintient un contact avec les personnes après une tentative de suicide, et le numéro national de prévention du suicide, le 3114, ouvert en 2021. Leur intérêt confirme ce que ce livre blanc défend : ce qui prévient le suicide, c'est d'abord le maintien du lien.

Ce que ce constat appelle

Le constat d'une demande en hausse et d'une offre en recul est partagé par tous les acteurs. Les désaccords portent sur la réponse. Ce livre blanc soutient que la réponse ne peut pas consister seulement à

créer de nouveaux dispositifs spécialisés ou à concentrer l'expertise dans des centres de pointe, mais qu'elle passe d'abord par la reconstruction de l'offre de proximité, d'accueil et de continuité, dont dépend l'essentiel des soins.

Une demande qui ne se réduit pas aux troubles

Il faut enfin rappeler qu'une grande partie de la demande de soins psychiques ne relève pas de troubles psychiatriques caractérisés, mais de souffrances liées à des événements de vie : deuils, séparations, violences, pertes d'emploi, maladies somatiques graves, difficultés relationnelles. Ces souffrances ne sont pas moins réelles pour ne pas entrer dans une catégorie diagnostique ; elles appellent souvent une écoute, un accompagnement, un soutien, plutôt qu'un traitement. Une politique qui ne connaît que des troubles à diagnostiquer et à traiter ne sait pas quoi faire de ces demandes : soit elle les ignore, soit elle les transforme en troubles pour pouvoir y répondre, ce qui alimente l'inflation diagnostique et la prescription. Une psychiatrie du lien, capable d'accueillir sans exiger d'étiquette, sait au contraire recevoir ces demandes, discerner celles qui relèvent d'un soin spécialisé et celles qui appellent une autre réponse, et orienter en conséquence.

Une question de priorités

Le constat d'une offre exsangue ne signifie pas que rien n'a été fait. Des moyens ont été annoncés et parfois engagés : postes supplémentaires, équipes mobiles, dispositifs nouveaux, remboursement de consultations en libéral chez certains psychologues. Mais leur répartition révèle un ordre de priorités. Les moyens nouveaux sont allés, pour une large part, vers des dispositifs spécialisés, des plateformes, des centres experts, des programmes de recherche et un dispositif de remboursement libéral, tandis que les structures de proximité, CMP, hôpitaux de jour, équipes de secteur, continuaient de se dégrader. Ce choix n'est pas seulement budgétaire : il traduit une conception de ce qu'il faut soigner et de la manière de le faire.

1.2 Panorama des pathologies et des situations cliniques de l'adulte

La psychiatrie adulte n'a pas affaire à un objet unique, mais à une grande diversité de situations cliniques, qui n'appellent ni les mêmes temporalités, ni les mêmes dispositifs, ni les mêmes approches. Rappeler cette diversité est nécessaire, car toute politique qui prétendrait appliquer un référentiel unique, un même parcours, une même logique de repérage et de protocole, à des situations aussi différentes, serait vouée à l'échec.

Les grandes familles de troubles

Les psychoses et les schizophrénies concernent environ un pour cent de la population. Elles débutent le plus souvent chez l'adulte jeune et évoluent sur des décennies, de manière très variable : certaines personnes se rétablissent largement après un ou plusieurs épisodes, d'autres vivent avec des difficultés durables. Elles exigent un soin au long cours, articulant traitements médicamenteux, relation thérapeutique, soutien à la vie quotidienne, travail avec les proches et accompagnement vers le logement et l'emploi.



Les troubles bipolaires se caractérisent par l'alternance d'épisodes dépressifs et d'épisodes d'exaltation de l'humeur. Le lithium y a fait la preuve de son efficacité préventive, mais la relation de soin, l'éducation thérapeutique et la stabilité de la vie sociale jouent un rôle déterminant dans la prévention des rechutes.

Les dépressions recouvrent des réalités très différentes, de la mélancolie grave avec risque suicidaire élevé aux états dépressifs réactionnels à un deuil, une séparation, une perte d'emploi. Les regrouper sous une même catégorie de « dépression caractérisée » a des conséquences considérables sur les traitements proposés, comme nous le verrons.

Les troubles anxieux sont les plus fréquents des troubles psychiques. Ils répondent à des approches variées : psychothérapies de différentes orientations, parfois médicaments, et souvent à des changements dans les conditions de vie.

Les névroses, enfin, ne doivent pas disparaître du paysage clinique au motif qu'elles ont disparu des classifications. Depuis le DSM-III de 1980, la catégorie a été dispersée entre troubles anxieux, obsessionnels, somatoformes ou dissociatifs ; mais la réalité qu'elle désignait demeure, et les cliniciens la rencontrent chaque jour : angoisses et phobies, obsessions et rituels, symptômes de conversion, inhibitions, répétitions qui entravent la vie amoureuse ou professionnelle. Les névroses sont des **entités psychopathologiques** et non de simples listes de symptômes : elles peuvent être corrélées à un **conflit infantile**, réactivé par les circonstances de la vie adulte, dont le sujet ne sait que peu de chose et qui se rejoue dans ses symptômes, ses liens et ses choix. Elles relèvent de ce fait d'un soin psychique au sens le plus précis du terme : un soin qui passe par la **parole**, en tant qu'elle peut être **adressée à quelqu'un**. C'est dans cette adresse, et dans la relation qui la soutient, que le conflit peut être reconnu, déplié et élaboré, plutôt que seulement apaisé. Les réduire à des « troubles anxieux » relevant d'un médicament ou d'un protocole bref revient souvent à déplacer le symptôme sans toucher à ce qui le produit, et à priver les personnes du soin qui leur conviendrait.

Les troubles de la personnalité, dont le trouble dit borderline ou état limite, se manifestent par une instabilité des relations, des émotions et de l'image de soi, souvent par des conduites auto-agressives. Ils sont parmi les plus difficiles à soigner et exigent des psychothérapies au long cours et des institutions capables de tenir dans la durée.

Les troubles du comportement alimentaire, l'anorexie mentale en particulier, ont l'un des taux de mortalité les plus élevés de la psychiatrie et nécessitent une collaboration étroite entre psychiatrie et médecine somatique.

Les addictions, à l'alcool, au tabac, au cannabis, aux opiacés, aux jeux, sont souvent associées à d'autres troubles psychiques et relèvent d'approches intégrées.

Les psychotraumatismes, consécutifs aux violences, aux attentats, aux guerres, à l'exil, aux accidents, appellent des soins spécialisés et une attention particulière aux conditions de vie.

Les troubles liés au travail, enfin, épuisement professionnel, dépressions réactionnelles, souffrance éthique, ont pris une place considérable dans la demande de soins des adultes, et nous leur consacrerons une section.

Enfin, il ne faut pas réduire les personnes à leur pathologie. Chacun peut avoir des demandes de soin spécifiques, dont il aurait besoin, et qui ne relèvent pas seulement de la pathologie diagnostiquée.

Les diagnostics émergents à l'âge adulte

Depuis une dizaine d'années, deux diagnostics, longtemps considérés comme relevant de l'enfance, connaissent une extension rapide à l'âge adulte : **l'autisme** et le **trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)**. Des adultes de plus en plus nombreux demandent une évaluation, souvent après s'être reconnus dans des descriptions diffusées sur les réseaux sociaux. Ce mouvement a des aspects positifs : il permet à des personnes qui ont

souffert d'incompréhension de trouver un nom à leur différence et parfois un soulagement. Mais il pose aussi des questions sérieuses : l'auto-diagnostic, dont le risque est bien évidemment un diagnostic erroné, l'influence de contenus non vérifiés, l'engorgement des centres d'évaluation, et la transformation de difficultés existentielles en troubles neurodéveloppementaux supposés innés. Le TDAH appelle ici une vigilance particulière : c'est sans doute la catégorie la plus discutée du DSM, dont la validité clinique est contestée et dont les frontières avec la normalité sont d'autant plus floues que l'inattention et l'agitation sont devenues des traits ordinaires d'une société de la sollicitation permanente. Nommer le TDAH ne revient pas à le tenir pour une pathologie scientifiquement fondée. Son extension chez l'adulte, et l'autodiagnostic qui l'accompagne, doivent être compris aussi comme un fait social : ils interrogent les modes contemporains d'expression de la souffrance et du malaise, et leur exploitation par le marketing pharmaceutique, dont les dépenses dépassent largement celles de la recherche selon les estimations disponibles pour les États-Unis (Gagnon et Lexchin, 2008). Le Royaume-Uni connaît des listes d'attente considérables pour l'évaluation du TDAH et de l'autisme chez l'adulte ; la France s'engage sur la même pente.

Les situations transversales

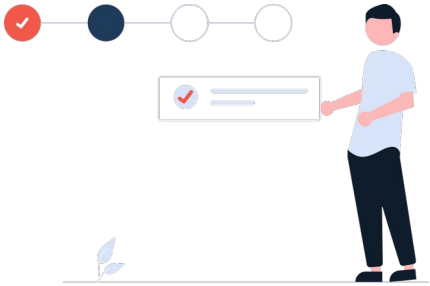
À ces pathologies s'ajoutent des situations qui traversent toutes les catégories : la **précarité**, l'**exil** et la **migration**, l'**isolement**, le **vieillissement**, le **handicap psychique**. Une même dépression ne se soigne pas de la même manière chez une personne insérée et entourée et chez une personne sans domicile, exilée ou isolée. C'est l'une des raisons pour lesquelles le soin psychique ne peut pas être réduit à l'application d'un protocole à une catégorie diagnostique : la situation de la personne fait partie de ce qu'il faut soigner, tout comme son rapport subjectif à son trouble ou à sa pathologie. La personne demeure un sujet, avec des besoins propres, des désirs et des droits.

1.3 Le diagnostic en psychiatrie adulte : un outil nécessaire, à manier avec discernement

Le diagnostic est un outil indispensable de la médecine, et la psychiatrie ne fait pas exception. Il permet de communiquer entre professionnels, d'orienter les traitements, de conduire des recherches, de reconnaître des droits. Mais en psychiatrie plus qu'ailleurs, il doit être manié avec discernement, parce que ses catégories n'ont pas le même statut que celles de la médecine somatique.

Valeur et limites du diagnostic catégoriel

Les deux grandes classifications internationales, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie, dont la version actuelle est le DSM-5-TR (2022), et la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé, dont la onzième révision est entrée en vigueur en 2022, définissent les troubles mentaux par des listes de critères descriptifs. Ce choix, fait par le DSM-III en 1980, visait à améliorer la fiabilité des diagnostics, c'est-à-dire l'accord entre cliniciens. Il a en partie atteint ce but, mais en partie seulement : les essais de terrain du DSM-5, publiés en 2013, ont montré des coefficients d'accord très faibles pour certains des diagnostics les plus fréquents, comme la dépression caractérisée et l'anxiété généralisée.



Surtout, la fiabilité n'est pas la validité. Un diagnostic est fiable si différents observateurs le posent de la même manière ; il est valide s'il correspond à une entité réelle, distincte des autres, avec une cause, une évolution ou une réponse aux traitements spécifiques. Après quarante ans de recherche, aucune catégorie psychiatrique n'a été validée par un marqueur biologique. Les catégories se chevauchent largement ; la « comorbidité », c'est-à-dire la présence chez une même personne de plusieurs troubles, est la règle plutôt que l'exception ; et les études génétiques montrent que les facteurs de risque sont largement partagés entre des troubles que les classifications séparent. Le directeur du principal institut américain de recherche en psychiatrie, Thomas Insel, en tirait en 2013 la conclusion que les catégories du DSM manquaient de validité.

Le statut et les usages du DSM

La critique ne porte pas d'abord sur l'existence de catégories. Les catégories du DSM sont volatiles, hétérogènes, révisées d'une édition à l'autre ; ce sont, selon l'expression d'Ian Hacking, des « espèces interactives », qui transforment les personnes qu'elles désignent ; leur validité clinique et structurelle est contestable, d'autant que toute validité suppose une distinction claire entre le normal et le pathologique, que ces catégories ne fournissent pas. Elles peuvent néanmoins exister et être discutées, à condition d'être replacées dans l'histoire de la nosographie, aux côtés d'autres tentatives de classification, psychopathologiques, structurales, dimensionnelles.

Le problème est le **statut** que le DSM a acquis et les **usages** qui en sont faits. Son hégémonie, à partir des années 1980, a été contemporaine d'une double extension : l'extension du domaine du trouble, qui transforme en pathologies des manifestations de plus en plus nombreuses de la souffrance et du malaise dans la société, et l'extension du domaine du handicap, qui fait de ces catégories la porte d'entrée des droits et des compensations. Le DSM joue ainsi un rôle central non seulement dans la qualification de la souffrance psychique, mais au cœur du déploiement des dispositifs de soins et d'accompagnement du handicap. Un manuel conçu pour améliorer l'accord entre cliniciens et pour la recherche est devenu un instrument administratif, juridique, assurantiel et commercial. Il faut donc à la fois revoir cette classification et **distinguer ses usages** : clinique, recherche, statistique, attribution de droits. Ce qui convient à l'un ne convient pas nécessairement aux autres.

Le diagnostic comme condition d'accès

Chez l'adulte comme chez l'enfant, le diagnostic tend à devenir une **condition d'accès** plutôt qu'un outil clinique. Une reconnaissance de handicap par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), l'allocation aux adultes handicapés, un arrêt de travail prolongé, une reconnaissance de maladie professionnelle, une orientation vers un établissement ou un service médico-social, l'accès à certains dispositifs de remboursement, supposent un diagnostic formulé dans les termes de la nomenclature en vigueur. Cela n'a rien d'illégitime en soi : il faut des critères pour attribuer des droits. Mais lorsque l'accès à l'aide dépend de l'étiquette, la demande se reformule dans la langue qui ouvre les droits, et les diagnostics se multiplient pour des raisons qui ne sont pas cliniques.

Le rapport indépendant commandé par le gouvernement anglais sur les troubles de santé mentale, le TDAH et l'autisme, présidé par le psychologue Peter Fonagy et publié le 9 octobre 2026, a tiré les conséquences de cette logique. Il constate que le diagnostic est devenu la porte d'accès quasi unique à l'aide, que les listes d'attente d'évaluation se comptent en centaines de milliers de personnes, que des prestataires privés réalisent plus de la moitié des évaluations TDAH financées par le service public, et il recommande de passer d'un système « dépendant du diagnostic » à un système fondé sur les besoins, dans lequel le diagnostic reste utile mais n'est plus un préalable. Il ne conclut pas à un surdiagnostic massif, mais avertit que la focalisa-

tion sur le diagnostic accroît le risque de diagnostics erronés et excessifs. Ces observations rejoignent celles de chercheurs reconnus de l'autisme : au Royaume-Uni, les diagnostics d'autisme ont augmenté de 787 % entre 1998 et 2018, surtout chez les adultes (Russell et al., 2022) ; aux États-Unis, de 175 % entre 2011 et 2022, la hausse la plus forte concernant les 26-34 ans (Grosvenor et al., 2024). Simon Baron-Cohen et Francesca Happé, longtemps défenseurs d'un spectre unique, plaident désormais pour distinguer des sous-groupes et pour réserver le diagnostic médical aux situations qui appellent un accompagnement (*The Guardian*, 1er novembre 2026).

L'inflation diagnostique

Plusieurs facteurs ont contribué à l'extension des diagnostics chez l'adulte. L'**abaissement des seuils** : la suppression, dans le DSM-5, de l'exclusion du deuil dans le diagnostic de dépression permet de diagnostiquer une dépression caractérisée deux semaines après la perte d'un proche. L'**extension à l'âge adulte** de diagnostics de l'enfance, autisme et TDAH. Le **rôle des réseaux sociaux**, où des contenus vus des millions de fois proposent des listes de « signes » dans lesquels chacun peut se reconnaître. Allen Frances, qui avait dirigé l'élaboration du DSM-IV, a consacré un livre à cette inflation, *Saving Normal* (2013), traduit en français sous le titre *Sommes-nous tous des malades mentaux ?*.

Les effets de l'étiquette

Un diagnostic n'est pas une simple description : il agit sur la personne qui le reçoit. Il peut soulager, donner sens, ouvrir des droits, permettre de rencontrer d'autres personnes qui vivent la même chose. Il peut aussi stigmatiser, enfermer dans une identité, modifier la manière dont la personne se perçoit et dont les autres la perçoivent. Le philosophe Ian Hacking a décrit ces « effets de boucle » : les catégories qui classent les êtres humains les transforment, et ces transformations modifient à leur tour les catégories. Le diagnostic psychiatrique n'est jamais un acte neutre ; c'est pourquoi il doit rester un outil clinique révisable, posé avec la personne et non sur elle, et non une étiquette administrative définitive.

1.4 Les médicaments en psychiatrie adulte : une position nuancée, jamais isolée

Les médicaments psychotropes sont un instrument majeur de la psychiatrie adulte. Ce livre blanc ne les conteste pas ; il en reconnaît l'apport réel. Mais il soutient deux thèses qui commandent toute sa réflexion : ces médicaments relèvent d'une psychiatrie pharmacologique empirique, et non d'une psychiatrie biologique fondée sur la connaissance des mécanismes ; et ils ne doivent jamais être prescrits isolément, en substitution du soin relationnel.

Des apports réels

Le **lithium** prévient les récidives dans les troubles bipolaires et réduit le risque suicidaire ; c'est l'un des traitements les plus efficaces de toute la psychiatrie. Les **antipsychotiques** sont souvent indispensables dans la phase aiguë des psychoses : ils réduisent les idées délirantes, les hallucinations, l'agitation, et permettent d'engager une relation de soin. Les **antidépresseurs** ont une efficacité démontrée dans les dépressions sévères, et notamment dans les mélancolies. Il serait absurde, et dangereux, de priver les patients de ces traitements.



Des limites documentées

Ces apports ont des limites, aujourd'hui bien documentées par la littérature scientifique.

La modestie des différences avec le placebo dans les dépressions ne présentant pas un caractère de sévérité. La grande méta-analyse d'Andrea Cipriani et de ses collègues, publiée dans *The Lancet* en 2018 et portant sur vingt et un antidépresseurs et plus de cinq cents essais, a confirmé que tous les antidépresseurs étudiés sont plus efficaces que le placebo. Mais la taille de cet effet est modeste : la différence moyenne avec le placebo est de l'ordre de deux points sur une échelle de dépression qui en compte plus de cinquante, ce qui soulève, comme nous le verrons dans la deuxième partie, la question de la différence entre significativité statistique et pertinence clinique. Irving Kirsch et ses collègues avaient montré dès 2008 que l'écart avec le

placebo était surtout marqué dans les dépressions les plus sévères.

Les effets indésirables. Les antipsychotiques, notamment ceux dits de deuxième génération, ont des effets métaboliques importants : prise de poids, diabète, troubles lipidiques, qui contribuent à la surmortalité cardiovasculaire des personnes ayant un trouble psychique sévère. Les antidépresseurs peuvent entraîner des troubles sexuels, une indifférence émotionnelle, et des **syndromes de sevrage** longtemps sous-estimés : Mark Horowitz et David Taylor ont montré en 2019, dans *The Lancet Psychiatry*, que l'arrêt des antidépresseurs devait souvent se faire de manière très progressive, selon une décroissance adaptée, pour éviter des symptômes de sevrage parfois sévères et prolongés.

La polymédication. Il n'est pas rare qu'une personne suivie depuis des années reçoive simultanément plusieurs psychotropes, sans que l'intérêt de chacun ait été réévalué. La polymédication augmente les effets indésirables et les interactions, et elle traduit souvent l'absence de temps clinique pour réexaminer les traitements.

Le débat sur les traitements au long cours

Une question importante est celle de la durée des traitements antipsychotiques après un premier épisode psychotique. L'essai de Lex Wunderink et de ses collègues, publié dans *JAMA Psychiatry* en 2013, a comparé, chez des patients en rémission après un premier épisode, une stratégie de réduction progressive ou d'arrêt des antipsychotiques à une stratégie de maintien. À court terme, les rechutes étaient plus fréquentes dans le groupe de réduction ; mais à sept ans, le taux de rétablissement fonctionnel y était deux fois plus élevé. Ce résultat a été discuté et doit être répliqué, mais il montre qu'une stratégie médicamenteuse ne peut pas être évaluée seulement sur le court terme, et que l'accompagnement à la réduction des traitements, lorsque la personne le souhaite et que la situation le permet, doit faire partie du soin.

Une psychiatrie pharmacologique, non biologique

L'histoire des psychotropes est éclairante. Les grandes classes de médicaments, le lithium, la chlorpromazine, premier neuroleptique, l'imipramine, premier antidépresseur, ont été découvertes entre 1949 et 1957, par hasard ou par observation clinique, et non par déduction à partir d'un mécanisme connu de la maladie. Les théories biologiques sont venues après : parce que les neuroleptiques bloquent certains récepteurs de la dopamine, on a supposé que la schizophrénie était due à un excès de dopamine ; parce que les antidépresseurs augmentent la disponibilité de la sérotonine, on a supposé que la dépression était due à un manque de sérotonine. On a déduit la maladie du médicament. La revue générale publiée en 2023 par Joanna Moncrieff et ses collègues dans *Molecular Psychiatry* a conclu à l'absence de preuves convaincantes d'un déficit de sérotonine dans la dépression. Cette conclusion a été discutée, mais elle confirme un point essentiel : nous disposons de médicaments utiles dont nous ne connaissons pas le mécanisme d'action thérapeutique. C'est ce que nous appelons une **psychiatrie pharmacologique** : une pratique empirique, précieuse, mais qui ne repose pas sur une compréhension biologique des troubles.

Les nouveaux traitements

De nouveaux traitements sont apparus ou sont en cours d'évaluation : l'eskétamine en pulvérisation nasale dans les dépressions résistantes, la stimulation magnétique transcrânienne, et, dans le cadre de la recherche, les psychédéliques comme la psilocybine. Ils suscitent des espoirs, parfois une forte médiatisation. Leur niveau de preuve est variable, leurs coûts élevés, et leurs effets à long terme mal connus. Il est remarquable que les recherches sur les psychédéliques insistent toutes sur l'importance du cadre relationnel et de l'accompagnement psychothérapique dans lequel ils sont administrés : même les traitements les plus « biologiques » ne produisent pas leurs effets en dehors d'une relation.

Une position nuancée

La position de ce livre blanc est donc nuancée : le médicament est souvent nécessaire, parfois vital, jamais suffisant. Il doit être prescrit dans une relation de soin, réévalué régulièrement, accompagné d'informations loyales sur ses effets et sur les modalités de son arrêt, et associé aux autres dimensions du soin psychique. Une psychiatrie qui n'aurait plus le temps que de prescrire ne serait pas une psychiatrie biologique : ce serait une psychiatrie appauvrie.

Les dépendances iatrogènes : un problème longtemps sous-estimé

Une question doit être placée au premier plan, parce qu'elle concerne des millions de personnes et qu'elle a été longtemps minimisée : celle des **dépendances iatrogènes**, c'est-à-dire des dépendances physiques produites par les médicaments eux-mêmes, prescrits dans un cadre médical et pris conformément à la prescription.

Il faut d'abord préciser les mots. La **dépendance physique** désigne l'adaptation de l'organisme, et en particulier du cerveau, à la présence prolongée d'une substance : lorsque celle-ci est réduite ou arrêtée, apparaissent des symptômes de sevrage, parfois sévères. Elle ne doit pas être confondue avec l'**addiction**, qui désigne une perte de contrôle, une recherche compulsive du produit et un usage poursuivi malgré ses conséquences. Une personne peut être physiquement dépendante d'un antidépresseur sans en être addicte, de même qu'un patient traité au long cours par certains médicaments cardiologiques ou par des corticoïdes ne peut pas les arrêter brutalement sans danger. Cette distinction est importante : parler de dépendance iatrogène, ce n'est pas accuser les patients ni les prescripteurs, c'est décrire un effet pharmacologique.

Plusieurs classes de psychotropes sont concernées.

Les benzodiazépines et apparentés (anxiolytiques et hypnotiques) entraînent une dépendance physique bien connue lorsqu'ils sont pris plus de quelques semaines. La France figure depuis longtemps parmi les pays européens où leur consommation est la plus élevée, et une part importante des utilisateurs les prennent au long cours, bien au-delà des durées recommandées. Leur arrêt brutal peut provoquer une anxiété intense, des insomnies, des troubles perceptifs, et dans certains cas des convulsions. La psychopharmacologue britannique Heather Ashton a consacré une

grande partie de sa carrière à décrire ces sevrages et à proposer des méthodes de réduction très progressive.

Les antidépresseurs ont longtemps été présentés comme dépourvus de tout risque de dépendance, et leurs symptômes d'arrêt comme rares, légers et brefs, de l'ordre de une à deux semaines. Cette présentation s'est révélée inexacte. Une revue systématique publiée en 2019 par James Davies et John Read a estimé que plus de la moitié des personnes arrêtant un antidépresseur présentent des symptômes de sevrage, que près de la moitié d'entre elles les décrivent comme sévères, et qu'ils peuvent durer des semaines, des mois, parfois davantage. Ces symptômes, vertiges, sensations de décharges électriques, insomnie, irritabilité, anxiété, troubles de l'humeur, sont souvent pris à tort pour une rechute de la dépression, ce qui conduit à reprendre le traitement et à conclure, à tort, que la personne « a besoin » de son antidépresseur à vie. En 2019, le Royal College of Psychiatrists britannique a révisé sa position publique pour reconnaître que les symptômes de sevrage des antidépresseurs pouvaient être sévères et prolongés, et les recommandations britanniques sur la dépression ont été modifiées en conséquence.

Les antipsychotiques exposent également à des difficultés à l'arrêt : symptômes de sevrage, troubles du sommeil, anxiété, et, selon des hypothèses discutées, une hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques qui pourrait favoriser des rechutes après un arrêt rapide. Les **gabapentinoïdes** et certains hypnotiques dits « Z » posent des problèmes analogues.

Les travaux de Mark Horowitz

Le psychiatre et chercheur Mark Horowitz, formé en Australie et au Royaume-Uni, chercheur associé à l'University College de Londres et praticien au sein du service de santé britannique, a joué un rôle majeur dans la reconnaissance de ces questions. Il a lui-même vécu un sevrage d'antidépresseur long et éprouvant après des années de traitement, expérience qu'il a rapportée publiquement et qui l'a conduit à consacrer ses recherches à la manière d'arrêter les psychotropes.

Son apport principal, développé avec le pharmacien David Taylor, de l'hôpital Maudsley et du King's College de Londres, tient en une observation pharmacologique simple. La relation entre la dose d'un antidépresseur et son effet sur sa cible cérébrale n'est pas linéaire mais **hyperbolique** : aux faibles doses, de petites réductions de dose produisent de grandes variations de l'effet sur le cerveau, tandis qu'aux fortes doses, des réductions importantes ne changent presque rien. Il en résulte que les schémas d'arrêt habituels, qui réduisent la dose par paliers égaux, par exemple en divisant la dose par deux puis en arrêtant, produisent des chutes brutales de l'effet dans les dernières étapes, précisément là où les symptômes de sevrage sont les plus intenses. Dans leur article publié en 2019 dans *The Lancet Psychiatry*, Horowitz et Taylor ont proposé de réduire les doses de manière **hyperbolique** : par fractions de la dernière dose prise (par exemple de l'ordre de dix pour cent), sur des mois, voire davantage, en descendant jusqu'à des doses très faibles avant l'arrêt, et en adaptant le rythme aux symptômes de chaque personne. Ils ont appliqué le même raisonne-

ment aux antipsychotiques dans un article publié en 2021 dans *Schizophrenia Bulletin*.

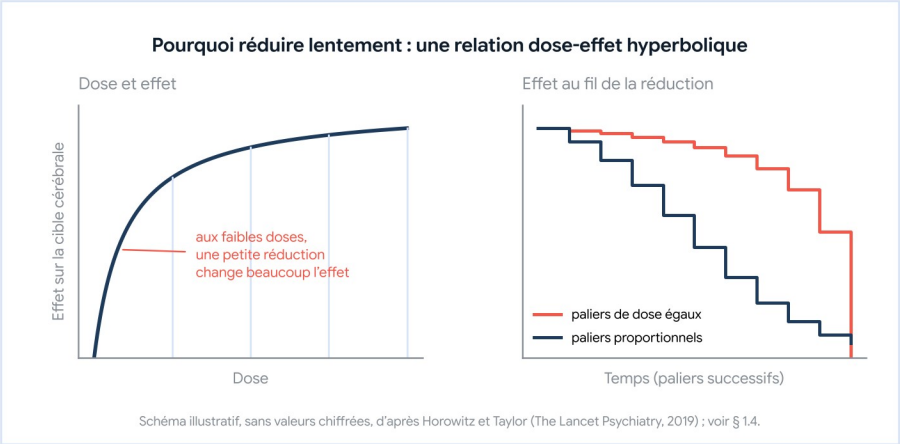


Figure 1 — La déprescription : pourquoi réduire les doses de manière progressive et proportionnelle.

Ces travaux ont été rassemblés dans les *Maudsley Deprescribing Guidelines*, publiées par Horowitz et Taylor en 2024, qui proposent des protocoles détaillés de réduction des antidépresseurs, des benzodiazépines, des gabapentinoïdes et des hypnotiques apparentés. Ils ont contribué à une évolution des recommandations britanniques, qui reconnaissent désormais la nécessité d'une réduction progressive et adaptée à chaque personne.

Les travaux de Horowitz ne sont pas un plaidoyer contre les médicaments. Ils partent du constat que les psychotropes sont utiles, mais que l'on a beaucoup étudié la manière de les commencer et très peu la manière de les arrêter. Ils illustrent, d'une autre manière, la thèse de ce livre blanc : la psychiatrie pharmacologique est une pratique empirique, dont on découvre parfois tardivement des effets majeurs, et qui exige d'être pratiquée avec prudence, dans une relation de soin et une information loyale.

La déprescription est un acte médical

Il découle de ces constats une exigence que ce livre blanc tient à affirmer avec force : **la déprescription est un acte médical**, au même titre que la prescription. Elle ne peut pas être laissée à l'initiative isolée des patients, faute d'accompagnement, ni être conduite de manière brutale ou militante. Elle doit être **encadrée** et **prudente**.

Concrètement, cela signifie plusieurs choses.

- **Une décision partagée.** La réduction d'un traitement se décide avec la personne, en fonction de sa situation, de ses souhaits, de la stabilité de son état et de son histoire. Elle n'est jamais imposée, ni dans un sens ni dans l'autre.

- **Une information loyale.** La personne doit être informée, dès la prescription, des difficultés possibles à l'arrêt, et au moment de la réduction, de la nature des symptômes de sevrage, de leur durée possible et de la manière de les distinguer d'une rechute.
- **Jamais d'arrêt brutal.** Sauf urgence médicale, un psychotrope pris depuis plusieurs mois ne doit jamais être arrêté brutalement. La réduction doit être progressive, par petites fractions de la dose en cours, à un rythme adapté et modulable selon les symptômes, sur des mois si nécessaire.
- **Des moyens pharmaceutiques adaptés.** Les réductions hyperboliques supposent de pouvoir prescrire de très faibles doses, ce que les formes pharmaceutiques disponibles en France ne permettent pas toujours. Des solutions existent : formes buvables, préparations magistrales, « bandelettes de réduction » développées aux Pays-Bas. Leur accès et leur remboursement doivent être organisés.
- **Un suivi régulier.** La déprescription demande des consultations plus fréquentes, la possibilité de ralentir, de faire une pause ou de revenir à la dose précédente si les symptômes sont trop intenses, et une attention particulière au risque de rechute réelle, qui doit être distinguée du sevrage.
- **Un accompagnement psychothérapique.** La réduction d'un traitement est souvent un moment de vulnérabilité, au cours duquel des émotions longtemps atténuées réapparaissent. Un soutien psychologique, une psychothérapie, la disponibilité de l'équipe en sont des conditions essentielles. C'est un domaine où la psychiatrie pharmacologique et la psychiatrie du lien doivent impérativement travailler ensemble.
- **Une prudence particulière** dans les situations à risque : antécédents de rechutes graves, de tentatives de suicide, de troubles bipolaires ou psychotiques sévères. Dans ces situations, une réduction peut rester possible, mais elle exige une évaluation approfondie, une surveillance renforcée et parfois l'avis d'une équipe spécialisée.

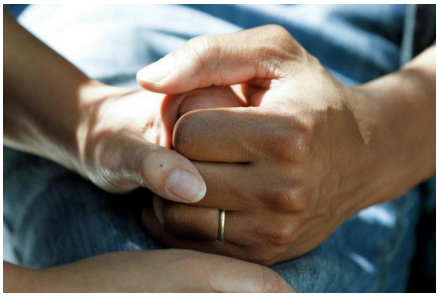
La déprescription n'est donc ni un rejet du médicament, ni un renoncement au soin. Elle est la seconde moitié de toute bonne prescription : prescrire, c'est aussi savoir quand, comment et à quel rythme réduire et arrêter.

1.5 Les proches et les aidants : des partenaires du soin, non des auxiliaires ni des suspects

Les proches des personnes vivant avec un trouble psychique grave, parents, conjoints, enfants, frères et sœurs, amis, jouent un rôle considérable, souvent invisible, dans le soin et dans la vie quotidienne. Ils sont fréquemment les premiers à repérer une rechute, à accompagner aux rendez-vous, à héberger, à soutenir financièrement, à gérer les crises. Ce rôle a un coût : épuisement, isolement, problèmes de santé, difficultés professionnelles et financières.

Une place longtemps mal reconnue

L'histoire de la psychiatrie n'a pas toujours été juste envers les familles. Certaines théories du milieu du XXe siècle ont attribué à la relation parentale la cause des troubles psychotiques ; elles ont blessé des familles et sont aujourd'hui abandonnées. À l'inverse, les proches ont longtemps été tenus à l'écart des soins, au nom du secret médical, sans information ni soutien. L'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), créée en 1963, a joué un rôle majeur dans la reconnaissance de leur place.



Des réponses qui ont fait leurs preuves

Des programmes de **psychoéducation** destinés aux proches, comme le programme Profamille, ont montré qu'ils réduisent la détresse des familles et les rechutes des patients. Les **thérapies familiales** et les **approches de réseau**, comme le dialogue ouvert (*Open Dialogue*) développé en Laponie finlandaise, associent d'emblée la personne en crise et son entourage aux décisions de soin. Ces approches reposent sur un principe simple : les proches ne sont ni les causes à corriger, ni les exécutants d'un programme, mais des partenaires dont l'expérience, les inquiétudes et les ressources font partie de la situation.

Deux écueils

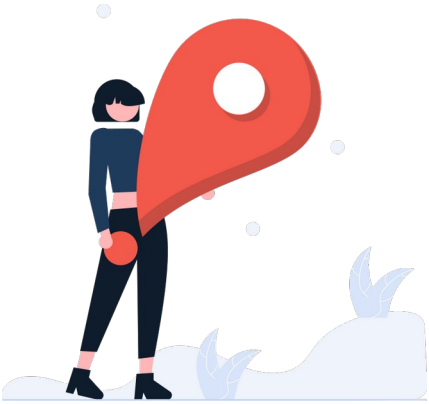
Ce livre blanc met en garde contre deux écueils. Le premier est la **culpabilisation**, qui persiste parfois sous des formes plus discrètes. Le second, plus actuel, est l'**instrumentalisation** des proches comme

substituts d'une offre publique défaillante : lorsque les structures de soins ne peuvent plus assurer la continuité, ce sont les familles qui la portent, sans formation, sans relais et sans répit. Reconnaître les proches comme partenaires, c'est aussi leur offrir un soutien, des temps de répit et une information loyale, dans le respect du secret dû à la personne soignée.

1.6 La psychiatrie de secteur : un modèle français fragilisé, à rebâtir

Une histoire

La psychiatrie de secteur est l'une des grandes inventions de la psychiatrie française. Elle est née de l'expérience des asiles pendant la Seconde Guerre mondiale, où des dizaines de milliers de malades mentaux sont morts de faim, et de la volonté de psychiatres engagés de transformer l'hôpital psychiatrique. À l'hôpital de Saint-Alban, en Lozère, François Tosquelles et Lucien Bonnafé développent pendant la guerre une pratique qui deviendra la **psychothérapie institutionnelle** : l'idée que l'institution elle-même doit être soignée pour pouvoir soigner, que les patients doivent participer à la vie de l'établissement, que la relation entre soignants et soignés est un instrument de soin. Jean Oury fonde en 1953 la clinique de La Borde, qui prolonge cette expérience.



La circulaire du 15 mars 1960 organise la **sectorisation** : chaque territoire, d'environ soixante-dix mille habitants, est confié à une équipe pluridisciplinaire unique, chargée d'assurer l'ensemble des soins psychiques de sa population, de la prévention à la réinsertion, en privilégiant les soins dans la cité. Le centre médico-psychologique (CMP) en est la pierre angulaire : un lieu de consultation gratuit, accessible sans ordonnance, au plus près des habitants. Autour de lui se développent les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTG), les appartements thérapeutiques, les visites à domicile.

Un modèle fragilisé

Le secteur a été l'une des politiques de santé mentale les plus ambitieuses d'Europe. Il a permis de réduire considérablement le nombre de personnes hospitalisées au long cours. Mais il est aujourd'hui fragilisé. Les CMP sont saturés, leurs délais s'allongent ; certains ne peuvent plus assurer l'accueil sans rendez-vous qui faisait leur raison d'être. Les équipes se sont réduites, les postes de psychiatres, et parfois même de psychologues, sont vacants, les infirmiers spécialisés ont disparu avec la suppression de leur diplôme spécifique. La **continuité soignante**, principe fondateur du secteur, est menacée : un patient voit des interlocuteurs différents à chaque étape, entre l'hô-

pital, le CMP, les urgences et les dispositifs spécialisés.

Le secteur a aussi été fragilisé par la multiplication de dispositifs qui le contournent : centres experts, plateformes, filières par pathologie, dispositifs de remboursement libéral. Chacun de ces dispositifs tente de répondre, avec plus ou moins de succès, à un besoin ; ensemble, ils dessinent une organisation où le secteur devient une étape parmi d'autres, et non plus le pivot responsable de la continuité.

Ce que recommande l'Organisation mondiale de la santé

Le modèle du secteur rejoint très exactement ce que recommande aujourd'hui l'Organisation mondiale de la santé. Dans ses *Orientations sur les services communautaires de santé mentale* (*Guidance on Community Mental Health Services*), publiées en 2021, l'OMS appelle les pays à développer des services de santé mentale **communautaires**, c'est-à-dire implantés dans la cité, **centrés sur la personne**, **orientés vers le rétablissement** et **respectueux des droits humains**, en s'éloignant des modèles centrés sur l'hôpital et sur le seul traitement médical. Elle y présente des exemples de services de crise, de soutien entre pairs, d'accompagnement au logement, dans de nombreux pays. L'expérience de Trieste, en Italie, où Franco Basaglia a conduit la fermeture de l'hôpital psychiatrique et où la loi de 1978 a organisé des centres de santé mentale ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, y figure parmi les références. La France dispose, avec le secteur, d'une architecture qui correspond à ces recommandations ; elle est en train de la laisser se défaire au profit d'un modèle qui s'en éloigne.

La réforme du financement

La réforme du financement de la psychiatrie, entrée en vigueur en 2022, a modifié les modalités d'allocation des ressources aux établissements, en combinant une dotation populationnelle, des financements liés à l'activité et à la qualité, et des finance ments pour des missions spécifiques. Ses effets sur les secteurs doivent être évalués avec précision : il importe de vérifier qu'elle ne pénalise pas les activités de proximité, d'accueil et de continuité, difficilement mesurables en actes, au profit d'activités plus facilement quantifiables.

Ce qu'est un CMP qui fonctionne

Il faut décrire ce qu'est un centre médico-psychologique qui fonctionne bien, parce que beaucoup de décideurs n'en ont jamais vu, et parce que c'est ce modèle que ce livre blanc propose de refonder. Un CMP qui fonctionne est ouvert largement, en journée et parfois en soirée. Une personne qui s'y présente, seule ou accompagnée, est reçue le jour même par un infirmier d'accueil, qui l'écoute, évalue l'urgence, et propose un rendez-vous rapide avec le professionnel le plus adapté. L'équipe se réunit chaque semaine pour parler des nouvelles demandes et des situations difficiles. Chaque personne suivie a un soignant référent, qu'elle peut appeler. Les psychiatres prescrivent et suivent les traitements, les psychologues conduisent des psychothérapies, les infirmiers assurent des entretiens réguliers et des visites à domicile, les assistants sociaux accompagnent les démarches, les ergothérapeutes et les éduca-

teurs animent des activités. Le CMP connaît les médecins généralistes, les services sociaux, les bailleurs, les associations de quartier, les professionnels libéraux en cas de besoin, et travaille avec eux. Les CMP adultes gagneraient d'ailleurs à s'enrichir de psychomotriciens et d'orthophonistes. Quand une personne va mal, l'équipe le sait souvent avant elle, et intervient.

Ce modèle existe encore, dans certains secteurs. Il est fragile partout. Ce qui le menace n'est pas une critique de son efficacité, mais la pénurie de professionnels, la multiplication des tâches administratives, la suppression des temps de réunion, et une politique qui privilégie la création de dispositifs nouveaux plutôt que le renforcement de l'existant.

1.7 La dimension culturelle, sociale et anthropologique de la souffrance psychique

La souffrance psychique n'est pas seulement un phénomène individuel ; elle s'inscrit dans une culture, une langue, une histoire collective et des conditions sociales. Ce constat, banal pour l'anthropologie, a des conséquences très concrètes pour le soin.

Psychiatrie transculturelle et exil

Les personnes exilées, demandeuses d'asile, réfugiées, ont souvent vécu des violences extrêmes dans leur pays, au cours de leur parcours migratoire, et parfois à leur arrivée. Les psychotraumatismes y sont fréquents. Leur prise en charge suppose une compréhension de la manière dont la souffrance s'exprime dans une culture donnée, des théories de la maladie et du soin propres à chaque société, et de la langue. La **psychiatrie transculturelle**, développée en France à partir des travaux de Georges Devereux, de Tobie Nathan et de Marie Rose Moro, a montré l'importance de ces dimensions. Le recours à un **interprétariat professionnel** est une condition élémentaire du soin : on ne soigne pas par la parole une personne dont on ne comprend pas la langue, et l'on ne devrait pas faire traduire un récit de violences par un membre de la famille ou un enfant.



Les déterminants sociaux

La santé mentale dépend étroitement des conditions de vie. La pauvreté, le mal-logement, le chômage, la précarité de l'emploi, les discriminations, l'isolement augmentent le risque de troubles psychiques et en aggravent l'évolution. Ce lien n'est pas une hypothèse idéologique : il est l'un des résultats les mieux établis de l'épidémiologie psychiatrique. L'Organisation mondiale de la santé, dans son *Rapport mondial sur la santé mentale* publié en 2022 sous le titre *Transformer la santé mentale pour tous*, consacre une large place à ces **déterminants sociaux et structurels** et appelle les États à agir sur eux autant que sur l'offre de soins.

