

REPONSE FRANCAISE AU LIVRE VERT « AMELIORER LA SANTE MENTALE DE LA POPULATION : VERS UNE STRATEGIE SUR LA SANTE MENTALE POUR L'UNION EUROPEENNE »

D'un point de vue général, nous saluons cette initiative de la Commission qui s'attache à définir des actions prioritaires pour lesquelles des initiatives européennes sont susceptibles de présenter une valeur ajoutée dans le domaine de la santé mentale.

En effet, **la démarche de la Commission vise à favoriser l'approche globale de la notion de santé mentale des personnes, à faciliter le décloisonnement entre les champs sanitaire, médico-social et social ainsi qu'à favoriser le renforcement des droits des malades.** Le champ très large de ce sujet concerne en effet tant les politiques de santé que les politiques d'action sociale.

La France se félicite de l'approche à la fois large et concrète de cette problématique telle que présentée dans le Livre vert de la Commission.

Les lignes directrices et objectifs généraux exposés dans ce Livre vert rejoignent ceux développés par la France dans le cadre d'une part, de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et d'autre part, **du Plan « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008¹ »** annoncé en avril 2005.

Les contributions qui ont déjà été produites et relatives à ce Livre vert démontrent, s'il en était besoin, que les politiques et stratégies suivies par la France, notamment en matière de droits des malades, telles que présentées et mises en œuvre dans le cadre du « *Plan psychiatrie et santé mentale* », s'inscrivent pleinement dans les principes énoncés par la Commission.

L'objectif du Plan « *Psychiatrie et santé mentale* » est d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en renforçant la coordination et la complémentarité des réponses selon une « **approche globale** » grâce à une prise en charge tant sanitaire, que médico-sociale et/ou sociale. En effet, les besoins dans le domaine de la santé mentale s'expriment dans des lieux et milieux divers (l'école, la prison, « la rue »...) et à différentes périodes de la vie.

Le Plan français vise ainsi à assurer une continuité entre hospitalisation classique, prise en charge sanitaire ambulatoire, prise en charge médico-sociale, accompagnement et insertion/réinsertion sociale des personnes en situation de handicap psychique. Le Plan a également pour objectif de développer la formation et la recherche.

De plus, la **loi du 11 février 2005 pour « L'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées »** tout en ouvrant à une meilleure reconnaissance des handicaps pouvant résulter de troubles psychiques, crée un droit à la « compensation » du handicap qui vise à apporter à chaque personne l'aide et l'accompagnement dont elle a besoin pour sa vie personnelle et sa participation sociale. En effet, cette loi a permis le développement d'actions notamment dans le domaine du logement et de l'insertion.

Elaboré à partir d'un état des lieux précis et de multiples concertations avec les équipes locales ainsi que les représentants institutionnels de la psychiatrie, ce Plan se décline selon **cinq axes principaux**:

- **L'Axe 1** vise à un **décloisonnement de la prise en charge**, grâce à la mise en œuvre d'une meilleure coordination des différents professionnels, une meilleure répartition géographique de l'offre, une meilleure information du grand public (ex. : campagne de l'INPES sur la dépression) et une amélioration de l'accompagnement des patients.
- **L'Axe 2** vise à renforcer les **droits des malades** et de leur famille ainsi qu'à améliorer la formation (initiale et continue) et **l'exercice des professionnels** en santé mentale.

¹ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf

- **L'Axe 3** vise à développer la **qualité** (notamment par l'élaboration et la mise en œuvre des bonnes pratiques) et la **recherche**, via notamment l'amélioration du recueil de données et du système d'information en psychiatrie ainsi que le développement de **l'épidémiologie** en psychiatrie et en santé mentale.
- **L'Axe 4** prévoit de mettre en place des **programmes et des actions spécifiques** afin de répondre aux besoins de certaines populations : prévention de la dépression et du suicide (« *La stratégie nationale d'actions face au suicide* »), actions dans le domaine de la santé et de la justice (notamment personnes détenues, auteurs d'agressions sexuelles), la périnatalité, la pédopsychiatrie (enfants et adolescents), les populations vulnérables (personnes âgées, personnes en situation de précarité et d'exclusion) avec pour ces dernières la création d'**équipes mobiles**.
- **L'Axe 5** vise à assurer le **suivi et l'évaluation** de la mise en œuvre du Plan.

