C/2024/6868

28.11.2024

Avis du Comité économique et social européen

Services de santé mentale de proximité

(avis d'initiative)

(C/2024/6868)

Rapporteur: **Pietro Vittorio BARBIERI**

Conseillère	Gisella TRINCAS (pour le rapporteur)
Décision de l'assemblée plénière	18.1.2024
Base réglementaire	Article 52, paragraphe 2, du règlement intérieur
Compétence	Section «Emploi, affaires sociales et citoyenneté»
Adoption en section	4.9.2024
Résultat du vote (pour/contre/abstentions)	76/1/0
Adoption en session plénière	18.9.2024
Session plénière n°	590
Résultat du vote (pour/contre/abstentions)	204/1/3

1. Conclusions et recommandations

1.1. Le CESE marque son accord avec les finalités et les objectifs de l'approche globale de la Commission européenne en matière de santé mentale, et en particulier avec les chapitres relatifs aux actions prévues, à savoir intégrer la santé mentale dans l'ensemble des politiques, promouvoir la bonne santé mentale et entreprendre de prévenir et détecter de bonne heure les problèmes en la matière, améliorer la santé mentale des enfants, des jeunes et des personnes âgées, aider ceux qui en ont le plus besoin, lutter contre les risques psychosociaux au travail et les prévenir, renforcer les systèmes de santé mentale et améliorer l'accès aux traitements et aux soins, briser la stigmatisation et dépasser les préjugés, et, enfin, promouvoir la santé mentale à l'échelle mondiale.

1.2. Le CESE estime qu'une éducation à la santé mentale est indispensable pour l'ensemble de la société. En effet, les stratégies de prévention doivent pouvoir déployer tout leur potentiel afin de sensibiliser davantage la population, de sorte que la stigmatisation puisse être combattue dans le cadre de communautés ouvertes et qu'il soit possible de détecter et de diagnostiquer les troubles de santé mentale à un stade liminaire, en vue d'une intervention précoce.

1.3. Le CESE estime que la coopération intersectorielle joue un rôle essentiel pour garantir que les secteurs de l'éducation, de l'emploi, de l'aide sociale et des soins de santé mentale fonctionnent de manière concertée, afin d'aider les personnes concernées à mener une existence dans laquelle elles tireront le meilleur parti de leurs potentialités. Les politiques menées devraient viser à mettre en place un système intégré de santé mentale, car la vie que mène une personne ne relève pas de l'expertise d'un seul et unique secteur: l'objectif consiste à libérer pleinement son potentiel, afin de la soutenir dans sa recherche du bonheur, qui constitue la finalité à laquelle tout un chacun aspire.

1.4. Le CESE est favorable à l'autonomisation des personnes souffrant de troubles psychiques et à la promotion de leur autoreprésentation, qui revêtent une importance essentielle pour garantir leur pleine participation aux processus les concernant et pour élaborer de manière conjointe des stratégies et des programmes visant à les soutenir. Pareille démarche suppose de planifier, concevoir, dispenser et évaluer cette assistance et implique forcément de mettre en place un programme de soutien technique et financier à destination de structures d'autogestion, qui relèvent habituellement d'organisations à but non lucratif.

1.5. Le CESE encourage les États membres, les communautés locales, les professionnels, les organisations de la société civile, dont les partenaires sociaux, et tous les acteurs étatiques et non étatiques à mettre en place, à l'échelle de l'Europe entière, un écosystème de services de proximité pour soutenir les personnes souffrant de troubles psychiques. Il souligne en particulier qu'au moment de jeter les fondations d'un tel environnement, il conviendra de respecter les indications qui ont déjà été formulées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir réduire les hospitalisations en hôpitaux psychiatriques, comme l'Italie l'a fait d'ores et déjà, abolir les pratiques coercitives, remédier au déséquilibre des pouvoirs qui existe au sein des services, poursuivre la mutation grâce à laquelle il sera possible de passer de structures ségrégatives à des pratiques personnalisées, mette à disposition les mécanismes et les praticiens requis pour procéder aux transformations indispensables, fondées sur les droits de l'homme, dont, au premier chef, la dignité de tout individu, changer la destinée des milliers de personnes qui vivent dans ces conditions, ainsi que de leurs familles, lutter contre la stigmatisation et, ce faisant, enclencher une dynamique positive orientée vers l'inclusion sociale et la participation à la vie de la communauté.