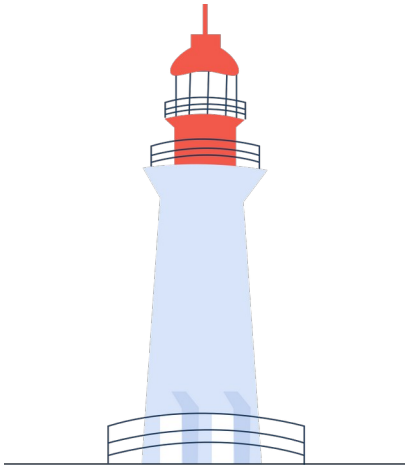
Il y a là une première contradiction avec une orientation biomédicale exclusive. Une politique qui chercherait la cause et le traitement des troubles psychiques principalement dans le cerveau tend à négliger ce que l'OMS désigne comme des leviers majeurs : le logement, l'emploi, la protection

sociale, la lutte contre les discriminations. Elle prétend soigner les cerveaux en laissant intactes les conditions qui produisent une partie de la souffrance.

1.8 Prévention et repérage : investir en amont plutôt que réparer en aval

L'intérêt du repérage précoce

La prévention et le repérage précoce sont des objectifs légitimes et nécessaires. L'**intervention précoce**, dans les premiers épisodes psychotiques par exemple, a montré son intérêt : des équipes spécialisées, qui interviennent rapidement auprès de jeunes adultes présentant un premier épisode, avec une approche globale associant soins, soutien aux études ou à l'emploi et travail avec les familles, améliorent l'évolution. La santé mentale des **étudiants**, durement affectée pendant et après la crise sanitaire, appelle des services accessibles sur les lieux d'études. La **prévention du suicide** passe par le maintien du lien avec les personnes après une tentative. La formation aux **premiers secours en santé mentale** permet à des non-professionnels de reconnaître une détresse et d'orienter.



Les limites du dépistage

Mais la prévention ne se réduit pas au dépistage, et le repérage n'a de sens que s'il est suivi d'un soin. Repérer des personnes en souffrance pour les inscrire ensuite sur une liste d'attente de plusieurs mois n'est pas de la prévention : c'est un déplacement de la file d'attente. Par ailleurs, les outils de **dépistage algorithmique**, questionnaires automatisés, analyse de données de santé, intelligence artificielle appliquée aux réseaux sociaux, présentent des limites sérieuses. Tout test de dépistage produit des **faux positifs**, des personnes signalées à tort, et des **faux négatifs**, des personnes en danger qui ne sont pas repérées. Lorsque le trouble recherché est rare, comme le passage à l'acte suicidaire, même un test per-

formant produit beaucoup plus de faux positifs que de vrais positifs : c'est une loi statistique, et non un défaut technique. Un dispositif de repérage qui n'est pas adossé à une offre de soins accessible risque ainsi de produire de l'inquiétude, de la stigmatisation et de l'engorgement, sans bénéfice pour ceux qui en auraient besoin.

Investir en amont

Investir en amont, c'est d'abord investir dans des lieux d'accueil accessibles, dans les services de santé des étudiants, dans la médecine du travail, dans les services sociaux, dans l'accompagnement des personnes isolées : là où la souffrance se manifeste avant de devenir une crise.

1.9 Une crise des métiers et de la formation

La psychiatrie publique traverse une crise de ses métiers qui ne se résume pas à un manque d'effectifs. C'est la nature même du travail qui s'est transformée, et c'est cette transformation qui explique en partie la désaffection.

Les psychiatres

Une proportion importante des postes de praticiens hospitaliers en psychiatrie est vacante, et les établissements recourent de plus en plus à l'intérim médical, coûteux et peu propice à la continuité des soins. De nombreux psychiatres quittent l'hôpital public pour l'exercice libéral ou pour des cliniques privées à but lucratif, où les conditions de travail sont jugées meilleures et la rémunération plus élevée. Le choix de la spécialité par les internes a connu des années difficiles, avec des postes non pourvus à l'issue des épreuves classantes ; la rentrée 2026 a vu un net regain d'intérêt, avec la quasi-totalité des postes de psychiatrie pourvus, ce qui montre que l'attractivité de la discipline n'est pas une fatalité et dépend largement de l'image qu'elle donne d'elle-même.



Les infirmiers

Jusqu'en 1992, les infirmiers exerçant en psychiatrie disposaient d'un diplôme spécifique, celui d'**infirmier de secteur psychiatrique**, qui comportait une formation approfondie à la relation, à la psychopathologie et au travail institutionnel. La fusion de ce diplôme dans le diplôme d'État d'infirmier unique a fait disparaître une grande partie de ces compétences spécifiques, qui ne se transmettent plus que par l'expérience et le compagnonnage, dans des équipes où les plus anciens partent à la retraite. La création, en 2019, d'une mention « psychiatrie et santé mentale » pour les infirmiers en pratique avancée est une avancée, mais elle concerne un nombre restreint de professionnels et ne remplace pas une formation spécifique de tous ceux qui travaillent en psychiatrie.

Les psychologues

Les psychologues hospitaliers occupent une place essentielle dans les équipes, mais leur rémunération, qui n'a pas été réévaluée depuis trente-cinq ans dans la fonction publique, leur statut et leur reconnaissance restent insuffisants. Il s'agit aujourd'hui d'une profession en tension de recrutement en psychiatrie dans certaines zones géographiques, un comble pour une profession qui compte un effectif national de près de 80 000 personnes formées. Beaucoup travaillent à temps partiel, sur des postes précaires, et quittent l'hôpital pour l'exercice libéral. Leur place dans les équipes est parfois réduite à la réalisation de bilans et d'évaluations standardisées, au détriment des psychothérapies et du travail institutionnel.

Une transformation du travail

Les professionnels qui quittent la psychiatrie publique décrivent rarement d'abord une question de salaire. Ils décrivent une transformation de leur métier : la part croissante du temps consacré à la traçabilité, aux dossiers et aux indicateurs ; la disparition des **temps d'élaboration en équipe**, réunions cliniques, supervisions, analyse des pratiques, premiers sacrifiés lorsque les effectifs manquent ; l'impossibilité de suivre des patients dans la durée ; le sentiment de ne plus exercer le métier pour lequel ils ont été formés. Ces temps d'élaboration ne sont pas un luxe : c'est là que les situations difficiles se comprennent, que se repèrent les risques, que se prévient la violence et que se réduit la contrainte.

La formation des internes

La formation des futurs psychiatres a été profondément transformée. La place de la **psychopharmacologie** et des **neurosciences** s'est considérablement accrue ; celle de la **psychopathologie**, de la sémiologie fine et des **psychothérapies** a diminué. Un interne peut aujourd'hui achever sa formation sans avoir été réellement initié à la pratique psychothérapique. La psychiatre américaine Nancy Andreasen, qui avait participé à l'élaboration du DSM-III, décrivait dès 2007 la « mort de la phénoménologie » dans la formation des psychiatres américains formés au seul manuel de critères. Ce livre blanc demande que l'enseignement des psychothérapies de toutes orientations et de la psychopathologie retrouve une place centrale dans la formation.

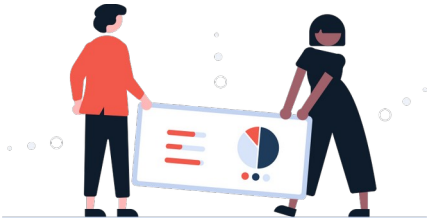
Le sens du travail

Il faut insister sur un point que les plans de recrutement négligent : on ne retient pas des professionnels dans un métier qui a perdu son sens. Les psychiatres, psychologues et infirmiers qui ont choisi la psychiatrie l'ont souvent fait par intérêt pour la parole, la relation, la complexité de la vie psychique, la rencontre avec la folie et la souffrance. Lorsqu'ils découvrent un travail réduit à la prescription rapide, au codage, à l'orientation et à la gestion des flux, une partie d'entre eux s'en va. Une psychiatrie qui renoue avec le soin psychique, la durée et le travail d'équipe est une psychiatrie certes plus efficace, mais également plus attractive. La crise des vocations et la crise du modèle de soin sont une seule et même crise.

1.10 Ce que montrent les grandes enquêtes internationales

Les comparaisons de l'OCDE et de l'OMS

Les comparaisons internationales de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent que les troubles psychiques représentent un coût considérable pour les sociétés, en dépenses de santé, en pertes de productivité et en prestations sociales, et que l'essentiel de ce coût ne se situe pas dans le système de soins mais dans ses conséquences sur l'emploi et la vie sociale. L'Organisation mondiale de la santé, dans son *Plan d'action global pour la santé mentale* 2013-2030, fixe aux États des objectifs qui portent autant sur le développement de services communautaires et sur la protection des droits que sur l'accès aux traitements.



Le devenir à long terme des psychoses

Les études internationales sur le devenir des personnes atteintes de schizophrénie ont produit un résultat qui a beaucoup intrigué : dans les grandes études coordonnées par l'OMS à partir des années 1970, l'évolution semblait plus favorable dans certains pays à revenu faible que dans les pays industrialisés. Ce résultat a été discuté et contesté pour des raisons méthodologiques, et il ne faut pas en tirer de conclusion hâtive. Mais il a contribué à une idée aujourd'hui largement admise : l'évolution des troubles psychotiques n'est pas seulement déterminée par une biologie individuelle ; elle dépend aussi du contexte social, de l'intégration dans la communauté, du soutien familial, de la stigmatisation et de l'accès au travail. Les études de long terme montrent par ailleurs qu'une proportion importante des personnes ayant présenté un trouble psychotique connaît une évolution favorable, contrairement à l'image fataliste longtemps associée à la schizophrénie.

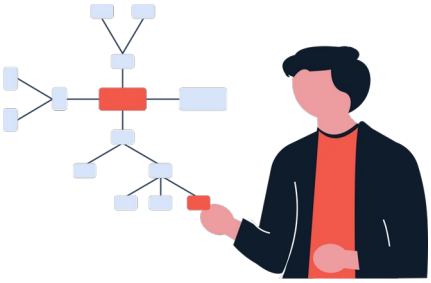
Les déterminants sociaux

L'ensemble de ces travaux converge vers un constat que l'OMS a placé au centre de son rapport mondial de 2022 : la santé mentale se joue au moins autant dans les conditions de vie que dans les cabinets médicaux. Une politique de santé mentale qui ne s'intéresse qu'à l'offre de soins, et à plus forte raison qu'à une offre de soins biomédicale, se prive des leviers les plus puissants.

1.11 Les centres experts et la psychiatrie de troisième ligne : une mise en garde empirique

Les centres experts

Depuis une quinzaine d'années, un réseau de **centres experts** s'est développé en France, sous l'impulsion notamment de la fondation de coopération scientifique FondaMental, créée en 2007. Ces centres, consacrés à la schizophrénie, aux troubles bipolaires, à la dépression résistante, à l'autisme de l'adulte, proposent des bilans approfondis et pluridisciplinaires, des recommandations de traitement adressées aux psychiatres qui suivent les patients, et contribuent à des cohortes de recherche.



Ces centres ont des apports réels : ils permettent des évaluations précises dans des situations complexes, contribuent à la formation, constituent des bases de données utiles à la recherche. Ce livre blanc ne demande pas leur suppression. Il formule une mise en garde sur leur place dans l'architecture d'ensemble.

Un modèle à trois étages inversé

L'organisation qui se dessine comporte trois étages : le repérage et l'orientation en première ligne (médecins généralistes, psychologues libéraux, plateformes) ; les soins de deuxième ligne (CMP, hôpitaux de jour, psychiatres libéraux) ; l'expertise de troisième ligne (centres experts, services hospitalo-universitaires). Cette organisation est empruntée à la médecine somatique, où elle fonctionne bien lorsque chaque étage peut réellement remplir sa fonction.

En psychiatrie, elle produit souvent l'effet inverse de celui recherché. Ce dont la grande majorité des patients a besoin, et en premier lieu, ce n'est pas d'une expertise ponctuelle de pointe, mais d'un lieu proche, accessible, où quelqu'un les reçoit, les revoit, les suit dans la durée, coordonne les différents aspects de leur parcours de soin. Cette fonction est la plus exigeante du système ; c'est pourtant celle que l'architecture place au bas de l'échelle, avec les moyens les plus faibles. L'expertise, rare et coûteuse, est placée au sommet ; mais un bilan réalisé dans un centre expert, aussi précis soit-il, ne sert à rien si le patient retourne ensuite vers un CMP saturé qui ne peut pas mettre en œuvre ses recommandations. On construit ainsi une architecture qui optimise l'évaluation des cas complexes et engorge le soin des cas courants,

lesquels incluent, par construction, une part des situations graves.

L'exemple anglais

Le Royaume-Uni offre une illustration de ce que peut produire un système où l'accès aux soins et aux droits passe par une évaluation spécialisée. Les listes d'attente pour l'évaluation du TDAH et de l'autisme chez l'adulte y ont atteint des niveaux considérables, avec des délais de plusieurs années dans certaines régions, au point que le système de santé anglais a dû mettre en place des groupes de travail spécifiques. Le développement d'un marché privé de l'évaluation, plus rapide mais coûteux et de qualité inégale, a accompagné cette saturation. La France, qui développe à son tour des centres d'évaluation spécialisés pour l'adulte, devrait tirer les leçons de cette expérience.

1.12 La psychiatrie de liaison et la place de l'hôpital général

Une surmortalité massive

Les personnes vivant avec un trouble psychique sévère meurent beaucoup plus tôt que la population générale : leur espérance de vie est réduite de dix à vingt ans selon les études et les pays. Cette surmortalité ne tient que pour une part au suicide. Elle tient surtout à des maladies somatiques, cardiovasculaires, respiratoires, métaboliques, cancers, qui sont moins bien dépistées et moins bien soignées chez ces personnes. Les effets indésirables métaboliques de certains traitements, le tabagisme, la sédentarité, la précarité, mais aussi la difficulté d'accès aux soins somatiques et la tendance à attribuer tous les symptômes au trouble psychique (ce que l'on appelle l'« ombre diagnostique ») y contribuent.



La psychiatrie de liaison

La **psychiatrie de liaison** désigne l'intervention de psychiatres et d'infirmiers spécialisés dans les services de l'hôpital général : urgences, médecine, chirurgie, maternité, cancérologie. Elle permet de prendre en charge les troubles psychiques des patients hospitalisés pour une maladie somatique, d'accompagner les équipes, d'éviter des hospitalisations en psychiatrie inutiles, et de faciliter l'accès aux soins somatiques des patients psychiatriques. Elle est une illustration exemplaire de la psychiatrie du lien : un soin qui se déplace vers la personne, qui travaille avec d'autres équipes, qui fait le lien entre le corps et le psychisme. Elle est pourtant souvent sous-dotée.

Proposition

Le suivi somatique suppose aussi l'articulation et la mise en commun des structures dédiées : unités de soins somatiques implantées dans les établissements psychiatriques, permanences d'accès aux soins de santé (PASS), y compris les PASS psychiatriques, consultations dédiées aux personnes en situation de handicap (Handiconsult et dispositifs comparables). Ce livre blanc demande que la psychiatrie de liaison soit renforcée dans tous les hôpitaux généraux, que le suivi somatique des personnes vivant avec un trouble psychique sévère devienne une priorité expli-

cite, et que la surmortalité de ces personnes soit reconnue comme un enjeu majeur d'égalité devant la santé.

1.13 Le rôle des associations d'usagers et de proches

La démocratie sanitaire

Depuis la loi du 4 mars 2002, les usagers du système de santé disposent de droits individuels et collectifs, et leurs associations participent à la gouvernance des établissements et des politiques de santé. En psychiatrie, des associations d'usagers comme la Fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY) et des associations de proches comme l'UNAFAM jouent un rôle important. Les **groupes d'entraide mutuelle** (GEM), créés à la suite de la loi du 11 février 2005, sont des associations de personnes concernées qui organisent des lieux de rencontre et d'activités, et constituent l'une des innovations les plus intéressantes des vingt dernières années. La **pair-aidance professionnelle**, avec les médiateurs de santé pairs, introduit dans les équipes des personnes ayant elles-mêmes vécu un trouble psychique et formées à mettre ce savoir expérientiel au service des autres.



La pluralité des points de vue

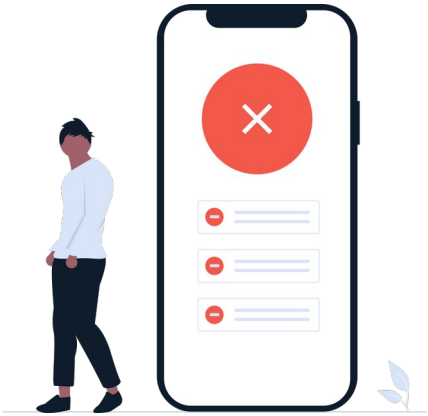
La parole des usagers n'est pas une. À côté des grandes associations, il existe des mouvements d'usagers critiques, voire des mouvements de « survivants de la psychiatrie », qui dénoncent la contrainte, les effets des traitements et la domination médicale. Il existe aussi des associations qui soutiennent fermement une conception biomédicale des troubles et la recherche de traitements biologiques. Ce livre blanc tient à cette pluralité : aucune association ne peut prétendre parler au nom de toutes les personnes concernées, et la démocratie sanitaire suppose que des voix différentes soient entendues.

Il faut aussi poser, avec la même exigence que pour les professionnels, la question des **conflits d'intérêts** : certaines associations reçoivent des financements de l'industrie pharmaceutique, ce qui n'invalide pas nécessairement leur parole, mais doit être rendu public.

1.14 Les soins sans consentement : une contrainte en extension

Le cadre légal

La psychiatrie est la seule discipline médicale où des soins peuvent être imposés à une personne majeure qui ne les refuse pas en raison d'une incapacité juridique, mais parce que son trouble est considéré comme altérant sa capacité à consentir et comme rendant nécessaires des soins immédiats. Les soins sans consentement sont encadrés par la loi du 5 juillet 2011, modifiée par celle du 27 septembre 2013. Ils peuvent être décidés à la demande d'un tiers, en cas de péril imminent lorsque aucun tiers ne peut être trouvé, ou sur décision du représentant de l'État lorsque la sûreté des personnes ou l'ordre public sont en jeu. Depuis 2011, le **juge des libertés et de la détention** contrôle systématiquement les hospitalisations complètes sans consentement au-delà de douze jours. La loi a également créé les **programmes de soins**, qui permettent d'imposer des soins ambulatoires sans consentement.



Une contrainte en extension

Le nombre de personnes soignées sans leur consentement a augmenté au cours des quinze dernières années ; selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), 95 500 personnes ont été soignées au moins une fois sans leur consentement en 2021, soit une hausse de 14 % depuis 2012 ; environ 29 000 personnes ont été placées en isolement et environ 10 000 sous contention mécanique la même année. La procédure de **soins en péril imminent**, conçue comme exceptionnelle, a connu une progression particulièrement forte. Les disparités entre territoires et entre établissements sont considérables, ce qui indique que le recours à la contrainte ne dépend pas seulement de l'état des patients, mais aussi de l'organisation des soins.

Des facteurs d'organisation

Plusieurs facteurs expliquent cette évolution. Le **manque de soins de proximité** : lorsque la personne n'a pas pu être reçue à temps, la crise survient, et elle est traitée en urgence, souvent sous contrainte. Le **manque de lits**, qui conduit à réserver l'hospitalisation aux situations les plus graves, souvent les plus conflictuelles. La **disparition de l'accueil sans rendez-vous** et des équipes mobiles de crise. Les **logiques sécuritaires**, enfin, qui ont accru la pression sur la psychiatrie après certains faits divers.

Ce constat fonde l'une des propositions centrales de ce livre blanc : on réduit la contrainte en investissant dans la proximité, l'accueil et la crise, en amont, et non en multipliant les procédures en aval.

Ce que vit une personne soignée sous contrainte

Il faut rappeler ce que représente, pour une personne, une hospitalisation sans consentement. Elle est souvent conduite à l'hôpital par la police ou les pompiers, parfois menottée. Elle peut être placée en chambre d'isolement dès son arrivée. Elle perd sa liberté d'aller et venir, parfois son téléphone, ses affaires. Elle reçoit des traitements qu'elle n'a pas choisis. Beaucoup de personnes qui ont vécu ces situations en gardent un souvenir traumatique, qui les éloigne durablement des soins. La contrainte peut être nécessaire pour protéger une personne ou autrui dans certaines situations de crise ; elle n'est jamais anodine. Elle doit rester une exception, et chaque recours à la contrainte devrait être examiné comme un échec de la prévention, pour comprendre ce qui aurait permis de l'éviter.

La contrainte ambulatoire

Les programmes de soins sans consentement en ambulatoire, créés en 2011, posent des questions particulières. Ils permettent d'imposer à une personne, vivant chez elle, de se rendre à des consultations ou de recevoir un traitement, sous peine de réhospitalisation. Leur nombre a fortement augmenté. Leur intérêt clinique est discuté : les études internationales sur les traitements ambulatoires contraints n'ont pas montré de bénéfice clair sur les réhospitalisations. Ils risquent de transformer la relation de soin en relation de surveillance, et d'étendre la contrainte bien au-delà de la crise.

1.15 L'extension de la notion de handicap psychique et le risque d'un déni du soin

Une avancée majeure

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a reconnu pour la première fois le **handicap psychique**, c'est-à-dire les limitations de la participation à la vie sociale qui résultent d'un trouble psychique. Cette reconnaissance a été une avancée majeure, portée notamment par l'UNAFAM : elle a ouvert l'accès à des droits, allocation aux adultes handicapés, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, accompagnement par des services médico-sociaux spécialisés, et elle a contribué à faire reconnaître que les personnes vivant avec un trouble psychique grave ont droit à une compensation.



Le risque d'un clivage

Mais cette avancée comporte un risque, que ce livre blanc tient à signaler. Le handicap appelle la **compensation** : une aide, un accompagnement, un aménagement. Il n'appelle pas, par lui-même, le **soin**. Lorsque la situation d'une personne est principalement lue en termes de handicap, la question de ce qui souffre en elle, de ce qui peut évoluer, de ce qui relève d'un travail psychique, risque de cesser d'être posée. Le **clivage** entre le secteur sanitaire, qui soigne, et le secteur médico-social, qui accompagne, aggrave ce risque : deux mondes, deux financements, deux logiques, qui communiquent mal. Une personne peut ainsi être accompagnée dans sa vie quotidienne par un service médico-social sans plus avoir accès à un soin psychique régulier, parce que l'un a pris la place de l'autre.

Le médico-social, composante du soin

Pour une part importante des personnes vivant avec un trouble psychique sévère, l'accompagnement par les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) est une composante essentielle du soin. Il faut les nommer, car ils restent méconnus du débat sur la psychiatrie : services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), services d'accueil de jour

(SAJ), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), foyers de vie, foyers d'accueil médicalisés (FAM), maisons d'accueil spécialisées (MAS), centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD), et, pour les plus jeunes, services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et instituts médico-professionnels (IMPro). Ces structures, dont les places sont très insuffisantes au regard des besoins, sont des **structures de soin** au sens large, même si elles ne sont pas exclusivement psychiatriques.

Le clivage entre sanitaire et médico-social est d'abord **financier et administratif**. Le sanitaire est principalement public ; le médico-social est très largement porté par des associations à but non lucratif relevant de la loi de 1901, sous la tutelle de l'État et des départements, et, au sein même des agences régionales de santé, par des services distincts. Cette organisation est une particularité française, et il faut souligner que ce secteur associatif a très souvent été à l'avant-garde des innovations et des réponses concrètes adaptées aux populations. Mais deux financements et deux administrations produisent deux projets : lorsqu'une structure de soin passe d'un régime à l'autre, le projet commun et la circulation des personnes entre les dispositifs peuvent disparaître. Lever ce clivage suppose de repenser les financements, les articulations et les passages entre dispositifs, de reconnaître pleinement l'importance du milieu associatif, et, dans un premier temps, d'établir des **conventions** entre établissements sanitaires et structures médico-sociales, définissant les responsabilités partagées, les modalités d'adressage et de retour, et la continuité du soin psychique.

Le soin et la compensation ne doivent être ni opposés, ni confondus, ni clivés. Ils doivent être articulés autour de la personne, dans une même continuité.

L'inclusion : un très bon projet, porté par les personnes concernées

Il faut le dire nettement, pour que les mises en garde qui précèdent ne soient pas mal comprises : **l'inclusion est un très bon projet**. Elle est l'une des avancées démocratiques les plus importantes des dernières décennies, et elle est portée d'abord par les personnes concernées elles-mêmes, leurs associations et leurs proches, qui ont combattu pendant des décennies l'enfermement, la relégation et l'invisibilité. Le mot d'ordre du mouvement international des personnes handicapées, « Rien sur nous sans nous », résume ce projet : les personnes vivant avec un handicap, y compris psychique, doivent participer pleinement à la vie de la société et aux décisions qui les concernent. Ce livre blanc fait sien ce projet.

Insertion, intégration, inclusion : trois logiques différentes

Les mots ne sont pas équivalents, et leur différence éclaire tout le débat.

L'**insertion** désigne le fait de faire entrer une personne dans un ensemble existant, travail, logement, école, vie sociale, en l'aidant à en acquérir les compétences et à en respecter les règles. L'**intégration** va dans le même sens : la personne est accueillie

dans le milieu ordinaire à condition de s'y adapter. Dans ces deux logiques, c'est à la personne de faire l'effort de rejoindre la norme. Ces démarches ont permis des progrès réels. Mais elles font peser sur le sujet une exigence parfois écrasante : il doit se conformer, ressembler, se « normaliser » pour être admis. Celui qui n'y parvient pas est renvoyé à son échec, et souvent à l'exclusion. Pour une personne vivant avec un trouble psychique grave, l'injonction à rejoindre une norme de performance, de rythme, de sociabilité, peut être elle-même une source de souffrance et de rechute.

L'**inclusion** renverse la perspective. Elle part du principe que la société est composée de personnes différentes, et que **c'est à la société de faire l'effort** de s'organiser pour que chacun puisse y participer, avec ses particularités. Une école inclusive n'est pas une école où l'élève différent doit s'adapter seul, mais une école qui adapte ses rythmes, ses méthodes et ses espaces pour accueillir tous les élèves. Une entreprise inclusive aménage les postes, les horaires, les relations de travail. Une cité inclusive lutte contre les discriminations, garantit l'accès au logement et aux droits, et accepte la présence de personnes qui ne correspondent pas à toutes ses normes. L'inclusion n'exige pas du sujet qu'il disparaisse dans la norme ; elle exige de la norme qu'elle fasse place au sujet.

La nouvelle définition du handicap

Cette transformation s'appuie sur une redéfinition profonde du handicap. Pendant longtemps, le handicap a été conçu selon un **modèle médical** ou individuel : il était la conséquence directe d'une déficience, d'une maladie ou d'une lésion propre à la personne. Le handicap était dans la personne.

À partir des années 1970, le mouvement des personnes handicapées, notamment au Royaume-Uni, a élaboré un **modèle social** du handicap, qui distingue la **déficience**, l'altération d'une fonction physique, sensorielle, mentale ou psychique, et le **handicap**, qui résulte de la manière dont la société répond, ou ne répond pas, à cette déficience. Une personne en fauteuil roulant n'est pas handicapée par son fauteuil, mais par les escaliers ; une personne sourde, par l'absence de langue des signes et de sous-titrage ; une personne vivant avec un trouble psychique, par la stigmatisation, l'inadaptation des rythmes de travail, l'absence de logement accompagné. Une même déficience entraîne ou non un handicap selon l'environnement.

Cette conception a été reprise, sous une forme qui articule les deux dimensions, par l'Organisation mondiale de la santé dans sa *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (2001), qui définit le handicap comme le résultat de l'interaction entre l'état de santé d'une personne et les facteurs de son environnement. Elle a été consacrée en droit international par la **Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées** (2006), ratifiée par la France en 2010, qui désigne comme personnes handicapées celles qui présentent des incapacités durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. La loi française du 11 février 2005 définit elle aussi le handicap comme une limitation d'activité ou une restriction de parti-

cipation à la vie en société **subie dans son environnement** par une personne, en raison d'une altération de ses fonctions.

La conséquence est décisive : si le handicap naît de la rencontre entre une déficience et un environnement, alors la société peut le réduire en transformant l'environnement. Le handicap n'est plus seulement une affaire de soin ou de compensation individuelle ; il est une affaire de droits, d'accessibilité et d'organisation collective.

Tous égaux en droit

Cette perspective repose sur un principe simple : **tout le monde est normal en droit**. Les personnes vivant avec un trouble psychique ne sont pas des citoyens de seconde zone ; elles ont les mêmes droits que les autres, au logement, au travail, à la vie familiale, à la participation politique, au respect de leur volonté. L'égalité en droit ne signifie pas l'identité de fait : elle signifie que les différences, réelles, ne justifient aucune diminution des droits. C'est sur ce fondement que la Convention des Nations unies et l'Organisation mondiale de la santé demandent de réduire la contrainte, de respecter la capacité juridique des personnes et de développer des services communautaires.

La neurodiversité, ses apports et ses excès

Le mouvement de la **neurodiversité**, dont le terme a été proposé à la fin des années 1990 par la sociologue australienne Judy Singer, prolonge cette perspective. Il soutient que les différences neurologiques et cognitives, notamment l'autisme et le trouble déficit de l'attention, font partie de la diversité humaine et ne doivent pas être considérées d'abord comme des maladies à guérir. Il a eu des effets très positifs : il a contribué à faire reconnaître la dignité et les compétences de nombreuses personnes autistes, à combattre des pratiques humiliantes ou normalisatrices, à faire entendre la parole des personnes concernées, et à rappeler que le but du soin n'est pas de rendre chacun conforme à une norme.

Il présente cependant des **excès**, que ce livre blanc doit signaler avec la même franchise.

Le premier est la **disparition des différences cliniques**. Lorsque tout le monde devient plus ou moins « neurodivergent », que l'autisme d'un adulte autonome et brillant et celui d'une personne sans langage, avec déficience intellectuelle et comportements d'automutilation, sont désignés par le même mot et pensés selon la même logique, on perd la possibilité de reconnaître des situations radicalement différentes. Des familles de personnes très lourdement atteintes ont protesté contre cette dilution, qui rend invisibles les besoins de leurs proches ; c'est l'une des raisons pour lesquelles une commission internationale réunie par *The Lancet* a proposé en 2021 de distinguer un « autisme profond ».

Le deuxième est le **déni de la souffrance et du besoin de soin**. Si toute différence est une simple variation de la diversité humaine, la souffrance qui l'accompagne parfois, l'angoisse, la dépression, l'isolement, les troubles associés, risque de n'être plus entendue, ou d'être attribuée exclusivement à l'environnement. Or certaines personnes souffrent, et demandent à être soignées. Reconnaître la responsabilité de la

société ne doit pas conduire à nier que des personnes ont besoin de soins.

Le troisième est le paradoxe d'un mouvement qui, en revendiquant une identité définie par un diagnostic, peut contribuer à **figer** les personnes dans des catégories, au détriment de la singularité de chaque histoire.

Ce que l'inclusion ne doit pas devenir

L'inclusion est un très bon projet ; elle peut être dévoyée. Elle ne doit pas devenir un **prétexte budgétaire** pour fermer des structures de soin, des hôpitaux de jour ou des établissements, au nom du milieu ordinaire, sans que les moyens nécessaires à l'accompagnement dans ce milieu soient réunis. Elle ne doit pas devenir une **injonction** faite aux personnes de vivre en milieu ordinaire quelles que soient leurs difficultés et leurs souhaits. Elle ne doit pas devenir, enfin, un **substitut du soin** : être inclus ne dispense pas d'être soigné, et une personne vivant avec un trouble psychique grave a besoin, pour participer à la vie de la cité, à la fois d'une société qui lui fait place et d'un soin qui l'accompagne dans la durée. Soin et inclusion ne s'opposent pas : ils se conditionnent l'un l'autre.

1.16 Précarité, rue et logement : la psychiatrie aux marges

Une surreprésentation massive

Les troubles psychiques graves sont fortement surreprésentés parmi les personnes sans domicile. Les études épidémiologiques conduites en France, notamment l'enquête Samenta en Île-de-France, ont montré qu'une part importante des personnes sans logement présente un trouble psychiatrique sévère, psychose, trouble de l'humeur, addiction. La relation est double : les troubles psychiques favorisent la perte du logement et l'isolement, et la vie à la rue aggrave les troubles. Ces personnes sont aussi celles qui ont le plus de difficultés à accéder aux soins : pas de rendez-vous possible sans adresse, sans téléphone, sans capacité à attendre plusieurs semaines.



Les équipes mobiles

Les **équipes mobiles psychiatrie-précarité**, développées depuis le début des années 2000, vont à la rencontre des personnes là où elles se trouvent, dans la rue, dans les centres d'hébergement, dans les accueils de jour. Elles incarnent ce que la psychiatrie du lien peut faire de meilleur : aller vers, établir une relation, prendre le temps, accompagner vers les soins et vers les droits. Elles restent insuffisantes en nombre et souvent fragiles dans leur financement.

Un chez-soi d'abord

Le programme **« Un chez-soi d'abord »**, inspiré du modèle *Housing First* développé à New York, a été expérimenté en France entre 2011 et 2016 dans plusieurs villes, auprès de personnes sans domicile présentant un trouble psychique sévère. Son principe est simple : offrir d'abord un logement ordinaire, sans condition préalable de traitement ou d'abstinence, et un accompagnement intensif à domicile par une équipe pluridisciplinaire. L'évaluation de l'expérimentation, conduite selon un essai contrôlé, a montré un maintien dans le logement élevé, une réduction des hospitalisations et des coûts globaux comparables, voire inférieurs, à ceux de la prise en charge habituelle. Le dispositif a été pérennisé et étendu à partir de 2017. Il est un exemple remarquable de ce que peut produire une intervention qui part des besoins réels des personnes plutôt que d'une catégorie diagnostique, et qui combine soin, logement et droits.

1.17 Prison et justice : la psychiatrie derrière les murs

Une prévalence très élevée

Les études épidémiologiques conduites en milieu pénitentiaire montrent depuis vingt ans une prévalence très élevée des troubles psychiques parmi les personnes détenues : troubles psychotiques, troubles de l'humeur, troubles anxieux, addictions, troubles de la personnalité, à des taux plusieurs fois supérieurs à ceux de la population générale. Une étude nationale publiée par Santé publique France et les équipes de recherche du Nord en 2023, portant sur les personnes entrant en détention, a confirmé l'ampleur de cette situation (données à actualiser). La prison est devenue, pour une partie des personnes atteintes de troubles graves, un lieu de soins par défaut, ce qu'elle ne peut pas être.



Les dispositifs

Les soins psychiatriques en détention sont assurés par des équipes hospitalières, au sein des unités sanitaires des établissements pénitentiaires et des **services médico-psychologiques régionaux** (SMPR). Les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues se font notamment dans des **unités hospitalières spécialement aménagées** (UHSA), créées à partir de 2010, situées dans l'enceinte d'hôpitaux et sécurisées par l'administration pénitentiaire. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a régulièrement dénoncé les conditions dans lesquelles sont soignées les personnes détenues présentant des troubles graves : délais d'hospitalisation, recours à l'isolement, ruptures de soins à la sortie.

Irresponsabilité pénale et expertise

Les débats récents sur l'**irresponsabilité pénale**, à la suite de faits très médiatisés, ont conduit à des modifications législatives en 2022. Ils ont mis en lumière la crise de l'**expertise psychiatrique** : le nombre d'experts psychiatres inscrits auprès des cours d'appel a fortement diminué, les délais d'expertise s'allongent, et les conditions de rémunération découragent les vocations. Une justice qui ne peut plus faire examiner les personnes qu'elle juge par des experts qualifiés est une justice affaiblie.

Ce que ce constat appelle

La place des personnes atteintes de troubles psychiques graves en prison est l'un des indicateurs les plus sévères de l'échec d'une politique de santé mentale.

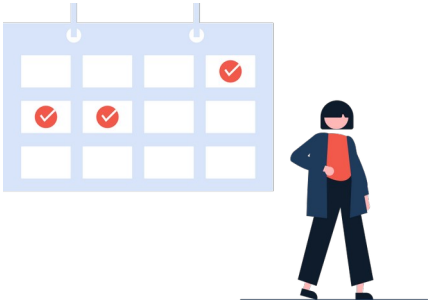
Elle résulte, pour une part, de l'insuffisance des soins de proximité, de la disparition de l'accueil des crises, de la difficulté à suivre dans la durée des personnes en grande précarité. On ne réduira pas cette présence en renforçant seulement les soins en détention, nécessaires, mais en agissant en amont, par une psychiatrie de proximité capable de suivre ces personnes avant qu'elles ne commettent des actes qui les conduisent en prison.

1.18 Le dispositif « Mon soutien psy » : une extension continue, une conception rétrécie du soin psychique de l'adulte

Aucun état des lieux de la santé mentale des adultes ne serait complet aujourd'hui sans une analyse du dispositif « Mon soutien psy », qui constitue, depuis quatre ans, la principale innovation de la puissance publique française en matière d'accès aux soins psychiques, et dont l'extension continue engage, bien au-delà de ses modalités techniques, une certaine conception de ce qu'est un soin psychologique. Les adultes en sont les premiers bénéficiaires en nombre : selon le rapport d'évaluation du dispositif du 27 mars 2025, 45,7 % des patients inclus avaient moins de dix-neuf ans, ce qui signifie qu'un peu plus de la moitié étaient des adultes. C'est donc chez l'adulte que se joue l'essentiel de son fonctionnement, et c'est chez l'adulte que se mesure le mieux la conception du soin qu'il porte.

Une histoire en deux temps

Le dispositif a été annoncé par le président de la République le 28 septembre 2021, à la clôture des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie. L'annonce comportait simultanément la création de 800 postes en centres médico-psychologiques ; nous reviendrons sur ce point, qui n'est pas un détail. Le dispositif a reçu sa base légale de l'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, codifié à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale, puis ses modalités du décret n° 2022-195 du 17 février 2022 et des arrêtés des 2 et 8 mars 2022. Ouvert au public le 5 avril 2022 sous le nom de « MonPsy », avec 600 psychologues conventionnés retenus sur environ 1 300 candidatures, il prévoyait alors huit séances par an, rémunérées 40 euros pour l'entretien d'évaluation et 30 euros pour les séances de suivi, sous condition d'un adressage médical obligatoire.



Ces paramètres ont été profondément révisés à la suite de l'annonce du Premier ministre du 6 avril 2024. Entrée en vigueur au 15 juin 2024, avec une publication des textes au *Journal officiel* le 28 juin, la réforme a porté le tarif unique à 50 euros, le nombre de séances de huit à douze, et a supprimé l'obligation d'adressage par un médecin. Le dispositif a pris à cette occasion son nom actuel de « Mon soutien psy ».

L'architecture du dispositif en 2026

Dans son architecture de 2026, le dispositif ouvre droit à un entretien d'évaluation suivi de onze séances de suivi, soit douze séances par année civile, rémunérées 50 euros sans dépassement possible. Ces séances sont prises en charge à 60 % par l'Assurance maladie et à 40 % par les organismes complémentaires, et intégralement par l'Assurance maladie pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, de l'Aide médicale de l'État, des affections de longue durée et pour les femmes enceintes à partir du sixième mois. L'accès est direct depuis juin 2024, par l'annuaire mis en ligne par l'Assurance maladie. Les séances durent, à titre indicatif, de quarante-cinq minutes à une heure ; l'entretien d'évaluation doit se tenir en présentiel, et l'activité conventionnée réalisée à distance ne peut excéder 20 % du total annuel.

Une conséquence de cette architecture doit être relevée d'emblée, parce qu'elle concerne au premier chef les adultes : le dispositif écarte de la gratuité les quelque **trois millions de personnes qui vivent aujourd'hui sans complémentaire santé en France**. Or ces personnes sont, pour une large part, des adultes précaires, sans emploi stable, isolés, c'est-à-dire précisément celles dont la santé mentale est la plus exposée. Pour elles, une séance « remboursée » laisse à leur charge la part complémentaire, ce qui, pour des personnes à faibles revenus, suffit souvent à renoncer.

Deux dispositions méritent une attention particulière, car elles portent, mieux que le tarif ou le nombre de séances, la conception du soin qui sous-tend l'ensemble. La première concerne le **compte rendu adressé au médecin** qui suit le patient : l'Assurance maladie le présente comme facultatif, alors que le Syndicat national des psychologues soutient qu'il est devenu obligatoire dans les faits ; ce livre blanc signale ce désaccord d'interprétation sans prétendre le trancher. La seconde, plus importante, concerne le **renouvellement au-delà de la douzième séance**, qui est subordonné à une réévaluation, à une concertation entre médecin et psychologue et à un avis psychiatrique formalisé. C'est ce dernier point qui constitue, factuellement, le **verrou médical résiduel** du dispositif : l'accès initial a été libéré, mais la poursuite d'un travail psychique au-delà de douze séances demeure suspendue à l'appréciation d'un psychiatre, dans un pays où il est précisément si difficile d'obtenir un rendez-vous avec un psychiatre.

Des critères d'éligibilité qui disent la conception du soin

Les critères d'éligibilité disent, plus explicitement encore, quelle place ce dispositif assigne au soin psychique de l'adulte. Pour les adultes, l'inclusion suppose une souffrance psychique d'intensité **légère à modérée** : troubles anxieux et dépressifs d'intensité légère à modérée, certains mésusages de substances sans dépendance, certains troubles du comportement alimentaire sans signe de gravité, selon les documents publiés par l'Assurance maladie. En sont exclus, notamment, le risque suicidaire, les troubles sévères, la dépendance à une substance, l'existence d'une affection de longue durée psychiatrique en cours ou récente, et les troubles du comportement alimentaire présentant des

signes de gravité. L'usage d'échelles standardisées est par ailleurs encouragé.

Ces critères appellent trois observations.

La première est conceptuelle. La notion de « souffrance psychique d'intensité légère à modérée » n'existe dans aucune nomenclature. Elle n'est définie ni par le DSM, ni par la Classification internationale des maladies, ni par aucune tradition clinique. Elle est une catégorie administrative, conçue pour délimiter le périmètre d'un remboursement, et non une catégorie clinique. Surtout, l'intensité apparente d'une souffrance au moment d'une première rencontre ne dit pas sa gravité réelle : une dépression qui paraît modérée peut masquer un risque suicidaire que la personne ne dit pas encore ; une anxiété apparemment légère peut être le premier signe d'un trouble psychotique débutant. C'est souvent au fil des séances, dans la relation, que la gravité se révèle. Le dispositif place ainsi le psychologue dans une position intenable : soit il interrompt le suivi au moment même où il découvre la gravité de la situation, et il laisse la personne sans soin ; soit il le poursuit, et il sort des critères du dispositif. On peut craindre, à terme, que la convention signée par les psychologues avec l'Assurance maladie ne serve un jour de fondement à des demandes de remboursement de séances réalisées alors même que la personne suivie n'entrait plus dans les critères.