La mise en place des **210 mesures du Plan**, organisées autour de ces cinq axes majeurs, est coordonnée par le « *Comité technique national de suivi* » qui permet une synchronisation et une coordination sans précédent des services centraux et déconcentrés de l'Etat. Il est composé des représentants des différentes directions techniques concernées du ministère de la santé, de la Caisse nationale de solidarité et de l'autonomie (CNSA) ainsi que de la mission nationale d'appui en santé mentale, et au niveau régional par la mise en place d'un réseau de correspondants régionaux. Il est placé sous l'autorité d'un Inspecteur général des affaires sociales.

Par ailleurs, un dispositif de concertation, « *l'Instance nationale de concertation* », a été installé le 30 mars 2006. Cette structure rassemble, outre les services du ministère, tous les acteurs de terrain concernés, représentants des professionnels de santé, des établissements, des patients et familles de patients, etc.

Enfin, il convient de rappeler la parution régulière d'une **lettre d'information** sur le Plan, qui a été conçue non seulement comme un outil d'information, mais aussi comme un lieu d'expression des différents acteurs du Plan.

Dans ce contexte, il peut être répondu comme suit aux trois questions suivantes de la Commission :

1/ Quelle est l'importance de la santé mentale de la population pour les objectifs stratégiques de l'Union européenne, tels qu'ils sont énoncés au chapitre 1 ?

Dans le cadre de la relance de la **stratégie de Lisbonne**, centrée sur la croissance et l'emploi, les chefs d'Etats ou de gouvernements ont souligné en mars 2005 que « *l'Europe doit renouveler les bases de sa compétitivité, augmenter son potentiel de croissance ainsi que sa productivité et renforcer la cohésion sociale, en misant principalement sur la connaissance, l'innovation et la valorisation du capital humain* ». La politique en faveur de la santé mentale contribue à « *promouvoir l'inclusion sociale, faire du travail une véritable option pour tous, attirer davantage de personnes sur le marché du travail*².

Compte tenu de ses objectifs et des principales actions mentionnées, **le Plan français « Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 », fait partie intégrante du programme national de réforme pour une croissance sociale**³.

Au niveau européen, il paraît primordial de développer des travaux visant à promouvoir la santé mentale de la population européenne, mais également à prévenir la survenue de troubles mentaux.

² Conseil européen de Bruxelles, 22 et 23 mars 2005, Conclusions de la Présidence, item 31, p 11.

³ Programme national de réforme pour une croissance sociale, octobre 2005, p 16.

Parallèlement, il convient de rappeler que la baisse du chômage et l'impact de la situation économique sur la précarité contribuent à l'amélioration de la santé mentale.

Des différentes études épidémiologiques menées au niveau européen et international⁴, il ressort une **prévalence élevée et préoccupante des troubles dépressifs et anxieux** (prévalence de 25% sur la vie entière de ces troubles sur l'ensemble des 6 pays étudiés : Allemagne, Belgique, Espagne, Italie et Pays-Bas).

Enjeux majeurs de santé publique, la dépression comme les troubles anxieux méritent une attention particulière sachant qu'au-delà, une réduction de leurs prévalences se traduirait par des gains économiques et sociaux importants, à savoir : une meilleure prise en charge thérapeutique, une diminution du nombre de suicides, une amélioration de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé ainsi que, de ce fait, une plus grande « employabilité » des personnes.

2/ L'élaboration d'une stratégie communautaire globale sur la santé mentale apporterait-elle une plus-value aux actions actuelles et celles envisagées ? Les priorités définies au chapitre 5 sont-elles pertinentes ?