1.6. Le CESE estime qu'il est essentiel que l'écosystème repose sur des lignes directrices précises: il conviendrait ainsi que l'approche du «budget personnel» soit l'élément moteur dans les dépenses des États et des collectivités, que les services de diagnostic et de traitement soient situés aussi près que possible du lieu de résidence de la personne et qu'ils constituent par ailleurs des lieux agréables à fréquenter, qu'il soit tenu compte du droit des intéressés à choisir de pouvoir vivre dans des environnements non ségrégués, dont la capacité n'excède jamais trois à cinq lits, que les services de l'emploi, de l'éducation et de l'apprentissage tout au long de la vie adoptent des stratégies et des outils adéquats et personnalisés, que les professionnels disposent d'une formation appropriée, qui tire notamment profit des apports de la recherche la plus avancée, et, enfin, que des services de conseil entre pairs soient mis à disposition, étant donné l'on apprend davantage de quiconque a vécu une expérience analogue à la sienne. Le CESE estime que l'objectif d'établir des lignes directrices claires est fondamental pour pouvoir définir des normes de référence.

1.7. Le CESE est convaincu qu'il est nécessaire d'obtenir des données ventilées et des statistiques financières afin que les États membres et les communautés puissent mener à bien la planification tant nationale que de proximité.

1.8. La question des ressources représente le plus grand des défis à relever, car elle implique de prendre en considération l'efficacité des actions rapportées à leur coût. Il existe désormais une bibliographie spécifique, bien établie au niveau international, montrant que le défaut d'action ou la mise en place de services ségrégatifs induisent clairement un coût beaucoup plus élevé que la démarche de recours à des services inclusifs. Ce changement de paradigme constitue un processus long et complexe, mais le CESE estime qu'il est impératif de s'y engager, dès lors que la charte des droits fondamentaux constitue un des fondements de l'Union européenne. Par conséquent, il convient de réaliser des investissements à tous les niveaux afin de soutenir les solutions de proximité et de procéder à la désinstitutionnalisation.

1.9. Le CESE demande que les institutions européennes et internationales, les États membres, les collectivités locales et la société civile organisée, dont les partenaires sociaux, prennent d'urgence des mesures pour organiser la transition susmentionnée. Il entend soutenir toutes les initiatives allant dans le sens d'un large consensus propre à briser la stigmatisation persistante qui affecte les malades mentaux dans le processus décisionnel, les premiers acteurs de ce processus devant être les personnes qui souffrent de troubles psychiques et les organisations qui les représentent. En conséquence, il est nécessaire de mettre en place un parcours structuré, sous la forme d'une conférence de consensus, englobant les institutions.

2. **Observations générales**

2.1. Les données de l'Eurobaromètre ([1]) montrent que l'impact de la question de la santé mentale est de plus en plus fort et qu'elle préoccupe les citoyens européens: 46 % d'entre eux déclarent avoir éprouvé un problème émotionnel ou psychosocial au cours des douze derniers mois, tandis qu'ils sont 89 % à convenir qu'il importe de promouvoir la santé mentale et que 25 % indiquent qu'un membre de leur famille a rencontré des problèmes d'accès aux services afférents.

2.2. Dans le cadre de son approche globale en matière de santé mentale ([2]), la Commission européenne souligne:

— que la santé mentale fait partie intégrante de la santé;

— qu'elle subit l'influence de différents facteurs, personnels, environnementaux, sociaux et économiques, ainsi que des événements critiques comme la pandémie de COVID-19, la guerre en Ukraine, l'inflation et la crise énergétique;

([1]) https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032.
([2]) https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/comprehensive-approach-mental-health_fr.

— qu'elle concernait, avant la pandémie, un habitant sur six de l'Union européenne, induisant un coût supérieur à 4 % du PIB;

— que ce coût est imputable tant aux crises susmentionnées qu'aux choix politiques et organisationnels des gouvernements;

— que la problématique de la santé mentale concerne les couches les plus fragiles de la population, à commencer par les jeunes, dont le suicide représente la deuxième cause de décès ([3]).