La deuxième est clinique. Le dispositif est construit pour les situations qui, précisément, ne relèvent pas de la psychiatrie adulte au sens où ce livre blanc l'a décrite. Il écarte la personne psychotique, la personne bipolaire, la personne en crise suicidaire, la personne dépendante à l'alcool, la personne souffrant d'un trouble grave de la personnalité, la personne en affection de longue durée psychiatrique, c'est-à-dire l'essentiel de la file active des centres médico-psychologiques, et même une part importante du public des psychologues libéraux. Une personne qui vit avec une schizophrénie stabilisée, et qui aurait besoin d'un travail psychothérapique régulier pour consolider son rétablissement, en est exclue en raison même de son affection de longue durée : le dispositif refuse le soin psychique à ceux qui ont le plus besoin de continuité. Aucun autre acte de soin remboursé, kinésithérapie, orthophonie, soins infirmiers, ne fait l'objet d'une telle restriction fondée sur la gravité.

La troisième est politique. L'exécutif présente tantôt ce dispositif comme une réponse à la pénurie qui existe en psychiatrie, destinée à désengorger les lieux de soin psychique, tantôt comme un dispositif qui n'a pas vocation à réaliser un travail thérapeutique de fond, mais à apporter un soutien psychologique dans un objectif de prévention. Ce double discours témoigne de la difficulté des pouvoirs publics à appréhender la souffrance psychique, et il disqualifie au passage les psychologues, désignés comme seulement capables de traiter des troubles dits légers ou d'apporter un « soutien ».

Un dispositif construit selon une logique biomédicale et catégorielle

Il faut voir ce que ce dispositif révèle de l'orientation générale de la politique de santé mentale. Il repose sur une logique **catégorielle** : une liste de troubles éligibles, définis par leur intensité et leur nature, des

critères d'exclusion, des échelles standardisées. Il repose sur une logique de **gradation** : le psychologue libéral pour les troubles « légers », le psychiatre pour la suite, les centres experts pour les cas complexes. Il repose sur une logique de **durée prédéterminée** : un nombre de séances fixé à l'avance, comme si l'on pouvait savoir, avant de rencontrer une personne, combien de temps il lui faudra pour aller mieux. C'est exactement la conception du soin que ce livre blanc conteste : une conception où le soin psychique est une prestation définie par une catégorie et une dose, et non une relation dont la durée dépend de ce qui s'y passe.

Des chiffres officiels qui appellent la prudence

L'extension du dispositif est présentée comme rapide. Elle soulève pourtant de nombreuses questions sur les chiffres avancés.

Le nombre de psychologues conventionnés est passé de 600 au lancement en avril 2022 à environ 3 000 en mai 2023, soit alors 13 % des psychologues libéraux selon l'Assemblée nationale, puis à plus de 3 550 en octobre 2024, 5 217 au 28 février 2025, 6 576 au 31 juillet 2025 et 7 280 en décembre 2025. Ce dernier chiffre représenterait, selon l'Assurance maladie, 44 % des 16 000 psychologues qu'elle tient pour éligibles. Ce dénominateur doit être manié avec prudence. La DREES dénombrait en 2024 plus de 77 000 psychologues de moins de soixante-deux ans enregistrés, dont environ 28 350 exerçant en libéral ou en exercice mixte ; l'écart entre ces 28 350 libéraux et les 16 000 « éligibles » de l'Assurance maladie n'est nulle part explicité. Par ailleurs, de nombreux psychologues conventionnés ont dépassé l'âge de soixante-deux ans, alors que l'Assurance maladie ne retient dans son assiette de calcul que les psychologues de moins de soixante-deux ans ; et de nombreux témoignages rapportés par les organisations de psychologues font état de psychologues ayant demandé leur déconventionnement sans que leur nom soit retiré de la liste, avec une simple mention indiquant qu'ils ne prennent plus de patients dans le cadre du dispositif. Ces deux éléments gonflent artificiellement le taux officiel de participation, dans une proportion impossible à déterminer sans une plus grande transparence.

Le pourcentage rapporté aux seuls psychologues libéraux est d'autant plus trompeur que la Caisse nationale de l'Assurance maladie sollicite l'ensemble des psychologues, y compris salariés et fonctionnaires, pour leur proposer de se conventionner, et que des structures employant des psychologues salariés commencent à tenter de les conventionner, parfois, selon les témoignages recueillis par les organisations professionnelles, en exerçant des pressions sur eux, afin de bénéficier du financement du dispositif. Il serait donc plus juste de rapporter le nombre de conventionnés à l'ensemble des psychologues, ce qui relativise encore grandement la participation de la profession.

La répartition territoriale est fortement déséquilibrée : 89 % des psychologues conventionnés exercent en zone urbaine. Ce chiffre contredit frontalement la logique de proximité et de sectorisation que ce livre blanc défend. Les adultes des territoires ruraux et périurbains, déjà privés de

psychiatres, le sont aussi, pour une large part, de ce dispositif.

Du côté des patients, la progression est plus spectaculaire encore : 90 000 bénéficiaires et 370 000 séances en janvier 2023, 381 000 bénéficiaires en octobre 2024, 586 858 bénéficiaires et 3,1 millions de séances au 28 février 2025, 809 967 bénéficiaires et 4,4 millions de séances au 31 juillet 2025, plus d'un million de bénéficiaires et 5,9 millions de séances en décembre 2025. Le montant remboursé s'établissait à 117,8 millions d'euros au 31 juillet 2025, soit un coût moyen de 145 euros par patient. C'est le seul chiffre de dépense issu d'une source officielle que ce livre blanc ait pu établir ; les 170 millions d'euros parfois avancés dans le débat parlementaire pour l'année 2024 ne sont ni confirmés par le Gouvernement ni conciliables avec le cumul publié par l'Assurance maladie.

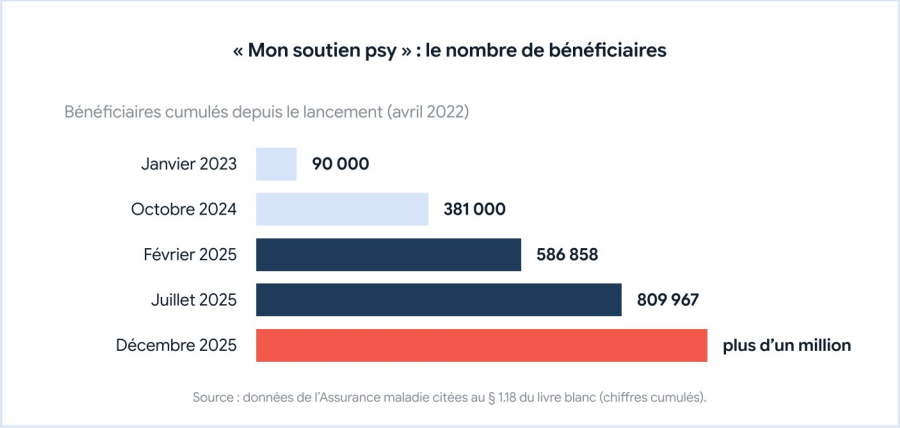


Figure 2 — « Mon soutien psy » : la progression du nombre de bénéficiaires.

Le nombre moyen de séances effectivement consommées aurait progressé de quatre en janvier 2023 à cinq au 31 juillet 2025, puis six en décembre 2025, pour douze séances ouvertes. Un simple calcul montre l'imprécision de ces données : si le dispositif a coûté 145 euros par personne et que l'Assurance maladie rembourse 30 euros par séance (60 % de 50 euros), le nombre moyen de séances par personne serait de l'ordre de 4,8, sans même tenir compte des personnes prises en charge à 100 %, ce qui conduirait à un chiffre encore inférieur. Si l'on s'en tient aux chiffres officiels, un quart seulement des patients dépasse la huitième séance. Cet écart persistant entre le droit ouvert et l'usage réel se prête à deux lectures opposées : soit le plafond n'est pas contraignant, soit le dispositif ne retient pas les patients et ne permet pas un travail de fond. Les données publiées ne permettent pas de trancher, faute de savoir ce qui relève de l'amélioration, de l'abandon ou de l'inadéquation.

Compte tenu de ces imprécisions et des discours contradictoires de l'exécutif sur l'objet du dispositif, celui-ci ne peut échapper

au soupçon d'avoir été construit sur une base idéologique plutôt que scientifique, et sans concertation suffisante avec les parties prenantes, ce que celles-ci ne cessent de rappeler, à l'exception de la Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP), partie prenante de sa mise en œuvre.

Ce que révèlent les données d'évaluation

Le rapport d'évaluation du 27 mars 2025 indique que 52 % des médecins interrogés auraient choisi d'orienter des patients vers le dispositif afin d'éviter une prescription médicamenteuse, tout en précisant qu'il est difficile d'établir l'impact de cette prise en charge sur la santé mentale des personnes. Ce résultat mérite attention : il suggère que, pour de nombreux médecins généralistes, l'accès à un psychologue représente une alternative à la prescription d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques chez des adultes en souffrance. Différentes méta-analyses indiquent que les psychothérapies remboursées peuvent engendrer des économies pour les finances publiques. Mais le dispositif, selon les autorités elles-mêmes, n'a pas vocation à la psychothérapie, et les organisations qui s'y opposent estiment qu'il n'est pas construit pour atteindre un tel résultat.

Une autre donnée éclaire d'une lumière crue la logique de catalogue sur laquelle repose le dispositif. Une étude réalisée en janvier 2024 par l'Assurance maladie établit que 64 % seulement des patients respectaient les critères d'inclusion, et que 36 % présentaient des antécédents psychiatriques relevant des critères de non-inclusion, plus de 12 % étant même en affection de longue durée psychiatrique avant leur entrée dans le dispositif. Plus d'un tiers des prises en charge se sont donc effectuées hors de l'indication théorique. Ce résultat peut se lire de deux façons, et ce livre blanc soutient qu'il faut les tenir ensemble. Il révèle d'abord que le tri clinique prescrit par la nomenclature administrative ne résiste pas à la rencontre avec la clinique réelle : les praticiens de terrain, confrontés à des personnes qui souffrent et à des structures publiques saturées, ne renvoient pas un adulte au motif qu'il coche une case d'exclusion. Il révèle ensuite que le dispositif est massivement utilisé comme **substitut d'une offre spécialisée absente**. Loin d'invalider la clinique, ce chiffre invalide le catalogue.

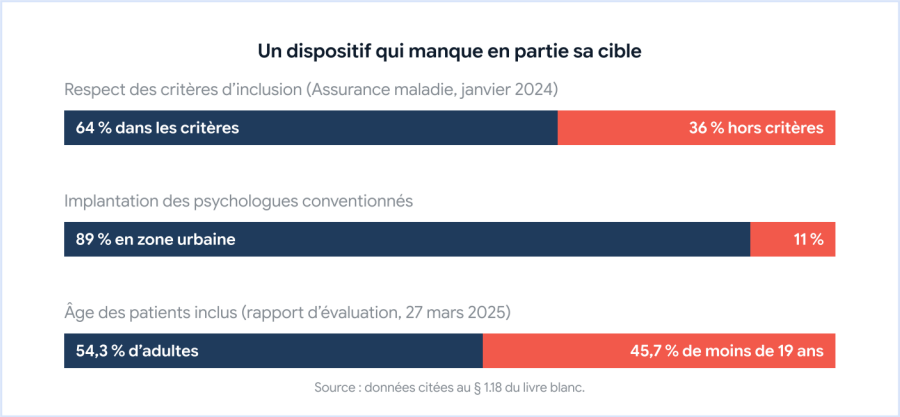


Figure 3 — « Mon soutien psy » : critères d'inclusion, implantation des psychologues et âge des patients.

Ce que ce livre blanc reconnaît au dispositif

Ce livre blanc tient à énoncer ce qu'il reconnaît au dispositif avant d'exposer ce qu'il lui reproche. La prise en charge financière de séances de psychologue par la solidarité nationale répond à une injustice ancienne et réelle : jusqu'en 2022, l'accès à un psychologue libéral demeurait entièrement à la charge des personnes, ce qui réservait de fait le soin psychologique libéral à celles qui pouvaient l'acheter, et renvoyait les autres vers des structures publiques saturées. Que 29 % des bénéficiaires résident dans les 40 % de communes les plus défavorisées, et que 12,2 % soient bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire, pourrait attester que le dispositif atteint en partie des publics qui n'auraient pas consulté autrement. Une enquête conduite en 2023 auprès des psychologues conventionnés indiquait que 86 % d'entre eux estimaient qu'il avait permis l'accès de patients qui n'en avaient pas les moyens et 63 % qu'il avait favorisé un repérage précoce ; ce sondage, commandité et portant sur les seuls conventionnés, a une portée limitée, mais son sens converge avec l'expérience de terrain.

On peut néanmoins rappeler un chiffre du ministère lui-même, selon lequel seuls 11 % des bénéficiaires étaient en situation de précarité, ce qui conduit de nombreuses organisations de psychologues à estimer que le dispositif manque sa cible. Rien ne permet de dire, par ailleurs, que les personnes précaires n'auraient pas consulté le service public si elles ne s'étaient pas heurtées à des mois, voire des années d'attente. Le principe du remboursement n'est donc pas en cause. **Ce qui est en cause, c'est l'architecture.**

Les positions des organisations de psychologues

C'est cette architecture que conteste, depuis l'origine et sans discontinuité, le **Syndicat national des psychologues** (SNP), dont la position mérite d'être rapportée dans ses termes propres. Dans un commu-

niqué du 2 juillet 2024 intitulé « Mon soutien psy : pourquoi c'est toujours non ! », le syndicat estime que « le dispositif reste en contradiction avec l'autonomie des psychologues », que « chaque psychologue qui entre dans le dispositif dépend alors du code de la santé publique », et appelle « l'ensemble des psychologues à poursuivre le boycott ». L'argument juridique est que la profession est réglementée par l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985, qui protège le titre, et non par le code de la santé publique. Dans un communiqué du 6 novembre 2024 intitulé « Mon soutien psy : une paramédicalisation des psychologues qui ne se cache plus ! », il écrit qu'« être inscrit au Fichier national des professions de santé signifie être un professionnel paramédical », dénonce « la perte d'autonomie technique du psychologue, qui ne pourrait alors plus choisir librement sa pratique », affirme que « s'inscrire dans ce dispositif, c'est volontairement aller dans le sens d'une servitude », appelle au « boycott complet du dispositif » et « exige que ce dispositif soit abrogé ». Une affiche de campagne diffusée en juin 2025, visant à expliquer « pourquoi plus de 85 % des psychologues boycottent le dispositif », lui reproche de trier les patients, rappelle qu'« un nombre de séances prédéterminé et limité méconnaît les besoins du soin psychique », défend explicitement les centres médico-psychologiques, les centres médico-psycho-pédagogiques et les bureaux d'aide psychologique universitaire, et rappelle que « remboursé par la Sécurité sociale ne veut pas dire gratuit ». Enfin, après la publication de la nouvelle convention type par arrêté du 17 juin 2026, un communiqué du 16 juillet 2026 intitulé « Vers la destruction en règle de la profession » reproche à l'État de soutenir un dispositif « massivement contesté » plutôt que de financer des postes pérennes dans le secteur public et associatif, et « appelle plus que jamais au maintien du boycott ».

La même position est tenue avec force par la **Convergence des psychologues en lutte** (CPL), coalition créée en 2022 qui regroupe vingt-deux collectifs et rassemble plus de vingt mille psychologues et d'autres professionnels. Elle maintient l'appel au boycott jusqu'à l'abrogation, conteste la sincérité des chiffres officiels au motif qu'ils ne tiennent pas compte des déconventionnements, ni de la part parfois très minime de l'activité consacrée au dispositif, et qu'ils excluent les salariés pourtant concernés ; elle affirmait en mars 2025 que 86 % des psychologues éligibles ne participaient pas ou boycottaient activement. Elle demande le redéploiement des crédits vers des postes en centres médico-psychologiques, dans le médico-social, à l'université et à l'école.

Plusieurs organisations, dont la CPL et le SNP, estiment que ce dispositif constitue un véritable **cheval de Troie** pour un contrôle des pratiques. Elles invoquent un projet de « deuxième brique », défendu par l'ancien délégué ministériel à la santé mentale, conçu pour faire suite à cette « première brique » réservée aux troubles dits légers à modérés : cette « seconde brique » concernerait des troubles dits plus graves, avec des pratiques prescrites et standardisées selon des protocoles établis au préalable par l'État. Ces organisations dénoncent un dispositif qui se caractériserait par une logique de tri des patients ; une logique technocratique et taylorisante, visant à faire des soignants de simples tech-

niciens appliquant une méthode déterminée à chaque trouble supposé identifié, sur une chaîne dont la maîtrise leur échapperait au profit de quelques experts ; une logique d'externalisation et d'« ubérisation » du soin psychique ; une logique de contrôle des pratiques et de perte d'autonomie dans le choix des outils ; et une logique de destruction des services publics sous couvert de leur venir en aide. Selon elles, la mise en œuvre de « Mon soutien psy » ne consiste pas à injecter de l'argent supplémentaire dans le soin psychique, mais à priver le service public de moyens dont il a grandement besoin.

Ce livre blanc, fidèle au pluralisme qu'il défend, doit signaler que ces positions ne sont pas unanimes dans la profession. La **Fédération française des psychologues et de psychologie** a fait le choix inverse, celui de la participation aux discussions ministérielles, revendiquant d'avoir contribué à l'augmentation du tarif, à celle du nombre de séances et à l'abrogation de l'adressage médical, tout en jugeant que « le travail n'est pas fini » et que les critères d'inclusion « demeurent flous et inadaptés » ; elle est par ailleurs favorable à l'inscription au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé et hostile à la création d'un ordre. Ce livre blanc n'a pas à arbitrer entre ces stratégies ; il constate qu'elles **convergent sur le diagnostic**, puisque le dispositif est jugé mal construit par la FFPP et inadapté par le SNP et la CPL, et **divergent sur la conduite à tenir** : l'améliorer pour la première, l'abroger et réaffecter son financement au service public pour les seconds.

Le risque d'une « psychologie d'État »

Reste le point le plus grave, sur lequel ce livre blanc entend prendre position sans ambiguïté : le risque que « Mon soutien psy » devienne le vecteur d'une **psychologie d'État**. Le SNP comme la CPL parlent de « psychothérapie d'État », de « paramédicalisation », de « servitude », de « psychologie low cost » et de « mise sous tutelle médicale ». Ces mots désignent un ensemble convergent de dispositions vérifiables. D'abord, l'existence d'une liste fermée de troubles éligibles, assortie de critères de non-inclusion et de l'encouragement à l'usage d'échelles standardisées, qui substitue une nomenclature administrative au jugement clinique. Ensuite, le maintien d'un avis psychiatrique formalisé pour toute poursuite au-delà de douze séances, qui subordonne la temporalité du soin psychique à une autorisation médicale. Enfin et surtout, le **décret n° 2026-163 du 4 mars 2026**, qui transfère la décision de sélection des psychologues conventionnés du ministre de la Santé au médecin-conseil national de la Caisse nationale de l'Assurance maladie, les experts psychologues n'étant plus que consultés, disposition que les organisations professionnelles ont aussitôt qualifiée de mise sous tutelle médicale. Plusieurs organisations dénoncent en outre l'opacité de la composition du collège d'« experts » chargé de sélectionner les candidats. La CPL et le SNP ont saisi le tribunal administratif, après avis favorable de la Commission d'accès aux documents administratifs, pour obtenir communication des critères et du fonctionnement du comité de sélection : « Qui sélectionne les psychologues intégrant le dispositif ? Sur quels critères ? Avec quelles garanties ? Le public et les psychologues ont le droit de

savoir ! » Ce livre blanc fait sienne cette exigence de transparence.

Que l'on rapproche ces dispositions de ce que ce livre blanc établit dans sa deuxième partie sur l'influence disproportionnée d'un paradigme, sur l'*evidence-based practice* amputée de l'expertise clinique et des valeurs du patient, et dans sa troisième partie sur la liberté thérapeutique, et l'on obtient la figure exacte de ce qu'il refuse : un État qui, ayant financé l'accès, prétendrait ensuite définir par voie réglementaire ce qu'est une psychothérapie légitime, qui la dispense, pour quels troubles et pendant combien de séances. Le précédent existe : en novembre 2025, un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 visait à supprimer le financement public des pratiques psychanalytiques à compter du 1er janvier 2026. Il a été retiré en séance publique le 23 novembre 2025, après une fronde massive des professionnels de la santé psychique et du public, notamment une pétition lancée par le SNP ayant recueilli plus de 102 000 signatures, et après la mobilisation du Conseil national professionnel de psychiatrie, qui dénonçait un texte reposant « sur une conception réductrice du soin psychique, envisagé comme une série d'indicateurs objectivables » et ignorant « la diversité des fondements théoriques ». Ce livre blanc affirme qu'un dispositif de remboursement est un **instrument de solidarité, non un instrument de normalisation doctrinale**, et que le jour où l'appartenance à un dispositif conventionné vaudrait certification de la validité d'une approche psychothérapique, la pluralité qu'il défend d'un bout à l'autre aurait cessé d'exister en fait, quand bien même elle subsisterait en droit.

Désengorger ou détourner ?

Une dernière question demeure ouverte, et l'honnêteté commande de dire qu'elle n'est pas tranchée : le dispositif désengorge-t-il l'offre publique, ou en détourne-t-il les moyens ? La thèse du détournement est soutenue par la CPL, qui affirme que « Mon soutien psy » remplace des programmes déjà financés, notamment en santé au travail, en périnatalité et dans les services de santé étudiante ; par une sénatrice qui évoquait en mai 2026 une substitution à des programmes financés par les agences régionales de santé ; et par des députés qui ont accusé l'exécutif de renoncer à financer la psychiatrie lourde. Le Gouvernement l'a formellement démentie en séance le 24 mars 2026, affirmant que les investissements étaient « distincts et complémentaires ».

Ce livre blanc constate qu'aucune étude d'impact mesurant l'effet du dispositif sur les délais d'attente en centre médico-psychologique adulte n'existe à ce jour. La commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la santé mentale et le handicap, dont le rapport a été remis le 17 décembre 2025, recommande précisément la création d'une agence nationale de l'étude d'impact et fait de l'évaluation de « Mon soutien psy » l'une de ses priorités, ce qui confirme a contrario que cette évaluation n'a pas été conduite. Ce livre blanc constate également qu'il n'a trouvé **aucun bilan public de réalisation des 800 postes en centres médico-psychologiques** annoncés le 28 septembre 2021, en même temps que le remboursement des consultations. Que l'on ait su compter, au million près, les bénéficiaires du dispositif libéral, et que l'on ne sache pas dire combien des 800 postes

publics promis le même jour ont été créés, dit assez où s'est portée l'attention de la puissance publique.

Une égalité en trompe-l'œil

Il faut enfin nommer ce que le débat public sur ce dispositif évite de nommer : l'égalité qu'il promet est, pour une part, une illusion d'optique. La consultation en centre médico-psychologique est **gratuite** : sans avance de frais, sans complémentaire santé, sans plafond de séances, sans liste de troubles éligibles et sans avis psychiatrique pour poursuivre au-delà de la douzième séance. « Mon soutien psy » propose douze séances par an, prises en charge à 60 % par l'Assurance maladie et à 40 % par les complémentaires, ce qui laisse hors de la gratuité les trois millions de personnes sans mutuelle, et n'ouvre ce droit qu'aux situations entrant dans une liste administrative dont un tiers des patients réellement reçus ne relèvent pas. Autrement dit, **le dispositif ne crée pas un accès égal : il crée un droit plafonné, partiellement payant et conditionné, à côté d'un droit gratuit et sans plafond que la pénurie a rendu inaccessible.** Les propositions de ce livre blanc sur ce dispositif figurent dans sa troisième partie.

1.19 L'isolement et la contention : une pratique encore massive

Le cadre

L'**isolement** consiste à placer une personne seule dans une chambre fermée ; la **contention** consiste à l'attacher, le plus souvent à son lit. Ces pratiques, qui portent atteinte à la liberté et à la dignité, ne sont autorisées en France que pour des patients en soins sans consentement, en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent. Leur encadrement a été profondément renforcé à la suite de deux décisions du Conseil constitutionnel, qui ont jugé insuffisantes les garanties existantes. La loi du 22 janvier 2022 a modifié l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique : elle fixe des durées maximales, au-delà desquelles le renouvellement exige une information et, le cas échéant, un contrôle du **juge des libertés et de la détention**, et impose la tenue d'un registre dans chaque établissement. La Haute Autorité de santé avait publié dès 2017 des recommandations sur l'isolement et la contention en psychiatrie générale, rappelant qu'il s'agit de mesures de dernier recours et qu'elles doivent être prévenues.



Une pratique encore massive

Les données de la DREES et les travaux de l'IRDES montrent que plusieurs dizaines de milliers de personnes sont placées chaque année en isolement, et une part importante d'entre elles sous contention. Les **disparités entre établissements** sont considérables : à population comparable, certains services recourent beaucoup plus que d'autres à ces pratiques. Les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ont documenté, établissement par établissement, des situations indignes : patients attachés pendant des jours, isolements prolongés sans justification, chambres d'isolement sans accès aux toilettes, utilisation de la contention par manque de personnel.

Ce qui fait reculer la contrainte

L'expérience des services qui ont réussi à réduire fortement l'isolement et la contention est instructive. Ce qui fait reculer la contrainte, ce n'est pas un protocole sup-

plémentaire, mais un ensemble de conditions qui relèvent toutes de la psychiatrie du lien : le **travail d'équipe** et les temps d'élaboration, qui permettent d'anticiper les crises et de partager les situations difficiles ; la **formation** des soignants à la désescalade et à la relation ; l'**architecture des services**, des espaces moins carcéraux, des lieux d'apaisement ; la présence de **pairs-aidants** ; les **plans de crise conjoints**, élaborés avec la personne à distance des crises, qui prévoient ce qui doit être fait si elle va mal ; et des **effectifs suffisants**, car la contention est souvent la réponse d'une équipe en sous-effectif à une situation qu'elle n'a pas le temps de contenir autrement.

1.20 Le travail, l'emploi et la souffrance psychique

Une souffrance qui s'est déplacée vers le travail

Le travail occupe une place considérable dans la santé mentale des adultes. Il peut être un facteur de protection puissant, source de reconnaissance, de liens et de sens ; il peut aussi être une source majeure de souffrance. Les arrêts de travail pour motif psychique ont fortement augmenté ces dernières années et représentent une part croissante des arrêts longs. L'**épuisement professionnel** (*burn-out*), reconnu par la CIM-11 comme un phénomène lié au travail plutôt que comme une maladie, la dépression réactionnelle à des situations de harcèlement ou de surcharge, la **souffrance éthique** de professionnels contraints d'agir contre leurs valeurs, sont devenus des motifs fréquents de consultation.



La psychodynamique du travail

Les travaux de Christophe Dejours, depuis *Travail, usure mentale* (1980) et *Souffrance en France* (1998), ont montré que la souffrance au travail ne peut pas être comprise seulement comme une vulnérabilité individuelle : elle résulte aussi de l'organisation du travail, de l'intensification, de l'évaluation individualisée des performances, de la disparition des collectifs de travail, de l'impossibilité de bien faire son travail. Ce constat a une portée générale pour ce livre blanc. Une approche exclusivement individuelle et biomédicale de la souffrance au travail, qui traiterait l'épuisement par un antidépresseur et un arrêt de travail sans rien interroger de l'organisation qui le produit, soigne le symptôme en laissant intacte sa cause.

Maintien et retour dans l'emploi

Pour les personnes vivant avec un trouble psychique grave, l'accès et le maintien dans l'emploi sont des facteurs majeurs de rétablissement. Les programmes d'**emploi accompagné**, et notamment le modèle **IPS** (*Individual Placement and Support*), qui accompagne directement vers un emploi en milieu ordinaire avec un soutien continu, ont montré des résultats nettement supérieurs aux approches traditionnelles de réadaptation préalable. L'emploi accompagné a été inscrit dans la loi en 2016 ; son développement reste insuffisant.

Les adultes autistes face au travail

Les adultes autistes sont parmi les plus exclus du monde du travail. Les données sont lacunaires, ce qui est en soi un symptôme : l'étude publiée par l'Agefiph en 2023 rappelle qu'environ 600 000 personnes autistes vivent en France, et cite l'estimation de la stratégie nationale 2018-2022 selon laquelle seulement 0,5 % d'entre elles travailleraient en milieu ordinaire, chiffre dont elle souligne lui-même la fragilité ; environ 23 000 adultes autistes, soit à peu près 5 %, sont accueillis en ESAT selon la Cour des comptes. Les obstacles sont connus : processus de recrutement et entretiens inadaptés, difficultés de communication et d'insertion dans les codes de l'entreprise, absence d'accompagnement durable, crainte de perdre l'allocation aux adultes handicapés. L'inclusion proclamée reste, pour la grande majorité, une inclusion sans travail.

Des expériences montrent pourtant qu'une autre voie est possible. En 2014, à l'initiative de Jean-François Dufresne, alors dirigeant du groupe Andros, l'association **Vivre et travailler autrement** a ouvert à l'usine Novandie d'Auneau (Eure-et-Loir), filiale du groupe, un dispositif permettant à de jeunes adultes autistes, souvent sans langage et lourdement handicapés, de travailler en contrat à durée indéterminée, le plus souvent à temps partiel, avec un accompagnement au travail et un logement accompagné à proximité ; le modèle s'est depuis structuré en service d'accompagnement « emploi-habitat ». Il a été repris dans d'autres entreprises, notamment à l'usine Guerlain de Chartres à partir de 2021, où des jeunes autistes travaillent à mi-temps avec le même salaire et les mêmes avantages que leurs collègues, et des projets comparables ont été engagés dans d'autres sites industriels. D'autres entreprises ont développé leurs propres programmes, comme L'Oréal, qui a accueilli une quinzaine de salariés autistes dont huit en CDI, ou Orange. Ces expériences restent rares et leurs résultats n'ont pas fait l'objet d'évaluations indépendantes, mais elles montrent qu'avec un accompagnement stable, des personnes réputées inemployables peuvent occuper durablement un emploi et y trouver reconnaissance et lien.

Le travail clinique de **Moïse Assouline**, psychiatre et pédopsychiatre, qui accompagne depuis plus de quarante ans des adolescents et de jeunes adultes autistes et supervise la branche « situations complexes » du pôle autisme de la Fondation L'Élan Retrouvé, rappelle cependant une exigence décisive : les personnes autistes les plus en difficulté, celles qui présentent des troubles graves du comportement, des comorbidités psychiatriques ou des ruptures de parcours, ne sont pas celles qui accèdent spontanément aux entreprises inclusives. Elles ont besoin d'un soin et d'un accompagnement institutionnels au long cours, d'un travail avec les familles, d'un réseau de partenaires, et de dispositifs de liaison qui organisent le passage de l'adolescence à l'âge adulte, y compris vers l'insertion. L'inclusion par le travail n'est pas une alternative au soin ; elle en est souvent le prolongement.

Ce livre blanc demande que l'emploi des adultes autistes devienne un objectif mesuré de la politique publique, avec des données fiables, le développement de l'emploi accompagné et des modèles « emploi-habi-

tat », la sécurisation des ressources des personnes qui reprennent un travail, et l'articulation de ces dispositifs avec le soin psychique et le secteur médico-social.

1.21 L'avancée en âge : psychiatrie de la personne âgée

La population française vieillit, et la santé mentale des personnes âgées est un enjeu croissant, souvent négligé. Le suicide des personnes âgées, et notamment des hommes de plus de soixante-quinze ans, atteint les taux les plus élevés de toutes les classes d'âge ; il est souvent précédé d'une dépression non reconnue, attribuée au vieillissement. L'isolement social, le deuil, la perte d'autonomie, l'entrée en établissement sont des facteurs de risque majeurs.



La consommation de **psychotropes** chez les personnes âgées, et en particulier dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), est préoccupante : benzodiazépines prescrites au long cours, antipsychotiques utilisés pour calmer des troubles du comportement liés à la démence malgré leurs risques, antidépresseurs prescrits sans suivi. Cette surprescription traduit souvent le manque de personnel et de temps pour accompagner autrement les personnes. La **psychogériatrie**, spécialité à la frontière de la psychiatrie et de la gériatrie, reste trop peu développée, et les équipes mobiles qui interviennent en EHPAD sont insuffisantes. Là encore, la réponse la plus efficace à la souffrance des personnes âgées passe par la présence, la relation et le lien, autant que par le médicament.

1.22 La périnatalité : la santé mentale des parents



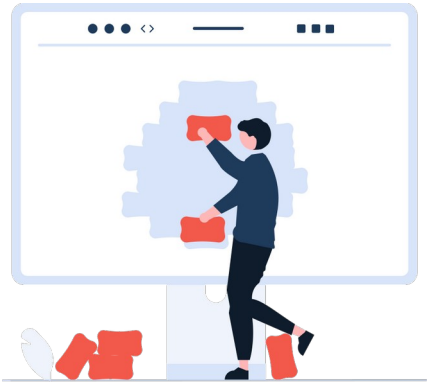
La période périnatale, de la grossesse à la première année de l'enfant, est un moment de vulnérabilité psychique particulière pour les parents. La dépression du post-partum touche une part importante des mères, et plus souvent qu'on ne le croit des pères. Les enquêtes nationales confidentielles sur les morts maternelles ont établi que le suicide figure parmi les premières causes de décès maternel dans l'année qui suit l'accouchement en France. Les troubles psychiques des parents ont par ailleurs des conséquences sur le développement de l'enfant, ce qui fait de la périnatalité un point de jonction entre les deux livres blancs.

Des dispositifs existent : l'entretien prénatal précoce, l'entretien postnatal précoce rendu obligatoire en 2022, les **unités mère-bébé**, où une mère présentant un trouble psychique peut être hospitalisée avec son nourrisson, les équipes de psychiatrie périnatale. Ils restent insuffisants et inégalement répartis. La prévention précoce en périnatalité est l'un des investissements les plus rentables en santé mentale, pour les parents comme pour les enfants ; elle repose avant tout sur la disponibilité de professionnels capables d'écouter, de soutenir et d'accompagner, dans la durée et à domicile si nécessaire.

1.23 L'absence de conception d'ensemble de l'architecture des dispositifs

Un empilement

La psychiatrie adulte a vu se multiplier, depuis une quinzaine d'années, des dispositifs nouveaux, chacun créé pour répondre à un besoin précis : centres experts, plateformes territoriales, dispositifs de soins partagés entre médecins généralistes et psychiatres, projets territoriaux de santé mentale (PTSM) créés par la loi du 26 janvier 2016, conseils locaux de santé mentale (CLSM), « Mon soutien psy », dispositif « Santé psy étudiant », équipes mobiles de toutes sortes, numéro national de prévention du suicide, dispositif VigilanS, applications et plateformes numériques. Chacun de ces dispositifs peut se défendre. Ensemble, ils dessinent un paysage illisible pour les patients, pour les familles et souvent pour les professionnels eux-mêmes.



Les conséquences

Cet empilement a des conséquences précises. Chaque dispositif a ses critères d'entrée, son périmètre, sa durée, son financement, ses professionnels. Les personnes passent de l'un à l'autre, refont à chaque étape le récit de leur histoire, se heurtent à des critères d'exclusion, et découvrent qu'aucun interlocuteur n'est responsable de l'ensemble de leur parcours. Les professionnels des nouveaux dispositifs sont souvent recrutés dans les équipes de secteur voisines, déjà en sous-effectif, ce qui affaiblit les structures de proximité. Le **clivage** entre le sanitaire, le médico-social et le social, qui relèvent de financements et de tutelles différents, aggrave cette fragmentation.

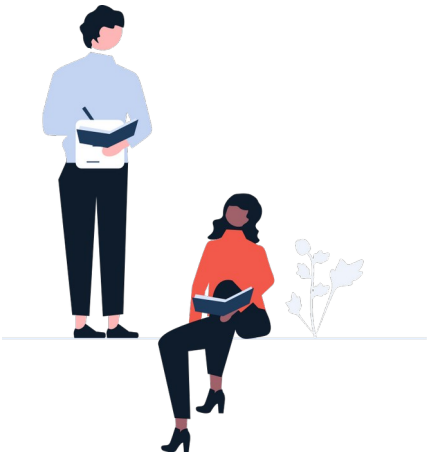
Une question d'architecture

Ce désordre n'est pas seulement un défaut de coordination ; il résulte d'une absence de conception d'ensemble. On a ajouté des étages et des portes à un édifice sans se demander où était l'entrée, qui était responsable de la continuité, et ce que chaque ajout retirait au reste. Ce livre blanc soutient qu'avant de créer un dispositif de plus, il faut exiger la démonstration qu'aucune structure existante ne peut assurer la mission avec les mêmes moyens, et qu'il faut confier explicitement à une instance territoriale la responsabilité de la continuité des parcours.

1.24 La créativité des équipes de terrain : une ressource historique empêchée

La psychiatrie française a été, pendant des décennies, un lieu d'invention remarquable. Les équipes de secteur ont créé, souvent à partir de rien, des clubs thérapeutiques gérés avec les patients, des appartements thérapeutiques et associatifs, des ateliers d'expression, des lieux d'accueil de jour, des équipes mobiles avant que le mot n'existe, des partenariats avec les bailleurs sociaux, les mairies, les associations. Beaucoup des dispositifs aujourd'hui généralisés par les politiques publiques ont d'abord été inventés par des équipes de terrain.

Cette créativité est aujourd'hui empêchée. Les financements passent de plus en plus par des **appels à projets** dont le cahier des charges est établi à l'avance, qui définissent le public, la méthode, les indicateurs et la durée. Une équipe qui voudrait inventer une réponse adaptée à son territoire doit d'abord la faire entrer dans les cases d'un appel à projets conçu ailleurs. Les financements sont souvent temporaires, ce qui interdit la continuité. Les temps de réflexion collective, où s'élaborent les innovations, ont été réduits. Une politique de santé mentale qui veut répondre aux besoins réels devrait au contraire faire confiance aux équipes de terrain, financer leurs initiatives sur la durée et les évaluer avec des méthodes adaptées.



1.25 Les jeunes adultes de seize à vingt-cinq ans : une transition à haut risque

Un âge décisif

La période qui va de seize à vingt-cinq ans est décisive pour la santé mentale. C'est à cet âge que débutent la majorité des troubles psychiques graves de l'adulte : la plupart des premiers épisodes psychotiques, beaucoup de troubles bipolaires, de nombreux troubles du comportement alimentaire, d'addictions et de troubles de la personnalité se manifestent pour la première fois entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte. C'est aussi un âge de transitions multiples : fin de la scolarité, entrée dans les études supérieures ou dans l'emploi, départ du domicile familial, premières relations amoureuses durables, autonomie financière souvent précaire. Les enquêtes conduites pendant et après la crise sanitaire ont montré que les jeunes adultes étaient parmi les plus touchés par l'augmentation des états anxieux et dépressifs et des idées suicidaires.



Une frontière administrative au pire moment

Or c'est précisément à cet âge que le système de soins dresse une frontière administrative. La pédopsychiatrie suit les patients jusqu'à seize ou dix-huit ans selon les secteurs ; la psychiatrie adulte prend le relais ensuite. Les deux mondes ont des cultures, des structures, des financements et des modes de travail différents. Un adolescent suivi depuis des années en centre médico-psychologique pour enfants ou en centre médico-psycho-pédagogique perd souvent, à sa majorité, son équipe, son lieu de soin et les personnes qui le connaissent. Il doit tout recommencer avec des interlocuteurs nouveaux, dans un service d'adultes où il côtoie des patients beaucoup plus âgés et parfois plus gravement atteints, au moment même où sa vulnérabilité est la plus grande. Beaucoup de jeunes décrochent à cette occasion, et ne réapparaissent dans le système de soins qu'à l'occasion d'une crise.

La même absence d'articulation touche les passages entre dispositifs médico-sociaux : comment passer d'un SESSAD à un SAVS, d'un institut médico-professionnel à un ESAT, d'un accompagnement d'enfant à un accompagnement d'adulte, sans rupture ni liste d'attente ? Faute de conventions et de financements organisant ces transitions, de nombreux jeunes restent sans solution, maintenus au-delà de l'âge

dans des structures pour enfants ou renvoyés à leur famille.

Ce qui fonctionne

Des dispositifs existent qui montrent qu'une autre organisation est possible. Les **maisons des adolescents**, qui accueillent les jeunes jusqu'à vingt-cinq ans sans rendez-vous et sans condition, sont un point d'appui précieux. Les **équipes d'intervention précoce** dans les premiers épisodes psychotiques suivent les jeunes pendant plusieurs années, quel que soit leur âge administratif, avec une approche globale. Les **services de santé universitaires** et les bureaux d'aide psychologique universitaires reçoivent les étudiants. Certains territoires ont créé des équipes communes à la pédopsychiatrie et à la psychiatrie adulte pour les seize-vingt-cinq ans. Ces expériences reposent toutes sur les mêmes principes : la continuité de la relation au-delà des frontières administratives, l'accueil sans condition, l'attention à la vie du jeune dans son ensemble, études, travail, logement, relations.

Ce que ce livre blanc demande

Ce livre blanc demande que la transition entre seize et vingt-cinq ans soit organisée sur chaque territoire par un dispositif commun à la pédopsychiatrie et à la psychiatrie adulte, garantissant qu'aucun jeune suivi ne soit laissé sans soin au passage de la majorité, et que les jeunes qui n'étaient pas suivis puissent trouver un lieu d'accueil adapté à leur âge. C'est le point de jonction entre ce livre blanc et celui consacré à l'enfance et à l'adolescence.

1.26 Les urgences psychiatriques : une porte d'entrée par défaut

Des urgences saturées

Les services d'urgence sont devenus, pour une part croissante des personnes en souffrance psychique, la porte d'entrée par défaut dans le système de soins. Faute d'avoir pu être reçues à temps dans une structure de proximité, faute de savoir où s'adresser, faute de lieu ouvert le soir et le week-end, elles arrivent aux urgences au moment de la crise. Les passages pour motif psychiatrique, tentatives de suicide, crises d'angoisse, états d'agitation, décompensations psychotiques, alcoolisations aiguës, y occupent une place importante. Les témoignages concordants des équipes décrivent des patients qui attendent des heures, parfois des jours, sur des brancards, dans des couloirs, sans intimité, parfois attachés, faute de lit disponible en psychiatrie. Plusieurs drames survenus dans ces conditions ont été rapportés.



