

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et les coûts de ces défaillances pour la société

- Audition, ouverte à la presse, de M. Thomas Wanecq, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Mme Julie Labarthe, sous-directrice de l'observation de la solidarité, et M. Jean-Baptiste Hazo, chargé d'étude sur la santé mentale 2
- Présences en réunion 18

Mercredi

17 septembre 2025

Séance de 15 heures

Compte rendu n° 11

SESSION 2024-2025

**Présidence de
Mme Nicole Dubré-Chirat,
Présidente,**



La séance est ouverte à quinze heures.

La commission auditionne de M. Thomas Wanecq, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Mme Julie Labarthe, sous-directrice de l'observation de la solidarité, et M. Jean-Baptiste Hazo, chargé d'étude sur la santé mentale.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous recevons cet après-midi des représentants de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), qui est le service statistique national dans le domaine de la santé et du social.

Madame, messieurs, je vous remercie de nous déclarer tout autre intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations et vous rappelle que l'article 6 de l'ordonnance du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires impose aux personnes auditionnées par une commission d'enquête de prêter le serment de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité.

(M. Thomas Wanecq, Mme Julie Labarthe et M. Jean-Baptiste Hazo prêtent successivement serment.)

M. Thomas Wanecq, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Je suis ici accompagné de deux spécialistes qui, sur les questions techniques les plus pointues, sauront apporter les compléments et précisions indispensables à la bonne information du Parlement.

Votre commission d'enquête traite de deux sujets qui ne sont pas sans lien mais qui n'en demeurent pas moins distincts : la prise en charge des problèmes de santé mentale, d'une part, et du handicap, d'autre part. J'aimerais appeler votre attention sur deux éléments que vous connaissez sans doute mais qui sont assez déterminants dans la façon dont la Drees, qui est d'abord un service statistique ministériel, appréhende ces deux phénomènes ainsi que les deux politiques publiques correspondantes. Nous aurons l'occasion de revenir à plusieurs reprises sur ces difficultés ; elles ne sont pas insurmontables, mais les réponses que nous y apportons influencent de manière déterminante notre manière de voir la réalité.

Le premier point concerne la définition de la notion de handicap, qui paraît très claire dans le sens commun mais qui devient beaucoup plus complexe lorsqu'on l'aborde du point de vue statistique, car la quantification nécessite de l'objectivation. Si certains critères administratifs et indicateurs ont été reconnus, il n'y a pas aujourd'hui de définition univoque du handicap. Nous aurons l'occasion de revenir sur les trois grands critères existants, que l'on peut considérer séparément ou de façon cumulative ; chacun d'eux présente des intérêts différents, notamment au regard de la comparabilité internationale. Nous parlons ici d'une difficulté structurelle, car si l'on retient certaines définitions, la notion de handicap peut concerner une part très importante de la population – plus d'un quart des Français selon la définition la plus large, contre quelques pourcents selon certains critères administratifs restreints. L'appréhension du phénomène est alors évidemment très différente.

En matière de santé mentale, ensuite, nous disposons d'informations très riches provenant de sources différentes, parce qu'il existe de nombreux moyens de monitorer la santé. Je pense notamment aux statistiques publiées par les établissements et à toutes les informations médicales relatives à la prise en charge des patients. Dans ce domaine, cependant, la difficulté

tient à l'absence d'enquête spécifique à la santé mentale, car malgré notre volonté de réaliser le plus d'enquêtes possibles, il n'est pas possible d'en faire sur tous les sujets, aussi importants soient-ils. Toujours est-il que notre connaissance de l'épidémiologie des troubles graves, de leur fréquence et de leur localisation sur le territoire est imparfaite, pour dire les choses de façon prudente. M. Hazo précisera tout à l'heure dans quelle mesure ces deux sujets sont connexes.

Ces éléments paraissent peut-être un peu négatifs, mais les questions méthodologiques sont pour nous très importantes, parce que nous sommes garants des chiffres livrés au débat public, qui peuvent assez légitimement susciter une certaine émotion ou une volonté de se comparer.