2.3. Le droit d'accès aux soins, y compris préventifs, est sanctionné par la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne et le socle européen des droits sociaux, lequel affirme qu'il est nécessaire de concrétiser ce droit en mettant en place des services de bonne qualité, qui respectent les droits de l'homme et associent à la démarche les personnes directement concernées.

2.4. La communication de la Commission repose sur trois principes, à savoir fournir une prévention adéquate et efficace, assurer l'accès à des soins et des traitements abordables et de qualité en matière de santé mentale et permettre la réintégration dans la société après le rétablissement.

2.5. Dans son avis intitulé «Mesures d'amélioration dans le domaine de la santé mentale» ([4]), le CESE:

— demande qu'il soit procédé à une réforme des systèmes de santé de l'Union européenne dans le domaine de la santé mentale, afin de garantir la prévention, la détection précoce et le dépistage des maladies mentales, ainsi qu'une approche centrée sur la personne au sein de la collectivité à laquelle elle se rattache;

— recommande que le plan global de l'Union pour la santé mentale soit assorti d'un calendrier et doté de ressources suffisantes, définisse les différentes responsabilités en la matière et comporte des indicateurs pour effectuer un suivi des progrès, y compris dans le cadre du processus du Semestre européen. Il conviendrait que les plans nationaux pour la reprise et la résilience (PNRR) ([5]) prévoient davantage d'investissements à destination du secteur de la santé et des services sociaux;

— est favorable à la mise en place de systèmes de santé mentale de proximité, fondés sur les droits de l'homme, centrés sur la personne et axés sur la guérison, qui donnent la priorité à l'autonomisation du patient et à sa participation active à son propre rétablissement, dans le but ultime d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles mentaux, en conformité avec les principes de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées (CNUDPH) et en portant une attention particulière aux besoins des groupes spécifiques et des populations vulnérables;

— encourage les partenaires sociaux à soutenir et à promouvoir les initiatives qui visent à améliorer les conditions de travail, ainsi qu'à évaluer et à éliminer les risques psychosociaux sur le lieu de travail.

3. **Observations particulières**

3.1. En se proposant d'élaborer un deuxième avis sur le sujet, le CESE entend formuler des réflexions et des propositions en vue de réduire le fossé entre les discours affichés et les pratiques réelles en matière de fourniture de soins de santé dans le domaine de la santé mentale et des services sociaux.

3.2. L'initiative phare n° 1 de l'approche globale s'intitule «Initiative européenne sur le renforcement des capacités en matière de santé mentale». Grâce à un projet doté de 11 millions d'euros, actuellement en phase de mise en œuvre avec l'Organisation mondiale de la santé, la Commission européenne aidera les États membres à renforcer leurs capacités afin qu'ils consolident et réforment leurs systèmes de santé mentale.

3.3. Dans le cadre de l'initiative phare n° 9 «La jeunesse d'abord», la Commission, en collaboration avec l'UNICEF, travaille actuellement avec Chypre, la Slovénie, l'Italie et l'Espagne, l'Andalousie en l'occurrence, afin de renforcer leurs capacités administratives et de promouvoir la collaboration croisée entre les administrations publiques nationales. L'objectif de cette initiative est d'améliorer la qualité globale des services de santé mentale, avec le soutien de l'instrument d'appui technique.

([3]) *Conséquences de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale et implications pour la pratique clinique*.
([4]) Avis du Comité économique et social européen sur le thème «Mesures d'amélioration dans le domaine de la santé mentale» (JO C 349 du 29.9.2023, p. 100).
([5]) Sur les plans nationaux pour la reprise et la résilience, voir https://commission.europa.eu/business-economy-euro/economic-recovery/recovery-and-resilience-facility_fr.

3.4. Dans l'initiative phare nº 16 de son approche globale, la Commission européenne exprime l'intention d'offrir aux États membres une assistance technique pour qu'ils adoptent des réformes en matière de santé mentale dans différents secteurs afin d'améliorer partout la disponibilité de services intersectoriels de santé mentale. L'appel lancé en 2024 au titre de l'instrument d'appui technique a abouti à la sélection de cinq projets nationaux destinés à soutenir la mise en œuvre de réformes dans le domaine de la santé mentale. Le CESE propose une approche des services et diverses démarches ayant pour base la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, dans l'optique de détecter les bonnes pratiques qui méritent d'être reprises et reproduites, en se plaçant dans une démarche fondée sur les droits de l'homme en matière de santé mentale.