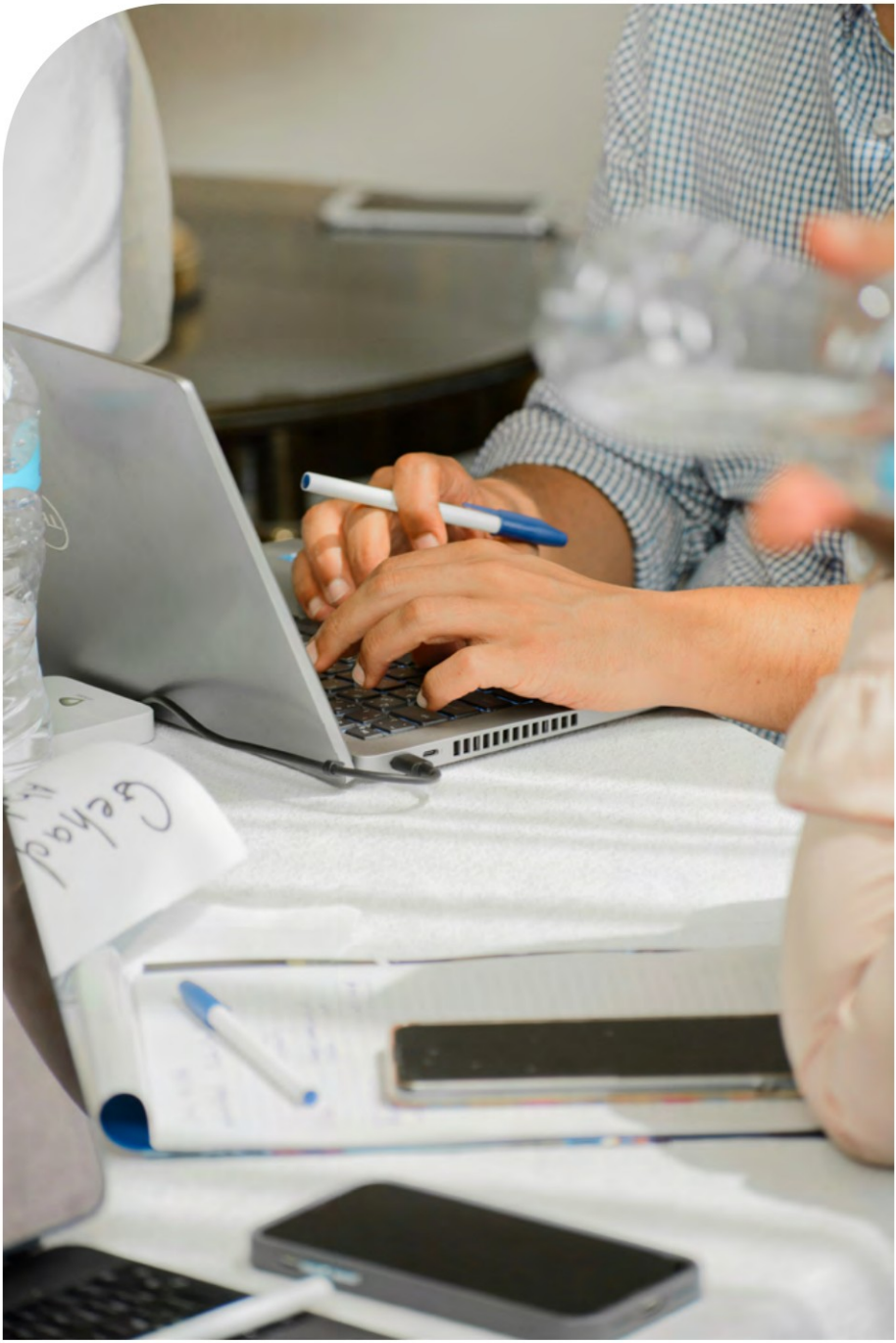
Ce que les urgences ne peuvent pas faire

Les urgences ne sont pas conçues pour accueillir la souffrance psychique. Le bruit, l'attente, l'absence d'intimité, la présence de forces de l'ordre aggravent souvent l'état des personnes en crise. Les équipes, débordées, n'ont pas le temps d'établir une relation. Les décisions d'hospitalisation, et parfois d'hospitalisation sous contrainte, sont prises dans l'urgence, sans connaissance de l'histoire de la personne. À la sortie, le lien avec une équipe de suivi n'est pas toujours assuré, et beaucoup de personnes reviennent quelques semaines plus tard.

Une réponse en amont

La saturation des urgences psychiatriques n'est pas d'abord un problème des ur-

gences : c'est le symptôme de l'effondrement de l'accueil de proximité. Elle ne se résoudra pas seulement en ajoutant des moyens aux urgences, même si ceux-ci sont nécessaires, mais en reconstruisant en amont des lieux capables d'accueillir les crises : CMP ouverts largement et capables de recevoir sans rendez-vous, équipes mobiles de crise intervenant à domicile, centres de crise ouverts jour et nuit, lits de crise de courte durée, liens étroits avec les médecins généralistes et les services sociaux. Les urgences retrouveraient alors leur fonction : recevoir les situations qui exigent réellement une réponse hospitalière immédiate.



PARTIE 2

CONTRE LE RÉDUCTIONNISME ET LE SCIENTISME, POUR UN PLURALISME ÉPISTÉMOLOGIQUE

Introduction à la deuxième partie

La première partie a décrit un système de soins en crise. La deuxième s'interroge sur les idées qui orientent les réponses apportées à cette crise. Elle soutient une thèse centrale : la politique française de santé mentale est aujourd'hui orientée de manière exclusive par une conception biomédicale et réductionniste de la souffrance psychique, qui n'est ni la seule conception scientifiquement défendable, ni celle que recommandent les organisations internationales, et qui produit une architecture à l'envers des besoins.

Il faut définir ces mots avec précision, pour éviter les caricatures.

Une conception **biomédicale** de la souffrance psychique considère les troubles mentaux comme des maladies du cerveau, au même titre que les maladies neurologiques, dont la cause principale serait à chercher dans des anomalies biologiques, génétiques, neurochimiques ou neuronales, et dont le traitement principal serait biologique. Cette conception a des mérites : elle a contribué à déstigmatiser les troubles psychiques en les présentant comme des maladies comme les autres, et elle a stimulé une recherche biologique importante.

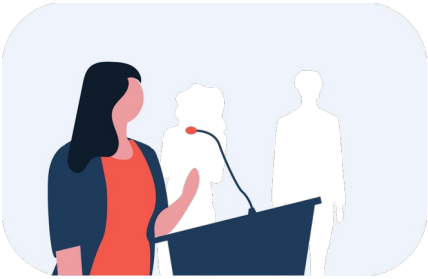
Une conception est **réductionniste** lorsqu'elle ramène un phénomène complexe, qui se déploie à plusieurs niveaux, au seul niveau le plus élémentaire, considéré comme le seul réel ou le seul explicatif. Le réductionnisme méthodologique, qui isole un niveau pour l'étudier, est une démarche scientifique légitime. Le réductionnisme ontologique, qui affirme que seul ce niveau existe vraiment ou explique tout, est une thèse philosophique, et non un résultat scientifique.

Une orientation est **exclusive** lorsqu'elle ne laisse pas de place aux autres. C'est ce dernier point qui fait problème. Ce livre blanc ne conteste pas que la biologie joue un rôle dans les troubles psychiques ; il conteste qu'elle soit érigée en principe unique d'organisation des soins, de la recherche et de l'évaluation.

2.1 Une influence disproportionnée : lobbying, communication et populisme scientifique

Les « maladies du cerveau »

Depuis une vingtaine d'années, la communication publique sur la santé mentale s'est largement organisée autour d'une formule : les troubles psychiques seraient des « maladies du cerveau ». Cette formule est portée par des fondations de recherche, des réseaux de centres experts, des associations de patients et de familles, des laboratoires pharmaceutiques, et largement relayée par les médias. Elle a une fonction déstigmatisante revendiquée : présenter la schizophrénie ou la dépression comme des maladies du cerveau, c'est dire qu'elles ne sont ni une faute morale, ni un défaut de volonté, ni la conséquence d'une mauvaise éducation.



Mais cette formule pose deux problèmes. Le premier est qu'elle **affirme comme un fait ce qui reste une hypothèse** : aucun mécanisme cérébral n'a été établi pour aucun trouble psychiatrique, et aucun examen cérébral ne permet d'en poser le diagnostic. Le second est que son effet déstigmatisant n'est pas démontré : plusieurs études ont montré que la présentation des troubles psychiques comme des maladies biologiques pouvait réduire la culpabilité attribuée aux personnes, mais augmenter la perception de leur dangerosité, de leur imprévisibilité et le pessimisme quant à leur rétablissement. L'idée qu'un trouble est inscrit dans le cerveau peut faire croire qu'il est permanent.

Le double langage des neurosciences : les travaux de François Gonon

Le neurobiologiste François Gonon, directeur de recherche au CNRS à l'Institut des maladies neurodégénératives de Bordeaux, a consacré une série de travaux à l'analyse de la manière dont les résultats des neurosciences sont présentés, dans la littérature scientifique et dans les médias. Ses conclusions sont essentielles pour comprendre l'influence disproportionnée du paradigme biomédical, et elles sont d'autant plus fortes qu'elles émanent d'un neurobiologiste et non d'un adversaire des neurosciences.

François Gonon met en évidence ce que l'on peut appeler un **double langage**. D'un côté, dans les revues de synthèse spécialisées, les chercheurs reconnaissent assez librement les limites de leurs résultats : l'absence de biomarqueur, la non-réplication de nombreuses découvertes, la faiblesse

des effets, l'hétérogénéité des troubles. De l'autre, dans les résumés des articles, dans les communiqués de presse et dans les déclarations publiques, les mêmes résultats sont présentés comme des avancées décisives, et des applications cliniques sont annoncées comme imminentes. Dans une étude publiée en 2011 dans PLoS ONE avec Erwan Bezard et Thomas Boraud, consacrée au trouble déficit de l'attention avec hyperactivité, François Gonon a montré que des affirmations présentes dans les résumés ou les conclusions d'articles très cités étaient contredites par les données présentées dans le corps des mêmes articles, ou n'étaient pas étayées par elles, et que ces distorsions allaient systématiquement dans le sens d'une surestimation de la dimension biologique du trouble.

François Gonon et ses collègues ont ensuite étudié le devenir des découvertes médiatisées. Ils ont montré, sur le trouble déficit de l'attention, que les études biomédicales les plus reprises par la presse étaient, pour une large part, contredites ou fortement atténuées par des études ultérieures, et que ces réfutations ne faisaient presque jamais l'objet d'un article de presse. Estelle Dumas-Mallet, avec François Gonon et Thomas Boraud, a élargi ce constat en 2017 : sur un ensemble d'études d'association biomédicales reprises par les journaux, environ la moitié seulement étaient confirmées par la suite, et la presse ne rendait presque jamais compte des démentis. Le public n'entend donc parler que des découvertes initiales, souvent spectaculaires, jamais de leur réfutation. Le bilan de la recherche biologique en psychiatrie est ainsi tenu, dans l'espace public, d'un seul côté du registre.

Ce double langage n'implique aucune malhonnêteté individuelle. Il résulte de mécanismes structurels : la concurrence pour les financements, qui pousse à présenter les résultats sous leur jour le plus favorable ; la pression à publier dans des revues prestigieuses, qui privilégient les résultats positifs et spectaculaires ; les services de communication des institutions de recherche ; la logique médiatique, qui préfère l'annonce d'une découverte à son infirmation. Mais ses effets sont considérables : il installe dans l'opinion publique, chez les décideurs et chez de nombreux professionnels la conviction que la psychiatrie biologique est en passe de résoudre les problèmes de la santé mentale, alors que les spécialistes eux-mêmes savent qu'il n'en est rien.

François Gonon en a tiré une conclusion que ce livre blanc fait sienne : la psychiatrie biologique fonctionne en partie comme une **bulle d'attentes**, entretenue par des promesses dont l'échéance recule sans cesse, et dont l'éclatement éventuel risque de discréditer la recherche elle-même. C'est l'intérêt de la recherche biologique, autant que celui des patients, que de tenir un discours public exact sur ses résultats.

Fondations, réseaux et agenda public

Il est légitime que des fondations de recherche et des réseaux de centres experts défendent leurs travaux et cherchent des financements. Il est moins légitime que les mêmes acteurs soient en position d'orienter l'agenda public de la santé mentale, de siéger dans les instances qui élaborent les recommandations, de conseiller les décideurs et de communiquer auprès du grand public, sans que les autres orientations de la psychiatrie disposent d'un poids compa-

rable. Ce déséquilibre d'influence n'est pas le résultat d'une démonstration scientifique : il est le résultat de moyens de communication, de réseaux et de proximités institutionnelles.

Un cas récent illustre ce mécanisme avec précision. La communication de la Fondation FondaMental a fait valoir une réduction de 50 % des journées d'hospitalisation grâce à ses centres experts. Or ce chiffre provient d'une seule étude observationnelle, sans groupe contrôle, portant sur des patients bipolaires (Henry et al., *Bipolar Disorders*, 2017), et il a été étendu dans la communication aux autres indications sans données publiées, comme l'ont montré François Gonon et ses collègues en 2025 dans *SSM – Mental Health* ; une réduction mesurée après l'épisode qui a motivé l'adressage est d'ailleurs attendue par simple régression vers la moyenne. Ce chiffre a pourtant nourri l'exposé des motifs d'une proposition de loi visant à inscrire les centres experts dans le code de la santé publique, déposée au Sénat en février 2025 par un ancien administrateur de la fondation, puis adoptée par le Sénat le 16 décembre 2025 dans une version élargie à l'ensemble des « soins de troisième recours », la commission ayant relevé les « sérieuses réserves » exprimées lors des auditions. La fondation associe recherche publique et financements privés, dont ceux de laboratoires pharmaceutiques, de groupes de cliniques et de grandes entreprises.

Le populisme scientifique

Nous appelons **populisme scientifique** une forme de communication qui présente au public des résultats scientifiques simplifiés, présentés comme définitifs, opposés à des pratiques qualifiées d'archaïques ou d'idéologiques, et qui mobilise l'autorité de « la science » pour clore des débats qui restent ouverts dans la communauté scientifique elle-même. Le populisme scientifique oppose une science unique et triomphante à de supposées « croyances » ; il ignore la pluralité des méthodes, la prudence des chercheurs et l'incertitude des résultats. Il est d'autant plus efficace qu'il se présente comme l'antidote au populisme et aux fausses informations. Il est pourtant, à sa manière, une déformation de la science.

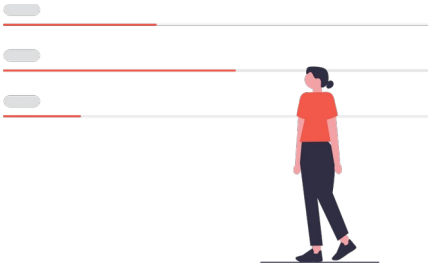
Les industries

Le poids des industries du médicament et, de plus en plus, du numérique dans la formation des professionnels, dans le financement des associations et des congrès, dans la recherche clinique, doit être rappelé. Ce poids n'invalide pas les résultats produits ; il impose une transparence complète sur les liens et les conflits d'intérêts, et une vigilance particulière sur l'orientation de la recherche vers ce qui est commercialement exploitable.

2.2 Ce que ce livre blanc reconnaît : la valeur de la démarche scientifique

Une exigence scientifique

Ce livre blanc n'est pas un texte contre la science. Il revendique au contraire une exigence scientifique plus grande, et non moins grande, que celle des discours qu'il critique. Il reconnaît la valeur des apports de la **génétique**, qui a établi la forte héritabilité de nombreux troubles et identifié des syndromes génétiques rares ; de l'**imagerie cérébrale**, qui a fait progresser la connaissance du développement et du fonctionnement du cerveau ; de la **pharmacologie**, qui a fourni des médicaments utiles ; des **thérapies protocolisées**, dont l'évaluation a permis de mieux connaître ce qui aide certaines personnes ; de l'**épidémiologie**, qui a mis en évidence le poids des déterminants sociaux. Chacune de ces approches est légitime dans son registre. Ce que ce livre blanc conteste, c'est la prétention de l'une d'elles à tenir lieu de toutes les autres.



Plusieurs conceptions de la science

La science n'est pas un bloc. L'histoire et la philosophie des sciences ont montré qu'il existe plusieurs conceptions de la science, plusieurs méthodes, et que la connaissance scientifique se construit par la confrontation de ces approches. Rappeler cette pluralité n'est pas relativiser la science : c'est en donner une image exacte.

Expliquer et comprendre. Le philosophe Wilhelm Dilthey distinguait, à la fin du XIXe siècle, les sciences de la nature, qui **expliquent** les phénomènes par des causes et des lois, et les sciences de l'esprit, qui cherchent à **comprendre** des actions, des significations, des expériences vécues. Karl Jaspers, psychiatre et philosophe, a introduit cette distinction au cœur de la psychiatrie dans sa *Psychopathologie générale* (1913) : certains phénomènes psychiques peuvent être expliqués par des causes, d'autres doivent être compris dans leur enchaînement de sens. Une psychiatrie qui ne ferait qu'expliquer manquerait ce qui fait la spécificité de son objet : un sujet qui donne sens à ce qu'il vit.

Le général et le singulier. Le philosophe Wilhelm Windelband distinguait les connaissances **nomothétiques**, qui cherchent des lois générales, et les connaissances **idiographiques**, qui cherchent à comprendre des cas singuliers. La médecine combine les deux : elle s'ap-

puie sur des connaissances générales, mais elle s'applique toujours à un patient singulier. L'historien Carlo Ginzburg a décrit un « paradigme indiciaire », commun à la médecine clinique, à l'histoire et à la psychanalyse, qui procède par l'interprétation d'indices singuliers plutôt que par la formulation de lois. Ce paradigme est une forme de rationalité à part entière.

La réfutabilité. Karl Popper a proposé de définir la science par la **réfutabilité** : une théorie est scientifique si elle peut être contredite par l'expérience. Ce critère est souvent opposé à la psychanalyse. Il vaut pourtant aussi pour la psychiatrie biologique : une théorie qui annonce depuis des décennies des découvertes imminentes, et qui interprète chaque échec comme la preuve qu'il faut des échantillons plus grands ou des technologies plus puissantes, n'est pas plus facilement réfutable.

Les paradigmes et les programmes de recherche. Thomas Kuhn a montré, dans *La Structure des révolutions scientifiques* (1962), que la science procède à l'intérieur de **paradigmes**, ensembles de théories, de méthodes et de problèmes partagés par une communauté, qui orientent ce que l'on cherche et ce que l'on considère comme un résultat. Imre Lakatos a distingué les programmes de recherche **progressifs**, qui produisent des prédictions nouvelles confirmées, et les programmes **dégénérescents**, qui multiplient les hypothèses auxiliaires pour se protéger des échecs. On peut légitimement se demander, au vu de son bilan clinique, où se situe aujourd'hui le programme de la psychiatrie biologique.

Le normal et le pathologique. Georges Canguilhem a montré, dans *Le Normal et le Pathologique* (1943, réédité en 1966), que la maladie ne se définit pas seulement par un écart statistique à une norme moyenne, mais par une modification de la capacité d'un individu à instituer ses propres normes de vie. C'est le malade, rappelait-il, qui appelle le médecin : la maladie est d'abord une expérience vécue par un sujet, avant d'être un objet de science.

Le modèle biopsychosocial. Le psychiatre américain George Engel a proposé en 1977, dans la revue *Science*, un **modèle biopsychosocial** de la maladie, contre le modèle biomédical exclusif : toute maladie, et en particulier toute maladie psychique, doit être comprise à l'articulation de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ce modèle est aujourd'hui reconnu par l'Organisation mondiale de la santé, notamment dans sa *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (2001).

Ces conceptions ne s'excluent pas. Elles décrivent des formes différentes de rationalité, adaptées à des objets et à des questions différents. Une politique de santé mentale scientifiquement fondée est une politique qui reconnaît cette pluralité, et non une politique qui en retient une seule.

Ne pas oublier le sujet

Il y a, au cœur de toutes ces distinctions, une même idée : l'objet de la psychiatrie est un **sujet**. Un sujet n'est pas seulement un organisme, ni un ensemble de comportements, ni un circuit cérébral : c'est une personne qui parle, qui pense, qui désire, qui se souvient, qui interprète ce qui lui arrive, qui a une histoire et des liens. Ce qui la fait souffrir n'est jamais seulement un dys-

fonctionnement ; c'est aussi une expérience qui a un sens pour elle, et ce sens fait partie de ce qu'il faut soigner. Une science de la psychiatrie qui oublierait le sujet ne serait pas plus scientifique : elle aurait seulement perdu son objet.

2.3 La hiérarchie de l'Evidence-Based Medicine et ses limites structurelles face à l'objet psychique

Les trois piliers de Sackett

La **médecine fondée sur les preuves** (*Evidence-Based Medicine*, EBM) a été définie par David Sackett et ses collègues, dans un article célèbre du *British Medical Journal* en 1996, comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient ». Cette définition repose sur **trois piliers** : les meilleures données de la recherche, l'**expertise clinique** du praticien, et les **valeurs et préférences du patient**. Sackett insistait : aucune de ces trois composantes ne suffit seule, et les données de la recherche ne peuvent jamais remplacer le jugement clinique appliqué à un patient singulier.

Dans sa mise en œuvre, l'EBM s'est souvent réduite à son premier pilier, et ce premier pilier s'est lui-même réduit à une **hiérarchie des preuves** au sommet de laquelle se trouvent l'essai contrôlé randomisé et la méta-analyse d'essais. Cette hiérarchie est pertinente pour évaluer un médicament : on peut randomiser des patients, administrer en double aveugle une molécule ou un placebo, mesurer un critère simple. Elle l'est beaucoup moins pour évaluer une psychothérapie, une organisation des soins ou une intervention complexe, comme nous le verrons.

Une médecine fondée sur les preuves en crise

En 2014, Trisha Greenhalgh, Jeremy Howick et Neal Maskrey, tous trois défenseurs de l'EBM, publiaient dans le *British Medical Journal* un article intitulé « Evidence based medicine: a movement in crisis? ». Ils y recensaient les dérives du mouvement : la captation de la production des preuves par des intérêts commerciaux, la multiplication des recommandations au point de les rendre inapplicables, la recherche de bénéfices statistiquement significatifs mais cliniquement marginaux, l'application mécanique de règles qui ne tiennent pas compte de la complexité des patients, notamment de ceux qui ont plusieurs maladies. Ils appelaient à un retour à une EBM « réelle », centrée sur le patient, faisant toute sa place au jugement clinique et à la relation. Ce diagnostic, venu de l'intérieur du mouvement, rejoint celui de ce livre blanc.

Trois notions à ne pas confondre

Une grande partie des malentendus sur l'évaluation en psychiatrie vient de la confusion entre trois notions : la **significativité statistique**, la **significativité clinique** et la **preuve scientifique**. Ces trois notions sont souvent employées comme si

elles étaient équivalentes. Elles ne le sont pas, et leur confusion produit des erreurs de raisonnement aux conséquences importantes.

La significativité statistique

Un résultat est dit **statistiquement significatif** lorsque la probabilité d'observer une différence au moins aussi grande que celle qui a été observée, si en réalité il n'y avait aucune différence, est inférieure à un seuil conventionnel, le plus souvent cinq pour cent. C'est ce que mesure la fameuse « valeur p ». Une valeur p inférieure à 0,05 signifie seulement que le résultat serait peu probable si le traitement n'avait aucun effet.

Elle ne signifie pas trois choses que l'on croit souvent. Elle ne signifie pas que l'effet est **important** : une différence minime peut être statistiquement significative si l'échantillon est très grand. Elle ne signifie pas que l'hypothèse est **vraie** avec une probabilité de 95 % : la valeur p ne mesure pas la probabilité qu'une hypothèse soit vraie. Elle ne signifie pas que le résultat sera **reproduit** : une partie des résultats significatifs sont des faux positifs, d'autant plus nombreux que les études sont petites, nombreuses et que l'on publie préférentiellement les résultats positifs.

L'American Statistical Association, la principale société savante de statisticiens au monde, a publié en 2016 une déclaration exceptionnelle sur l'usage de la valeur p, rappelant précisément ces points : la valeur p ne mesure ni la probabilité que l'hypothèse étudiée soit vraie, ni l'importance d'un effet, et les conclusions scientifiques ou les décisions ne devraient pas reposer uniquement sur le franchissement d'un seuil. Le médecin et épidémiologiste John Ioannidis avait montré en 2005, dans un article intitulé « Why most published research findings are false », que dans de nombreux domaines de la recherche biomédicale, une majorité des résultats publiés et statistiquement significatifs risquaient d'être faux, en raison de la petite taille des études, de la faiblesse des effets recherchés, de la multiplicité des analyses et des biais de publication. La grande tentative de réplication de cent études de psychologie publiée en 2015 par l'*Open Science Collaboration* dans *Science* n'a retrouvé un résultat significatif que dans un peu plus d'un tiers des cas.

La significativité clinique

Un résultat est **cliniquement significatif** lorsque la différence observée est suffisamment importante pour avoir une portée réelle dans la vie des patients. La significativité clinique ne se déduit pas de la valeur p : elle suppose de mesurer l'**ampleur** de l'effet (la « taille d'effet »), et de se demander si cette ampleur correspond à un changement que les patients et les cliniciens jugeraient important.

Plusieurs outils ont été développés pour l'apprécier. La **taille d'effet** exprime la différence entre deux groupes en unités de variabilité : par convention, une taille d'effet de 0,2 est considérée comme faible, de 0,5 comme moyenne, de 0,8 comme forte. La **différence minimale cliniquement importante** désigne le plus petit changement qu'un patient perçoit comme bénéfique. Les psychologues Neil Jacobson et Paula Truax ont proposé en 1991 des critères de **changement cliniquement significatif** à l'échelle individuelle : un patient a changé de manière cliniquement significa-

tive s'il est passé d'un niveau de fonctionnement pathologique à un niveau de fonctionnement normal, et si ce changement dépasse l'erreur de mesure.

L'exemple des antidépresseurs illustre la différence entre les deux notions. Dans la méta-analyse de Cipriani et de ses collègues (2018), tous les antidépresseurs étudiés étaient statistiquement supérieurs au placebo ; mais la taille d'effet moyenne était de l'ordre de 0,3, c'est-à-dire faible, ce qui correspond à une différence de l'ordre de deux points sur l'échelle de dépression de Hamilton. Or des travaux ont montré qu'une différence de cet ordre est difficilement perceptible par les patients et les cliniciens. Le résultat est statistiquement indiscutable ; sa portée clinique, en moyenne, est modeste, ce qui n'empêche pas certains patients de bénéficier fortement du traitement, et d'autres pas du tout. Ce que la moyenne d'un essai ne dit pas, c'est précisément ce qui intéresse le clinicien : pour quel patient, dans quelle situation, ce traitement sera-t-il utile ?

La preuve scientifique

Enfin, ni la significativité statistique ni la significativité clinique ne constituent à elles seules une **preuve scientifique**. Un résultat isolé, même significatif et cliniquement important, n'est pas une preuve : il est un indice. La preuve scientifique est une construction collective, qui suppose la **réplication** du résultat par des équipes indépendantes, la **convergence** de données obtenues par des méthodes différentes, la **cohérence** avec les connaissances existantes, la possibilité de rendre compte du résultat par un **mécanisme** plausible, et l'élimination des **biais** et des explications alternatives. L'épidémiologiste britannique Austin Bradford Hill a formulé en 1965 des critères célèbres pour juger qu'une association observée correspond probablement à une relation causale : force de l'association, constance, spécificité, temporalité, relation dose-effet, plausibilité, cohérence, preuve expérimentale, analogie.

À l'inverse, **l'absence de preuve n'est pas la preuve d'une absence**, comme l'ont rappelé Douglas Altman et Martin Bland dans un article classique du *British Medical Journal* en 1995. Qu'une intervention n'ait pas été évaluée par des essais contrôlés ne prouve pas qu'elle est inefficace ; cela prouve seulement qu'elle n'a pas été évaluée de cette manière. Cette distinction est capitale dans le débat sur les recommandations : classer une pratique parmi les interventions « non recommandées » faute d'essais, c'est confondre l'absence d'un certain type de preuve avec la preuve de son inefficacité.

Les conséquences pour la psychiatrie

La confusion de ces trois notions a des conséquences très concrètes. Elle conduit à présenter comme « prouvés » des traitements dont l'effet est statistiquement significatif mais cliniquement modeste, et comme « non prouvées » des pratiques dont l'efficacité n'a pas été testée par la seule méthode reconnue. Elle conduit à confondre un résultat de recherche sur un groupe avec une prescription pour un individu. Elle conduit à considérer comme scientifique ce qui est seulement significatif. Une politique de santé mentale rigoureuse devrait exiger, de toutes les pratiques, une évaluation adaptée, et présenter les résultats en distinguant clairement ce qui est statistiquement significatif, ce

qui est cliniquement important et ce qui est scientifiquement établi.

Un exemple pour fixer les idées

Un exemple fictif, construit pour l'illustration, permet de fixer les idées. Imaginons deux essais.

Dans le premier, on compare un médicament et un placebo chez dix mille patients. Les patients sous médicament s'améliorent en moyenne d'un point de plus sur une échelle de dépression qui en compte cinquante-deux. Avec un tel effectif, cette différence minime est très largement **statistiquement significative** : la valeur p est inférieure à un millième. Mais elle n'est pas **cliniquement significative** : aucun patient, aucun clinicien ne percevrait une différence d'un point. Et elle ne constitue pas une **preuve scientifique** que le médicament soit utile : elle prouve seulement qu'il a, en moyenne, un très petit effet sur un score.

Dans le second, on compare une psychothérapie et une liste d'attente chez trente patients. Les patients en psychothérapie s'améliorent en moyenne de huit points de plus, une différence cliniquement importante. Mais avec un si petit effectif, la différence n'atteint pas le seuil de significativité statistique : la valeur p est de 0,08. On lira souvent qu'il n'y a « pas d'effet démontré ». Ce n'est pas exact : l'étude est trop petite pour conclure, et l'effet observé est important. Et l'on ne pourra parler de preuve qu'après réplication, avec d'autres patients, d'autres thérapeutes, d'autres comparaisons.

Ces deux exemples montrent pourquoi il ne faut jamais réduire l'évaluation à la question : « est-ce significatif ? ». Il faut toujours demander : quelle est l'ampleur de l'effet, est-elle importante pour les patients, a-t-elle été répliquée, à quoi a-t-on comparé, pendant combien de temps, chez quels patients ?

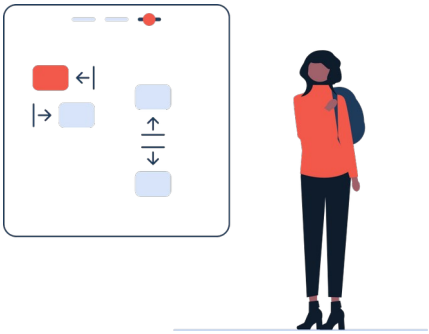
La moyenne et l'individu

Il faut ajouter une dernière distinction. Un essai contrôlé établit un effet **moyen** dans un groupe. Il ne dit pas comment chaque patient réagira. Un effet moyen modeste peut résulter d'un effet important chez certains patients et d'aucun effet chez d'autres ; un effet moyen important peut masquer des patients qui ne sont pas aidés, ou qui sont aggravés. Le passage de la moyenne d'un groupe à la décision pour une personne est précisément le travail du jugement clinique, que l'*evidence-based medicine* bien comprise reconnaît comme son deuxième pilier. C'est aussi pourquoi la connaissance du sujet singulier, de son histoire, de sa situation, de ses préférences, n'est pas un supplément d'âme : elle est une condition de l'application rationnelle des données de la recherche.

2.4 Chronicité, rechute et rétablissement : un objet qui se déploie dans le temps long

Les troubles psychiques graves de l'adulte évoluent sur des années, souvent sur des décennies. Une schizophrénie, un trouble bipolaire, un trouble grave de la personnalité, une dépression récurrente s'inscrivent dans des trajectoires faites d'épisodes, de rémissions, de rechutes, de périodes de stabilité et de remaniements, dont l'issue dépend de multiples facteurs biologiques, psychologiques, relationnels et sociaux.

Les essais contrôlés, eux, durent le plus souvent quelques semaines ou quelques mois. Leurs critères de jugement portent sur la réduction des symptômes à court terme. Ils ne disent presque rien de ce qui importe le plus aux personnes et à leurs proches : le **rétablissement**, c'est-à-dire la possibilité de vivre une vie qui a du sens, d'avoir des relations, un logement, une activité, de faire des projets. Ils ne disent rien non plus des effets à long terme des traitements, qui peuvent différer de leurs effets à court terme, comme l'a montré l'essai de Wunderink sur les antipsychotiques.



Cet écart entre le temps de l'évaluation et le temps de la maladie a une conséquence méthodologique majeure : les données dont on dispose favorisent systématiquement les interventions dont l'effet est rapide et mesurable sur des symptômes, au détriment de celles dont l'effet se construit lentement, dans la durée de la relation, et porte sur la qualité de vie et l'insertion. Une politique qui ne retiendrait que les premières construirait une psychiatrie de l'épisode aigu, incapable d'accompagner les trajectoires. L'évaluation des soins psychiques de l'adulte exige des **cohortes de long terme**, des critères centrés sur le rétablissement et la qualité de vie, et la prise en compte de ce que les personnes elles-mêmes considèrent comme important.

2.5 La critique anthropologique : la réduction du sujet au symptôme et les effets de boucle

Les effets de boucle

Le philosophe canadien Ian Hacking a montré que les catégories qui classent les êtres humains ne sont pas comparables à celles qui classent les objets naturels. Une pierre ne sait pas qu'elle est classée parmi les granites ; un être humain sait qu'il est classé, et cette connaissance modifie sa manière de se comprendre, de se comporter, de raconter son histoire. Ces transformations modifient à leur tour la catégorie elle-même. Hacking appelle ce phénomène les **effets de boucle** des catégories humaines. Ils sont particulièrement visibles en psychiatrie : un diagnostic transforme la manière dont une personne se perçoit, la manière dont les autres la perçoivent, et les communautés qui se forment autour d'un diagnostic transforment en retour la manière dont il est défini et utilisé.



La fatigue d'être soi

Le sociologue Alain Ehrenberg a montré, dans *La Fatigue d'être soi* (1998), comment la dépression était devenue la pathologie emblématique d'une société où chacun est sommé d'être l'entrepreneur de sa propre vie, responsable de sa réussite et de son épanouissement. La dépression y apparaît moins comme une maladie du cerveau que comme une « maladie de la responsabilité », l'envers d'une injonction sociale à l'autonomie et à la performance. Ce travail ne nie pas la réalité de la souffrance dépressive ; il montre qu'elle ne peut être comprise indépendamment des normes sociales qui la façonnent.

Les diagnostics identitaires

Ces analyses éclairent un phénomène récent : l'apparition de **diagnostics identitaires**, en particulier autour de l'autisme et du TDAH de l'adulte, diffusés sur les réseaux sociaux, revendiqués comme des identités plutôt que comme des troubles, et parfois recherchés activement. Ce phénomène a des aspects émancipateurs : il permet à des personnes de se reconnaître, de se regrouper, de revendiquer une place. Il a aussi des effets plus ambigus : il peut conduire à interpréter toute difficulté de vie dans les termes d'un trouble neurologique supposé inné, au détriment de la compréhension de son histoire singulière et de ses conditions sociales. La critique an-

thropologique ne disqualifie pas ces expériences ; elle rappelle que le sujet ne se réduit pas à son diagnostic, ni le diagnostic à une réalité biologique.

2.6 Les limites méthodologiques de l'essai contrôlé randomisé appliqué aux psychothérapies de l'adulte

L'essai contrôlé randomisé est une méthode remarquable, et ce livre blanc ne la conteste pas. Son principe est simple : on répartit au hasard des patients entre deux groupes, l'un recevant le traitement étudié, l'autre un traitement de comparaison, et l'on compare l'évolution des deux groupes. Le tirage au sort garantit que les groupes sont comparables, de sorte que la différence observée peut être attribuée au traitement. Lorsqu'il est réalisé en double aveugle, ni le patient ni l'évaluateur ne savent quel traitement est administré, ce qui élimine les effets des attentes. Pour évaluer un médicament, c'est la meilleure méthode connue.

Appliqué aux psychothérapies, l'essai contrôlé rencontre des limites structurelles, reconnues par les méthodologistes eux-mêmes.

L'absence de double aveugle. On ne peut pas administrer une psychothérapie à l'insu du patient ni du thérapeute. Le patient sait quelle thérapie il reçoit ; le thérapeute sait laquelle il pratique. Les attentes, l'engagement, la croyance dans la méthode, qui sont précisément des ingrédients de toute psychothérapie, ne peuvent pas être neutralisés.

L'hétérogénéité des groupes contrôles. À quoi comparer une psychothérapie ? À une liste d'attente, ce qui surestime l'effet ; à des « soins habituels », dont le contenu varie considérablement d'une étude à l'autre ; à une autre psychothérapie, ce qui suppose que les deux soient pratiquées avec la même compétence et la même conviction. Selon le groupe de comparaison choisi, le même traitement peut paraître très efficace ou pas du tout.

L'effet d'allégeance du chercheur. Il est bien documenté que les essais comparant deux psychothérapies tendent à favoriser celle à laquelle les chercheurs sont attachés. Cet effet d'allégeance ne suppose aucune malhonnêteté : il tient au choix des critères, à la compétence relative des thérapeutes dans chaque bras, à la conduite de l'étude. Il impose une prudence particulière dans l'interprétation des comparaisons.

La validité externe. Les patients inclus dans les essais sont sélectionnés : souvent, on exclut ceux qui présentent plusieurs troubles, un risque suicidaire, une addiction, une précarité sociale, c'est-à-dire une grande partie des patients réels de la psychiatrie publique. Les thérapies sont pratiquées selon un manuel, sur une durée fixe, par des thérapeutes formés et supervisés.

Les résultats obtenus dans ces conditions ne se transposent pas automatiquement aux conditions réelles de la pratique.

Le verdict du Dodo et les facteurs communs

En 1975, le psychologue Lester Luborsky et ses collègues constataient que, lorsqu'on compare des psychothérapies d'orientations différentes, conduites par des thérapeutes compétents, leurs résultats sont le plus souvent équivalents. Ils résumèrent ce constat par une formule empruntée à *Alice au pays des merveilles*, où l'oiseau Dodo déclare à l'issue d'une course : « Tout le monde a gagné, et tous doivent avoir un prix. » Ce « verdict du Dodo » a été discuté, nuancé, contesté pour certains troubles particuliers ; mais il a été largement confirmé dans l'ensemble. Bruce Wampold et Zac Imel, dans *The Great Psychotherapy Debate* (2015), ont rassemblé les données disponibles : les différences d'efficacité entre psychothérapies de bonne qualité sont faibles, tandis que les **facteurs communs**, l'alliance thérapeutique, l'empathie, les attentes du patient, la cohérence du cadre proposé, la personne du thérapeute, expliquent une part beaucoup plus importante des résultats.

Ce résultat a une portée considérable. Il signifie que ce qui soigne, dans une psychothérapie, n'est pas principalement une technique spécifique, mais une relation dotée de certaines qualités. C'est très exactement ce que ce livre blanc appelle le soin par l'interaction et par le lien. Il signifie aussi qu'une politique qui sélectionnerait les psychothérapies remboursables selon leur orientation théorique, au nom de différences d'efficacité que les données ne montrent pas, n'aurait pas de fondement scientifique.

2.7 Retrouver l'evidence-based practice dans sa plénitude

En 2006, l'American Psychological Association a adopté une définition de la pratique fondée sur les preuves en psychologie (*evidence-based practice in psychology*). Elle la définit comme « l'intégration des meilleures données de la recherche disponibles avec l'expertise clinique, dans le contexte des caractéristiques, de la culture et des préférences du patient ». Cette définition reprend les trois piliers de Sackett, et elle précise que les « meilleures données » ne se limitent pas aux essais contrôlés, mais incluent les études cliniques, les études de processus, les études de cas systématiques, les études qualitatives et les études en conditions réelles.

Retrouver l'*evidence-based practice* dans sa plénitude, c'est d'abord refuser sa réduction à une liste de traitements recommandés pour chaque catégorie diagnostique. C'est reconnaître l'**expertise clinique** comme une forme de connaissance à part entière, qui s'acquiert par la formation, la supervision et l'expérience, et qui permet d'adapter les connaissances générales à un patient singulier. C'est reconnaître enfin les **valeurs et préférences du patient** comme une composante de la décision, et non comme un obstacle à l'application des recommandations.

Cette conception se traduit par la **décision partagée** : le soignant présente loyalement les différentes options, leurs bénéfices attendus, leurs risques et leurs incertitudes ; le patient exprime ses valeurs, ses préférences et ses priorités ; la décision est construite ensemble. La décision partagée est particulièrement importante en psychiatrie adulte, où les traitements sont souvent longs, leurs effets indésirables significatifs, et où l'adhésion du patient conditionne largement leur efficacité.

2.8 Les méthodes alternatives d'évaluation

Évaluer les soins psychiques avec des méthodes adaptées n'est pas renoncer à l'évaluation ; c'est au contraire l'exiger avec plus de rigueur. De nombreuses méthodes existent, reconnues par la communauté scientifique internationale.

Le cas unique formalisé. L'étude de cas, qui a fondé la clinique psychiatrique et psychanalytique, peut être conduite selon des protocoles rigoureux : mesures répétées avant, pendant et après l'intervention, évaluation par des juges indépendants, critères définis à l'avance. Les plans expérimentaux à cas unique permettent d'établir un lien entre une intervention et un changement chez un patient donné.

La recherche fondée sur la pratique. Plutôt que de transporter la pratique dans les conditions artificielles de l'essai, on étudie la pratique telle qu'elle se déroule, en réseau, avec des praticiens qui recueillent des données selon des méthodes communes. Cette approche permet d'étudier les patients réels, dans des conditions réelles.

Les études en conditions réelles de soin et les cohortes de long terme. On suit des patients pendant des années, sans intervenir sur leur traitement, pour observer leur évolution et les facteurs qui y sont associés. Ces études sont indispensables pour connaître le devenir à long terme des troubles et des traitements.

La recherche qualitative. Des entretiens approfondis avec des patients, des proches et des soignants permettent de comprendre ce qui, dans un soin, a été aidant ou non, et pourquoi. La recherche qualitative obéit à des règles méthodologiques précises et produit des connaissances que les mesures quantitatives ne peuvent pas produire.

Les mesures centrées sur le patient. Les résultats rapportés par les patients eux-mêmes (*patient-reported outcomes*), portant sur leur qualité de vie, leur rétablissement, ce qui compte pour eux, complètent les échelles de symptômes remplies par des évaluateurs.

Les études de processus. Elles cherchent à comprendre comment une intervention produit ses effets : quels éléments de la relation, quels moments, quels changements intermédiaires sont associés à l'amélioration.

Ces méthodes ne sont pas des méthodes de second rang. Elles répondent à des questions que l'essai contrôlé ne peut pas traiter. Une politique de recherche équilibrée devrait les financer à la hauteur de leur intérêt.