Les différentes définitions de la notion de handicap correspondent chacune à une réalité : on ne peut pas dire que l'une est fausse tandis que l'autre serait vraie. Elles appréhendent des choses différentes, qui peuvent concerner une part assez réduite de la population ou une part plus importante tout en restant minoritaire. Si ma mémoire est bonne, 28 % des adultes présentent des limitations fonctionnelles : on ne parle pas là d'une part marginale de la population !

Les troubles de santé mentale les plus fréquents sont très bien documentés. Ils font l'objet d'enquêtes qui nous permettent d'appréhender correctement ces phénomènes ; sur ces questions, nous travaillons notamment avec Santé publique France. En France comme à l'étranger, on observe ainsi une augmentation de la prévalence des problèmes de santé mentale, qui touchent plus particulièrement les jeunes et les femmes – les spécialistes présents à mes côtés pourront nuancer mes propos. S'agissant des troubles les plus graves, nous pâtissons d'un manque de données qui n'est ni scandaleux ni totalement sans espoir, puisque nous avons toujours la possibilité de réorienter nos enquêtes.

Je laisse maintenant les deux spécialistes qui m'accompagnent compléter mes propos ou corriger les erreurs que j'ai pu commettre dans cette intervention liminaire.

Mme Julie Labarthe, sous-directrice de l'observation de la solidarité. S'agissant du handicap, le texte de référence est la loi du 11 février 2005, qui donne une définition structurante de cette notion et illustre la difficulté de mesurer cette dernière, comme l'a expliqué Thomas Wanecq. Le handicap peut ainsi être défini comme une altération ou une limitation fonctionnelle liée à des problèmes de santé, dans un environnement donné, ayant des conséquences sur la participation sociale de l'individu qui en est atteint. Il peut être mesuré de différentes manières.

Nous disposons d'abord de données administratives, qui présentent les limites inhérentes à ce genre de chiffres : elles dépendent des critères fixés pour bénéficier d'aides, de prestations ou d'accompagnements, et du recours effectif à ces derniers.

Il existe aussi des définitions statistiques, essentiellement de deux types.

Elles peuvent s'attacher à des limitations fonctionnelles, c'est-à-dire aux difficultés importantes qu'éprouvent les individus concernés pour voir, entendre ou se déplacer ; ces difficultés peuvent être relationnelles, cognitives ou d'autres types. Il ressort de notre dernière enquête que 28 % de la population est concernée par ces limitations fonctionnelles importantes.

D'autres définitions statistiques reposent sur des restrictions d'activité : on dresse une liste d'activités de la vie quotidienne et on regarde qui a des difficultés importantes pour les mener à bien.

Enfin, un indicateur synthétique a été défini au niveau européen. Le Gali (*Global Activity Limitation Indicator*) mesure des restrictions globales d'activité et se distingue par sa simplicité, puisqu'il ne nécessite de poser qu'une seule question : « Êtes-vous, depuis plus de six mois, fortement limité dans les activités que les gens font habituellement, en raison d'un problème de santé ? » Cet indicateur présente l'avantage de pouvoir être inclus dans un grand nombre d'enquêtes : il figure ainsi dans des enquêtes européennes annuelles sur l'emploi, les ressources et les conditions de vie des ménages. Cela permet d'avoir une vision annuelle des personnes en situation de handicap selon cette définition.

Pour disposer d'une vision plus fine, par exemple pour connaître les limitations fonctionnelles, les restrictions d'activité et les altérations concernées, il est nécessaire de recourir à des questionnaires plus longs, ce que nous ne faisons pas tous les ans. Je parle ici des grandes enquêtes thématiques menées par la Drees ou autrefois par l'Insee, tous les dix ou quinze ans, auprès de la population générale, en surreprésentant des personnes à risque de handicap. Ces questionnaires sont très longs, du point de vue des personnes interrogées, puisqu'ils durent une heure, voire plus d'une heure et demie. Les questions visent à définir le handicap subi, l'origine de ce dernier, les conditions de vie de la personne interrogée – cela rejoint le sujet de votre commission d'enquête –, ainsi que les aides techniques et humaines dont elle bénéficie ou aurait besoin. Ces enquêtes fournissent donc davantage de données relatives à la qualité de la prise en charge des personnes en situation de handicap. Nous sommes en train de recueillir des informations à ce sujet. Certaines données sont déjà disponibles, d'autres le seront prochainement.