3.5. L'Organisation mondiale de la santé souligne qu'il est nécessaire de réformer les réglementations qui ne sont pas conformes à ces principes. Elle préconise de revoir les politiques en la matière et l'organisation des services de santé mentale et services sociaux déjà en place, avec pour objectif de garantir des prestations de qualité et de répondre aux différents besoins des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

3.6. La question de la disponibilité et de la qualité des services de proximité revêt une grande importance et doit être traitée de toute urgence. Il apparaît trop souvent qu'il existe une dichotomie voilée entre les pratiques réelles et les déclarations théoriques, entre les principes et les modèles organisationnels, ainsi qu'entre les ressources disponibles sur le terrain et les parcours de soins et, le cas échéant, de rétablissement, prenant par exemple la forme de changements concrets dans les conditions de vie et de bien-être de l'individu concerné ou dans son environnement de vie. Les services de proximité devraient être planifiés sur la base de données statistiques, dont il s'impose donc de garantir la disponibilité.

3.7. À cet égard, il convient de viser à donner aux utilisateurs des services les moyens d'agir, en les aidant à jouer un rôle actif dans la co-conception desdits services et dans leur propre parcours de soins, par une prise de conscience et une responsabilisation à cet égard, ainsi qu'en surveillant en permanence les normes de qualité et de respect des droits de l'homme dans les services, par exemple au moyen du programme de l'Organisation mondiale de la santé pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits ([6]) ou du système d'évaluation externe de la qualité (EQAS).

3.8. Dans le modèle d'approche centrée sur la personne et ses besoins réels, les professionnels et les services doivent soutenir les personnes et les aider, dans les réalités de leur vie, autant que faire se peut, à reprendre la main sur leur existence brisée, mais sans les déraciner de leur lieu d'attache et de leurs proches, en leur faisant renouer le contact avec un vécu concret, fondé sur des relations, des possibilités et des choix, afin de favoriser un rétablissement significatif. En soi, un traitement n'est pas capable de remplacer des réalités tangibles telles qu'une maison, un revenu, la possession de choses utiles, ou le corps lui-même: au contraire, c'est grâce à ces éléments que les thérapies peuvent acquérir un sens, une finalité et une forme de beauté. Cette approche, dite du «budget personnel» ([7]), devrait devenir l'élément moteur dans les dépenses publiques en matière de santé mentale.

3.9. Les services de proximité devraient être fournis en volume adéquat et être accessibles et abordables, et il convient de se garder de les organiser sous la forme de simples cliniques spécialisées dont l'activité est exclusivement ambulatoire et qui sont accablées de longues listes d'attente, ne fonctionnent que les jours ouvrables, et selon des horaires réduits, et sont coupées de la communauté locale. Sur le plan de leur culture, ces services devraient être axés sur les droits de l'homme. De plus, il convient d'éviter de les construire et de les décliner selon une logique de profit, qui se traduira par des espaces et des aménagements aseptisés, parfois dégradés et trop souvent vides, froids et impersonnels. Ils ne doivent pas donner l'impression d'avoir été conçus pour donner une illusion de prise en charge, portant une attention superficielle aux personnes «presque normales» tout en cherchant à mettre sur la touche les «patients dans un état grave et difficiles à traiter», qui peineront à accéder aux soins et seront de fait rapidement relégués dans des établissements privés conventionnés.