2.9 La reconnaissance décisive du Medical Research Council : la clinique du sujet comme intervention complexe

Le Medical Research Council (MRC) est le grand organisme public de recherche médicale du Royaume-Uni, l'un des plus anciens et des plus respectés au monde. Depuis 2000, il publie un cadre méthodologique pour le développement et l'évaluation des interventions complexes, révisé en 2008, puis profondément renouvelé en 2021 dans un article de Kathryn Skivington et de ses collègues publié dans le *British Medical Journal*.

Une intervention est dite complexe lorsqu'elle comporte plusieurs composantes en interaction, qu'elle exige des comportements et des compétences particuliers de la part de ceux qui la délivrent comme de ceux qui la reçoivent, qu'elle agit à plusieurs niveaux d'organisation, qu'elle produit des effets multiples et variables, et qu'elle doit s'adapter à son contexte. Le cadre de 2021 insiste sur le fait que la question pertinente n'est pas seulement « cette intervention marche-t-elle ? », mais aussi « comment marche-t-elle, pour qui, dans quelles circonstances, et à quel coût ? ». Il recommande de combiner plusieurs approches : études d'efficacité, mais aussi études de processus, évaluations réalistes, études économiques, recherche qualitative, et attention systématique au contexte.

Cette reconnaissance est décisive pour la psychiatrie adulte. La **psychothérapie institutionnelle**, les **psychothérapies psychodynamiques** au long cours, la **réhabilitation psychosociale**, le suivi d'une personne psychotique par une équipe de secteur, le dialogue ouvert, le programme « Un chez-soi d'abord », sont des interventions complexes au sens du MRC. Elles ne peuvent pas être évaluées comme un médicament, et le fait qu'elles ne l'aient pas été ne constitue pas une preuve de leur inefficacité. Le cadre du MRC ne vient pas de psychanalystes ni de critiques de l'*evidence-based medicine* : il est la doctrine officielle d'un des grands organismes de recherche biomédicale au monde. Il fonde la demande, centrale dans ce livre blanc, que ces interventions soient reconnues et évaluées selon des méthodes adaptées.

2.10 La psychiatrie dite de précision chez l'adulte : des promesses réelles, des résultats presque nuls

Cette section est au cœur de l'argumentation de ce livre blanc. Il faut donc décrire honnêtement ce dont on parle, car la critique d'une caricature ne vaut rien.

Ce qu'est la psychiatrie dite de précision

La psychiatrie dite de précision, ou personnalisée, ou stratifiée, part d'un constat exact : les catégories diagnostiques actuelles rassemblent des patients très différents sous une même étiquette, et les traitements y fonctionnent chez certains sans fonctionner chez d'autres. Son ambition est de découper autrement : non plus selon les symptômes rapportés, mais selon des mécanismes biologiques, à l'aide de **biomarqueurs**, génétiques, d'imagerie cérébrale, électrophysiologiques, inflammatoires, cognitifs, qui permettraient de constituer des sous-groupes homogènes de patients et de leur attribuer des traitements ciblés. Le modèle est celui de la cancérologie, où l'analyse génétique d'une tumeur oriente aujourd'hui le choix du traitement.



Un **biomarqueur** est une mesure biologique objective qui permet de reconnaître une maladie, d'en prédire l'évolution ou de choisir un traitement. La glycémie est un biomarqueur du diabète ; la troponine, de l'infarctus du myocarde ; l'expression de certains récepteurs, de certains cancers du sein. Un biomarqueur utile en clinique doit être fiable, reproductible, et surtout capable de classer correctement un **individu**, et pas seulement de distinguer des groupes en moyenne.

En France, le programme **PROPSY**, lancé en 2022 dans le cadre des programmes et équipements prioritaires de recherche et doté de 80 millions d'euros sur sept ans, poursuit cet objectif dans plusieurs troubles de l'adulte : schizophrénie, troubles bipolaires, dépression résistante, autisme. Il s'appuie notamment sur le ré-

seau des centres experts. Ce financement est en lui-même une bonne nouvelle pour une discipline longtemps sous-dotée en recherche. Le problème n'est pas qu'on finance cette recherche ; il est qu'on en fasse, par anticipation, le modèle d'organisation de l'ensemble du système.

Le bilan : aucun biomarqueur en pratique

Après plus de deux décennies d'efforts considérables, aucun biomarqueur n'est entré dans la pratique clinique courante pour aucun trouble psychiatrique de l'adulte. Il n'existe aucun examen biologique, d'imagerie ou génétique qui permette de poser, de confirmer ou d'infirmer un diagnostic de schizophrénie, de trouble bipolaire, de dépression ou de trouble anxieux. Il n'existe aucun test qui permette de prédire, chez un patient donné, de manière cliniquement utile, s'il répondra à tel antidépresseur ou à tel antipsychotique.

Les résultats existent, mais ils sont d'une autre nature. Ce sont des **différences de groupe** : en moyenne, les patients atteints de schizophrénie présentent certaines différences de volume cérébral, certaines anomalies électrophysiologiques, certains profils génétiques, par rapport à des personnes sans trouble. Ces différences sont statistiquement significatives, mais elles sont faibles et s'accompagnent de **recouvrements massifs** entre les groupes, de sorte qu'elles ne permettent pas de classer un individu. Un exemple simple permet de comprendre ce point : en moyenne, les hommes sont plus grands que les femmes, et la différence est parfaitement significative ; pourtant, connaître la taille d'une personne, disons un mètre soixante-dix, ne permet pas de dire si c'est un homme ou une femme, parce que les deux distributions se recouvrent largement. Les différences cérébrales décrites en psychiatrie sont de cet ordre, et souvent beaucoup plus faibles. L'écart entre la signification statistique d'une différence de moyennes et l'utilité clinique d'un test individuel est le point aveugle de toute la communication sur ce sujet.

Ce que la précision a réellement produit

Soyons exacts sur le bilan, car on le présente d'ordinaire par ses promesses.

La **pharmacogénétique** permet, dans quelques situations, d'identifier des patients qui métabolisent certains médicaments de manière très rapide ou très lente, et d'ajuster la posologie. Son apport est réel ; il est marginal : il ne modifie ni le diagnostic, ni le choix de la stratégie thérapeutique, ni le pronostic, et les études n'ont pas montré de bénéfice clinique majeur de son usage systématique.

La **génétique médicale** identifie, chez une minorité de patients présentant notamment une déficience intellectuelle associée, des anomalies chromosomiques ou des variants rares, dont la connaissance peut être précieuse pour les familles. Mais ces résultats relèvent de la génétique médicale et non d'une psychiatrie de précision, et ils ne commandent, dans la quasi-totalité des cas, aucun traitement psychiatrique spécifique. Les grandes études génétiques ont par ailleurs montré que les facteurs de risque génétiques sont largement **partagés** entre des troubles que les classifications séparent, schizophrénie, trouble bipolaire, dépression, autisme, TDAH, et que les scores polygéniques, qui additionnent

ces facteurs, n'ont qu'une faible valeur prédictive à l'échelle individuelle.

L'**imagerie cérébrale** et l'**électrophysiologie** ont produit des connaissances fondamentales sur le cerveau et son développement, et aucun outil utilisable en consultation. Les tentatives de classer les patients à partir de leur imagerie, prometteuses dans de petites études, ont vu leurs performances diminuer à mesure que les échantillons s'agrandissaient, signe que les résultats initiaux tenaient en partie à des effectifs réduits et à des biais.

Voilà le bilan après vingt ans : il n'est pas nul ; il est **presque nul** au regard des promesses formulées et des moyens engagés.

Le bilan de Thomas Insel

Le témoignage le plus éloquent de ce bilan vient de celui qui a le plus fait pour promouvoir cette orientation. Thomas Insel a dirigé pendant treize ans, de 2002 à 2015, le National Institute of Mental Health (NIMH), principal financeur mondial de la recherche en psychiatrie. Il a été le promoteur le plus déterminé de la psychiatrie biologique et de la psychiatrie de précision ; c'est lui qui a lancé, en 2010, les **Research Domain Criteria** (RDoC), destinés à remplacer, pour la recherche, les catégories du DSM par des dimensions biologiquement fondées. En 2017, après son départ, il formulait le bilan de son action dans une déclaration devenue célèbre : il avait passé treize ans au NIMH à promouvoir les neurosciences et la génétique des troubles mentaux, et il estimait avoir réussi à faire publier beaucoup d'articles remarquables par des chercheurs de haut niveau, à un coût de l'ordre de vingt milliards de dollars, sans avoir réussi à faire reculer le suicide, les hospitalisations, ni à améliorer le rétablissement des dizaines de millions de personnes atteintes de troubles mentaux. Ce n'est pas un adversaire de la psychiatrie biologique qui parle : c'est celui qui l'a financée.

La psychiatrie biologique n'existe pas

Il faut aller plus loin, et nommer ce qui nous paraît le point aveugle du débat : **la psychiatrie biologique, au sens strict du terme, n'existe pas à ce jour.**

Une discipline biologique, au sens strict, est une discipline où l'on identifie un mécanisme, où l'on en déduit une cible, et où l'on conçoit un traitement qui agit sur cette cible. C'est l'histoire de l'insuline dans le diabète de type 1, des antibiotiques dans les infections bactériennes, des thérapies ciblées dans certains cancers, de la lévodopa dans la maladie de Parkinson. Rien de tel n'existe en psychiatrie : aucun trouble psychiatrique n'a de mécanisme biologique établi ; aucun traitement psychiatrique n'a été conçu à partir d'un mécanisme établi ; aucun examen biologique n'intervient dans le diagnostic.

Ce qui existe, c'est une **psychiatrie pharmacologique**. Elle prescrit des médicaments dont on connaît les effets statistiques, mesurés dans des essais, et les effets indésirables, mais dont on ne connaît pas le mécanisme d'action thérapeutique. Comme nous l'avons rappelé, les grandes classes de psychotropes ont été découvertes par hasard ou par observation clinique, et les théories biologiques des troubles ont été déduites, après coup, de l'action des médicaments. On a supposé un

excès de dopamine dans la schizophrénie parce que les neuroleptiques bloquent la dopamine, un déficit de sérotonine dans la dépression parce que les antidépresseurs l'augmentent ; ces hypothèses sont aujourd'hui largement affaiblies, et aucune classe thérapeutique véritablement nouvelle, conçue à partir d'une cible identifiée, n'a vu le jour depuis des décennies.

Cette psychiatrie pharmacologique a sa valeur, et ce livre blanc ne la conteste pas. Le lithium prévient des rechutes et des suicides ; un antipsychotique peut permettre à une personne de sortir d'un épisode délirant ; un antidépresseur peut sauver une personne mélancolique. Il n'y a nulle honte à une pratique empirique : l'aspirine a soulagé pendant des décennies avant que l'on en comprenne le mécanisme. Mais il faut appeler les choses par leur nom. **Une psychiatrie pharmacologique est une bonne chose ; elle est différente d'une psychiatrie biologique.** Elle ne procède d'aucune compréhension des mécanismes ; elle administre des substances sans savoir pourquoi elles agissent chez celui-ci et pas chez celui-là. Elle ne peut donc pas servir de socle à une architecture qui prétendrait organiser les soins à partir d'une connaissance biologique des troubles, parce que cette connaissance n'existe pas.

La psychiatrie dite de précision se trouve alors dans une situation singulière : elle promet d'appliquer à un champ sans mécanismes identifiés une méthode qui suppose précisément des mécanismes identifiés. Son contenu réel, aujourd'hui, se réduit pour l'essentiel à l'espoir de mieux prédire qui répondra à quelle molécule parmi celles que nous avons déjà, c'est-à-dire à une amélioration de la psychiatrie pharmacologique existante, et non à l'avènement d'une psychiatrie causale. C'est un objectif estimable. Ce n'est pas une révolution, et cela ne justifie pas de réorganiser autour d'elle l'accueil des adultes en souffrance.

La non-réplication et le double langage

Il faut ajouter à ce bilan ce que les travaux de François Gonon, présentés plus haut, ont mis en évidence : une part importante des résultats biologiques médiatisés n'est pas confirmée par la suite, et ces infirmations ne font presque jamais l'objet d'une communication publique. Le bilan réel de la psychiatrie de précision est donc encore plus modeste que ne le laisse croire la littérature initiale, et beaucoup plus modeste que ne le laisse croire la communication publique.

La recherche doit se poursuivre

Rien de ce qui précède ne conduit à demander l'arrêt de la recherche biologique en psychiatrie. Le cerveau joue évidemment un rôle dans la vie psychique, et mieux le connaître est un objectif scientifique légitime. Il est possible que des découvertes importantes surviennent, et il faut s'en donner les moyens. Ce livre blanc demande seulement trois choses. Que cette recherche soit présentée au public et aux décideurs avec exactitude, sans promesses qu'elle ne peut pas tenir. Qu'elle ne soit pas **seule** à recevoir des financements, et que la recherche clinique de terrain, sur les soins réellement délivrés, soit enfin financée. Et surtout, qu'elle **ne soit pas seule à diriger l'architecture des soins** : on ne peut pas organiser aujourd'hui un système de soins

sur les résultats espérés de demain, et faire porter le coût de cette anticipation aux personnes qui attendent aujourd'hui un premier rendez-vous.

Pourquoi les promesses n'ont pas été tenues

Il est utile de comprendre pourquoi les promesses de la psychiatrie de précision n'ont pas été tenues, car ces raisons ne relèvent pas d'un manque de talent ou de moyens.

Des catégories hétérogènes. La recherche biologique cherche des marqueurs de catégories diagnostiques, schizophrénie, dépression, trouble bipolaire, qui rassemblent des personnes très différentes. Si une même catégorie regroupe des situations produites par des mécanismes différents, chercher « le » marqueur de cette catégorie revient à chercher la cause unique de la fièvre. Les effets se diluent à mesure que les échantillons grandissent et deviennent plus hétérogènes.

Des effets très faibles. Les facteurs biologiques identifiés, variants génétiques fréquents, différences de volume cérébral, marqueurs inflammatoires, ont chacun des effets minimes. Ils signalent des vulnérabilités générales, souvent partagées entre plusieurs troubles, plutôt que des mécanismes spécifiques.

La complexité des niveaux. La souffrance psychique se constitue à plusieurs niveaux, biologique, psychologique, relationnel, social, culturel, qui interagissent tout au long de la vie. Un marqueur biologique ne peut, au mieux, saisir qu'un aspect d'un processus qui se joue aussi ailleurs.

Les biais de la recherche. Petits échantillons, multiplicité des analyses, publication préférentielle des résultats positifs, faible taux de réplication : ces biais, documentés dans l'ensemble de la recherche biomédicale, sont particulièrement marqués dans les neurosciences, où les études d'imagerie ont longtemps reposé sur quelques dizaines de participants.

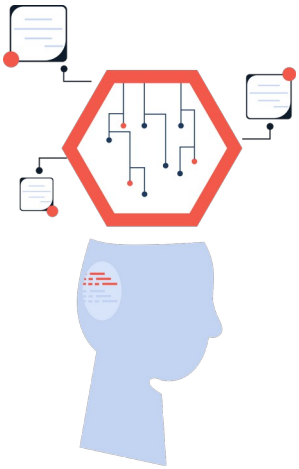
L'inférence inversée. Un dernier problème est plus conceptuel. Lorsqu'une région cérébrale s'active chez des personnes déprimées, on est tenté de conclure que cette activation est la cause de la dépression. Elle peut tout aussi bien en être la conséquence, ou le corrélat d'un état émotionnel qui n'a rien de spécifique. Le cerveau étant l'organe de toute expérience, il est inévitable qu'une expérience de souffrance s'accompagne de modifications cérébrales ; cela ne dit rien, en soi, de sa cause.

Ces difficultés ne condamnent pas la recherche biologique. Elles invitent à la modestie dans les promesses, à la prudence dans la communication, et à la diversification des recherches.

2.11 Le « tout cérébral » : un pari philosophique, non une preuve, et une orientation contraire à celle de l'OMS

La décennie du cerveau

En 1990, le président des États-Unis proclamait les années 1990 « décennie du cerveau ». Les espoirs étaient considérables : les progrès des neurosciences devaient transformer la compréhension et le traitement des troubles mentaux. Trente-cinq ans plus tard, les neurosciences fondamentales ont accompli des progrès remarquables dans la connaissance du cerveau ; leurs retombées cliniques en psychiatrie restent, comme on l'a vu, très limitées. L'écart entre neurosciences fondamentales et clinique psychiatrique ne s'est pas réduit.



Le programme RDoC

Le programme RDoC lancé par le NIMH en 2010 est révélateur. Il part d'un constat juste : les catégories du DSM ne découpent pas la réalité biologique. Il en tire une conclusion radicale : il faut, pour la recherche, abandonner ces catégories au profit de « domaines de fonctionnement », systèmes de récompense, de menace, de cognition, de régulation, étudiés à tous les niveaux, des gènes aux comportements. Ce programme est intéressant comme orientation de recherche. Mais il repose sur un présupposé qui n'est pas démontré : que la souffrance psychique pourrait être entièrement décrite et expliquée à partir de ces systèmes, le niveau de l'expérience vécue, du sens, des relations et de l'histoire n'étant qu'un niveau parmi d'autres, et non le niveau où se pose la question clinique.

Un pari philosophique

L'idée que toute la vie psychique se réduit à l'activité cérébrale, et que la compréhension du cerveau suffira à comprendre et à soigner la souffrance psychique, n'est pas un résultat scientifique. C'est une **thèse philosophique**, un pari sur l'avenir de la connaissance. Ce pari est respectable, mais il n'est pas démontré, et d'autres positions philosophiques, défendues par des philo-

sophes de l'esprit et des scientifiques, sont tout aussi légitimes : celles qui considèrent que la vie psychique, si elle dépend du cerveau, ne s'y réduit pas, parce qu'elle se constitue aussi dans les relations, le langage, la culture et l'histoire. Que le cerveau soit la condition de la pensée ne signifie pas que la pensée soit seulement du cerveau. On peut ajouter que le cerveau lui-même est façonné par l'expérience, les relations et l'environnement tout au long de la vie : les neurosciences de la plasticité montrent l'influence de l'histoire singulière sur le cerveau autant que celle du cerveau sur l'histoire.

Une politique publique n'a pas à trancher ce débat philosophique. Elle commet une erreur lorsqu'elle organise les soins comme s'il était tranché.

Une orientation contraire aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé

Il faut le souligner avec force : l'orientation biomédicale exclusive n'est pas seulement discutable sur le plan scientifique ; elle est **contraire aux orientations de l'Organisation mondiale de la santé**, telles qu'elles se sont affirmées avec constance depuis plus de dix ans.

La définition de la santé. Dès sa Constitution de 1946, l'OMS définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition, qui n'a jamais été modifiée, inscrit d'emblée la santé mentale dans une perspective globale et sociale.

Le plan d'action global. Le *Plan d'action global pour la santé mentale* 2013-2020, prolongé jusqu'en 2030 par l'Assemblée mondiale de la santé, fixe parmi ses principes transversaux la couverture sanitaire universelle, le respect des droits humains, la pratique fondée sur des données factuelles, une approche couvrant toute la vie, une approche **multisectorielle** et l'autonomisation des personnes atteintes de troubles mentaux. Il appelle explicitement à transférer les ressources des hôpitaux psychiatriques vers des **services communautaires** et à agir sur les déterminants sociaux.

Les orientations sur les services communautaires. En 2021, l'OMS a publié ses *Orientations sur les services communautaires de santé mentale : promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits* (*Guidance on Community Mental Health Services*). Elle y appelle à dépasser un modèle centré sur le diagnostic, le traitement médicamenteux et la réduction des symptômes, pour développer des services qui respectent la capacité juridique des personnes, favorisent leur participation, renoncent à la contrainte, intègrent la communauté et soutiennent le rétablissement. Elle y présente des exemples de services de crise, de soutien entre pairs, de soutien à la vie dans la communauté, dans de nombreux pays, dont l'expérience de Trieste et celle du dialogue ouvert.

Le rapport mondial sur la santé mentale. En 2022, le *Rapport mondial sur la santé mentale : transformer la santé mentale pour tous* (*World Mental Health Report: Transforming mental health for all*) appelle à une transformation profonde des systèmes de santé mentale, en insistant sur les **dé-**

terminants sociaux et structurels, pauvreté, violences, inégalités, discriminations, sur le développement de soins de proximité, sur la protection des droits humains et sur la diversification des réponses au-delà de la seule réponse médicale.

Santé mentale, droits humains et législation. En 2023, l'OMS et le Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme ont publié des orientations communes, *Santé mentale, droits humains et législation : orientations et pratiques* (*Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*), qui invitent les États à réformer leur législation pour réduire, et à terme éliminer, les pratiques coercitives, et à fonder les systèmes de santé mentale sur les droits et le consentement.

Le Rapporteur spécial des Nations unies. En 2017, le Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le psychiatre lituanien Dainius Pūras, a présenté au Conseil des droits de l'homme un rapport (A/HRC/35/21) d'une grande netteté. Il y constatait que les politiques de santé mentale étaient dominées par le **modèle biomédical**, que les grands acteurs de la psychiatrie avaient contribué à une surestimation du rôle des facteurs biologiques et à un usage excessif des médicaments psychotropes, et que cette domination s'était faite au détriment des approches psychosociales et de la prise en compte des déterminants sociaux. Il appelait à un **changement de paradigme**, fondé sur les droits humains, les relations et les déterminants de la santé mentale.

Le programme QualityRights. L'OMS a enfin développé, depuis 2012, le programme *QualityRights*, qui propose des outils d'évaluation et de formation pour améliorer la qualité des soins et le respect des droits dans les services de santé mentale, et qui insiste sur l'accueil, le consentement, la relation et la participation des personnes.

Ces textes convergent. Ils ne rejettent ni la science, ni le médicament, ni la recherche biologique. Mais ils affirment, avec l'autorité de l'organisation internationale compétente, que les systèmes de santé mentale doivent être **centrés sur la personne**, **fondés sur les droits**, **implantés dans la communauté**, **attentifs aux déterminants sociaux**, et qu'ils doivent sortir de la domination exclusive du modèle biomédical. Une politique française qui concentrerait ses efforts sur le repérage, le diagnostic catégoriel, les centres experts et la recherche de biomarqueurs, en laissant se défaire les soins de proximité, irait exactement **à rebours** de ces recommandations. Le secteur, la psychothérapie institutionnelle, les équipes mobiles, le logement d'abord, la pair-aidance correspondent au contraire très précisément à ce que l'OMS appelle de ses vœux.

Réductionnisme méthodologique et réductionnisme ontologique

Il faut distinguer, pour éviter les malentendus, deux formes de réductionnisme. Le **réductionnisme méthodologique** consiste, pour les besoins d'une recherche, à isoler un niveau d'analyse, une molécule, un circuit, un gène, et à l'étudier en laissant provisoirement de côté les autres niveaux. C'est une démarche scientifique lé-

gitime et féconde ; toute recherche procède ainsi. Le **réductionnisme ontologique** affirme que seul ce niveau élémentaire est réel ou explicatif, et que les autres niveaux, la pensée, le sens, la relation, la culture, n'en sont que des effets sans consistance propre. C'est une thèse philosophique, que rien dans les résultats scientifiques n'impose.

Le problème de la politique de santé mentale actuelle n'est pas qu'elle finance une recherche biologique méthodologiquement réductionniste : c'est qu'elle organise les soins comme si le réductionnisme ontologique était démontré. Elle agit comme si la souffrance psychique n'était qu'un dysfonctionnement cérébral, comme si le sens qu'elle a pour la personne, la relation dans laquelle elle se soigne et les conditions sociales dans lesquelles elle se produit n'étaient que des facteurs secondaires. Cette confusion entre une méthode de recherche et une conception de l'être humain est au cœur de ce que ce livre blanc appelle l'orientation biomédicale exclusive.

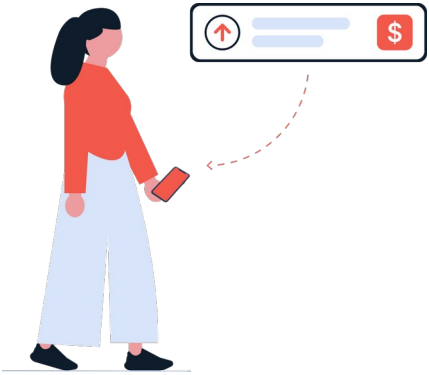
Ce qu'une orientation contraire à l'OMS produit concrètement

On mesure les conséquences concrètes de cet écart avec les recommandations internationales en considérant quelques indicateurs simples. Là où l'OMS recommande de réduire la contrainte, la France voit les soins sans consentement augmenter. Là où l'OMS recommande des services communautaires de proximité, la France laisse ses CMP se dégrader et multiplie les dispositifs spécialisés. Là où l'OMS recommande d'agir sur les déterminants sociaux, la France consacre l'essentiel de ses programmes de recherche prioritaires à la recherche de biomarqueurs. Là où l'OMS recommande la participation des personnes concernées et la diversification des réponses, la France envisage de rendre opposables des recommandations qui restreindraient les choix. Ce livre blanc ne prétend pas que l'OMS ait raison sur tout. Il constate que la France, pays qui a inventé le secteur et la psychothérapie institutionnelle, et dont l'architecture historique correspondait à ces recommandations, est en train de s'en éloigner.

2.12 Trois registres de conflits d'intérêts : financiers, intellectuels et émotionnels

La question des conflits d'intérêts est souvent réduite aux liens financiers avec l'industrie pharmaceutique. Ce livre blanc propose d'en distinguer trois registres, qui doivent tous être rendus publics, sans qu'aucun ne disqualifie par lui-même une personne ou une position.

Les conflits d'intérêts financiers désignent les liens avec l'industrie du médicament, des dispositifs médicaux ou du numérique : rémunérations, financements de recherche, participation à des conseils scientifiques, prise en charge de congrès. Ils doivent être déclarés, et leur déclaration rendue publique, comme le prévoit la loi. Il faut y ajouter les intérêts liés au marché de la formation, de la certification et de la labellisation des méthodes : lorsqu'une autorité recommande une méthode, elle crée un marché pour ceux qui la forment et la certifient.



Les conflits d'intérêts intellectuels désignent l'adhésion forte à un paradigme, à une école, à une théorie, qui peut orienter le jugement. Un expert qui a consacré sa carrière à une approche n'est pas un juge neutre des approches concurrentes. Ce registre ne disqualifie personne, mais il impose que les groupes d'experts chargés d'élaborer des recommandations soient composés de manière pluraliste, et que leur composition soit publique.

Les conflits d'intérêts émotionnels désignent les expériences personnelles douloureuses, celles d'usagers ou de proches ayant vécu des soins inadaptés, des théories culpabilisantes, des contraintes injustes, qui donnent à leur parole une légitimité et une force considérables. Ces expériences doivent être entendues, et elles l'ont trop peu été. Mais elles ne peuvent pas, à elles seules, trancher un débat scientifique : la souffrance vécue est une source de connaissance précieuse sur ce qui doit changer, non une preuve de l'efficacité ou de l'inefficacité d'une méthode.

Les liens institutionnels et le marché de la formation forment un quatrième registre, souvent ignoré parce qu'il ne passe pas par l'industrie du médicament. Une méthode recommandée crée un marché : formations, certifications, supervisions, labels, prestations. Des experts ou des associations qui participent à l'élaboration des recommandations peuvent aussi diriger

des organismes de formation, siéger dans la gouvernance d'établissements et de services qui appliquent les méthodes recommandées, ou dépendre de financements conditionnés à leur mise en œuvre. Ces liens ne sont pas illégitimes en eux-mêmes, mais ils doivent être déclarés, rendus publics et analysés au même titre que les liens avec les laboratoires. Le guide de déontologie de la Haute Autorité de santé, dans sa version de 2023, reconnaît d'ailleurs explicitement que l'intérêt en cause peut être « financier ou intellectuel », notamment lorsqu'il s'agit de promouvoir ou de défendre un courant de pensée ; il reste à appliquer cette règle de manière publique et systématique dans les recommandations de santé mentale.

2.13 La médecine narrative



La médecine narrative, développée notamment par Rita Charon à l'université Columbia, et la *Narrative Based Medicine* proposée par Trisha Greenhalgh et Brian Hurwitz dans un ouvrage de 1998, partent d'un constat simple : la maladie est vécue et racontée par un sujet, et la compréhension de ce récit fait partie du soin. Le médecin qui sait écouter, recueillir et interpréter le récit du patient recueille des informations qu'aucun questionnaire ne fournit, construit une relation de confiance, et aide le patient à donner sens à ce qui lui arrive.

Ces approches proposent de dépasser l'opposition entre la preuve et la clinique. Elles ne rejettent pas la médecine fondée sur les preuves ; elles rappellent que les preuves s'appliquent à des personnes qui ont une histoire, et que cette histoire fait partie de la situation clinique. En psychiatrie, cette dimension est centrale. Le **récit** joue un rôle essentiel dans le rétablissement : se rétablir, c'est souvent pouvoir raconter autrement son histoire, intégrer l'épisode de la maladie dans une trajectoire de vie, se ré approprier une identité qui ne se réduit pas au diagnostic. Les **savoirs expérientiels** des personnes concernées, ce qu'elles ont appris de leur propre expérience de la maladie et du soin, sont une source de connaissance que la pair-aidance a commencé à reconnaître et que la recherche doit apprendre à intégrer.

2.14 Ce que la recherche sur l'alliance thérapeutique enseigne à la psychiatrie adulte

L'alliance thérapeutique désigne la qualité de la relation de collaboration entre le patient et le soignant : l'accord sur les objectifs du soin, l'accord sur les moyens d'y parvenir, et le lien affectif de confiance qui les unit. La notion, issue de la psychanalyse, a été formalisée par le psychologue Edward Bordin à la fin des années 1970, et elle a fait depuis l'objet de centaines d'études.

La méta-analyse la plus importante à ce jour, publiée en 2018 par Christoph Flückiger et ses collègues dans la revue *Psychotherapy*, a rassemblé près de trois cents études portant sur plus de trente mille patients. Elle a établi une association constante et robuste entre la qualité de l'alliance et les résultats du traitement, quel que soit le type de psychothérapie, le trouble traité, le mode d'évaluation de l'alliance ou le pays. L'alliance est l'un des prédicteurs de résultat les mieux établis de toute la recherche en psychothérapie.



Ce résultat est d'une portée considérable pour la psychiatrie adulte. Il établit scientifiquement ce que la psychiatrie du lien affirme cliniquement : la relation n'est pas l'emballage du soin, elle en est une composante active. Il en découle des conséquences pratiques. Une organisation des soins qui fait changer constamment les interlocuteurs d'un patient, qui fragmente le parcours entre des dispositifs successifs, qui limite à l'avance la durée de la relation, dégrade la condition même de l'efficacité des soins. À l'inverse, une organisation qui garantit la **continuité** des relations, la disponibilité des soignants et le temps nécessaire à la construction de la confiance, agit sur l'un des leviers les plus puissants du soin. L'alliance n'est pas une affaire de bonne volonté : c'est une affaire d'architecture.

Les ruptures de l'alliance

Les recherches de Jeremy Safran et Christopher Muran ont montré un autre point important : les **ruptures** de l'alliance, moments de tension, de malentendu, de retrait ou de conflit entre patient et soignant, sont fréquentes, et leur **réparation** est l'un des moments les plus féconds du soin. Un patient qui fait l'expérience qu'un désaccord ou une colère peut être exprimé, entendu et traversé sans que la relation se rompe apprend quelque chose d'essentiel sur les relations humaines. Mais cette ré-

paration suppose du temps et de la continuité. Une organisation qui interrompt la relation au moment de la rupture, par un changement d'interlocuteur, une fin de forfait ou une orientation vers un autre dispositif, prive le patient de cette expérience et transforme une crise féconde en abandon.

2.15 Pour une articulation plutôt qu'une opposition entre les deux psychiatries

Ce livre blanc critique l'exclusivité d'une orientation ; il ne propose pas de lui en substituer une autre, également exclusive. Il plaide pour une articulation entre ce que l'on peut appeler, pour simplifier, la psychiatrie du lien et la psychiatrie dite de précision.

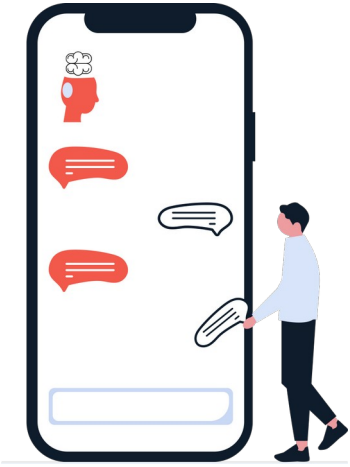
Ces deux orientations ne travaillent pas au même niveau et ne répondent pas aux mêmes questions. La psychiatrie dite de précision cherche des mécanismes biologiques communs à des groupes de patients ; la psychiatrie du lien cherche à comprendre et à accompagner une personne singulière dans son histoire et son environnement. La première relève principalement de la recherche ; la seconde, de l'organisation des soins. Elles peuvent s'enrichir mutuellement : la recherche biologique a besoin de cliniciens capables de décrire finement les patients et de constituer des groupes cliniquement homogènes ; la clinique a besoin des outils que la recherche pourra produire, lorsqu'elle les produira.

L'articulation suppose deux conditions. La première est le **refus de l'exclusivité** : aucune des deux orientations ne doit prétendre organiser seule les soins, la recherche et l'évaluation. La seconde est le **respect de l'ordre des choses** : l'organisation des soins doit partir des besoins réels des personnes, tels qu'ils se présentent aujourd'hui, et non des résultats espérés de la recherche de demain. Une architecture à l'endroit place l'accueil, la proximité et la continuité à la base, et l'expertise spécialisée et la recherche en appui, et non l'inverse.

2.16 Le tournant numérique et l'intelligence artificielle en santé mentale adulte

Des outils utiles

Le numérique transforme la santé mentale des adultes. La **télépsychiatrie** et les consultations à distance permettent de maintenir un suivi lorsque les déplacements sont difficiles, dans les territoires isolés ou pour les personnes à mobilité réduite. Des ressources en ligne fournissent des informations fiables. Des groupes de soutien entre pairs en ligne rompent l'isolement. Ce livre blanc ne rejette pas ces usages.



Des applications sans preuve

Plus de vingt mille applications de santé mentale et de bien-être sont disponibles sur les magasins d'applications. La très grande majorité n'a fait l'objet d'aucune évaluation clinique indépendante. Le psychiatre John Torous, qui dirige une division de psychiatrie numérique à Harvard, a parlé à leur sujet de *digital snake oil*, l'équivalent numérique des remèdes de charlatans. Les taux d'abandon de ces applications sont très élevés après quelques semaines. Leur promotion repose sur un marketing qui invoque la science sans pouvoir s'en prévaloir.

Les agents conversationnels comme « thérapeutes »

Le développement des **agents conversationnels** fondés sur de grands modèles de langage pose des questions nouvelles et graves. De nombreux adultes, et notamment des jeunes adultes, les utilisent aujourd'hui pour parler de leur souffrance, parfois comme substitut à un thérapeute qu'ils ne peuvent pas consulter. Ces systèmes peuvent apporter une forme de soutien ponctuel. Mais ils présentent des limites majeures. Ils n'ont ni devoir d'alerte, ni capacité à mobiliser un entourage ou une équipe en cas de crise. Les modèles entraînés à partir des préférences humaines présentent une tendance documentée à la **complaisance** : ils tendent à valider les prémisses de l'utilisateur plutôt qu'à les contredire, ce qui peut renforcer des ruminations, des interprétations persécutives ou des idées suicidaires. Des drames ont été rapportés, et des procé-

dures judiciaires engagées aux États-Unis. Les tests publiés sur des scénarios de crise montrent des proportions significatives de réponses inadaptées.

La protection des données

Les données de santé mentale sont parmi les plus sensibles qui soient. Les audits indépendants, notamment celui de la fondation Mozilla, ont montré que les applications de santé mentale figuraient parmi les pires en matière de protection de la vie privée, et une grande plateforme de thérapie en ligne a été sanctionnée en 2023 par l'autorité américaine de la concurrence pour avoir transmis à des réseaux sociaux des données sensibles de ses utilisateurs à des fins publicitaires.

Un critère simple

Ce livre blanc propose un critère simple pour juger de ces outils : le numérique est utile lorsqu'il **prolonge la rencontre clinique** ; il est dangereux lorsqu'il **s'y substitue**, et particulièrement lorsqu'il est proposé à ceux qui n'ont plus accès à une offre de soins. Un outil numérique qui permet à une personne suivie de rester en contact avec son équipe entre deux rendez-vous est un progrès. Un agent conversationnel proposé comme réponse à l'absence de rendez-vous en CMP est la forme moderne de l'abandon.

Le patient hyperconnecté : un bouleversement incontournable

Au-delà des applications et des agents conversationnels, le numérique transforme en profondeur la **relation entre les patients et les soignants**. Ce bouleversement est **incontournable** : il ne sert à rien de le regretter ni de le combattre ; il faut apprendre à faire avec.

De plus en plus de patients arrivent en consultation **hyperconnectés**. Ils ont lu des articles, regardé des vidéos, consulté des forums, interrogé un moteur de recherche ou, de plus en plus souvent, un agent conversationnel. Ils arrivent avec un **diagnostic** déjà formulé, « je pense que j'ai un TDAH », « je suis autiste », « je suis bipolaire », « c'est un trouble de stress post-traumatique complexe », et parfois avec un **projet d'ordonnance** : tel médicament, telle dose, tel examen, telle évaluation dans tel centre. Certains ont demandé à une intelligence artificielle d'analyser leurs symptômes et apportent son compte rendu.

Le déplacement du lieu du savoir

Ce phénomène traduit un **déplacement du lieu du savoir**. Pendant longtemps, le savoir médical était réservé aux professionnels ; le patient apportait des plaintes, le médecin apportait un savoir. Cette asymétrie a été profondément modifiée. Le savoir circule désormais partout, sans filtre, sous des formes très inégales : informations fiables et données scientifiques, mais aussi contenus approximatifs, témoignages présentés comme des vérités générales, promotions commerciales, désinformation.

Ce déplacement a des aspects positifs. Il a permis à de nombreuses personnes de mettre des mots sur leur souffrance, de rompre leur isolement, de découvrir qu'elles n'étaient pas seules, d'oser consulter. Il a contribué à réduire une asymétrie

qui pouvait être paternaliste. Il a fait émerger la figure du **patient expert**, qui connaît sa maladie, ses traitements et leurs effets parfois mieux que les soignants. Il rejoint la reconnaissance des savoirs expérientiels défendue dans ce livre blanc.

Des diagnostics faux, parce qu'auto-suggérés

Il a aussi des effets plus problématiques, qu'il faut regarder en face. Les contenus diffusés sur les réseaux sociaux présentent souvent des listes de « signes » si généraux que chacun peut s'y reconnaître : difficultés de concentration, fatigue, sensibilité au bruit, difficultés relationnelles, procrastination. Une étude canadienne publiée en 2022 a ainsi estimé qu'environ la moitié des vidéos les plus populaires consacrées au TDAH sur une grande plateforme de vidéos courtes étaient trompeuses. Les algorithmes de recommandation, qui proposent sans cesse des contenus similaires à ceux que l'on a regardés, renforcent la conviction.

Il en résulte des **diagnostics faux**, parce qu'**auto-suggérés** : des personnes se convainquent de présenter un trouble qu'elles n'ont pas, et peuvent même, dans certains cas, en développer les manifestations. Pendant la crise sanitaire, des neurologues de plusieurs pays ont décrit une augmentation brutale de mouvements ressemblant à des tics chez des adolescentes et de jeunes adultes ayant regardé de nombreuses vidéos de personnes présentant un syndrome de Gilles de la Tourette ; ces manifestations, de nature fonctionnelle, ont été décrites comme une forme de maladie induite par les réseaux sociaux. Plus largement, la croyance d'être atteint d'un trouble peut modifier la manière dont une personne interprète ses expériences, se comporte et se présente, selon les effets de boucle décrits par Ian Hacking. Le diagnostic auto-attribué n'est jamais une simple information : il est déjà une interprétation de soi.

Les agents conversationnels ajoutent une difficulté nouvelle. Leur tendance à la complaisance les conduit souvent à confirmer les hypothèses de l'utilisateur plutôt qu'à les mettre en doute. Une personne qui demande à une intelligence artificielle si ses symptômes évoquent un trouble obtiendra fréquemment une réponse qui va dans son sens, formulée avec une assurance et une apparence de rigueur qui la rendent convaincante.

Une place des soignants bouleversée

Ces transformations **bouleversent la place des soignants**. Le psychiatre, le psychologue, le médecin généraliste ne sont plus les détenteurs exclusifs d'un savoir que le patient viendrait chercher. Ils sont confrontés à des patients qui savent, ou croient savoir, qui contestent, qui comparent, qui demandent une confirmation plutôt qu'un avis. Le risque est double. Le premier est la **soumission** : céder à la demande, confirmer le diagnostic apporté, rédiger l'ordonnance attendue, pour éviter le conflit ou faute de temps, et transformer la consultation en prestation de service. Le second est la **disqualification** : balayer d'un revers de main ce que le patient a lu ou vécu, opposer l'autorité du diplôme à son expérience, et rompre ainsi l'alliance avant qu'elle ait commencé.

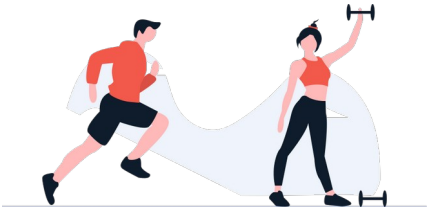
Comment faire avec

Ce livre blanc propose quelques repères, qui découlent de la conception du soin qu'il défend.

- **Accueillir le savoir du patient sans s'y soumettre ni le disqualifier.** Ce que le patient apporte, ses lectures, son hypothèse diagnostique, sa demande, est d'abord une manière de dire sa souffrance et de chercher à la comprendre. Il faut le prendre au sérieux comme tel.
- **Faire du diagnostic apporté un point de départ, non un point d'arrivée.** Demander ce qui a conduit le patient à se reconnaître dans ce diagnostic, ce que ce mot représente pour lui, ce qu'il en attend, ce qu'il redoute. Le diagnostic auto-attribué devient alors un matériel clinique, un récit à explorer, plutôt qu'une conclusion à valider ou à réfuter.
- **Prendre le temps.** Aucune de ces démarches n'est possible en dix minutes. Le temps de la consultation est la condition de l'examen clinique, de l'écoute de l'histoire, du travail de différenciation entre ce qui relève d'un trouble et ce qui relève d'une souffrance d'une autre nature.
- **Expliquer plutôt qu'affirmer.** Lorsque le soignant ne partage pas l'hypothèse du patient, il doit dire pourquoi, en s'appuyant sur l'examen, l'histoire, les données disponibles, et en reconnaissant ses propres incertitudes. La décision partagée suppose un dialogue, non une autorité.
- **Ne pas prescrire à la demande.** Une demande de médicament ou d'évaluation formulée à partir d'un auto-diagnostic doit être entendue, discutée, et satisfaite seulement si l'examen clinique la justifie.
- **Aider à trier l'information.** Indiquer des sources fiables, expliquer comment reconnaître un contenu trompeur, rappeler les limites des agents conversationnels.
- **Utiliser soi-même ces outils avec discernement.** L'intelligence artificielle peut aider les soignants dans certaines tâches, documentation, synthèse de la littérature, rédaction, à condition d'en connaître les limites et de ne jamais lui déléguer le jugement clinique ni la relation.