D'emblée, il ne paraît **pas opportun de créer une « Stratégie communautaire sur la santé mentale »**, la définition d'une telle politique n'étant pas compatible avec les compétences d'appui de la Communauté dans ce domaine. Une telle stratégie, de par ses recommandations générales, ne permettrait pas, de fait, d'améliorer la situation sanitaire dans l'ensemble des Etats membres dont les caractéristiques propres et l'hétérogénéité des systèmes de santé permettent difficilement la définition et la mise en œuvre d'une stratégie opérationnelle.

Pour autant, l'intérêt d'une initiative au niveau de l'Europe serait :

- de **favoriser le partage d'expériences** entre Etats membres dans le domaine de la santé mentale et partant la coopération entre les Etats membres ;
- d'approfondir des questions clés au sein de groupes de travail thématiques dans le cadre d'un « forum » tel que proposé. Ainsi, **les priorités stratégiques évoquées en section 5 (la santé mentale de tous ; la prévention ; la qualité de vie notamment par l'insertion sociale ; l'élaboration d'un système d'information, de recherche et de connaissances pour l'UE) constituent des pistes intéressantes et de par leur caractère très général, ne peuvent qu'être approuvées.** Quelques autres thèmes mériteraient d'être davantage développés, comme par exemple l'employabilité des personnes souffrant de troubles psychiques.

La **création d'une plate-forme européenne (« forum ») sur la santé mentale permettant d'associer toutes les parties prenantes** (en particulier les chercheurs, les organisations de patients et la société civile) constitue également une avancée. A cet égard, la responsabilisation des patients, des familles et des associations nous apparaît être un élément clé. Il est donc important que ces associations soient présentes dans les instances consultatives et décisionnaires des institutions et à leurs différents niveaux. **Une association étroite des représentants des Etats membres** (ex. : statut d'observateurs ?) **serait indispensable.**

N. B : **les concepts de « mauvaise et bonne santé mentale » utilisés dans le Livre vert sont sources de confusion et de stigmatisation ; ils devront donc être corrigés.**

3/ Les initiatives proposées aux chapitres 6 et 7 permettent-elles de favoriser la coordination entre États membres, de tenir compte de la santé mentale dans les politiques liées ou non à la

⁴ Cf. l'étude menée par l'Ecole de santé publique d'Harvard, la Banque mondiale et l'OMS et l'étude MHEDEA.

santé et dans les actions engagées par les parties prenantes et d'instaurer des liens plus adéquats entre recherche et action dans le domaine de la santé mentale ?

3.1/. La France ne peut, d'une manière générale, que souscrire aux initiatives décrites en section 6 avec cependant les réserves suivantes :

- **Al Section 6.1/ : Action en faveur de la santé mentale et prévention :** *la prévention et le traitement de la santé mentale (dépression) en post-partum, dès l'enfance et chez l'adolescent, l'acquisition de compétences parentales, la promotion de la santé mentale en milieu scolaire, au travail, chez les personnes âgées et les personnes en situation de précarité ; une meilleure formation des professionnels de santé envers les troubles dépressifs (prévention, identification, traitement de la dépression)*

La logique d'intervention européenne préconisée par ce Livre vert combine l'objectif d'une prise en charge de qualité des personnes souffrant de troubles psychiatriques, à une méthode d'action globale suivant l'objectif de « *favoriser la santé mentale et prévenir la mauvaise⁵ santé mentale* ». **Cette logique est également adoptée par le Plan français, dans le cadre de la promotion d'une approche intégrée de la santé mentale, notamment vis-à-vis de certaines catégories de patients** (enfants et adolescents, populations vulnérables, personnes détenues, auteurs d'agressions sexuelles). A titre d'illustration, les actions spécifiques programmées par le Plan français en faveur de la santé mentale des enfants et des adolescents rejoignent totalement l'objectif de prévention des troubles mentaux identifié par le Livre vert, en développant notamment la collaboration entre les secteurs médico-psychologique et maternité pour les femmes enceintes (c'est à dire en amont de la naissance); ou en renforçant les capacités de repérage des enfants et adolescents présentant des signes de souffrance psychiques, par les professionnels de soins primaires et les autres professionnels de première ligne.