3.10. Au contraire, ces sites devront être accessibles tous les jours et implantés dans des locaux ouverts, accueillants et beaux, formant des lieux propices aux contacts et à la médiation, à partir desquels il sera possible de lancer et piloter des parcours de soins et d'inclusion sociale de proximité, lesquels seront spécifiques, personnalisés et fouillés, afin de reconstruire du sens, des liens et une faculté d'interaction et, par conséquent, de générer du bien-être. Ils auront vocation à fournir une assistance respectueuse et digne, à être comme des «maisons», des espaces ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, offrant des points de départ pour aller travailler dans une zone donnée, avec un bassin de population bien défini, qui n'excédera pas 80 000 habitants, procurant une ouverture sur la ville et ses groupes formels et informels, qui pourront les fréquenter et les modeler, et constituant, surtout et avant tout, des lieux où les personnes en crise devront pouvoir trouver des réponses et, si nécessaire, un accueil prolongé, y compris la nuit.

([6]) Programme de l'OMS pour l'évaluation de la qualité et du respect des droits.
([7]) https://arts.units.it/handle/11368/3029760.

3.11. Compte tenu de l'urgence de la situation, le risque existe que le nombre de structures résidentielles s'accroisse de manière significative et qu'elles mobilisent des ressources financières considérables. En outre, il apparaît que les modèles existants sont surdimensionnés pour ce qui est de leur nombre d'usagers, qui est de quarante et plus, qu'ils se trouvent à l'écart de la vie quotidienne de la cité et des quartiers, qu'ils sont impersonnels, qu'ils ne sont égayés par aucun objet et qu'ils restent administrés selon la logique des asiles d'aliénés, avec leurs portes closes et leurs règlements autoritaires. Dans leur fonctionnement, ils sont souvent coupés des services du territoire où ils sont implantés et sont gérés par des équipes complètement indépendantes, qui présentent des profils professionnels inadéquats et opèrent dans un total repli sur elles-mêmes. Il s'agit la plupart du temps de lieux qu'il est impossible de quitter pour emménager dans des formes d'habitat ou de cohabitation plus autonomes, lesquelles, bénéficiant d'une assistance au moment voulu et pour la durée requise, sont pour leur part intégrées dans la communauté, comme en témoignent nombre d'expériences, qui se sont avérées positives et foncièrement viables d'un point de vue financier.

3.12. L'accent excessif qui a été mis ces derniers temps sur les établissements résidentiels ne laisse pas de préoccuper: tout se passe comme si les psychiatres, les administrateurs et les responsables politiques avaient toujours besoin de lieux, d'espaces bien définis dans lesquels, plus que dispenser des activités de soin, ils pourront exercer leur contrôle et leur pouvoir et, en définitive, enfermer le patient. Dans un document spécifique ([8]), la communauté mondiale des médecins spécialisés en psychiatrie a pris une position claire et nette en la matière.

3.13. Suivant des recherches menées par le Réseau social européen ([9]), 65 % des collectivités locales qui lui sont affiliées affirment ne pas disposer de moyens suffisants pour assurer la désinstitutionnalisation et créer des services de proximité. Le texte relève que le processus est long et coûteux et que des disparités existent dans la manière dont elles décident chacune d'investir des ressources. Il convient également de souligner qu'en la matière la situation diffère entre les villes et les zones rurales.

3.14. On estime, et il s'agit là d'une expérience déjà en cours et qui semble praticable, que les lieux de vie en commun, qui revêtent la forme de services généraux comme des logements sociaux hébergeant un nombre réduit de résidents, compris entre une et cinq personnes, et les maisons où cohabitent trois à cinq pensionnaires, doivent être de plus en plus aménagés dans des bâtiments résidentiels situés à l'intérieur de villages ou de quartiers urbains, où il sera possible de mener une existence normale au quotidien, de sortir librement et de participer à la vie commune, où l'on pourra, dans la banalité même de l'agir quotidien, se dessiner une trajectoire existentielle, reprendre confiance, se doter d'une capacité de poser des choix, posséder des objets, se réapproprier du temps et un espace, multiplier les possibilités, c'est-à-dire vivre normalement, comme n'importe quel autre citoyen. Il s'agira aussi de promouvoir le soutien entre pairs, en tant qu'il constitue un moyen d'assurer non seulement la cohabitation, mais aussi le partage d'expériences, en encourageant et en promouvant une participation significative et de qualité des intéressés à la communauté et à la société dans son ensemble et en ouvrant la voie, dans la mesure du possible, à leur engagement sur leurs ressources financières propres.