La place du soignant ne disparaît pas ; elle se transforme. Il n'est plus d'abord celui qui détient un savoir que le patient ignore ; il devient celui qui garantit un **cadre**, qui prend le **temps** de l'examen et de l'écoute, qui aide à **interpréter** des informations multiples à la lumière d'une histoire singulière, et qui s'engage dans une **relation** dans la durée. Ce qu'aucun moteur de recherche ni aucun agent conversationnel ne peut offrir, c'est précisément ce que ce livre blanc appelle le soin psychique : la rencontre avec un autre psychisme, capable de contredire, de contenir et de comprendre. Le bouleversement numérique rend cette fonction plus nécessaire, et non moins.

2.17 La tentation de l'« humain augmenté » et la médicalisation de la performance



La psychiatrie adulte est confrontée à une demande croissante, qui ne relève pas toujours du soin : celle de l'optimisation de soi. Des psychostimulants sont consommés hors indication par des étudiants, des cadres, des professionnels soumis à de fortes exigences, pour améliorer leur concentration et leurs performances. Des substances, des techniques de stimulation cérébrale, des programmes numériques sont proposés pour « augmenter » les capacités cognitives. Le diagnostic de TDAH à l'âge adulte est parfois recherché pour obtenir un traitement perçu comme un outil de performance.

Cette tendance s'inscrit dans le mouvement décrit par Alain Ehrenberg : une société de la performance individuelle, qui transforme les difficultés à suivre ses exigences en troubles à corriger. Elle pose des questions médicales, en raison des effets indésirables et des risques de dépendance, mais aussi des questions éthiques et sociales : faut-il adapter les personnes à des exigences toujours croissantes, ou interroger ces exigences ? La psychiatrie n'a pas vocation à devenir une technique d'optimisation au service de la performance. Sa vocation est de soigner des personnes qui souffrent, et parfois de les aider à interroger ce qui, dans leurs conditions de vie et de travail, les fait souffrir.

2.18 Un cas d'école du deux poids, deux mesures en psychiatrie adulte

Le principe d'égalité devant l'exigence de preuve est simple : toutes les interventions proposées aux patients et financées par la collectivité devraient être soumises à une évaluation de même exigence, adaptée à leur nature. Ce principe n'est pas toujours respecté.

D'un côté, les **psychothérapies psychodynamiques** et la **psychothérapie institutionnelle** se voient régulièrement opposer l'insuffisance de leurs preuves, au sens de l'essai contrôlé, et cette insuffisance sert d'argument pour réduire leur place dans les recommandations, dans la formation et dans les financements. Pourtant, les psychothérapies psychodynamiques ont fait l'objet de nombreux essais contrôlés et méta-analyses, qui montrent une efficacité comparable à celle des autres psychothérapies, avec des effets qui tendent à se maintenir après la fin du traitement, comme l'a résumé Jonathan Shedler dans une revue publiée en 2010 dans *American Psychologist*, et comme l'a confirmé en 2017 la méta-analyse de Christiane Steinert et de ses collègues dans l'*American Journal of Psychiatry*.

De l'autre côté, de nombreux **dispositifs organisationnels et numériques** sont créés, généralisés et financés sans évaluation comparative préalable : plateformes d'orientation, dispositifs de remboursement, applications, programmes de repérage. « Mon soutien psy » lui-même, analysé dans la première partie, a été généralisé sans étude d'impact sur les délais d'attente dans les centres médico-psychologiques, et une commission d'enquête parlementaire en réclamait encore l'évaluation en décembre 2025. Il ne s'agit pas de reprocher à ces dispositifs de ne pas avoir été évalués par des essais contrôlés, mais de constater que l'exigence de preuve est appliquée avec une rigueur très inégale selon qu'il s'agit de pratiques relationnelles ou de dispositifs administratifs.

Il en va de même pour les **recommandations de la Haute Autorité de santé** en psychiatrie adulte, sur la dépression, la schizophrénie, le trouble borderline ou le psychotraumatisme. Il serait utile d'examiner systématiquement les grades attribués à chaque recommandation, la place faite aux différentes approches, et la cohérence avec laquelle l'exigence de preuve est appliquée. Une part importante des recommandations, dans tous les domaines de la médecine, repose sur un niveau de preuve modéré ou sur un accord d'experts ; cela n'a rien d'anormal, mais cela doit valoir pour toutes les approches. Une autorité qui écarterait certaines pratiques au nom d'un niveau de preuve qu'elle n'exige pas des autres appliquerait deux poids et deux mesures, ce qui est le reproche le plus grave que l'on puisse adresser à une agence d'évaluation.

2.19 Ce que soigner veut dire : le soin par le psychisme, par l'interaction et par le lien

Les pages qui précèdent ont surtout critiqué. Il faut maintenant dire positivement ce que ce livre blanc entend par soin psychique, et pourquoi cette conception n'est ni vague, ni sentimentale, ni contraire à la science. On reproche souvent aux défenseurs du soin relationnel de parler de « relation », de « lien », d'« écoute » sans dire de quoi il s'agit précisément. Le reproche est en partie fondé. Cette section s'efforce d'y répondre.

Le psychisme du soignant comme instrument

En médecine somatique, l'instrument du soin est le plus souvent extérieur au soignant : un médicament, un geste technique, un appareil. Le soignant doit être compétent, mais sa personne n'est pas, en elle-même, l'outil du soin. En psychiatrie, il en va autrement. L'instrument principal du soin psychique est le **psychisme du soignant** : sa capacité d'attention, de compréhension, de mémoire, d'imagination, sa capacité à supporter l'angoisse, la colère, la détresse ou la confusion d'une autre personne sans s'effondrer, sans riposter et sans se retirer.

Cette affirmation n'a rien de mystérieux. Chacun sait d'expérience qu'une personne angoissée se calme plus facilement en présence de quelqu'un qui reste calme, qui l'écoute, qui comprend ce qu'elle vit et qui le lui fait savoir. Le psychanalyste britannique Wilfred Bion a donné à cette expérience un nom : la **fonction contenante**. Un psychisme peut recevoir des émotions trop intenses pour être pensées par la personne qui les éprouve, les transformer en les supportant et en les comprenant, et les lui restituer sous une forme qu'elle peut penser à son tour. C'est ce que fait une mère avec un nourrisson qui hurle de terreur ; c'est ce que fait, d'une autre manière, un infirmier auprès d'une personne en crise d'angoisse, ou une équipe auprès d'un patient délirant. Donald Winnicott parlait, dans un registre voisin, de **holding**, la manière dont un environnement suffisamment fiable « tient » une personne dans les moments où elle ne peut pas se tenir elle-même.

Cette fonction n'est pas l'apanage d'une école. Les thérapeutes cognitivistes parlent de validation émotionnelle, les thérapeutes humanistes de considération positive inconditionnelle et d'empathie, les spécialistes de la mentalisation de la capacité à se représenter les états mentaux de l'autre. Les mots diffèrent ; l'expérience décrite est la même : un psychisme qui en aide un autre à penser ce qui lui arrive.

L'interaction comme lieu du changement

Le soin psychique est ensuite un **soin par l'interaction**. Ce qui soigne n'est pas

seulement ce que le soignant dit, ni ce que le patient comprend, mais ce qui se passe entre eux. Une personne qui a fait toute sa vie l'expérience d'être rejetée, abandonnée ou maltraitée peut faire, dans une relation de soin, l'expérience nouvelle d'être entendue sans être jugée, de manifester sa colère sans être rejetée, de revenir après avoir manqué un rendez-vous sans être exclue. Cette expérience vécue, répétée dans la durée, transforme progressivement la manière dont elle se représente les autres et elle-même. La psychanalyse a décrit ce processus sous le nom de **transfert** ; d'autres traditions parlent d'expérience émotionnelle correctrice, de réparation des ruptures de l'alliance, d'apprentissage relationnel.

Cette dimension interactive explique un résultat que les recherches ont établi de manière robuste : l'**effet thérapeute**. Dans les études de psychothérapie, une part significative des différences de résultats tient non pas à la méthode employée, mais à la personne du thérapeute : certains thérapeutes obtiennent régulièrement de meilleurs résultats que d'autres, quelle que soit leur orientation. Ce résultat, que Bruce Wampold et ses collègues ont largement documenté, confirme que le soin psychique n'est pas l'application d'une technique par un opérateur interchangeable. Il dépend de qualités personnelles qui se forment, se cultivent et se transmettent, notamment par la supervision et l'analyse des pratiques.

Le lien comme facteur thérapeutique

Le soin psychique est enfin un **soin par le lien**. Le lien désigne ici la continuité d'une relation dans le temps. Pour une personne qui vit avec un trouble psychique grave, savoir qu'il existe un lieu où l'on peut revenir, des personnes qui la connaissent, qui se souviennent de son histoire, qui l'ont vue aller mal et aller mieux, est en soi un facteur de stabilité. Beaucoup de patients psychotiques suivis depuis des années en CMP le disent simplement : ce qui les aide, c'est de savoir qu'ils peuvent appeler, qu'on les reconnaîtra, qu'on ne leur demandera pas de tout raconter à nouveau.

Le lien a aussi une fonction de **prévention**. Les soignants qui connaissent une personne repèrent les signes avant-coureurs d'une rechute bien avant qu'ils ne deviennent une crise : un changement dans la voix, un retard inhabituel, une modification du sommeil, une remarque qui détonne. Ils peuvent alors intervenir tôt, ajuster un traitement, augmenter la fréquence des rencontres, mobiliser les proches. Sans lien, la rechute est découverte aux urgences. C'est pourquoi la continuité des soins est l'un des meilleurs moyens de réduire la contrainte, les hospitalisations et le suicide.

Une conception compatible avec la science

Cette conception du soin n'est pas contraire à la science. Elle est soutenue par les données sur l'alliance thérapeutique, sur les facteurs communs, sur l'effet thérapeute, sur la continuité des soins. Elle est compatible avec ce que les neurosciences elles-mêmes enseignent sur la plasticité du cerveau et sur l'influence des relations et de l'environnement sur le fonctionnement cérébral tout au long de la vie. Elle est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé, qui place la relation, la participation

et le rétablissement au cœur de ses recommandations. Ce qui lui est contraire, ce n'est pas la science : c'est le réductionnisme, qui ne connaît d'autre cause qu'une cause biologique et d'autre traitement qu'un traitement biologique.

Une conception exigeante

Cette conception est enfin plus exigeante qu'il n'y paraît. Soigner par le psychisme suppose une formation longue, une supervision régulière, un travail sur soi, une capacité à réfléchir à ce que l'on éprouve dans la relation. Soigner par l'interaction suppose du temps, des rencontres répétées, la possibilité de traverser des conflits et des ruptures. Soigner par le lien suppose des équipes stables, des lieux pérennes, une organisation qui ne fait pas changer les interlocuteurs à chaque étape. Ce sont précisément ces conditions que l'architecture actuelle tend à détruire : formations raccourcies, supervision non financée, temps compté, équipes instables, parcours fragmentés. Le soin psychique n'est pas menacé parce qu'il serait inefficace ; il est menacé parce que ses conditions de possibilité ne sont plus garanties.

2.20 Architecture à l'envers, architecture à l'endroit

Ce livre blanc emploie depuis le début l'expression d'une architecture « à l'envers des besoins ». Il faut maintenant la rendre concrète, en comparant deux manières d'organiser le même système, avec les mêmes professionnels.

L'architecture à l'envers

Dans l'architecture qui se met en place, une personne en souffrance suit un parcours en plusieurs étapes. Elle consulte d'abord son médecin généraliste, qui n'a pas le temps de la recevoir longuement et qui l'oriente. Si sa souffrance paraît supposément « légère à modérée », classification qui, rappelons-le, ne correspond à rien de rigoureux, elle peut consulter un psychologue dans le cadre de « Mon soutien psy », dispositif largement boycotté par les psychologues, pour douze séances, partiellement remboursées. Si elle paraît plus grave, elle est adressée au CMP, où elle attend plusieurs semaines ou plusieurs mois. Si le tableau évoque un trouble spécifique, schizophrénie, trouble bipolaire, autisme de l'adulte, TDAH, dépression résistante, elle est adressée à un centre expert, où elle attend encore, pour un bilan approfondi dont les recommandations sont renvoyées au CMP qui ne peut pas toujours les mettre en œuvre. Si sa situation se dégrade entretemps, elle arrive aux urgences, puis, parfois, en hospitalisation sous contrainte. À chaque étape, elle refait le récit de son histoire à un interlocuteur nouveau. Personne n'est responsable de l'ensemble.

Cette architecture repose sur une représentation implicite : en bas, la détection et l'orientation, fonctions simples, délégables, que l'on peut confier à des professionnels moins spécialisés ou à des outils numériques ; en haut, l'expertise, fonction noble, rare, à protéger. Elle reproduit le modèle de la médecine somatique, où le généraliste oriente vers le spécialiste, qui oriente vers le centre de référence.

Pourquoi elle est à l'envers

Elle est à l'envers parce que, en psychiatrie, les besoins des personnes sont exactement inverses. Ce dont une personne en souffrance a besoin en premier, et dans la grande majorité des cas en dernier aussi, ce n'est pas d'une expertise ponctuelle, mais d'un lieu proche où elle est reçue rapidement, où quelqu'un l'écoute, la revoit, comprend sa situation, coordonne les différents aspects de sa vie et tient dans la durée. Cette fonction d'accueil et de continuité est la plus exigeante de tout le système : elle demande l'expérience clinique la plus grande, parce qu'il faut discerner, dans une demande confuse, l'urgence de ce qui peut attendre, la gravité derrière l'apparence, et construire une relation avec des personnes parfois méfiantes ou désorganisées. C'est pourtant celle que l'architec-

ture place au plus bas, avec les moyens les plus faibles.

L'inversion a une conséquence arithmétique : lorsque la porte d'entrée est étroite et que l'expertise est au bout du parcours, la file d'attente se forme à l'entrée, et elle se forme pour tout le monde, y compris pour les situations graves, puisque personne ne sait à l'avance lesquelles le sont. On construit une architecture qui optimise le traitement des cas rares et qui engorge celui des cas fréquents.

L'architecture à l'endroit

Une architecture à l'endroit part des besoins réels. À la base, un **lieu d'accueil de proximité**, le CMP refondé, ouvert largement, capable de recevoir sans rendez-vous, doté d'une équipe pluridisciplinaire stable, responsable de la continuité. Ce lieu reçoit toute personne qui se présente, évalue sa situation, propose un soin adapté, psychothérapie, suivi infirmier, traitement, soutien social, travail avec les proches, et la suit dans la durée. Autour de lui, des **équipes mobiles** qui vont vers ceux qui ne viennent pas, un **centre de crise** ouvert jour et nuit qui évite les hospitalisations inutiles, des **hôpitaux de jour**, des **lits** en nombre suffisant pour les crises qui l'exigent, les **établissements et services médico-sociaux** (SAVS, SAMSAH, ESAT, foyers, CSAPA), liés au soin par des conventions et non séparés par leurs financements, des partenariats avec le **logement**, l'**emploi**, les **associations** et les **groupes d'entraide mutuelle**. En appui, et non au sommet, l'**expertise spécialisée** des centres experts et des services universitaires, mobilisée par l'équipe de proximité quand elle en a besoin, et la **recherche**, qui étudie à la fois les mécanismes biologiques et les soins réellement délivrés.

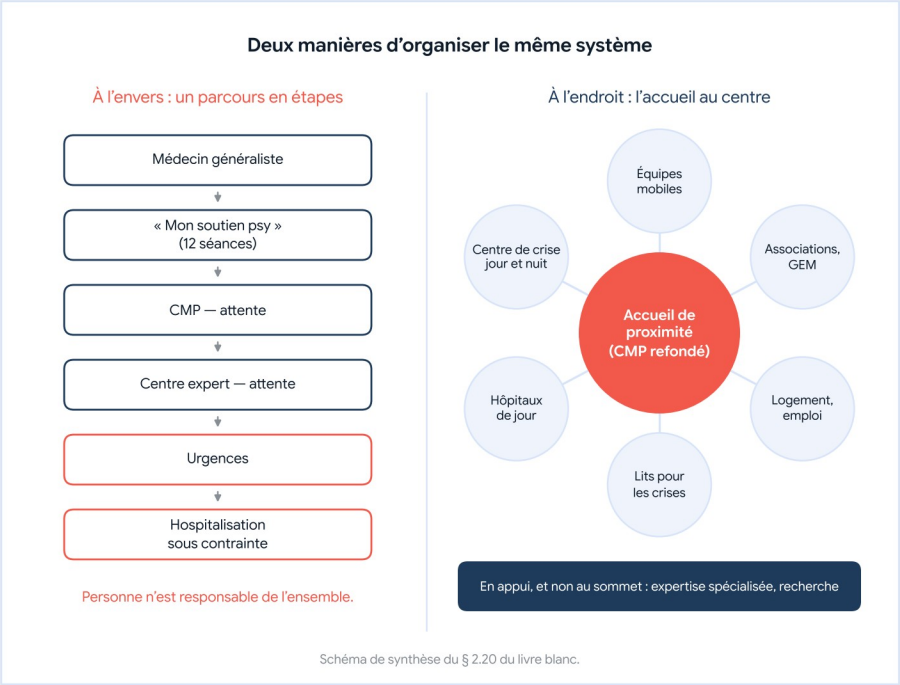


Figure 4 — Architecture à l'envers, architecture à l'endroit.

Le tableau suivant résume les deux logiques.

Question	Architecture à l'envers	Architecture à l'endroit
Par quelle porte entre-t-on ?	Repérage, orientation, catégorie diagnostique	Accueil de proximité, sans condition préalable
Que faut-il pour accéder au soin ?	Un diagnostic, un courrier, un score	Une demande
Où sont les moyens les plus importants ?	Expertise spécialisée, dispositifs nouveaux	Accueil, continuité, crise
Qui est responsable de la continuité ?	Personne	L'équipe de secteur et un soignant référent
Comment se gère la crise ?	Urgences, hospitalisation, souvent sous contrainte	Équipe mobile, centre de crise, en amont
Quelle durée de soin ?	Fixée à l'avance (séances, forfaits, protocoles)	Déterminée par la situation clinique

Question	Architecture à l'envers	Architecture à l'endroit
Quelle place pour la recherche biologique ?	Principe d'organisation	Appui, parmi d'autres recherches
Quelle évaluation ?	Essais contrôlés, indicateurs d'activité	Méthodes adaptées, devenir à long terme, rétablissement
Quelle conformité aux orientations de l'OMS ?	Faible	Forte

Ce que l'architecture à l'endroit ne signifie pas

Remettre l'architecture à l'endroit ne signifie pas supprimer l'expertise, ni la recherche, ni les dispositifs nouveaux qui ont fait leurs preuves. Cela signifie les remettre à leur place, au service de la base, et non l'inverse. Cela ne signifie pas non plus revenir à un passé idéalisé : le secteur a eu ses défauts, ses inégalités, ses lenteurs, ses équipes parfois fermées sur elles-mêmes. Il s'agit de le refonder, en y intégrant ce que les vingt dernières années ont apporté de meilleur : la pair-aidance, le rétablissement, l'intervention précoce, le logement d'abord, l'emploi accompagné, la démocratie sanitaire.

2.21 Trois parcours, deux architectures

Pour que ces analyses ne restent pas abstraites, voici trois parcours, composés à partir de situations fréquemment rencontrées. Aucun ne renvoie à une personne réelle. Pour chacun, nous décrivons ce qui arrive dans l'architecture actuelle et ce qui pourrait arriver dans une architecture à l'endroit.

Marc, vingt-trois ans : un premier épisode psychotique

Marc est étudiant. Depuis quelques mois, il s'isole, dort mal, a abandonné ses cours. Il a le sentiment que ses voisins parlent de lui et que des messages lui sont adressés à travers la télévision. Sa sœur s'inquiète et appelle le médecin traitant, qui conseille de consulter le CMP. Le premier rendez-vous est dans sept semaines. Trois semaines plus tard, Marc, persuadé qu'on veut l'empoisonner, ne mange plus et menace un voisin. La police intervient ; il est conduit aux urgences, puis hospitalisé en soins à la demande d'un tiers. Il reste trois semaines à l'hôpital, sort avec un traitement antipsychotique et un rendez-vous au CMP dans un mois. Il ne s'y rend pas. Six mois plus tard, il rechute, et l'histoire recommence.

Dans une architecture à l'endroit, l'appel de la sœur déclenche une réponse dans la semaine. Une équipe d'intervention précoce rencontre Marc chez lui, avec sa sœur. Elle prend le temps d'établir une relation, propose un traitement à faible dose, des rencontres régulières, un soutien pour reprendre progressivement ses études. Un infirmier référent devient son interlocuteur stable. Les crises sont anticipées par un plan élaboré avec lui. Après deux ans, Marc a repris ses études ; avec son accord, son traitement est progressivement réduit sous surveillance. Il n'a jamais été hospitalisé sous contrainte.

Claire, quarante-six ans : un épuisement au travail

Claire est cadre dans une grande entreprise. Depuis une réorganisation, elle travaille de plus en plus, dort mal, pleure dans sa voiture, a des pensées noires. Son médecin traitant lui prescrit un antidépresseur et un arrêt de travail de quinze jours, renouvelé. Il lui conseille de consulter un psychologue dans le cadre de « Mon soutien psy ». Elle trouve une psychologue à quarante kilomètres, fait douze séances, se sent un peu mieux. Au moment de reprendre le travail, ses symptômes reviennent. Les douze séances sont épuisées ; pour continuer, il faudrait un avis psychiatrique, et le premier rendez-vous disponible avec un psychiatre est dans quatre mois. Elle arrête la psychothérapie. Son arrêt de travail se prolonge ; elle finit par être licenciée.

Dans une architecture à l'endroit, Claire peut poursuivre la psychothérapie aussi longtemps que nécessaire, sans plafond arbitraire. Son thérapeute l'aide à comprendre ce qui, dans son histoire et dans l'organisation de son travail, a conduit à

cet épuisement. Le médecin du travail est associé à la préparation de la reprise. Le traitement antidépresseur, s'il a été utile, est arrêté progressivement le moment venu, avec un accompagnement. Claire reprend son travail dans des conditions aménagées.

Ahmed, cinquante-deux ans : la rue et la maladie

Ahmed vit à la rue depuis plusieurs années. Il entend des voix, boit beaucoup, refuse les centres d'hébergement où il ne se sent pas en sécurité. Il passe régulièrement aux urgences, en état d'ivresse ou après une agression ; il est parfois hospitalisé quelques jours, puis ressort sans suivi. Il a été incarcéré deux fois pour des délits mineurs. Aucun CMP ne le suit : il n'a pas d'adresse, pas de téléphone, et ne peut pas attendre plusieurs semaines un rendez-vous.

Dans une architecture à l'endroit, une équipe mobile psychiatrie-précarité le rencontre régulièrement dans la rue, établit progressivement une relation de confiance. Elle lui propose d'entrer dans le programme « Un chez-soi d'abord » : un logement, sans condition préalable d'abstinence ni de traitement, et un accompagnement intensif à domicile. Ahmed accepte, après plusieurs mois. Dans son logement, il accepte peu à peu un traitement, réduit sa consommation d'alcool, renoue avec un frère. Ses passages aux urgences deviennent rares. Il n'est plus incarcéré.

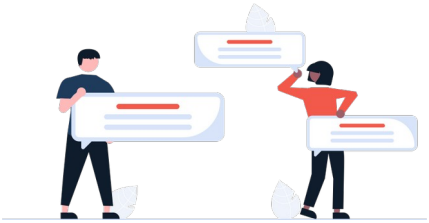
Ce que montrent ces trois parcours

Ces trois parcours montrent la même chose : ce qui a manqué, dans l'architecture actuelle, n'est ni un diagnostic plus précis, ni un biomarqueur, ni une expertise de pointe. C'est un **accueil rapide**, une **relation stable**, une **continuité dans la durée** et une **attention aux conditions de vie**. Ce qui a fait la différence, dans l'architecture à l'endroit, ce sont des soins par le lien, de proximité, fondés sur la relation et articulés au logement, au travail et aux proches. Ce sont aussi, dans chaque cas, des soins **moins coûteux** à terme que la succession d'urgences, d'hospitalisations, d'arrêts de travail et d'incarcérations.

2.22 Ce que disent les personnes concernées : savoirs expérientiels et rétablissement

Une connaissance venue de l'expérience

La notion de **rétablissement** n'est pas née dans les laboratoires ni dans les services hospitaliers. Elle est née, aux États-Unis dans les années 1980 et 1990, des récits de personnes ayant vécu des troubles psychiques graves, souvent diagnostiquées schizophrènes, qui affirmaient qu'elles s'étaient rétablies, contrairement aux pronostics fatalistes qui leur avaient été donnés. Des personnes comme Patricia Deegan, psychologue ayant elle-même reçu un diagnostic de schizophrénie à l'adolescence, ont décrit le rétablissement comme un processus personnel : retrouver l'espoir, reprendre le pouvoir sur sa vie, se reconstruire une identité qui ne se réduit pas à la maladie, trouver un sens à son expérience. Ces récits ont transformé la psychiatrie, en montrant que les personnes concernées détiennent une connaissance que les professionnels n'ont pas.



Ce que les personnes disent de ce qui aide

Lorsqu'on interroge les personnes qui se sont rétablies sur ce qui les a aidées, leurs réponses sont remarquablement convergentes. Elles citent rarement un traitement en particulier, même lorsqu'elles reconnaissent l'utilité des médicaments. Elles citent presque toujours une **relation** : un soignant qui a cru en elles, qui les a écoutées, qui ne les a pas abandonnées dans les moments difficiles ; un proche qui est resté ; un pair qui leur a montré qu'il était possible d'aller mieux. Elles citent l'**espoir**, la possibilité de **choisir**, d'être traitées en personnes et non en cas. Elles citent un **logement**, un **travail**, une **place** dans la communauté. Elles citent, à l'inverse, comme ce qui leur a fait du mal, la contrainte vécue comme une violence, le sentiment de ne pas être écoutées, les changements incessants d'interlocuteurs, les pronostics décourageants, la réduction à un diagnostic.

Ces témoignages ne remplacent pas la recherche ; ils l'orientent. Ils rejoignent de manière frappante les résultats des études sur l'alliance thérapeutique, sur les facteurs communs, sur le logement d'abord et sur l'emploi accompagné. Ils dessinent, du point de vue des personnes elles-mêmes, ce que ce livre blanc appelle la psychiatrie du lien.

Les savoirs expérientiels dans les soins

La reconnaissance des **savoirs expérientiels** s'est traduite par le développement de la **pair-aidance**. Les médiateurs de santé

pairs, personnes ayant vécu un trouble psychique et formées à mettre ce savoir au service des autres, intègrent progressivement les équipes de soins en France. Ils apportent un regard différent, une manière d'établir le lien avec des patients méfiants envers les professionnels, une démonstration vivante que le rétablissement est possible. Leur présence contribue, selon plusieurs expériences, à réduire le recours à la contrainte. Leur statut, leur formation et leur rémunération restent cependant fragiles.

Une vigilance

Ce livre blanc tient à une vigilance. Le rétablissement ne doit pas devenir un nouveau programme standardisé, mesuré par des échelles et imposé selon un protocole ; il ne doit pas non plus servir de prétexte pour réduire les soins au nom de l'autonomie des personnes. Il est d'abord une expérience singulière, qui appartient à chaque personne, et que les soignants peuvent accompagner sans prétendre la produire.

2.23 Pour une communication publique exacte sur la recherche en santé mentale

Les analyses de François Gonon sur le double langage des neurosciences conduisent à une exigence simple : la communication publique sur la recherche en santé mentale doit être exacte. Cette exigence concerne les chercheurs, les institutions de recherche, les fondations, les associations, les médias et les pouvoirs publics.

Distinguer les résultats et les promesses. Un résultat obtenu sur un groupe, dans une étude isolée, n'est pas une découverte établie ; une association statistique n'est pas un mécanisme ; un mécanisme n'est pas un traitement. Les communiqués de presse et les déclarations publiques devraient préciser à quel stade se situe un résultat, s'il a été répliqué, quelle est l'ampleur de l'effet, et ce qu'il permet ou ne permet pas de faire en clinique.

Rendre compte des infirmations. Lorsqu'un résultat médiatisé n'est pas confirmé par des études ultérieures, cette infirmation devrait faire l'objet d'une communication équivalente. Les institutions de recherche pourraient s'y engager, et les rédactions être sensibilisées à cette question.

Présenter honnêtement le bilan. Les décideurs doivent disposer d'un bilan exact de ce que la recherche biologique a apporté à la clinique psychiatrique, et de ce qu'elle n'a pas apporté. Un tel bilan, établi de manière contradictoire, devrait précéder toute décision d'organisation des soins fondée sur les perspectives de cette recherche.

Ne pas confondre déstigmatisation et biologisation. La lutte contre la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique est essentielle. Elle ne passe pas nécessairement par la formule des « maladies du cerveau », dont les effets sur la stigmatisation sont ambivalents. Elle passe aussi, et peut-être surtout, par la présence des personnes concernées dans l'espace public, par le récit du rétablissement, par la reconnaissance de leurs droits et de leur citoyenneté.

Une communication exacte n'affaiblit pas la recherche ; elle la protège, en évitant que la déception des promesses non tenues ne se retourne contre elle.

2.24 Le dialogue ouvert : histoire, pratique et résultats d'une intervention complexe exemplaire

Le dialogue ouvert (*Open Dialogue*) est cité à plusieurs reprises dans ce livre blanc. Il mérite une présentation détaillée, parce qu'il illustre de manière exemplaire ce que peut être une psychiatrie du lien, de proximité et de continuité, et parce qu'il soulève avec netteté la question de l'évaluation des interventions complexes.

Une histoire finlandaise

Le dialogue ouvert est né en Laponie occidentale, une région rurale du nord de la Finlande, autour de l'hôpital psychiatrique de Keropudas, à Tornio. Il s'inscrit dans le prolongement du **traitement adapté aux besoins** (*need-adapted treatment*), développé dans les années 1970 et 1980 à Turku par le psychiatre Yrjö Alanen, qui proposait d'adapter le soin des personnes atteintes de psychose à leurs besoins singuliers et à ceux de leur entourage, en associant psychothérapie, travail avec les familles et usage mesuré des médicaments. À partir du début des années 1980, l'équipe de Keropudas, à laquelle sont associés notamment le psychologue Jaakko Seikkula, l'infirmière Birgitta Alakare et le psychologue Jukka Aaltonen, transforme l'organisation des soins de toute la région : plutôt que d'hospitaliser les personnes en crise, elle se déplace vers elles et réunit autour d'elles leur réseau. Elle s'inspire aussi des pratiques de la thérapie familiale systémique et des « équipes réfléchissantes » du psychiatre norvégien Tom Andersen, et elle trouve dans la pensée du philosophe russe Mikhaïl Bakhtine, et sa notion de dialogisme, un cadre pour comprendre ce qui se passe dans ces rencontres.



Sept principes

Le dialogue ouvert repose sur sept principes, formulés par l'équipe finlandaise.

- **L'aide immédiate.** Une première rencontre est organisée dans les vingt-quatre heures suivant l'appel, de préférence au domicile de la personne.
- **La perspective du réseau social.** La personne en crise, sa famille, ses proches, et les professionnels déjà impliqués sont invités aux rencontres, avec l'accord de la personne.

- **La souplesse et la mobilité.** Les rencontres se tiennent là où c'est le plus adapté, souvent à domicile, aussi souvent que nécessaire, parfois tous les jours au plus fort de la crise.
- **La responsabilité.** L'équipe qui reçoit le premier appel prend la responsabilité de l'organisation des soins ; elle ne renvoie pas vers un autre service.
- **La continuité psychologique.** La même équipe reste présente tout au long du soin, en hospitalisation comme en ambulatoire, pendant toute la durée nécessaire, parfois plusieurs années.
- **La tolérance à l'incertitude.** L'équipe s'abstient de conclusions hâtives, de diagnostics précipités et de décisions prématurées, en particulier en matière de médicaments ; elle crée un cadre suffisamment sûr pour que la situation puisse être pensée ensemble.
- **Le dialogisme.** Le but premier des rencontres est de favoriser le dialogue, de faire entendre toutes les voix, y compris celles qui paraissent incohérentes, afin que puisse émerger un sens partagé de l'expérience de crise.

Une pratique

Concrètement, une rencontre de dialogue ouvert réunit la personne, les membres de son réseau et deux ou trois professionnels. Il n'y a pas de réunion préalable entre professionnels hors de la présence de la personne : toutes les discussions sur la situation, y compris sur le traitement, ont lieu devant elle et avec elle. Les professionnels échangent entre eux, devant la famille, leurs réflexions et leurs hésitations, à la manière d'une équipe réfléchissante. Les décisions sont prises ensemble, de manière transparente. Les médicaments, notamment les antipsychotiques, ne sont pas exclus, mais leur usage est différé et discuté, et ils sont souvent utilisés à faibles doses et pour des durées limitées.

On reconnaît dans ces principes tout ce que ce livre blanc défend : la **proximité**, puisque l'équipe va vers la personne ; l'**accueil** immédiat, sans condition préalable ; la **continuité** des personnes dans le temps ; le **lien**, avec la personne et son entourage ; la place faite à la **parole** et au **sens** ; la **décision partagée** ; un usage prudent du médicament, qui rejoint la réflexion sur la déprescription. Le dialogue ouvert est aussi un exemple remarquable d'**intervention complexe** au sens du Medical Research Council : plusieurs composantes en interaction, des compétences relationnelles exigeantes, plusieurs niveaux d'organisation, une adaptation au contexte.



Figure 5 — Les sept principes du dialogue ouvert.

Les résultats

Les résultats rapportés par l'équipe finlandaise ont suscité un intérêt international considérable. Dans une étude de suivi publiée en 2006, portant sur des personnes ayant présenté un premier épisode psychotique en Laponie occidentale au début des années 1990, Seikkula et ses collègues rapportaient qu'après cinq ans, une large majorité ne présentait plus de symptômes psychotiques résiduels et avait repris des études ou un emploi, qu'une minorité seulement percevait une allocation d'invalidité, et qu'environ un tiers seulement avait reçu des antipsychotiques au cours de la période. Ces résultats paraissaient nettement plus favorables que ceux habituellement observés dans les premiers épisodes psychotiques. Une étude publiée en 2018 par Tomi Bergström et ses collègues, fondée sur les registres nationaux finlandais et portant sur un suivi d'environ dix-neuf ans, a comparé les patients pris en charge par le dialogue ouvert à un groupe national de patients ayant présenté un premier épisode psychotique : les premiers avaient passé moins de jours à l'hôpital, recevaient moins souvent une pension d'invalidité et utilisaient moins d'antipsychotiques.

Les limites de ces résultats

La loyauté qu'il s'impose oblige ce livre blanc à souligner les limites de ces données. Les études disponibles sont pour l'essentiel **observationnelles** : elles ne comportent pas de tirage au sort, les groupes de comparaison sont historiques ou issus de registres, les effectifs des premières cohortes sont réduits, et une partie des études a été conduite par les promoteurs de l'approche. Le contexte de la Laponie occidentale, région peu peuplée, dotée d'un système de protection sociale développé, où l'approche a transformé l'ensemble de

l'organisation des soins, n'est pas facilement transposable. Une revue systématique publiée en 2019 par Freeman et ses collègues dans *Psychiatric Services* concluait que les données étaient prometteuses mais de faible qualité méthodologique, et qu'elles ne permettaient pas encore de conclusions fermes.

Ces limites ne sont pas des raisons d'écarter le dialogue ouvert ; elles sont des raisons de l'évaluer sérieusement, avec des méthodes adaptées à une intervention complexe. C'est ce qui a été entrepris : un essai contrôlé de grande ampleur, conduit dans plusieurs équipes du service de santé britannique (l'essai ODDESSI), a comparé le dialogue ouvert, dans sa version associant des pairs-aidants, aux soins habituels. Ses résultats, publiés dans *The Lancet Psychiatry* en août 2026 et portant sur 494 participants suivis deux ans après une crise, ne montrent pas de différence sur le critère principal, le délai avant la première rechute ; mais les personnes accompagnées selon le dialogue ouvert avaient nettement plus de chances de n'être jamais hospitalisées, moins de nouveaux recours aux services de crise, et une meilleure appréciation de leur rétablissement, de leur qualité de vie et des soins reçus. Les auteurs soulignent que l'implication des familles a été moindre que prévu. Ce résultat contrasté est exactement ce que l'on doit attendre d'une intervention complexe : il éclaire ses effets sans les réduire à un seul critère. Des expériences sont conduites en Norvège, en Allemagne, aux États-Unis, en Australie, et des équipes françaises se sont formées à l'approche. L'Organisation mondiale de la santé cite l'expérience de Laponie occidentale parmi les exemples de services communautaires de santé mentale centrés sur la personne et fondés sur les droits, dans ses orientations de 2021.

Ce que le dialogue ouvert enseigne

Le dialogue ouvert enseigne au moins trois choses. Il montre qu'une crise psychotique peut être accueillie autrement que par l'hospitalisation sous contrainte et la prescription immédiate, sans danger accru et peut-être avec de meilleurs résultats à long terme. Il montre qu'une transformation de l'**architecture** des soins, aide immédiate, continuité des équipes, travail avec le réseau, peut produire des effets qu'aucun traitement isolé ne produit. Il montre enfin que les interventions fondées sur le lien peuvent et doivent être évaluées, avec rigueur et avec des méthodes adaptées, plutôt que d'être rejetées faute d'essais ou célébrées sans examen. Ce livre blanc demande que le dialogue ouvert soit expérimenté dans plusieurs secteurs français, avec une évaluation indépendante, dans le cadre de l'enveloppe de recherche clinique de terrain qu'il propose.

2.25 L'indépendance de l'expertise publique et la valeur juridique des recommandations

Les garanties et leurs limites

La Haute Autorité de santé dispose d'un dispositif déontologique sérieux : déclarations publiques d'intérêts, base Transparence Santé, charte de l'expertise sanitaire. Le juge a d'ailleurs montré qu'il en contrôlait le respect : le 27 avril 2011, dans l'affaire Formindep, le Conseil d'État a enjoint à la HAS d'abroger sa recommandation sur le diabète de type 2 faute de pouvoir produire toutes les déclarations d'intérêts des experts, et la HAS a retiré dans la foulée sa recommandation sur la maladie d'Alzheimer. Mais en psychiatrie et en pédopsychiatrie, les intérêts décisifs sont moins financiers qu'intellectuels, institutionnels et émotionnels, et les outils issus de la loi de 2011 les saisissent mal.

Plusieurs biais de structure méritent d'être nommés. **La saisine** d'abord : la recommandation de 2024 sur le TDAH de l'enfant a été demandée par le ministère et par une association de familles ; or la manière de formuler une question oriente déjà la réponse. **La composition des groupes** ensuite : le Conseil d'État, saisi de la recommandation de 2012 sur l'autisme, n'a censuré que le déséquilibre « manifeste » (CE, 23 décembre 2014, n° 362053). **Les bases documentaires** enfin : les revues de littérature privilégient les revues anglophones à fort facteur d'impact et écartent en pratique les articles publiés dans des revues françaises à comité de lecture, comme *L'Évolution psychiatrique*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* ou *La Psychiatrie de l'enfant*, alors qu'ils seraient souvent pertinents ; c'est le cas, par exemple, de la revue critique de Virginie Cruveiller et Graciela Crespin consacrée aux interventions comportementales intensives et précoces auprès d'enfants avec autisme (2009-2012). Il faut y ajouter le passage, pour l'autisme, de la qualification « non consensuelle » en 2012 à « non recommandée » en 2026 pour plusieurs approches, dont la psychanalyse, sans données nouvelles établissant leur nocivité : une intervention insuffisamment évaluée n'est pas une intervention inefficace.

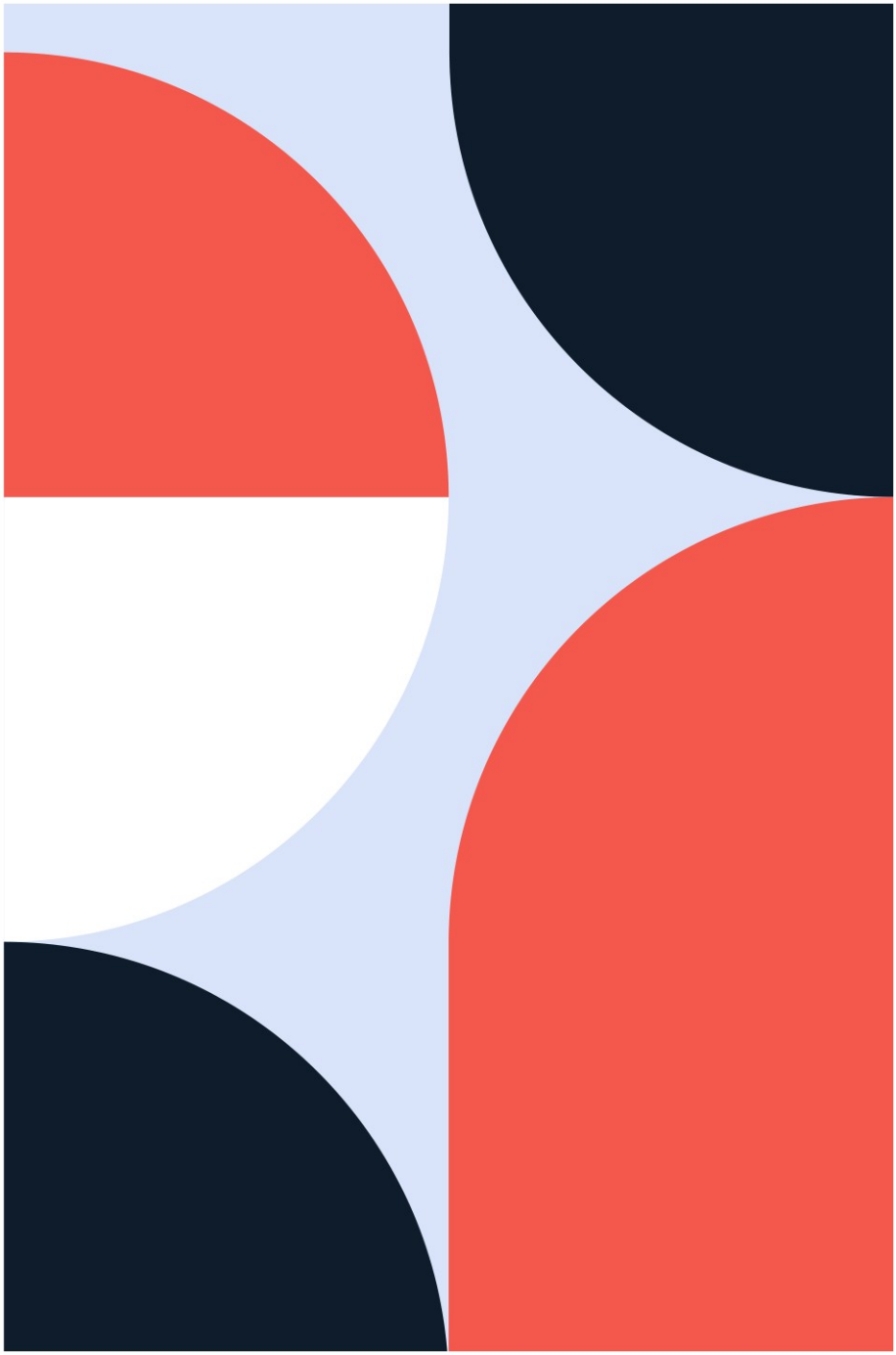
Ce que dit le juge

Le droit français ne fait pas des recommandations des règles obligatoires. Depuis l'arrêt Mercier de la Cour de cassation (20 mai 1936), le médecin doit des soins conformes aux « données acquises de la science » (article R. 4127-32 du code de la santé publique), dans le respect de sa liberté de prescription (article R. 4127-8) et du libre choix du patient quant à son mode de prise en charge (article L. 1110-8). Le Conseil d'État juge que les recommandations de la HAS « font grief » et peuvent être contestées, précisément parce qu'elles pèsent sur l'appréciation de ces données (CE, 27 avril 2011, Formindep), et il impose à la HAS de les actualiser au fil des connaissances (CE,

23 décembre 2020, n° 428284). La Cour de cassation apprécie la conformité des soins au cas par cas : les données acquises s'apprécient à la date des soins, un médecin peut invoquer des recommandations postérieures conformes à ce qu'il a fait (Cass. 1re civ., 5 avril 2018, n° 17-15.620), et le respect ou le non-respect d'une recommandation n'établit pas à lui seul une faute. Dans le champ de l'autisme, la deuxième chambre civile a censuré le refus d'une aide à un enfant motivé par le seul fait que sa méthode n'était pas recommandée par la HAS : l'aide devait d'abord tenir compte des besoins de l'enfant (Cass. 2e civ., 8 novembre 2018, n° 17-19.556).