La politique du ministère de l'Education nationale (MEN) pour le repérage et la prise en charge des enfants et des adolescents manifestant des signes de souffrance psychique s'appuie sur le programme quinquennal de prévention et d'éducation⁶ et la circulaire⁷ relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrance psychique des enfants et des adolescents.

Dans ce cadre, a été réalisé en partenariat avec la Direction générale de la santé et le collège de pédo-psychiatrie de la Fédération française de psychiatrie, un référentiel d'observation à l'usage des médecins pour le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Ce document est édité sous les logos conjoints des ministères de l'Education nationale et de la santé, de la Fédération française de psychiatrie et de l'Ecole nationale de santé publique (ENSP).

Des formations d'équipes de formateurs ont été organisées, réunissant des psychiatres et des médecins de l'Education nationale ainsi que médecins dans quatre centres (Paris, Rennes, St Maurice et Sète) en vue de la multiplication des formations au niveau local auprès des médecins de « première ligne » (médecins de l'Education nationale, des services départementaux de protection maternelle et infantile, des pédiatres et des médecins généralistes).

Une continuité de ce plan de formation, organisée avec le soutien de l'ENSP, est prévue pendant l'année scolaire 2006-2007, avec, à plus longue échéance, la réalisation au sein de l'Education nationale de formations pluridisciplinaires avec la participation des psychologues scolaires pour un meilleur repérage des élèves manifestant des signes de mal-être.

⁵ Comme indiqué en supra, les concepts de « *mauvaise et bonne santé mentale* » utilisés dans le Livre vert sont sources de confusion et de stigmatisation ; ils devront donc être corrigés.

⁶ Cf. circulaire n°2003-210 du 1^{er} décembre 2003

⁷ **Circulaire DESCO/DGS/DHOS de 2005**

Au-delà, et comme cela est d'ailleurs proposé, le thème de la dépression, en raison de sa prévalence, doit cependant être davantage mis en exergue.

- **BI Section 6.2/ : Favoriser l'insertion des malades mentaux et des personnes mentalement diminuées dans la société et défendre leurs droits fondamentaux et leur dignité : la désinstitutionnalisation des services voués à la santé mentale.**

Il convient d'emblée de souligner que si la politique de santé mentale développée par la **France** intègre les dimensions prévention et réinsertion, elle met cependant et également **l'accent sur le développement et l'amélioration de la qualité du soin psychiatrique.**

En effet, **la réinsertion, largement évoquée dans le Livre vert comme dans le Plan français, d'un certain nombre de patients atteints de troubles psychiatriques sévères et chroniques, ne peut intervenir en règle générale qu'après une période plus ou moins longue et plus ou moins intense de soins psychiatriques.** Elle est en tout état de cause conditionnée par une amélioration ou, au minimum, une stabilisation des symptômes. S'il est admis que **la santé mentale ne peut se résumer à la seule dimension psychiatrique, le dispositif de soins psychiatriques fait cependant partie intégrante du champ de la santé mentale, dont il est un acteur à part entière.**

De ce fait, il paraît **réducteur de n'aborder la question de la désinstitutionnalisation que sous le seul prisme de l'amélioration de l'insertion des malades mentaux dans la société.** Il existe de fait une double dimension à la désinstitutionnalisation :

- la première se situe au sein même du dispositif de soins psychiatriques : elle vise à favoriser les prises en charge réalisées sur un mode ambulatoire, lorsque ce mode est cliniquement pertinent ;
- la seconde s'attache à faciliter le retour du patient dans son milieu de vie habituel en lui fournissant les soins et services sanitaires, médico-sociaux et/ou sociaux nécessaires pour prévenir toute acutisation ou toute rechute de ses troubles.