3.15. Parmi ces expériences d'émancipation, il convient également de mettre en évidence la voie de l'accueil en famille, en l'occurrence avec le dispositif italien de l'«Insertion subventionnée en famille d'accueil d'adultes souffrant de troubles psychiques» (IESA), qui a été inscrit au patrimoine culturel immatériel de l'UNESCO.

3.16. Il convient de prendre en compte les besoins spécifiques des enfants et des adolescents dans le cadre des politiques de santé mentale, y compris les défis et pressions particulières auxquels ils sont confrontés (l'on pourrait suggérer la mise en place de services et de systèmes de soutien spécialisés dans les établissements d'enseignement).

3.17. Il y a lieu de promouvoir des approches adaptées aux différentes communautés culturelles et catégories vulnérables, telles que les personnes âgées, les réfugiés, la communauté LGBTQ+ et les personnes handicapées, et répondre ainsi aux besoins qui sont propres aux différents groupes au sein de la société.

3.18. Les recherches en cours sur des interventions efficaces en matière de santé mentale doivent être encouragées et il s'impose de mettre au point de nouvelles techniques thérapeutiques afin de garantir que les services offerts sont fondés sur les données scientifiques les plus récentes. A fortiori, il est nécessaire, dans la perspective de la transition à effectuer, de dispenser aux professionnels de tous les niveaux une formation qui devra se situer dans une logique de cohérence avec les objectifs définis.

3.19. Par ailleurs, le CESE constate avec inquiétude que les métiers de la santé mentale sont en situation de pénurie. Une des manières de combler ce déficit consisterait en un système de gradation qui, en fonction du moment concerné et de la situation de l'usager, ferait intervenir telle ou telle catégorie de professionnels et utiliserait ainsi de manière plus efficace et opérante le personnel existant, lequel devrait lui-même bénéficier d'un soutien continu sur le plan psychologique et physique, afin d'éviter le risque d'épuisement professionnel.

([8]) https://www.wpanet.org/_files/ugd/842ec8_e2e8fbfb2d7a4a168f0df4726c528543.pdf.
([9]) https://socialserviceworkforce.org/wp-content/uploads/2024/03/Enhancing-Community-Care_0.pdf.

3.20. Il conviendrait de développer davantage le rôle de la technologie pour améliorer les services de santé mentale, notamment dans les zones reculées ou sous-équipées en services, étant entendu que ces prestations numériques ne sauraient se substituer à celles fournies par des êtres humains, mais sont susceptibles d'en faciliter l'accès dans des contextes bien définis.

3.21. Il est nécessaire d'adopter une approche globale de la santé mentale en tant qu'elle fait partie de l'expérience normale dans la vie d'un individu, en assurant en la matière une action de prévention, de protection et de promotion, ainsi que les normes les plus élevées qui peuvent être atteintes dans ce domaine, ainsi qu'en veillant à ce que chacun mène, au mieux de son potentiel, l'existence qu'il souhaite vivre. Il y a lieu, au premier chef, de promouvoir une éducation élémentaire à la santé mentale pour l'ensemble de la société. Dans cette optique, il est essentiel d'adopter des stratégies axées sur le soutien à l'autoreprésentation.

3.22. Il est essentiel de concevoir des lignes directrices, élaborées conjointement, pour définir des normes claires fondées sur les droits de l'homme, ainsi que des indicateurs correspondant à chacun des thèmes mentionnés ci-dessus. Un processus d'examen systématique devrait être prévu afin d'évaluer et d'adapter en permanence les services de santé mentale en fonction des résultats obtenus et de l'évolution des besoins de la société.

3.23. Les statistiques et les données ventilées, y compris sur les ressources investies, jouent un rôle primordial pour mettre en évidence le degré d'homogénéité des dépenses entre les différents territoires et la cohérence par rapport à l'objectif de la désinstitutionnalisation et à celui de construire des services de proximité. En conséquence, il y a lieu d'adopter un cadre dont les États membres et les collectivités locales puissent utilement tirer profit afin de pouvoir évaluer l'efficacité des dispositifs rapportée à leur coût et déterminer, le cas échéant, si des ressources supplémentaires sont nécessaires.

Bruxelles, le 18 septembre 2024.

Le président
du Comité économique et social européen
Oliver RÖPKE