Le projet d'opposabilité

Le 8 octobre 2025, le président de la HAS a jugé « souhaitable » que certaines recommandations deviennent opposables, à commencer par celle sur l'autisme, et l'a confirmé devant la commission des affaires sociales du Sénat le 4 février 2026, en reconnaissant que cela relèverait de la loi. En novembre 2025, un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale, soutenu par plusieurs associations, voulait dérembourser l'ensemble des soins d'inspiration psychanalytique ; il a été retiré après une large mobilisation des professionnels. Ce livre blanc s'oppose à l'opposabilité des recommandations en matière de soins psychiques : elle transformerait en obligation des recommandations dont le niveau de preuve est souvent une présomption ou un faible niveau, figerait un état des connaissances que le juge impose d'actualiser, heurterait la liberté de prescription et le libre choix des patients, et ferait de l'autorité d'expertise une partie au débat qu'elle doit éclairer. L'interdiction doit rester réservée aux pratiques dont la nocivité est démontrée ; elle ne doit jamais frapper une orientation entière.



PARTIE 3

PROPOSITIONS POUR UNE PSYCHIATRIE PLURIELLE, HUMAINE ET ACCESSIBLE

Introduction à la troisième partie

Une critique sans proposition n'oblige à rien. Cette troisième partie formule des propositions précises, qui découlent des constats de la première partie et des analyses de la deuxième. Elles obéissent à quelques principes communs.

Remettre l'architecture à l'endroit. Placer à la base du système l'accueil, la proximité et la continuité, c'est-à-dire la fonction la plus exigeante, avec les moyens les plus importants ; placer l'expertise spécialisée et la recherche en appui de cette base, et non au sommet d'un parcours qui commence par une file d'attente.

Ne renoncer ni à la science, ni au sujet. Poursuivre la recherche biologique sans lui confier seule l'orientation du système ; financer enfin la recherche clinique de terrain ; évaluer toutes les pratiques avec des méthodes adaptées à leur nature ; ne jamais oublier que l'objet du soin est une personne singulière.

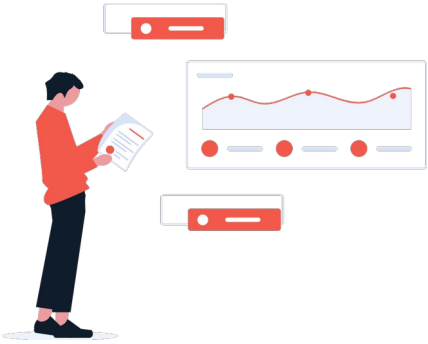
Respecter le pluralisme. Ne demander aucun privilège pour une approche, ni l'exclusion d'aucune ; garantir la liberté thérapeutique des praticiens et le libre choix éclairé des usagers.

Suivre les orientations de l'Organisation mondiale de la santé. Développer des services communautaires, centrés sur la personne, fondés sur les droits, attentifs aux déterminants sociaux, et réduire la contrainte.

3.1 Soutenir une recherche clinique de terrain dotée de critères de validité adaptés

Le constat

La recherche clinique conduite dans le service public de proximité, secteurs, centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, structures médico-sociales, est quasiment non financée. Les appels à projets de recherche privilégient les études biologiques, les essais médicamenteux et les projets portés par les grands centres hospitalo-universitaires. Les équipes de secteur, qui suivent pourtant l'immense majorité des patients, n'ont ni le temps, ni les moyens méthodologiques, ni les financements pour évaluer leurs pratiques. Il en résulte un paradoxe : on sait beaucoup de choses sur les effets à court terme de médicaments testés sur des patients sélectionnés, et presque rien sur ce que deviennent, sur dix ou vingt ans, les patients réellement suivis dans les secteurs.



Les propositions

Ce livre blanc propose :

- la création d'une **enveloppe identifiée** de financement de la recherche clinique de terrain en psychiatrie, distincte des financements de la recherche biologique, ouverte aux secteurs, aux CMP et aux structures médico-sociales ;
- la mise en place d'un **appui méthodologique mutualisé**, à l'échelle régionale, permettant aux équipes de terrain de concevoir et de conduire des recherches rigoureuses, en lien avec les universités ;
- la constitution de **cohortes de long terme** du devenir des patients de secteur, permettant de connaître l'évolution réelle des personnes suivies, les facteurs associés au rétablissement et les effets des différentes modalités de soin ;
- la reconnaissance, dans l'évaluation de ces recherches, des **méthodes alternatives** décrites dans la deuxième partie : cas unique formalisé, recherche fondée sur la pratique, études en conditions réelles de soin, recherche qualitative, mesures centrées sur le patient, études de processus.

Pourquoi cette recherche est nécessaire

On reproche souvent aux pratiques relationnelles de manquer de preuves. Mais on ne leur donne pas les moyens d'en produire. La recherche clinique coûte cher : il faut du temps de praticiens, des méthodologistes, des statisticiens, des infrastructures de recueil de données, des suivis de plusieurs années. Les grands centres hospitalo-universitaires et les programmes de recherche biologique disposent de ces moyens ; les équipes de secteur n'en disposent pas. Il en résulte un cercle : les pratiques de proximité ne sont pas évaluées parce qu'elles ne sont pas financées, et elles ne sont pas financées parce qu'elles ne sont pas évaluées. Briser ce cercle est une condition de l'égalité devant l'exigence de preuve.

Cette recherche répondrait aussi à des questions que personne d'autre ne pose : que deviennent, sur dix ou vingt ans, les personnes suivies en CMP ? Quels éléments du suivi sont associés au rétablissement ? Quel est l'effet de la continuité des soignants ? Qu'est-ce qui fait reculer la contrainte dans les services qui y parviennent ? Ces questions sont au cœur des besoins des personnes ; elles sont presque absentes des programmes de recherche.

3.2 Refuser les arguments d'économie en trompe-l'œil

Le constat

Les décisions de financement et de remboursement s'appuient de plus en plus sur des **études d'efficience**, qui comparent le coût et l'efficacité des interventions. Ces études sont légitimes et utiles. Mais elles reposent sur des hypothèses, des choix de critères et des horizons temporels qui déterminent largement leurs résultats. Une intervention brève, dont l'effet à court terme sur les symptômes est mesurable, paraîtra souvent plus « efficiente » qu'une intervention au long cours dont les effets portent sur le rétablissement, l'insertion et la prévention des rechutes, simplement parce que l'étude s'arrête trop tôt ou ne mesure pas les bons critères.

Le coût du non-soin

Surtout, ces études mesurent rarement le **coût du non-soin**. Une personne qui n'a pas pu être reçue à temps en CMP, et qui fait une crise, coûte un passage aux urgences, une hospitalisation, parfois une hospitalisation sous contrainte, des arrêts de travail, une perte d'emploi, parfois une incarcération, une invalidité. Le programme « Un chez-soi d'abord » a montré qu'offrir un logement et un accompagnement intensif à des personnes sans domicile atteintes de troubles graves n'était pas plus coûteux, globalement, que de les laisser passer d'un service d'urgence à un centre d'hébergement et à un hôpital. Avant de dire que soigner coûte cher, il faudrait évaluer ce que coûte le fait de ne pas soigner, et cette évaluation n'est presque jamais conduite.

La proposition

Ce livre blanc demande qu'aucune restriction de l'offre de soins ne soit fondée sur des études d'efficience qui n'auraient pas été soumises à un **audit indépendant et contradictoire**, examinant leurs hypothèses, leurs critères et leur horizon temporel, et intégrant le coût du non-soin.

3.3 Restaurer la liberté thérapeutique du clinicien et le libre choix des usagers

Les principes

Le code de la santé publique garantit au patient le **libre choix** de son praticien et de son établissement (article L. 1110-8), et le droit de prendre, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé (article L. 1111-4). La déontologie médicale garantit au médecin la **liberté de prescription**, dans les limites des données acquises de la science et de l'intérêt du patient. Ces principes sont au fondement de la relation de soin.

L'opposabilité des recommandations

Ces principes sont menacés lorsque les recommandations de bonne pratique tendent à devenir **opposables**, c'est-à-dire juridiquement contraignantes, et lorsque le financement des soins est conditionné au respect d'une liste de méthodes autorisées. Une recommandation de bonne pratique est, en droit français, un outil d'information destiné à éclairer les professionnels et les patients ; elle ne dispense pas le praticien de rechercher, pour chaque patient, la prise en charge qui lui paraît la plus appropriée. La transformer en norme, c'est faire trancher par une autorité administrative des controverses scientifiques qui ne sont pas closes, et restreindre la liberté de choix des patients, qui deviendrait un privilège réservé à ceux qui peuvent payer de leur poche les soins non financés.

Les propositions

Ce livre blanc demande :

- une **information loyale** des usagers sur la pluralité des approches thérapeutiques existantes, leurs bénéfices attendus, leurs limites et leurs incertitudes ;
- le **refus de l'opposabilité** des recommandations de bonne pratique en matière de soins psychiques ;
- le développement de la **décision partagée** entre soignants et patients ;
- la promotion des **directives anticipées en psychiatrie**, qui permettent à une personne d'exprimer, en période de stabilité, ses souhaits sur la manière dont elle voudrait être soignée en cas de crise, et des **plans de crise conjoints**, élaborés avec elle et ses proches.

3.4 Garantir une offre de soins de proximité, d'accueil et de lien durable

Refonder le secteur comme pivot

Le secteur doit redevenir le **pivot** de la psychiatrie adulte : l'instance responsable, sur un territoire, de l'accueil de toute personne qui se présente, de la continuité de son parcours et de la coordination avec les autres acteurs. Cela suppose des moyens, mais aussi une volonté politique : cesser de créer des dispositifs qui le contournent, et lui confier explicitement cette responsabilité.



Des mesures concrètes

Ce livre blanc propose :

- des **délais opposables** de premier rendez-vous en CMP : si l'on veut rendre quelque chose juridiquement contraignant, que ce soit le droit d'une personne en souffrance à être reçue dans un délai fixé, et non la liste des méthodes autorisées ;
- le rétablissement de l'**accueil sans rendez-vous** dans les CMP, sur des plages horaires étendues, permettant à toute personne en difficulté d'être reçue le jour même par un professionnel ;
- le développement d'**équipes mobiles de crise**, capables d'intervenir à domicile, en lien avec les médecins généralistes et les services d'urgence ;
- la création de **centres de crise ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre**, sur le modèle des centres de santé mentale de Trieste, offrant un accueil, une évaluation et une possibilité d'hébergement de courte durée en alternative à l'hospitalisation ;
- le **redéploiement des moyens** aujourd'hui consacrés à « Mon soutien psy », dont ce livre blanc demande l'abrogation, vers le secteur, afin de financer au moins en partie ces mesures et de garantir des consultations réellement gratuites en CMP ;
- la garantie, pour chaque personne suivie, d'un **soignant référent** stable, responsable de la continuité de son parcours entre les différents lieux de soin ;
- le financement des **temps d'élaboration en équipe**, réunions cliniques, supervision, analyse des pratiques, qui sont la condition de la qualité des soins et de la prévention de la contrainte.

Pourquoi la proximité, l'accueil et la continuité

Ces mesures ne relèvent pas d'une nostalgie. Elles découlent directement des données présentées dans ce livre blanc : l'alliance thérapeutique est l'un des meilleurs prédicteurs de l'efficacité des soins, et elle suppose la continuité ; la contrainte recule lorsque les crises sont accueillies en amont ; la rupture de suivi est un facteur majeur de rechute et de suicide ; l'Organisation mondiale de la santé recommande des services communautaires de proximité. La psychiatrie de proximité, d'accueil et de continuité n'est pas une option parmi d'autres : elle est la condition de tout le reste.

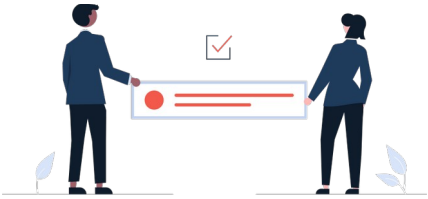
Combien cela coûterait-il ?

Une objection sérieuse porte sur le coût de ces mesures. Elle mérite un chiffrage précis, que ce livre blanc ne peut pas fournir seul et qui devrait être conduit par les services de l'État. Trois éléments doivent cependant être pris en compte. Le premier est le **coût du non-soin** : chaque crise non prévenue coûte un passage aux urgences, une hospitalisation, souvent des arrêts de travail prolongés, parfois une incarcération. Le deuxième est le **coût des dispositifs empilés**, dont l'efficience n'a jamais été mise en regard des délais qu'ils n'ont pas réduits. Le troisième est le **coût du remplacement** des professionnels qui quittent la psychiatrie publique : recrutement, intérim, formation de nouveaux arrivants, perte d'expérience. Une politique qui investirait dans la proximité, l'accueil et la continuité ferait, selon toute vraisemblance, des économies à moyen terme. Cette hypothèse devrait être testée par une évaluation sérieuse, plutôt qu'écartée a priori.

3.5 Faire de la psychiatrie une priorité nationale, articulée à la médecine générale et à la pédopsychiatrie

Une loi de programmation

La santé mentale a été déclarée grande cause nationale pour 2025. Une grande cause sans moyens programmés sur plusieurs années reste une déclaration. Ce livre blanc demande une **loi de programmation en santé mentale**, fixant sur dix ans des objectifs de recrutement, de financement des structures de proximité, de recherche et de formation, avec un suivi annuel devant le Parlement.



La transition entre seize et vingt-cinq ans

La période de seize à vingt-cinq ans est celle où débutent la plupart des troubles psychiques graves et où se produisent les ruptures de parcours les plus dommageables, au passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. Ce livre blanc demande la création, sur chaque territoire, de dispositifs spécifiques pour les jeunes adultes, associant pédopsychiatres et psychiatres d'adultes, et garantissant la continuité des soins au-delà de la majorité. Les maisons des adolescents, qui accueillent jusqu'à vingt-cinq ans, et les équipes d'intervention précoce dans les psychoses, sont des points d'appui.

La médecine générale

Les médecins généralistes reçoivent une part considérable des personnes en souffrance psychique et prescrivent l'essentiel des psychotropes. Ils doivent pouvoir s'appuyer sur un accès facile à un avis psychiatrique, par les **dispositifs de soins partagés**, la psychiatrie de liaison et des liens directs avec les CMP. La formation initiale et continue des généralistes en santé mentale doit être renforcée, en accordant une place à l'écoute et à la relation autant qu'à la prescription.

L'articulation avec le médico-social

Une politique de santé mentale qui ignorerait le médico-social manquerait une part essentielle du soin. Ce livre blanc demande que la loi de programmation intègre les établissements et services médico-sociaux, SAVS, SAMSAH, SAJ, ESAT, foyers de vie, FAM, MAS, CSAPA, CAARUD, avec des créations de places à la mesure des besoins, des financements qui ne séparent plus artificiellement le soin de l'accompagnement, et des conventions obligatoires entre secteurs de psychiatrie et structures médico-sociales d'un même territoire. Il demande

aussi la reconnaissance du rôle du secteur associatif, qui porte l'essentiel du médico-social et a souvent été à l'origine des innovations les plus utiles.

Un observatoire prospectif des besoins

La forte croissance des diagnostics chez l'enfant, dominée par les troubles du neurodéveloppement, et l'afflux des demandes de diagnostic chez l'adulte, vont transformer profondément la demande adressée à la psychiatrie adulte dans les années qui viennent. On commence à peine à le mesurer et à le comprendre. Ce livre blanc propose la création d'un **observatoire épidémiologique et prospectif** de la santé mentale, chargé de suivre l'évolution des diagnostics, des besoins et des recours, en lien avec les évolutions sociales, culturelles et anthropologiques, et d'éclairer la planification. Il fait sienne l'orientation du rapport Fonagy publié en Angleterre en octobre 2026 : passer d'un accès à l'aide conditionné par le diagnostic à un accès fondé sur les besoins, le diagnostic restant un outil et non un préalable.

3.6 Une réponse plurielle et adaptée à chaque grand champ de pathologie

Ce livre blanc refuse le référentiel unique. Chaque grand champ de pathologie appelle une réponse plurielle, adaptée à la diversité des personnes.

Les psychoses. Développer l'**intervention précoce** dans les premiers épisodes ; proposer un **accompagnement à la réduction des traitements** antipsychotiques lorsque la personne le souhaite et que la situation le permet, sur le modèle des recherches de Wunderink ; expérimenter et évaluer le **dialogue ouvert** ; développer la **réhabilitation psychosociale** orientée vers le rétablissement ; garantir le suivi somatique.

La dépression et l'anxiété. Garantir l'accès à des **psychothérapies de toutes orientations**, sans limitation arbitraire du nombre de séances ; réserver aux médicaments une **place mesurée**, en réservant les antidépresseurs aux dépressions qui le justifient ; informer loyalement sur les effets indésirables et les syndromes de sevrage, et **accompagner l'arrêt** des traitements selon des schémas de décroissance adaptés.

Les troubles de la personnalité. Proposer des **psychothérapies au long cours**, psychodynamiques, fondées sur la mentalisation, centrées sur le transfert, comportementales dialectiques, et des **institutions** capables de tenir dans la durée face aux crises.

Les addictions. Développer des **approches intégrées**, associant soins psychiques, soins somatiques, réduction des risques et accompagnement social, en articulation avec les CSAPA et les CAARUD.

Les psychotraumatismes. Former les professionnels à la prise en charge du psychotraumatisme, notamment chez les personnes exilées et chez les victimes de violences, et garantir l'accès à des soins psychiques de durée suffisante, sans les réduire à des protocoles brefs. Les deux champs se recoupent souvent, une conduite addictive pouvant être une tentative de faire face à un traumatisme, mais ils appellent des compétences et des dispositifs distincts.

Faire de la déprescription un acte médical encadré

Ce livre blanc propose de faire de la déprescription une dimension à part entière de la politique du médicament en santé mentale :

- **Informer** systématiquement les patients, dès la prescription d'un antidépresseur, d'une benzodiazépine, d'un hypnotique ou d'un antipsychotique, des risques de dépendance physique et des difficultés possibles à l'arrêt ;
- **réévaluer régulièrement** tout traitement psychotrope au long cours, pour

vérifier qu'il reste utile et envisager, avec la personne, une réduction lorsque la situation le permet ;

- **élaborer des recommandations françaises** de déprescription des psychotropes, s'appuyant sur les travaux internationaux récents, et notamment sur les *Maudsley Deprescribing Guidelines* de Mark Horowitz et David Taylor, avec des schémas de réduction progressive et hyperbolique adaptés à chaque classe ;
- **rendre disponibles et remboursées** les formes pharmaceutiques permettant des réductions très progressives : formes buvables, faibles dosages, préparations magistrales, bandelettes de réduction ;
- **former** les médecins généralistes et les psychiatres à la reconnaissance des symptômes de sevrage, à leur distinction d'avec les rechutes et à la conduite des réductions ;
- **créer des consultations spécialisées** de déprescription, adossées aux équipes de secteur et à la psychiatrie de liaison, pour les situations complexes ;
- **associer un accompagnement psychothérapique** à toute déprescription, ce qui suppose un accès réel aux psychothérapies, sans plafond arbitraire de séances ;
- **soutenir la recherche** sur le sevrage et la déprescription, domaine longtemps négligé par une recherche qui s'est intéressée à l'initiation des traitements bien plus qu'à leur arrêt ;
- **associer les personnes concernées**, dont l'expérience du sevrage a été longtemps ignorée, à l'élaboration de ces recommandations.

3.7 Réduire la contrainte : soins sans consentement, isolement et contention

La réduction de la contrainte doit devenir un objectif national explicite, assorti d'indicateurs et d'un calendrier. Ce livre blanc propose :

- la fixation d'un **objectif national de réduction** du recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention, décliné par établissement ;
- la **publication annuelle des données** de recours à la contrainte par établissement, afin de rendre visibles les écarts et de permettre la diffusion des bonnes pratiques ;
- le financement des **temps d'élaboration d'équipe**, de la **formation** à la prévention et à la désescalade, et de la **pair-aidance** dans les services d'hospitalisation ;
- la généralisation des **plans de prévention de la crise** et des plans de crise conjoints ;
- l'amélioration de l'**architecture des services**, avec des espaces d'apaisement et des chambres qui ne soient pas des cellules ;
- et surtout l'investissement dans la **proximité et l'accueil de la crise**, en amont, qui est le moyen le plus sûr de réduire la contrainte en aval.

Ces propositions rejoignent directement les orientations de l'Organisation mondiale de la santé et du Haut-Commissariat aux droits de l'homme, qui appellent les États à réduire et, à terme, à éliminer les pratiques coercitives.

Les directives anticipées et les plans de crise conjoints

Les **directives anticipées en psychiatrie** permettent à une personne, en période de stabilité, d'exprimer ses souhaits sur la manière dont elle voudrait être soignée en cas de crise : les personnes à prévenir, les traitements qu'elle accepte ou refuse, les signes qui annoncent une rechute, ce qui l'aide à se calmer. Les **plans de crise conjoints** sont élaborés avec l'équipe soignante et, si la personne le souhaite, avec ses proches. Des études internationales ont montré qu'ils pouvaient réduire le recours aux soins sans consentement. Ils sont aussi une manière de reconnaître la personne comme sujet de son soin, y compris dans les moments où sa capacité de décision est altérée. Ce livre blanc demande qu'ils soient proposés à toutes les personnes suivies pour un trouble susceptible d'entraîner des crises.

3.8 Intégrer la dimension culturelle et sociale dans la formation et la pratique

Ce livre blanc propose :

- l'intégration de la **psychiatrie transculturelle** et de l'**anthropologie** dans la formation initiale et continue des psychiatres, psychologues et infirmiers ;
- le financement d'un **interprétariat professionnel** accessible dans tous les lieux de soin, comme condition élémentaire du soin par la parole ;
- l'articulation systématique des soins avec les politiques du **logement** et de l'**emploi** : généralisation du programme « **Un chez-soi d'abord** » à l'ensemble des territoires, et développement de l'**emploi accompagné** selon le modèle IPS ;
- la prise en compte des **déterminants sociaux** dans l'évaluation des besoins de santé mentale de chaque territoire, conformément au rapport mondial de l'OMS de 2022.

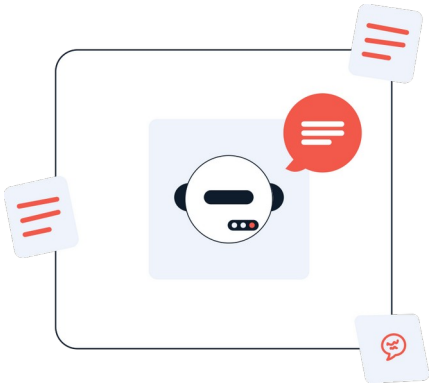
3.9 Un usage raisonné du numérique et de l'intelligence artificielle

Ce livre blanc propose une règle simple : le numérique doit compléter, non remplacer. Il propose en conséquence :

- l'**encadrement** des applications et des agents conversationnels se présentant comme des outils de santé mentale : obligation de publier les évaluations indépendantes et les protocoles de réponse aux situations de crise ;
- l'**interdiction de la publicité ciblée** fondée sur des données de santé mentale et l'**interdiction du transfert** de ces données à des tiers commerciaux ;
- l'obligation, pour tout agent conversationnel susceptible de recevoir des confidences de détresse, de disposer de mécanismes d'orientation vers des services humains ;
- la sanction effective de l'usage abusif des titres de psychologue et de psychothérapeute ;
- la protection du public grâce à la protection de l'exercice de la psychologie, et la lutte contre toutes les appellations « psy » non réglementées pouvant prêter à confusion ;
- le développement de la **télépsychiatrie** comme prolongement de la relation clinique, notamment dans les territoires isolés, sans qu'elle remplace la présence physique lorsque celle-ci est nécessaire.

Former les soignants à la relation avec les patients hyperconnectés

Ce livre blanc propose en outre :



- d'intégrer dans la formation initiale et continue des psychiatres, psychologues, infirmiers et médecins généralistes une formation à la **relation avec les patients hyperconnectés** : accueil des auto-diagnostics, discussion des informations trouvées en ligne, refus argumenté des prescriptions à la demande, décision partagée ;
- de développer, avec les associations d'usagers, des **ressources d'information fiables** en santé mentale, accessibles et adaptées aux formats numériques que les jeunes adultes utilisent ;
- de conduire des **recherches** sur l'effet des réseaux sociaux et des agents conversationnels sur l'auto-diagnostic,

la demande de soins et les prescriptions ;

- de garantir aux soignants le **temps de consultation** nécessaire pour accueillir et discuter ces demandes, ce qui suppose de ne pas réduire la consultation psychiatrique à un acte bref.

3.10 Une comparaison internationale instructive

Plusieurs pays ont développé des organisations de santé mentale dont la France peut tirer des enseignements, à condition de les examiner avec précision, sans idéalisation.

Trieste. Sous l'impulsion de Franco Basaglia, Trieste a fermé son hôpital psychiatrique dans les années 1970, et la loi italienne de 1978 a organisé la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques du pays. Trieste a développé des centres de santé mentale de quartier ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, disposant de quelques lits d'accueil, travaillant en lien étroit avec les services sociaux, les coopératives d'insertion et les associations. Le recours à la contrainte y est très faible. L'OMS a longtemps cité Trieste comme un modèle de référence. L'expérience montre qu'une psychiatrie entièrement communautaire est possible ; elle montre aussi qu'elle suppose des moyens et une volonté politique durables, et que les réformes italiennes ont été mises en œuvre de manière très inégale selon les régions.

La Finlande et le dialogue ouvert. En Laponie occidentale, l'équipe de Jaakko Seikkula a développé à partir des années 1980 l'approche du **dialogue ouvert** (*Open Dialogue*) : en cas de crise psychotique, une équipe se rend dans les vingt-quatre heures au domicile de la personne et organise des réunions associant la personne, ses proches et les professionnels, dans lesquelles toutes les décisions sont prises de manière transparente. Les résultats rapportés, avec un recours limité aux antipsychotiques et un bon taux de retour à l'emploi ou aux études, ont suscité un intérêt international ; ils proviennent surtout d'études observationnelles, et des essais sont en cours dans plusieurs pays pour les évaluer. L'approche est un exemple d'intervention complexe fondée sur le lien, la proximité et la continuité. Son histoire, sa pratique et ses résultats sont présentés en détail dans la section 2.24.

Le Royaume-Uni et les « Talking Therapies ». Le programme anglais *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), lancé en 2008 et devenu *NHS Talking Therapies*, a considérablement élargi l'accès aux psychothérapies pour les troubles anxieux et dépressifs, avec un suivi systématique des résultats. C'est une réussite en termes d'accès et de transparence. Mais le programme a aussi été critiqué : orientation très majoritaire vers des thérapies cognitivo-comportementales brèves et standardisées, nombre de séances limité, taux de rechute importants, épuisement des professionnels soumis à des objectifs de volume, difficulté à prendre en charge les situations complexes. Le Royaume-Uni connaît par ailleurs, on l'a vu, des listes d'attente considérables pour l'évaluation du TDAH et de l'autisme chez l'adulte. L'expérience anglaise montre qu'un accès élargi est possible, et qu'il ne doit pas se faire au prix d'une standardisation qui écarte les situations les plus difficiles.

La Belgique et la réforme « Psy 107 ». Lancée en 2010 sous le titre « Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », et fondée sur l'article 107 de la loi sur les hôpitaux, qui permet de réaffecter des moyens hospitaliers, la réforme belge a organisé, sur des territoires définis, des réseaux associant hôpitaux, services ambulatoires, structures de réadaptation et de logement, et créé des équipes mobiles pour les crises et pour le suivi au long cours, financées notamment par le gel ou la fermeture de lits. Elle montre qu'un mouvement vers le soin dans la communauté peut être financé par une réaffectation des moyens hospitaliers, à condition que ces moyens soient effectivement transférés et que la coordination soit organisée ; ses évaluations soulignent aussi les difficultés d'articulation et l'hétérogénéité des réseaux selon les territoires.

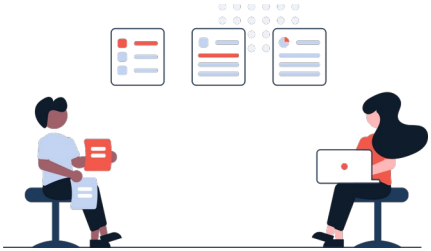
Le Québec. Le Québec a mis en place un programme public de psychothérapie et développé des guichets d'accès en santé mentale, ainsi que des approches fondées sur le rétablissement et la pair-aidance. Il connaît également des difficultés d'accès et des listes d'attente.

Ce qui est transposable. Ces expériences convergent vers quelques enseignements : l'importance de services de proximité capables d'accueillir les crises, la place des proches et des pairs, l'articulation avec le logement et l'emploi, le suivi des résultats avec des indicateurs pertinents, et le danger de la standardisation excessive. Elles confirment les orientations de l'OMS, et elles rejoignent ce que la psychiatrie de secteur française avait voulu construire.

3.11 Une gouvernance territoriale partagée de la santé mentale

Le constat

Personne, aujourd'hui, n'est responsable de la continuité du parcours d'une personne en souffrance psychique sur un territoire. Le secteur l'était en principe ; il ne l'est plus en pratique, du fait de la multiplication des dispositifs et du clivage entre le sanitaire, le médico-social et le social. Les **projets territoriaux de santé mentale** (PTSM), créés par la loi du 26 janvier 2016, et les **conseils locaux de santé mentale** (CLSM), qui réunissent élus, professionnels, usagers et proches à l'échelle d'une commune ou d'une intercommunalité, sont des instances utiles, mais elles n'ont pas de responsabilité effective sur la continuité des parcours.



Les propositions

Ce livre blanc propose de donner aux PTSM et aux CLSM une **responsabilité effective** de la continuité des parcours sur leur territoire, avec des moyens de coordination, des indicateurs publics (délais d'accès, ruptures de suivi, recours à la contrainte, personnes sans soins) et une participation réelle des usagers et des proches. Il propose de lever le **clivage sanitaire / médico-social / social** en repensant les financements et, dans un premier temps, par des **conventions** entre établissements sanitaires et structures médico-sociales, organisant les responsabilités partagées, les passages entre dispositifs et la continuité du soin, et en reconnaissant pleinement le rôle du secteur associatif. Il propose enfin que la création de tout nouveau dispositif soit conditionnée à la démonstration préalable qu'aucune structure existante ne peut assurer la mission avec les mêmes moyens.

Des indicateurs qui comptent

Une gouvernance territoriale responsable suppose des indicateurs publics, qui mesurent ce qui compte pour les personnes et non seulement l'activité des structures. Ce livre blanc propose que chaque territoire publie chaque année au moins les indicateurs suivants : le délai moyen de premier rendez-vous en CMP ; la part des demandes reçues sans rendez-vous ; le nombre de ruptures de suivi après une hospitalisation ; le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention ; le nombre de passages aux urgences pour motif psychiatrique et leur durée ; le nombre de personnes suivies qui disposent d'un logement et d'une activité ; la satis-

faction des usagers et des proches. Ce que l'on ne publie pas ne s'améliore pas.

3.12 Formation, recherche et attractivité : investir dans le temps long

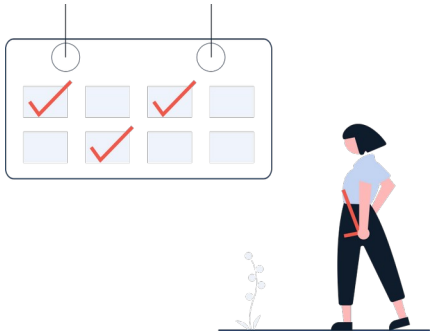
La crise des métiers ne se résoudra pas par des mesures ponctuelles. Elle demande un investissement dans le temps long. Ce livre blanc propose :

- la **revalorisation des carrières** hospitalières des psychiatres, des psychologues et des infirmiers en psychiatrie, et la reconnaissance de la spécificité du travail en psychiatrie publique ;
- le **rétablissement d'une formation infirmière spécifique** en psychiatrie, sous la forme d'une spécialisation reconnue après le diplôme d'État, et le développement des infirmiers en pratique avancée en psychiatrie et santé mentale ;
- la reconnaissance du statut et de la place des **psychologues** dans les équipes, au-delà de la réalisation de bilans ;
- la place centrale, dans la formation des internes en psychiatrie, de l'**enseignement des psychothérapies** de toutes orientations, de la **psychopathologie** et de la **sémiologie** fine, avec, pour chaque interne, une **initiation à la psychothérapie** adaptée à la durée des stages, qui ne dépasse pas six mois : participation à des entretiens co-conduits, supervision d'entretiens thérapeutiques conduits seul, et, pour les internes en fin de cursus et les jeunes praticiens, une pratique plus suivie ; des **conventions** entre les facultés, les services et des institutions de formation extérieures, notamment les associations psychanalytiques et de psychothérapie, permettant aux internes de compléter leur formation ;
- le financement de la **supervision** et de l'**analyse des pratiques** pour toutes les équipes ;
- le maintien des efforts de valorisation de la discipline auprès des étudiants en médecine, dont le regain d'intérêt observé en 2026 montre l'efficacité.

3.13 Refonder un système de remboursement des consultations en libéral chez les psychologues

Le principe

Les constats dressés dans la première partie conduisent ce livre blanc à formuler, sur le dispositif « Mon soutien psy », des demandes précises. Il ne demande pas la suppression du **principe** d'une prise en charge par la solidarité nationale de l'accès au psychologue, qui répond à une injustice réelle ; rien ne serait gagné à renvoyer les adultes au régime antérieur, où le soin psychologique libéral était réservé à ceux qui pouvaient l'acheter. Il demande une **refondation de l'architecture** de ce principe. Un dispositif de remboursement doit être un instrument de solidarité, non un instrument de normalisation.



Une reconstruction concertée

Une première exigence est de **reconstruire** le système de remboursement des consultations de psychologue en concertation avec les principales organisations de psychologues. Les psychologues sont les premiers spécialistes de leur discipline et de leur pratique professionnelle ; ils sont les mieux à même d'évaluer les besoins du public en la matière.

Cette reconstruction doit tenir compte des critiques formulées depuis l'origine par les psychologues :

- la question du **nombre de séances** financées, qui ne peut pas être fixé à l'avance indépendamment de la situation clinique ;
- la **référence médicale**, et en particulier l'avis psychiatrique exigé au-delà de douze séances, qui ralentit les prises en charge et engorge une médecine de ville et une psychiatrie déjà surchargées ;
- la suppression des **critères d'inclusion** fondés sur une prétendue intensité « légère à modérée », qui n'existe dans aucune nomenclature et qui crée de fait des critères d'exclusion frappant les personnes les plus en difficulté, notamment celles qui vivent avec un trouble psychique grave ou une affection de longue durée psychiatrique ;
- la **transparence totale** dans la construction du dispositif et dans la sé-

lection des psychologues conventionnés, y compris sur la composition et les critères du comité de sélection ;

- le **respect de la spécificité de la profession** de psychologue, issue des sciences humaines et réglementée par la loi du 25 juillet 1985 ;
- le respect d'une **réelle pluralité des approches**, sans hiérarchie doctrinale entre les orientations.

Une gratuité réelle

Ce livre blanc demande la **gratuité réelle** des séances pour les personnes sans complémentaire santé : les trois millions de personnes qui vivent sans mutuelle sont aujourd'hui exclues de fait d'un dispositif présenté comme universel. Il demande que la concentration de 89 % des psychologues conventionnés en zone urbaine appelle un **mécanisme correcteur** explicite, faute de quoi le dispositif aggravera les inégalités territoriales que la logique de secteur avait pour objet de réduire.

Une évaluation enfin conduite

Ce livre blanc demande que le **bilan de réalisation des 800 postes** en centres médico-psychologiques annoncés le 28 septembre 2021, le jour même où était annoncé le remboursement des consultations, soit rendu public. Il demande la conduite de l'**étude d'impact** recommandée en décembre 2025 par la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur la santé mentale et le handicap, mesurant l'effet du dispositif sur les délais d'attente en centre médico-psychologique et sur les programmes financés par les agences régionales de santé, notamment en santé au travail, en santé étudiante et en périnatalité. Tant que cette étude n'aura pas été conduite, l'affirmation gouvernementale selon laquelle les investissements sont « distincts et complémentaires » et l'affirmation syndicale selon laquelle le premier se substitue au second resteront l'une et l'autre invérifiables, ce qui, s'agissant de plus de cent millions d'euros d'argent public et de l'accès aux soins d'un million de personnes, n'est pas acceptable.

Inverser l'ordre des priorités

Il faut enfin nommer ce que le débat public évite de nommer. La consultation en centre médico-psychologique est gratuite, sans avance de frais, sans complémentaire santé, sans plafond de séances, sans liste de troubles éligibles et sans avis psychiatrique pour poursuivre. « Mon soutien psy » propose un droit plafonné, partiellement payant et conditionné, à côté d'un droit gratuit et sans plafond que la pénurie a rendu inaccessible.

> ***Ce que ce livre blanc demande***
>
> *La réponse juste à des délais de plusieurs mois en centre médico-psychologique n'est pas d'ouvrir à côté un circuit payant partiellement remboursé : c'est de financer les centres médico-psychologiques et les structures existantes, qui offrent déjà des consultations gratuites pour tous les citoyens, sur tout le territoire, sans discrimination.*

Un investissement au moins équivalent dans l'offre publique de proximité permettrait, selon le calcul d'organisations comme la Convergence des psychologues en lutte, de recruter jusqu'à quatre mille

psychologues dans les CMP et dans les autres structures publiques et associatives où les besoins sont criants. Que l'on ait su engager, en trois ans, plus de cent millions d'euros de remboursements sur le dispositif libéral, et que l'on soit toujours incapable de dire combien des huit cents postes annoncés le même jour ont été effectivement créés, ne relève pas d'un simple défaut de suivi : c'est l'indication la plus claire de l'ordre des priorités qui a été retenu. Ce livre blanc demande que cet ordre soit **inversé**, non par hostilité envers les psychologues libéraux conventionnés, dont le travail n'est pas en cause et dont beaucoup reçoivent aujourd'hui des patients que le service public ne peut plus accueillir, mais parce qu'un dispositif de rattrapage ne peut pas tenir lieu de politique de soin, et qu'une solidarité qui s'arrête à la douzième séance et au seuil de la complémentaire santé n'est pas encore l'égalité. L'urgence est de rendre au service public, par une réaffectation des moyens aujourd'hui consacrés à ce dispositif, les capacités dont il a besoin, ainsi qu'aux structures associatives conventionnées qui assurent un maillage territorial essentiel. Une fois le service public suffisamment restauré, il sera temps de déterminer comment la solidarité nationale peut intervenir pour rembourser les consultations libérales, dans un cadre construit avec la profession.

3.14 Psychiatrie, justice et prison

Ce livre blanc propose :

- le **renforcement des soins psychiatriques en détention**, par des moyens suffisants pour les unités sanitaires, les SMPR et les UHSA, et la garantie d'une continuité des soins à la sortie de prison, moment de risque majeur de rupture, de rechute et de suicide ;
- le développement d'**alternatives à l'incarcération** pour les personnes atteintes de troubles psychiques sévères, en lien avec la justice, et l'évaluation des dispositifs existants ;
- la **revalorisation des expertises psychiatriques et psychologiques** judiciaires, par des rémunérations adaptées, une formation spécifique et un soutien aux experts ;
- la reconnaissance de la place de la **psychiatrie publique de proximité dans la prévention** des passages à l'acte et de la récidive : c'est en suivant dans la durée les personnes les plus vulnérables, avant qu'elles ne commettent des actes qui les conduisent en prison, que la psychiatrie contribue le plus efficacement à la sécurité de tous.

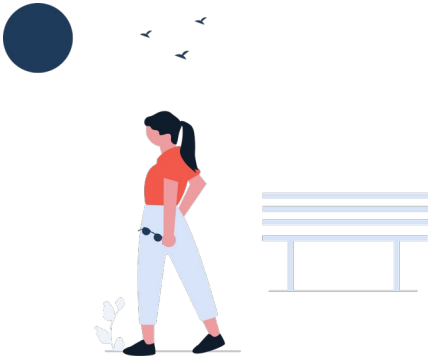
3.15 Soutenir l'inclusion et le rétablissement

Le rétablissement ne se joue pas seulement dans les lieux de soin. Il se joue dans le logement, l'emploi, les relations, la citoyenneté. Ce livre blanc propose :

- le développement des **groupes d'entraide mutuelle** sur tous les territoires, avec des financements stables ;
- le développement de la **pair-aidance** professionnelle dans les équipes de soins, avec une formation et un statut reconnus ;
- la généralisation du **logement d'abord** et de l'**emploi accompagné** ;
- le développement de l'**emploi protégé et adapté**, en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et en entreprises adaptées, articulés au soin et ouverts sur le milieu ordinaire, et l'organisation des passages entre ces dispositifs et l'emploi ordinaire ;
- le soutien aux **clubhouses** et aux **collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle (CEISP)** : inspirés du modèle né à New York en 1948, les clubhouses sont des lieux non médicalisés, gérés avec leurs membres, où des personnes vivant avec un trouble psychique reprennent une activité, des liens et un projet professionnel. Le réseau Clubhouse France, implanté depuis 2011, réunissait fin 2023 neuf clubhouses accueillant environ 1 500 personnes, et compte désormais des implantations dans une douzaine de villes. Les pouvoirs publics ont reconnu ce modèle en créant, par une instruction de la direction générale de la cohésion sociale du 31 août 2022, les CEISP, financés par les agences régionales de santé. Ces lieux ne remplacent pas le soin ; ils en sont le relais, et doivent lui être articulés ;
- l'association des praticiens du soin psychique aux **politiques d'inclusion**, afin que le soin et la compensation ne soient ni opposés, ni clivés, ni confondus, mais articulés autour de la personne.