Historiquement en France, l'organisation des soins psychiatriques repose sur la notion de secteurs psychiatrique. Le secteur psychiatrique permet d'assurer un continuum entre les soins préventifs, les soins curatifs et la réinsertion, mais également entre les prises en charge en hospitalisation complète, donc au sein même des établissements de santé, et les prises en charge ambulatoires (prises en charge à temps partiel, consultations externes). Elle repose également sur le principe d'une équipe unique pluridisciplinaire, susceptible d'assurer l'ensemble de cette prise en charge dans ses différentes composantes. **Il est en effet aujourd'hui communément admis qu'il faut de manière complémentaire, voire de manière préférentielle, s'orienter vers des prises en charge composites, co-construites,** dans lesquelles chaque professionnel met en œuvre son métier et ses compétences et chaque institution ou service, exerce ses prérogatives dans les limites de son champ d'action, et dans le plus profond respect de la dignité du patient.

La désinstitutionnalisation des services de santé mentale ne peut donc permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux que si, en même temps que des soins adaptés, sont mis en œuvre les moyens **de favoriser ou soutenir leur insertion sociale.** Ainsi, en France, quatre types d'actions font l'objet de mesures à cet effet, dans le cadre notamment du Plan national :

- **l'accompagnement** des personnes (développement de services d'accompagnement sociaux ou médico-sociaux) ;
- le soutien à **l'entraide mutuelle** (développement des groupes d'entraide mutuelle) ;
- **le logement** (selon des formules variées, du logement individuel à diverses formes de résidences) ;
- **l'insertion professionnelle** (accompagnement en milieu ordinaire ou en milieu protégé).

C'est donc par l'intermédiaire de structures sociales et médico-sociales adaptées tant sur le plan de l'accompagnement dans la vie quotidienne, de l'hébergement et du

logement, voire du travail, que la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères et chroniques, pourra être améliorée.

Il serait cependant inenvisageable de remplacer la totalité des établissements de soins psychiatriques par ces services de nature communautaire, dans la mesure où lesdits services ne peuvent en aucune façon assurer une prise en charge complète des patients. Certaines situations cliniques justifient en effet une hospitalisation complète, y compris parfois sans le consentement du patient.

Par ailleurs, il est très justement remarqué que **des atteintes à la santé mentale et à la dignité des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent également être commises dans d'autres types d'établissement que les établissements psychiatriques** (maisons de retraite, foyers pour enfants, établissements pénitentiaires, etc.). **La France a entrepris une politique de « bienveillance »** visant les établissements et services recevant les personnes les plus vulnérables, notamment ceux qui accueillent des jeunes enfants ou ceux qui accueillent des personnes âgées. La « bienveillance » comporte la prévention de la maltraitance en institution et l'écoute des plaintes, mais au-delà, il s'agit d'une démarche continue de développement de la qualité dans toutes ses composantes, qui inspire diverses modalités d'action : campagnes de sensibilisation, formation et soutien des professionnels, évaluation de la qualité des services, etc.

Cet aspect de la dignité des personnes relatif à la « bienveillance » mériterait donc d'être développé au niveau communautaire.

- **CI Section 6.3/ : Améliorer l'information et les connaissances sur la santé mentale dans l'Union européenne.**

L'élaboration d'un système d'information, de recherche et de connaissances en santé mentale pour l'Union européenne apparaît essentielle, en insistant notamment sur la nécessité :

- de colliger des données comparables ;
- d'élaborer des stratégies nationales et/ou régionales⁸ « globales » englobant la promotion, la prévention et la prise en charge (par différents protocoles et bonnes pratiques validés), ainsi que la réadaptation et la réinsertion sociale ;
- de développer des méthodologies assurant le suivi et l'évaluation des stratégies nationales et/ou régionales mises en œuvre.

Le partage d'expériences et d'informations validées sur les systèmes de pays étrangers peut en effet contribuer à enrichir des initiatives nationales et locales. Il convient donc de développer un système d'information permanent et harmonisé.

La France ne peut donc qu'approuver le principe de cette proposition d'élaborer un système d'information tout en rappelant les difficultés de cet exercice de comparaison internationale en raison des différences entre les systèmes de santé et de la **nécessité d'approfondir les concepts et les définitions** (par exemple : pour le secteur dit « médico-social » dont le champ varie beaucoup selon les pays, de même pour la définition des professionnels de santé, notamment pour les psychiatres).