Une inclusion qui engage la société

Ce livre blanc propose que les politiques d'inclusion soient construites selon la définition du handicap issue de la Convention des Nations unies et de la loi de 2005 : en agissant sur les **barrières** que la société oppose aux personnes, et non en exigeant d'elles qu'elles rejoignent une norme. Cela suppose des moyens d'accompagnement dans le milieu ordinaire, logement, emploi, études, citoyenneté, à la hauteur des ambitions affichées ; le maintien d'une offre de soins et de lieux adaptés pour les personnes qui en ont besoin et le souhaitent ; la reconnaissance des différences cliniques, notamment pour les personnes les plus lourdement atteintes, dont les besoins ne doivent pas être dissous dans une catégorie générale ; et l'association effective des personnes concernées et de leurs proches à l'élaboration de ces politiques.



3.16 Un calendrier réaliste de mise en œuvre

Ces propositions ne demandent pas toutes le même délai, et il serait malhonnête de les présenter comme un bloc.

Dans l'année, sans coût significatif

- Mention explicite de la **pluralité méthodologique** dans les recommandations de la Haute Autorité de santé en psychiatrie adulte.
- Organisation d'un **dialogue formel** entre la HAS, les sociétés savantes de toutes orientations, les organisations de psychologues et les associations d'usagers et de proches.
- **Publication** de la composition des groupes d'experts et de leurs liens d'intérêts, financiers, institutionnels et intellectuels.
- **Audit** indépendant et contradictoire des études d'efficience utilisées pour orienter les remboursements.
- Publication des **données de recours à la contrainte** par établissement.
- Publication du **bilan des 800 postes** en CMP annoncés en 2021.
- Création d'une **enveloppe de recherche** clinique de terrain.

Dans la mandature, deux à cinq ans

- Plan de **recrutement** de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers dans les structures publiques de proximité.
- Création de **centres de crise** et d'équipes mobiles sur l'ensemble du territoire.
- **Délais opposables** de premier rendez-vous en CMP.
- Objectif national de **réduction de la contrainte**.
- **Généralisation** du logement d'abord et de l'emploi accompagné.
- **Refondation d'un système de remboursement des consultations en libéral chez les psychologues**, en concertation avec la profession.
- Responsabilité effective des **PTSM** sur la continuité des parcours.

Dans la décennie

- Rétablissement d'une **formation spécifique** des infirmiers en psychiatrie et transformation de la formation des internes.
- Constitution d'une **base nationale de suivi longitudinal** du devenir des personnes suivies en psychiatrie.
- **Loi de programmation** en santé mentale sur dix ans.

Ces dernières mesures demandent du temps, parce qu'aucun plan ne forme un psychiatre ou un infirmier spécialisé en moins de plusieurs années. C'est précisément pourquoi il faut commencer maintenant.



3.17 Synthèse des demandes formulées aux pouvoirs publics et à la Haute Autorité de santé

1. Faire de la santé mentale une priorité dotée de moyens propres, par une loi de programmation, articulée à la pédopsychiatrie, notamment pour les seize-vingt-cinq ans, et à la médecine générale.

2. Garantir la liberté thérapeutique et le libre choix éclairé des usagers, et refuser l'opposabilité des recommandations en matière de soins psychiques.

3. Réduire la contrainte et protéger les droits fondamentaux des personnes soignées sans leur consentement.

4. Soutenir en priorité l'offre publique de proximité : secteur, centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, CATTG, centres de crise, équipes mobiles, avec des délais opposables de premier rendez-vous.

5. Passer d'un accès à l'aide conditionné par le diagnostic à un accès fondé sur les besoins, et créer un observatoire épidémiologique et prospectif de la santé mentale.

6. Doter la politique de santé mentale d'une conception d'ensemble de ses dispositifs, et lever le clivage sanitaire / médico-social / social par des financements repensés et, dans un premier temps, par des conventions.

7. Intégrer les déterminants sociaux, culturels et anthropologiques dans la formation et les dispositifs, conformément aux orientations de l'Organisation mondiale de la santé.

8. Reconnaître les psychothérapies psychodynamiques, la psychothérapie institutionnelle et les approches intégratives comme interventions complexes au sens du Medical Research Council, et les évaluer selon des méthodes adaptées.

9. Reconnaître que le système d'évaluation appliqué n'est pas adéquat pour la majorité des interventions psychiques : le niveau de preuve A n'en est pas le critère pertinent, et la présomption scientifique et l'accord professionnel constituent le régime de preuve propre à la discipline, non un régime dégradé.

10. Donner aux méthodes d'évaluation adaptées une place réelle et financée : cas unique formalisé, recherche fondée sur la pratique, cohortes de long terme, recherche qualitative, mesures centrées sur le patient ; et refuser toute restriction de l'offre fondée sur des études d'efficience non soumises à un examen indépendant et contradictoire intégrant le coût du non-soin.

11. Financer une recherche équilibrée entre psychiatrie dite de précision et recherche clinique de terrain, et exiger une communication exacte sur les résultats de la recherche biologique.

12. Garantir l'indépendance et le pluralisme de l'expertise publique : saisines transparentes, composition des groupes d'experts et liens d'intérêts financiers, institutionnels, intellectuels et liés à la formation rendus publics, et prise en compte de la littérature francophone à comité de lecture.

Conclusion générale

NI RENONCER À LA SCIENCE, NI RENONCER AU SUJET

Ce livre blanc a décrit une psychiatrie adulte en crise : une demande qui augmente, une offre publique qui recule, une contrainte qui s'étend, des personnes vulnérables mal servies, des professionnels qui s'épuisent et s'en vont. Il a soutenu que cette crise ne tient pas seulement à un manque de moyens, mais aussi à une orientation : une orientation biomédicale exclusive, fondée sur une conception réductionniste de la souffrance psychique, contraire aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé, et traduite en une architecture à l'envers des besoins, qui place le repérage, le diagnostic et l'expertise au sommet, et laisse l'accueil, la proximité et la continuité au bas de l'échelle.

Il a montré que cette orientation repose sur des promesses plus que sur des résultats. La psychiatrie dite de précision n'a produit, après vingt ans, aucun biomarqueur utilisable en clinique ; la psychiatrie biologique, au sens strict d'une psychiatrie fondée sur la connaissance des mécanismes, n'existe pas encore ; ce qui existe, et qui est précieux, est une psychiatrie pharmacologique empirique. Il a montré, avec les travaux de François Gonon, que le bilan de la recherche biologique est présenté au public de manière systématiquement optimiste, dans un double langage qui reconnaît les échecs dans les revues spécialisées et annonce des avancées dans les médias. Il a rappelé que la significativité statistique n'est ni la significativité clinique ni la preuve scientifique, qu'il existe plusieurs conceptions de la science, et que l'absence d'un certain type de preuve n'est pas la preuve d'une inefficacité.



Il a défendu une autre conception du soin : le **soin psychique**, entendu comme soin par le psychisme, par l'interaction et par le lien ; la **psychiatrie du lien**, organisée autour de la proximité, de l'accueil et de la continuité. Il a montré que cette conception n'est pas une nostalgie, mais qu'elle est soutenue par des données solides, celles de la recherche sur l'alliance thérapeutique et sur les facteurs communs, par des expériences évaluées, comme le logement d'abord, et par les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé.

Un adulte qui souffre n'est réductible ni à une case, ni à un score, ni à un circuit cérébral. Il est un sujet pris dans une histoire, des liens, un travail, une cité. La science peut l'aider, et elle doit continuer à chercher. Mais elle ne peut l'aider qu'à condition de ne pas oublier qu'elle s'adresse à un sujet.

Un enjeu démocratique

La question posée par ce livre blanc n'est pas seulement médicale. Elle est démocratique. Elle concerne les **droits** des personnes soignées sans leur consentement, dont la liberté est restreinte au nom de leur santé. Elle concerne la **liberté de choix** des usagers et la liberté thérapeutique des praticiens, menacées par la tentation de faire trancher par l'administration des débats scientifiques. Elle concerne la **démocratie sanitaire**, qui suppose que des voix différentes, celles des usagers, des proches et des praticiens de toutes orientations, soient entendues dans l'élaboration des politiques.

Une même exigence, de l'enfance à l'âge adulte

Ce second livre blanc prolonge le premier. Ils défendent une même exigence de pluralisme, de l'enfance à l'âge adulte : accueillir avant de classer, écouter avant de prescrire, accompagner dans la durée, évaluer toutes les pratiques avec des instruments adaptés, et laisser aux personnes le droit de choisir en étant loyalement informées. Ni renoncer à la science, ni renoncer au sujet.

Synthèse

10 PAGES POUR L'ESSENTIEL

S.1 Ce que demande ce livre blanc, en dix lignes

Ce livre blanc demande que la psychiatrie adulte soit remise à l'endroit. Il demande que l'accueil, la proximité et la continuité des soins redeviennent la base du système, avec les moyens les plus importants, et que l'expertise spécialisée et la recherche soient placées en appui. Il demande que la recherche biologique se poursuive, mais qu'elle ne soit pas seule à orienter l'architecture des soins, et que la recherche clinique de terrain soit enfin financée. Il demande que toutes les pratiques soient évaluées avec des méthodes adaptées à leur nature, sans deux poids ni deux mesures. Il demande que la liberté thérapeutique et le libre choix des usagers soient garantis. Il demande que la contrainte recule. Il demande que la France suive les orientations de l'Organisation mondiale de la santé.

S.2 L'état des lieux : une demande qui s'emballe, une offre qui recule

La demande de soins psychiques des adultes augmente, particulièrement chez les jeunes adultes depuis la crise sanitaire. Dans le même temps, l'offre publique se contracte : postes de psychiatres hospitaliers vacants, lits fermés sans développement suffisant des alternatives, centres médico-psychologiques saturés, urgences engorgées, patients en attente sur des brancards. La France compte environ neuf mille suicides par an. Les personnes vivant avec un trouble psychique sévère ont une espérance de vie réduite de dix à vingt ans. Les personnes les plus vulnérables, sans domicile, détenues, isolées, âgées, exilées, sont les plus mal servies. On ne dispose même pas de données nationales fiables sur les délais d'attente en CMP adulte : ce qu'une politique ne mesure pas, elle ne le voit pas.

S.3 Ce qui a changé : la contrainte qui s'étend et le diagnostic devenu droit d'entrée

Plus de quatre-vingt-dix mille personnes sont soignées chaque année sans leur consentement, et la procédure de péril imminent, conçue comme exceptionnelle, a fortement progressé. L'isolement et la contention restent massifs, avec de très grandes disparités entre établissements. Dans le même temps, le diagnostic est devenu une condition d'accès aux droits et à certains soins : reconnaissance de handicap, allocations, arrêts de travail, dispositifs de remboursement. L'inflation diagnostique, notamment de l'autisme et du TDAH à l'âge adulte, alimente l'engorgement de centres d'évaluation spécialisés. Le diagnostic, outil clinique révisable, tend à devenir un péage.

S.4 Un désordre d'organisation : des dispositifs empilés

Centres experts, plateformes, dispositifs de soins partagés, projets territoriaux, conseils locaux, « Mon soutien psy », « Santé psy étudiant », équipes mobiles, numéros nationaux, applications : chacun de ces dispositifs se défend, leur ensemble est illisible. Personne n'est responsable de la continuité du parcours. Les nouveaux dispositifs recrutent dans les équipes de secteur déjà en sous-effectif. Le clivage entre sanitaire, médico-social et social fragmente les réponses. L'architecture qui se dessine est à trois étages, repérage, soins, expertise, et elle est inversée : l'expertise rare est au sommet, la file d'attente à l'entrée, et la fonction la plus exigeante, accueillir et suivre dans la durée, est la moins dotée.

S.5 Ce que ce livre blanc reconnaît à la science, et ce qu'il lui reproche

Ce livre blanc reconnaît la valeur de la démarche scientifique et les apports de la génétique, de l'imagerie, de la pharmacologie, des thérapies protocolisées et de l'épidémiologie. Il ne reproche rien à la science ; il reproche à une orientation d'en usurper le nom.

L'orientation biomédicale exclusive considère la souffrance psychique comme une maladie du cerveau, dont la compréhension et le traitement viendront de la recherche biologique. C'est une conception **réductionniste**, qui relève d'un pari philosophique et non d'une démonstration. Elle est **contraire aux orientations de l'Organisation mondiale de la santé**, qui recommande depuis plus de dix ans, dans son plan d'action 2013-2030, ses orientations sur les services communautaires de 2021, son rapport mondial de 2022 et ses orientations sur les droits humains de 2023, des services centrés sur la personne, fondés sur les droits, implantés dans la communauté et attentifs aux déterminants sociaux. Le Rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé a dénoncé en 2017 la domination du modèle biomédical et appelé à un changement de paradigme.

La psychiatrie dite de précision n'a produit, après vingt ans, **aucun biomarqueur** utilisable en clinique ; son apport est presque nul au regard des promesses. Le bilan de Thomas Insel, ancien directeur du NIMH, est éloquent : vingt milliards de dollars de recherche, sans effet sur le suicide, les hospitalisations ou le rétablissement.

La psychiatrie biologique, au sens d'une psychiatrie fondée sur la connaissance des mécanismes, **n'existe pas** à ce jour. Ce qui existe est une **psychiatrie pharmacologique** : empirique, utile, parfois vitale, mais différente.

Le double langage des neurosciences, analysé par François Gonon, présente au public comme des avancées décisives des résultats dont les spécialistes reconnaissent les limites, et que des études ultérieures infirment souvent sans que les médias le rapportent.

Trois notions doivent être distinguées : la significativité statistique, qui dit qu'un résultat serait peu probable en l'absence d'effet ; la significativité clinique, qui dit si l'effet compte dans la vie des patients ; la preuve scientifique, qui suppose réplication, convergence et élimination des biais. L'absence d'un certain type de preuve n'est pas la preuve d'une inefficacité.

Il existe plusieurs conceptions de la science : expliquer et comprendre, connaissance générale et connaissance du singulier, paradigmes et programmes de recherche, normal et pathologique, modèle biopsychosocial. Une politique scientifiquement fondée reconnaît cette pluralité. Et elle n'oublie pas que l'objet de la psychiatrie est un **sujet**.

S.6 Pourquoi l'essai randomisé ne suffit pas

L'essai contrôlé randomisé est la meilleure méthode pour évaluer un médicament. Appliqué aux psychothérapies et aux interventions complexes, il rencontre des limites structurelles : pas de double aveugle possible, groupes contrôles hétérogènes, effet d'allégeance des chercheurs, sélection des patients qui en limite la portée, durée trop courte pour des troubles qui évoluent sur des décennies. Le « verdict du Dodo » et la recherche sur les facteurs communs montrent que les psychothérapies de bonne qualité ont des résultats comparables et que l'alliance thérapeutique en est l'un des meilleurs prédicteurs. Le Medical Research Council britannique reconnaît depuis 2000 que les interventions complexes doivent être évaluées par des méthodes adaptées. L'evidence-based practice bien comprise repose sur trois piliers : les données de la recherche, l'expertise clinique et les valeurs du patient.

S.7 La psychiatrie du lien : ce dont il s'agit exactement

Le **soin psychique** est un soin du psychisme et un soin **par le psychisme** : son instrument principal est le psychisme du soignant engagé dans une relation. C'est un soin **par l'interaction**, ce qui se passe entre deux psychismes ou entre une personne et une équipe, et un soin **par le lien**, la continuité d'une relation de confiance. La **psychiatrie du lien** en est la forme institutionnelle : une pratique, non une école, fondée sur la **proximité**, une psychiatrie implantée là où vivent les personnes ; l'**accueil**, recevoir sans condition préalable ; la **continuité**, des lieux et des personnes stables dans la durée. Elle inclut la psychiatrie de secteur, la psychothérapie institutionnelle, les psychothérapies de toutes orientations, la réhabilitation orientée vers le rétablissement, les équipes mobiles, le travail avec les proches et la pair-aidance. Elle correspond très exactement à ce que recommande l'OMS.

S.8 Trois dossiers où le débat se joue concrètement

La contrainte. Elle recule lorsque les crises sont accueillies en amont, lorsque les équipes ont le temps de penser ensemble, lorsque les pairs-aidants sont présents, lorsque les plans de crise sont élaborés avec les personnes. Elle progresse lorsque la proximité disparaît.

La précarité et la prison. Les troubles psychiques graves sont massivement surreprésentés parmi les personnes sans domicile et les personnes détenues. Le programme « Un chez-soi d'abord » montre qu'une réponse fondée sur le logement et l'accompagnement fonctionne, pour un coût comparable. La place des personnes atteintes de troubles graves en prison est l'un des indicateurs les plus sévères de l'échec de la psychiatrie de proximité.

« Mon soutien psy ». Le dispositif répond à une injustice réelle, l'absence de remboursement des psychologues. Mais il crée un droit plafonné, partiellement payant et conditionné : douze séances, avis psychiatrique au-delà, critères d'inclusion fondés sur une intensité prétendument « légère à modérée » qui n'existe dans aucune nomenclature, exclusion des personnes en affection de longue durée psychiatrique, trois millions de personnes sans mutuelle hors de la gratuité, 89 % des psychologues conventionnés en zone urbaine, sélection des psychologues confiée depuis mars 2026 au médecin-conseil national de l'Assurance maladie. Un tiers des patients reçus ne relèvent pas des critères, ce qui invalide le catalogue plutôt que la clinique. Aucune étude d'impact n'a mesuré son effet sur les délais en CMP, et aucun bilan des 800 postes en CMP annoncés le même jour n'a été publié. Les organisations de psychologues convergent sur le diagnostic et divergent sur la conduite à tenir. Ce livre blanc demande une refondation concertée et la priorité au financement du service public.

S.9 Numérique et intelligence artificielle : ni rejet ni fascination

La télépsychiatrie et certaines ressources numériques sont utiles. Mais la plupart des applications de santé mentale n'ont jamais été évaluées, et les agents conversationnels utilisés comme « thérapeutes » présentent des risques documentés : complaisance, absence de devoir d'alerte, réponses inadaptées aux crises, exploitation des données intimes. Le critère est simple : le numérique est utile lorsqu'il prolonge la rencontre clinique, dangereux lorsqu'il s'y substitue.

S.10 Une discipline qui n'attire plus : la crise des métiers

Postes vacants, recours à l'intérim, départs vers le libéral et le privé, disparition de la formation spécifique des infirmiers en psychiatrie depuis 1992, place fragile des psychologues, recul de l'enseignement des psychothérapies et de la psychopathologie dans la formation des internes : la crise des métiers tient aussi à la transformation du travail, moins de temps pour penser et

pour suivre, davantage pour tracer et pour orienter. Le regain d'intérêt des internes en 2026 montre que l'attractivité n'est pas une fatalité.

S.11 Ce que ce livre blanc propose, au-delà des principes

- Une enveloppe identifiée pour la **recherche clinique de terrain** et des cohortes de long terme.
- Un **audit contradictoire** des études d'efficience, intégrant le coût du non-soin.
- Le **refus de l'opposabilité** des recommandations et la promotion de la décision partagée, des directives anticipées et des plans de crise conjoints.
- La refondation du **secteur** comme pivot : délais opposables en CMP, accueil sans rendez-vous, équipes mobiles de crise, centres de crise ouverts jour et nuit, soignant référent, temps d'élaboration financés.
- Une **loi de programmation** en santé mentale et des dispositifs spécifiques pour les seize-vingt-cinq ans.
- Une réponse **plurielle** pour chaque champ de pathologie, incluant l'accompagnement à la réduction des traitements.
- La **déprescription** reconnue comme un acte médical encadré et prudent : information sur les dépendances iatrogènes, réduction progressive et hyperbolique selon les travaux de Mark Horowitz, formes pharmaceutiques adaptées, accompagnement psychothérapique.
- Un objectif national de **réduction de la contrainte**, avec publication des données par établissement.
- La généralisation du **logement d'abord** et de l'**emploi accompagné**, et l'interprétariat professionnel.
- L'**encadrement** du numérique et de l'intelligence artificielle en santé mentale.
- Une **gouvernance territoriale** responsable de la continuité des parcours.
- Un investissement dans la **formation** et l'attractivité, avec le rétablissement d'une formation infirmière spécifique.
- La **Refondation d'un système de remboursement des consultations en libéral chez les psychologues**, en concertation avec la profession.
- Le renforcement des soins en **prison** et des expertises psychiatriques et psychologiques.

S.12 Un calendrier réaliste

Dans l'année, sans coût significatif : *pluralité méthodologique dans les recommandations de la HAS, dialogue formel entre la HAS, les sociétés savantes et les usagers, publication des liens d'intérêts, audit des études d'efficience, publication des données de contrainte et du bilan des 800 postes, enveloppe de recherche de terrain.*

Dans la mandature : *plan de recrutement, centres de crise, délais opposables, réduction de la contrainte, généralisation du logement d'abord, refondation d'un système de remboursement des consultations en libéral chez les psychologues, en concertation avec la profession, responsabilité effective des projets territoriaux.*

Dans la décennie : *formation des professionnels, base nationale de suivi longitudinal, loi de programmation.*

S.13 Les douze demandes

1. Faire de la santé mentale une priorité dotée de moyens propres, articulée à la pédopsychiatrie et à la médecine générale.
2. Garantir la liberté thérapeutique et le libre choix éclairé des usagers.
3. Réduire la contrainte et protéger les droits fondamentaux des personnes soignées sans leur consentement.
4. Soutenir en priorité l'offre publique de proximité : secteur, centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, centres de crise.
5. Passer d'un accès à l'aide conditionné par le diagnostic à un accès fondé sur les besoins.
6. Doter la politique de santé mentale d'une conception d'ensemble de ses dispositifs, et lever le clivage entre sanitaire et médico-social.
7. Intégrer les déterminants sociaux, culturels et anthropologiques dans la formation et les dispositifs.
8. Reconnaître les psychothérapies psychodynamiques, la psychothérapie institutionnelle et les approches intégratives comme interventions complexes au sens du Medical Research Council.
9. Reconnaître que le système d'évaluation appliqué n'est pas adéquat pour la majorité des interventions psychiques.
10. Donner aux méthodes d'évaluation adaptées une place réelle et financée.
11. Financer une recherche équilibrée entre psychiatrie dite de précision et recherche clinique de terrain.

12. Garantir l'indépendance et le pluralisme de l'expertise publique et rendre publics les liens d'intérêts des experts.

S.14 Ce que ce livre blanc ne demande pas

Il ne demande aucun privilège pour une approche, ni l'exclusion d'aucune. Il ne demande pas l'arrêt de la recherche biologique ou de la psychiatrie dite de précision, dont la légitimité dans leur registre n'est pas en cause. Il ne demande pas la fin de l'évaluation : il en demande une qui soit ajustée à la nature des pratiques, ce qui est plus exigeant et non moins. Il ne demande pas qu'on renonce au diagnostic ni au médicament, mais qu'on leur rende leur juste place. Il ne demande pas que l'État tranche en sa faveur un débat scientifique en cours ; il refuse avec la même fermeté qu'il le tranche en faveur du paradigme adverse. C'est la condition même du pluralisme.

Bibliographie

Références

Médecine fondée sur les preuves, évaluation et méthodologie

Altman D. G., Bland J. M., « *Absence of evidence is not evidence of absence* », British Medical Journal, 1995, 311, 485.

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, « *Evidence-based practice in psychology* », American Psychologist, 2006, 61(4), 271-285.

Greenhalgh T., Howick J., Maskrey N., « *Evidence based medicine: a movement in crisis?* », British Medical Journal, 2014, 348, g3725.

Greenhalgh T., Hurwitz B. (dir.), Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice, BMJ Books, 1998.

Hill A. B., « *The environment and disease: association or causation?* », Proceedings of the Royal Society of Medicine, 1965, 58, 295-300.

Ioannidis J. P. A., « *Why most published research findings are false* », PLoS Medicine, 2005, 2(8), e124.

Jacobson N. S., Truax P., « *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research* », Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991, 59(1), 12-19.

Open Science Collaboration, « *Estimating the reproducibility of psychological science* », Science, 2015, 349, aac4716.

Sackett D. L. et al., « *Evidence based medicine: what it is and what it isn't* », British Medical Journal, 1996, 312, 71-72.

Skivington K. et al., « *A new framework for developing and evaluating complex interventions: update of Medical Research Council guidance* », British Medical Journal, 2021, 374, n2061.

Wasserstein R. L., Lazar N. A., « *The ASA statement on p-values: context, process, and purpose* », The American Statistician, 2016, 70(2), 129-133.

Psychothérapies, alliance et facteurs communs

Flückiger C. et al., « *The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis* », Psychotherapy, 2018, 55(4), 316-340.

Luborsky L., Singer B., Luborsky L., « *Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes"?* », Archives of General Psychiatry, 1975, 32, 995-1008.

Shedler J., « *The efficacy of psychodynamic psychotherapy* », American Psychologist, 2010, 65(2), 98-109.

Steinert C. et al., « *Psychodynamic therapy: as efficacious as other empirically supported treatments?* », American Journal of Psychiatry, 2017, 174(10), 943-953.

Wampold B. E., Imel Z. E., The Great Psychotherapy Debate, *2e éd.*, Routledge, 2015.

Médicaments psychotropes

Cipriani A. et al., « *Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder* », The Lancet, 2018, 391, 1357-1366.

Horowitz M. A., Taylor D., « *Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms* », The Lancet Psychiatry, 2019, 6(6), 538-546.

Horowitz M. A., Jauhar S., Natesan S., Murray R. M., Taylor D., « *A method for tapering antipsychotic treatment that may minimize the risk of relapse* », Schizophrenia Bulletin, 2021, 47(4), 1116-1129.

Horowitz M. A., Taylor D., The Maudsley Deprescribing Guidelines: Antidepressants, Benzodiazepines, Gabapentinoids and Z-drugs, Wiley-Blackwell, 2024.

Davies J., Read J., « *A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based?* », Addictive Behaviors, 2019, 97, 111-121.

Ashton C. H., Benzodiazepines: How They Work and How to Withdraw (« *manuel Ashton* »), *Université de Newcastle*, 2002.

Royal College of Psychiatrists, Position statement on antidepressants and depression, 2019.

Kirsch I. et al., « *Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration* », PLoS Medicine, 2008, 5(2), e45.

Moncrieff J. et al., « *The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence* », Molecular Psychiatry, 2023, 28, 3243-3256.

Wunderink L. et al., « *Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy* », JAMA Psychiatry, 2013, 70(9), 913-920.

Psychiatrie dite de précision, neurosciences et communication scientifique

Dumas-Mallet E., Smith A., Boraud T., Gonon F., « *Poor replication validity of biomedical association studies reported by newspapers* », PLoS ONE, 2017, 12(2), e0172650.

Gonon F., « *La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?* », Esprit, *novembre* 2011.

Gonon F., Bezard E., Boraud T., « *Misrepresentation of neuroscience data might give rise to misleading conclusions in the media: the case of attention deficit hyperactivity disorder* », PLoS ONE, 2011, 6(1), e14618.

Gonon F., Konsman J.-P., Cohen D., Boraud T., « Why most biomedical findings echoed by newspapers turn out to be false: the case of attention deficit hyperactivity disorder », PLoS ONE, 2012, 7(9), e44275.

Insel T. et al., « Research Domain Criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders », American Journal of Psychiatry, 2010, 167, 748-751.

Insel T., « Transforming diagnosis », blog du directeur du NIMH, 29 avril 2013 ; et déclarations de 2017 sur le bilan de son mandat.

Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, « Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders », The Lancet, 2013, 381, 1371-1379.

Programme PROPSY, programmes et équipements prioritaires de recherche, 2022.

Organisation mondiale de la santé et Nations unies

Organisation mondiale de la santé, Constitution, 1946.

Organisation mondiale de la santé, Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030, Genève, 2013 et 2021.

Organisation mondiale de la santé, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, Genève, 2001.

Nations unies, Convention relative aux droits des personnes handicapées, 2006 (ratifiée par la France en 2010).

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Oliver M., The Politics of Disablement, Macmillan, 1990.

Singer J., NeuroDiversity: The Birth of an Idea, 2016 (reprise de travaux de la fin des années 1990).

Lord C. et al., « The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism », The Lancet, 2022.

Yeung A., Ng E., Abi-Jaoude E., « TikTok and attention-deficit/hyperactivity disorder: a cross-sectional study of social media content quality », Canadian Journal of Psychiatry, 2022.

Müller-Vahl K. R. et al., « Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illness », Brain, 2022.

World Health Organization, Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-Based Approaches, Genève, 2021.

World Health Organization, World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All, Genève, 2022.

World Health Organization, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice, Genève, 2023.

World Health Organization, QualityRights (outils et modules de formation), depuis 2012.

Nations unies, Conseil des droits de l'homme, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (*Dainius Pūras*), A/HRC/35/21, 2017.

Philosophie et sciences humaines

Canguilhem G., Le Normal et le Pathologique, PUF, 1966 (1re éd. 1943).

Dejours C., Travail, usure mentale, *Le Centurion*, 1980 ; Souffrance en France, *Seuil*, 1998.

Ehrenberg A., La Fatigue d'être soi. Dépression et société, *Odile Jacob*, 1998.

Engel G. L., « *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine* », Science, 1977, 196, 129-136.

Ginzburg C., « *Signes, traces, pistes. Racines d'un paradigme de l'indice* », Le Débat, 1980.

Hacking I., « *The looping effects of human kinds* », in *Sperber D., Premack D., Premack A. J.* (dir.), Causal Cognition, *Oxford University Press*, 1995.

Jaspers K., Psychopathologie générale, 1913 (trad. fr. Tchou, 2000).

Kuhn T. S., La Structure des révolutions scientifiques, *Flammarion*, 1983 (1re éd. 1962).

Lakatos I., Histoire et méthodologie des sciences, PUF, 1994.

Popper K., La Logique de la découverte scientifique, *Payot*, 1973 (1re éd. 1934).

Diagnostic et classifications

American Psychiatric Association, DSM-5-TR, 2022.

Andreasen N. C., « *DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences* », Schizophrenia Bulletin, 2007, 33(1), 108-112.

Frances A., Sommes-nous tous des malades mentaux ?, *Odile Jacob*, 2013.

Regier D. A. et al., « *DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses* », American Journal of Psychiatry, 2013, 170(1), 59-70.

Diagnostic : compléments

Gagnon M.-A., Lexchin J., « *The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States* », PLoS Medicine, 2008, 5(1), e1.

Russell G. et al., « *Time trends in autism diagnosis over 20 years: a UK population-based cohort study* », Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2022, 63(6), 674-682.

Grosvenor L. P. et al., « *Autism diagnosis among US children and adults, 2011-2022* », JAMA Network Open, 2024.

Independent Review into Mental Health Conditions, ADHD and Autism (présidée par P. Fonagy), Final Report, *Department of Health and Social Care*, 9 octobre 2026.

O'Sullivan S., The Age of Diagnosis, *Hodder Press*, 2025.

Hacking I., Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?, *La Découverte*, 2001.

Organisation des soins, contrainte, précarité

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, rapports annuels et rapport thématique sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale.

Haute Autorité de santé, Isolement et contention en psychiatrie générale, *recommandation de bonne pratique*, 2017.

Seikkula J. et al., « *Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies* », Psychotherapy Research, 2006, 16(2), 214-228.

Bergström T. et al., « *The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes* », Psychiatry Research, 2018, 270, 168-175.

Freeman A. M. et al., « *Open Dialogue: a review of the evidence* », Psychiatric Services, 2019, 70(1), 46-59.

Alanen Y. O., Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment, *Karnac*, 1997.

Programme « Un chez-soi d'abord », rapports d'évaluation, 2016-2017.

Expertise, influence, droit et dispositifs

Gonon F., Gouraud H., Gillibert A., Falissard B., Cosgrove L., Kepp K. P., Cristea I., Naudet F., « *Advocacy by nonprofit scientific institutions needs to be evidence-based: a case study* », SSM – Mental Health, 2025, 7.

Henry C. et al., « *Outcomes for bipolar patients assessed in the French expert center network: a 2-year follow-up observational study* », Bipolar Disorders, 2017, 19(8).

Sénat, proposition de loi n° 385 (2024-2025) visant à intégrer les centres experts en santé mentale dans le code de la santé publique ; rapport n° 203 (2025-2026) ; texte adopté le 16 décembre 2025.

ODDESSI *trial, résultats publiés dans* The Lancet Psychiatry, *août 2026 ; University College London, communiqué du 27 août 2026.*

IRDES, Questions d'économie de la santé, *n° 269, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie », juin 2022.*

Haute Autorité de santé, Déclarations d'intérêts et gestion des conflits d'intérêts, *guide de déontologie*, 2023.

Conseil d'État, 27 avril 2011, n° 334396, Formindep ; 23 décembre 2014, n° 362053 ; 23 décembre 2020, n° 428284.

Cour de cassation, chambre civile, 20 mai 1936, Mercier ; 1re civ., 5 avril 2018, n° 17-15.620 ; 2e civ., 8 novembre 2018, n° 17-19.556.

Instruction n° DGCS/SD3B/2022/195 du 31 août 2022 relative aux collectifs d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle (CEISP).

Agefiph, Autisme et emploi, *étude*, *avril* 2023.

Arrêté du 4 juillet 2025 relatif à la définition des modes de prise en charge en psychiatrie.

« Mon soutien psy »

Code de la sécurité sociale, article L. 162-58 ; décret n° 2022-195 du 17 février 2022 ; décret n° 2026-163 du 4 mars 2026.

Assurance maladie, données de suivi du dispositif « Mon soutien psy », 2023-2025 ; rapport d'évaluation du 27 mars 2025.

Assemblée nationale, commission d'enquête sur la santé mentale et le handicap, rapport du 17 décembre 2025.

Syndicat national des psychologues, communiqués des 2 juillet 2024, 6 novembre 2024 et 16 juillet 2026.

Convergence des psychologues en lutte, publications 2022-2026.

Fédération française des psychologues et de psychologie, positions publiques sur le dispositif.

Le premier livre blanc

Landman P., Le soin psychique des enfants et adolescents. État des lieux, critiques et propositions, *livre blanc, septembre 2026.*

Annexe 1 — Glossaire des sigles

AAH Allocation aux adultes handicapés.

ALD Affection de longue durée, ouvrant droit à une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

ARS Agence régionale de santé.

CAARUD Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues.

CATTG Centre d'activités thérapeutiques et de temps de groupe, structure de soins de groupe du secteur, qui remplace depuis l'arrêté du 4 juillet 2025 l'ancien centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

CEISP Collectif d'entraide et d'insertion sociale et professionnelle, structure inspirée du modèle des clubhouses.

CGLPL Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

CIM Classification internationale des maladies, publiée par l'OMS.

CLSM Conseil local de santé mentale, instance de concertation entre élus, professionnels, usagers et proches.

CMP Centre médico-psychologique, lieu de consultation gratuit et sans ordonnance de la psychiatrie de secteur.

CNAM Caisse nationale de l'Assurance maladie.

CPL Convergence des psychologues en lutte.

CSAPA Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

DREES Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

DSM Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, publié par l'Association américaine de psychiatrie.

EBM Evidence-Based Medicine, médecine fondée sur les preuves.

ECR Essai contrôlé randomisé.

EHPAD Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

ESAT Établissement et service d'aide par le travail.

ESMS Établissements et services sociaux et médico-sociaux.

FAM Foyer d'accueil médicalisé.

FFPP Fédération française des psychologues et de psychologie.

GEM Groupe d'entraide mutuelle, association de personnes concernées.

HAS Haute Autorité de santé.

IGAS Inspection générale des affaires sociales.

IPS Individual Placement and Support, modèle d'emploi accompagné.

IRDES Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

JLD Juge des libertés et de la détention.

MAS Maison d'accueil spécialisée.

MDPH Maison départementale des personnes handicapées.

MRC Medical Research Council, organisme public britannique de recherche médicale.

NIMH National Institute of Mental Health, institut américain de recherche en santé mentale.

OMS Organisation mondiale de la santé.

PASS Permanence d'accès aux soins de santé.

PTSM Projet territorial de santé mentale.

RDoC Research Domain Criteria, cadre de recherche du NIMH.

SAMSAH Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

SAVS Service d'accompagnement à la vie sociale.

SESSAD Service d'éducation spéciale et de soins à domicile.

SMPR Service médico-psychologique régional, en milieu pénitentiaire.

SNP Syndicat national des psychologues.

UHSA Unité hospitalière spécialement aménagée, pour l'hospitalisation psychiatrique des personnes détenues.

UNAFAM Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

Annexe 2 — Carte des dispositifs

Dispositif	Pour qui	Ce qu'on y fait	Accès	Responsabilité de la continuité
CMP (secteur)	Tous les adultes du territoire	Consultations, psychothérapies, suivi au long cours, visites à domicile	Sans ordonnance, gratuit	Oui en principe, fragilisée en pratique
Hôpital de jour, CATTG	Personnes nécessitant des soins intensifs ou de groupe	Soins de jour, activités thérapeutiques	Sur orientation du secteur	Oui, dans le cadre du secteur
Hospitalisation	Situations de crise	Soins intensifs, avec ou sans consentement	Urgences, secteur	Limitée à l'épisode
Équipes mobiles (crise, précarité, psychogériatrie)	Personnes ne pouvant venir aux soins	Aller vers, évaluation, lien	Signalement	Partielle
Centres experts	Situations complexes (schizophrénie, bipolarité, dépression résistante, autisme adulte)	Bilans, recommandations	Sur adressage, délais	Non
Psychiatrie de liaison	Patients de l'hôpital général	Avis, suivi, soutien aux équipes	Interne à l'hôpital	Non
« Mon soutien psy »	Adultes et enfants dès 3 ans, troubles dits légers à modérés	Douze séances par an	Direct, remboursement partiel	Non
GEM	Personnes concernées	Entraide, activités, lien social	Libre	Non (complémentaire)
« Un chez-soi d'abord »	Personnes sans domicile avec troubles sévères	Logement et accompagnement intensif	Sur orientation	Oui, pour son public
SMPR, UHSA	Personnes détenues	Soins en détention, hospitalisation	Administration pénitentiaire et santé	Rupture fréquente à la sortie

Annexe 3 — Chiffres clés (à actualiser)

Indicateur	Ordre de grandeur	Source
Décès par suicide	Environ 9 000 par an	CépiDc-Inserm
Personnes soignées sans consentement	95 500 (2021), + 14 % depuis 2012	IRDES
Réduction de l'espérance de vie (troubles sévères)	10 à 20 ans	OMS, littérature internationale
Bénéficiaires de « Mon soutien psy »	Plus d'un million (décembre 2025)	Assurance maladie
Psychologues conventionnés	7 280 (décembre 2025), dont 89 % en zone urbaine	Assurance maladie
Patients hors critères d'inclusion	36 % (janvier 2024)	Assurance maladie
Personnes sans complémentaire santé	Environ 3 millions	DREES
Postes en CMP annoncés en 2021	800, bilan non publié	Présidence de la République
Programme PROPSY	80 millions d'euros sur sept ans	Programme France 2030

Annexe 4 — Correspondance avec le livre blanc sur l'enfant et l'adolescent

Livre blanc enfant et adolescent	Livre blanc adulte
Diagnostic comme droit d'entrée	1.3 Le diagnostic en psychiatrie adulte
Prescription chez l'enfant	1.4 Les médicaments en psychiatrie adulte
Place des familles	1.5 Les proches
CMP et CMPP	1.6 La psychiatrie de secteur
Dimension culturelle	1.7 Dimension culturelle, sociale et anthropologique
Centres diagnostiques de troisième ligne	1.11 Centres experts
Handicap et risque de déni du soin	1.15 Handicap psychique
« Mon soutien psy » chez l'enfant	1.18 et 3.13 « Mon soutien psy » chez l'adulte
Isolement et contention des mineurs	1.19 et 3.7 Contrainte chez l'adulte
Dispositifs empilés	1.23 Absence de conception d'ensemble
L'enfant comme cible mouvante	2.4 Chronicité et rétablissement
L'enfant augmenté	2.17 L'humain augmenté
Douze demandes	3.17 Douze demandes

Annexe 5 — Collectif ASAP

Ce livre blanc est rédigé par Patrick Landman, avec le soutien du collectif ASAP (Accueil Soin Accompagnement Psy).

Membres du collectif ASAP

- **Patrice Charbit** : Syndicat National des Psychiatres Privés
- **Michel Jurus** : Fédération Française de Psychiatrie
- **José Presas Rodriguez** : Syndicat National des Psychologues
- **Nadia Souakir** : Syndicat National des Psychologues
- **Danielle Carassik** : Espace Analytique
- **Dominique Tourres Landman** : Espace Analytique, Stop DSM
- **Patrick Landman** : Stop DSM
- **Tristan Garcia Fons** : Stop DSM
- **Mireille Battut** : La Main à l'Oreille, Ambition École Inclusive

Iconographie

Illustrations : unDraw (Katerina Limpitsouni), illustrations libres de droits, recolorées aux couleurs du livre blanc. Photographies : Unsplash (licence Unsplash, usage libre et gratuit). Photographes : Dave Hoefler, Elisa Ventur, Ev, Dorota Trzaska, Marloes Hilckmann, Matthew Ansley, National Cancer Institute, Nik Shuliahin, Olivia Anne Snyder, Pedro Correia, Roberto Sorin, Rodrigo Gonzalez, Vitaly Gariev. Figures et schémas : réalisés pour ce livre blanc à partir des données et des analyses citées dans le texte. Illustrations des pages d'ouverture des parties : reprises du livre blanc *Le soin psychique des enfants et adolescents*.

LIVRE BLANC | NOV. 2026

Le soin psychique des adultes

État des lieux, critiques et propositions

PATRICK LANDMAN

AVEC LE SOUTIEN DU COLLECTIF ASAP
ACCUEIL SOIN ACCOMPAGNEMENT PSY

Avec le soutien de :

- Espace Analytique
- Stop DSM
- Fédération Française de Psychiatrie
- Syndicat National des Psychiatres Privés
- Syndicat National des Psychologues