Par ailleurs, les actions engagées par l'Union européenne en matière de système d'information doivent être menées en étroite concertation avec les autres organisations internationales concernées, particulièrement dans ce domaine avec l'OMS qui a adopté un important plan d'action pour la santé mentale en l'Europe⁹. **Cette collaboration, notamment**

⁸ Pour les pays qui ont des systèmes de santé décentralisés.

⁹ **Stratégie de l'OMS : « Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention : a Policy for Europe ».**

avec l'OMS, est fondamentale afin d'éviter la mise en place de systèmes d'information différents, le cas échéant.

S'agissant des **données statistiques et sanitaires figurant dans ce Livre vert** et qui proviennent des directions EUROSTAT et SANCO de la Commission, **il convient de souligner certaines incohérences.** Par exemple dans l'annexe 6, **la proportion des dépenses de santé mentale dans l'ensemble des dépenses de santé est inférieure de moitié à l'estimation fournie par la DREES¹⁰ et l'IRDES¹¹ dans les comptes de la santé par pathologies¹².** En effet, dans le graphique de l'annexe 6, la proportion des dépenses de santé mentale en pourcentage du montant total des dépenses de santé se monte pour la France à un peu plus de 5%, alors que dans l'estimation de la répartition des dépenses de santé réalisées par la DREES et l'IRDES, à partir des comptes nationaux de la santé, la proportion des dépenses pour "troubles mentaux" hors prévention, toujours en proportion de l'ensemble des dépenses de santé, est de 10,6%.

On voit donc bien la nécessité de définir de manière précise les concepts qui sont à la base des données.

Enfin, il est proposé deux recommandations du Conseil : l'une sur une action en faveur de la santé mentale, l'autre sur la réduction des comportements dépressifs et suicidaires.

Ces deux propositions de recommandations paraissent pertinentes.

3.2/ Les objectifs de la plate-forme européenne (forum) présentée à la section 7.2 nécessiteraient d'être clarifiés. En effet, cette initiative de mise en place d'un forum s'avère en partie redondante à la consultation de toutes les parties prenantes via le Livre vert. En outre, il n'est pas opportun de consulter séparément les représentants des autorités nationales compétentes (section 7.1) et les représentants de la société civile (section 7.2). A cet égard, nous nous interrogeons sur ce que représentent les « décideurs » mentionnés au 7.2, dans la mesure où les politiques mises en œuvre au sein des Etats membres relèvent des pouvoirs publics (Etat ou collectivités et à différents niveaux - national, régional ou local).

Sur le fond, il appartient aux Etats membres de définir des pratiques et de formuler des recommandations en tenant compte, le cas échéant, de référentiels internationaux ; une plate-forme européenne ne peut avoir cette ambition. Il serait **préférable d'envisager l'organisation de groupes de travail spécifiques, rassemblant une large expertise sur des questions clés** (cf. 6.2) : la désinstitutionnalisation, l'insertion sociale des malades, etc.

EN CONCLUSION

La France se félicite de l'approche à la fois large et concrète de cette problématique telle que présentée dans le Livre vert de la Commission.

Les lignes directrices et objectifs généraux exposés dans ce Livre vert rejoignent ceux développés par la France dans le cadre d'une part, de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 et d'autre part, de son Plan « *Psychiatrie et santé mentale 2005-2008*¹³ ».

D'une façon générale, c'est donc dans un cadre élargi tel que présenté dans ce Livre vert sur la santé mentale de la Commission européenne que la politique de santé mentale de la France pourrait aisément s'inscrire dans une initiative communautaire de ce type et utilement y contribuer en partageant ses savoir-faire en matière notamment de prise en charge globale, c'est-à-dire de continuité entre prévention, soins et réinsertion, ainsi que ses expériences en matière de décloisonnement entre les secteurs sanitaire, médico-social et social.

¹⁰ DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (ministère de la santé)

¹¹ IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé.

¹² Etudes et Résultats, n° 504, juillet 2006.

¹³ http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/sante_mentale/plan_2005-2008.pdf

Par ailleurs, et comme cela est évoqué dans ce Livre vert, **le Conseil de l'Europe réalise actuellement un certain nombre de travaux sur les questions relatives à l'éthique et aux droits de l'homme qui pourraient donc utilement alimenter cette réflexion au niveau communautaire.** De plus et en ce qui concerne la prise en charge adaptée des enfants ainsi que la question de la désinstitutionnalisation, un travail a été engagé par le Conseil de l'Europe au sein d'un groupe ad hoc (présidé par la France¹⁴) qui devrait rendre son projet de recommandations et de lignes directrices très prochainement.

Il est également proposé deux recommandations du Conseil : l'une sur une action en faveur de la santé mentale, l'autre sur la réduction des comportements dépressifs et suicidaires. Ces deux propositions de recommandations paraissent pertinentes.

La France tient cependant à exprimer les réserves suivantes par rapport à certaines des propositions et à certains aspects tels que présentés dans ce Livre vert :

1/ Il ne paraît pas opportun de créer une « Stratégie communautaire sur la santé mentale », la définition d'une telle politique n'étant pas compatible avec les compétences d'appui de la Communauté dans ce domaine.

2/ Pour autant, l'intérêt d'une initiative au niveau de l'Europe serait :

- de **favoriser le partage d'expériences** entre Etats membres dans le domaine de la santé mentale et partant la coopération entre les Etats membres ;
- d'approfondir des questions clés au sein de groupes de travail thématiques dans le cadre d'un « forum » tel que proposé. Ainsi, **les priorités stratégiques évoquées en section 5 (la santé mentale de tous ; la prévention ; la qualité de vie notamment par l'insertion sociale ; l'élaboration d'un système d'information, de recherche et de connaissances pour l'UE) constituent des pistes intéressantes et de par leur caractère très général, ne peuvent qu'être approuvés.** Quelques autres thèmes mériteraient d'être davantage développés, comme par exemple l'employabilité des personnes souffrant de troubles psychiques.

Le principe de la création d'une plate-forme européenne (« forum ») sur la santé mentale permettant d'associer toutes les parties prenantes semble être une bonne approche. Cependant, **une association étroite des représentants des Etats membres au sein d'un tel forum (ex. : statut d'observateurs ?) serait indispensable.**

Les objectifs de ce « forum » pourraient être précisés. Il serait préférable d'envisager l'organisation de groupes de travail spécifiques au sein de ce Forum, rassemblant une large expertise sur des questions clés.

3/ Comme cela est proposé, le thème de la dépression devrait être davantage mis en exergue.

Par ailleurs, **les concepts de « mauvaise et bonne santé mentale » utilisés dans le Livre vert sont sources de confusion et de stigmatisation ; ils devront donc être corrigés.**

4/ La désinstitutionnalisation des services de santé mentale doit s'accompagner d'un nécessaire développement et d'une diversification des modalités de soins psychiatriques.

La désinstitutionnalisation des services de santé mentale ne peut permettre d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux que si, **en même temps que des soins adaptés, sont mis en œuvre les moyens de favoriser ou soutenir leur insertion sociale.**

5/ L'aspect de la dignité des personnes relatif à la « bienveillance » mériterait d'être développé au niveau communautaire, en s'inspirant de l'expérience française en la matière, le cas échéant.

¹⁴ La Direction générale de l'action sociale (DGAS) du ministère de la santé et des solidarités.

6/ La France ne peut qu'approuver le principe de la proposition d'élaborer un système d'information tout en rappelant les difficultés de cet exercice et la nécessité d'approfondir les concepts et les définitions.

La collaboration, notamment avec l'OMS, est fondamentale afin d'éviter la mise en place de systèmes d'information différents, le cas échéant.

S'agissant des données statistiques et sanitaires figurant dans ce Livre vert et qui proviennent des directions EUROSTAT et SANCO de la Commission, il convient de souligner certaines incohérences.

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.