M. Thomas Wanecq. De telles enquêtes sont effectivement menées tous les dix ou quinze ans, mais la dernière réalisée sur le sujet de la prise en charge du handicap est en train de s'achever. Nous disposons donc de données très récentes pour vous informer sur ces questions qui vous intéressent.

Mme Julie Labarthe. La collecte a eu lieu entre 2021 et 2025. Cette longue durée s'explique par le fait que les personnes en situation de handicap vivent plus souvent en institution que les autres, et qu'une bonne connaissance de leur situation nécessite donc de se rendre dans une multitude de lieux – aussi bien dans des logements ordinaires, où se font habituellement les enquêtes pour la statistique publique, que dans des établissements spécifiquement dédiés aux personnes âgées ou handicapées, des établissements de la protection de l'enfance, où les enfants en situation de handicap sont surreprésentés, et des centres pénitentiaires.

Nous pouvons donc apporter ponctuellement de tels éclairages, réalisés de façon approfondie. La Drees publie des « Études et résultats » assez courts, comportant beaucoup de données statistiques et de tableaux mis à la disposition de tous – il faut cependant en connaître l'existence pour y accéder !

Dans des enquêtes générales, je vous l'ai dit, l'indicateur Gali fournit des informations sur la situation des personnes handicapées – pas forcément sur la qualité de leur prise en charge, mais sur leur situation de vie et leur inclusion sociale. D'autres enquêtes sont menées tous les quatre ans dans les établissements et services, ce qui permet aussi d'objectiver la façon dont sont accueillies les personnes en situation de handicap dans les structures qui leur sont dédiées.

M. Jean-Baptiste Hazo, chargé d'étude sur la santé mentale. Dans le questionnaire que vous nous avez transmis, vous nous demandez quelles sont les données disponibles pour objectiver les défaillances dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Ce n'est pas une question facile !

Thomas Wanecq vous l'a dit, nous disposons d'éléments épidémiologiques assez importants, notamment en psychiatrie. Nous utilisons ces données dans le cadre de l'Observatoire national du suicide, animé par la Drees et présidé par le ministre chargé de la santé – souvent représenté par notre directeur –, mais de là à dire que le taux de décès par suicide est le reflet de la prise en charge psychiatrique de notre population, il y a un pas que je ne franchirai pas ! En bon épidémiologiste, je considère que la causalité est difficile à trouver.

De nombreux éléments montrent une détérioration de la santé mentale des jeunes femmes – je ne parle pas de la population générale, ni même des femmes en général, mais bien des jeunes femmes et adolescentes. La littérature scientifique permet d'affirmer que ce n'est pas de la faute des modalités de prise en charge ou de soins en France, puisque ce phénomène est observé dans la plupart des pays occidentaux. Les éléments explicatifs sont plutôt à chercher du côté des réseaux sociaux ou de changements sociologiques qui peuvent nous échapper.

L'analyse de certains éléments figurant dans le système national des données de santé (SNDS) laisse cependant apparaître un problème s'agissant du recours aux soins et de la prise en charge de ces troubles. Je pense notamment aux taux de réhospitalisation quinze ou trente jours après une sortie, ou au fait que nombre de patients ne consultent pas de médecin ou de psychiatre après avoir été hospitalisés en psychiatrie. Je ne vous cache pas que de tels indicateurs sont assez rares et que ces informations sont difficiles à recueillir, notamment du fait d'une culture du codage très pauvre en psychiatrie par rapport à ce qui se fait dans le secteur somatique dit MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

Un indicateur intéressant, que l'on recueille dans les enquêtes, serait plutôt le besoin de soins non satisfait, ou le non-recours aux soins. Grâce à l'enquête EpiCov (Épidémiologie et conditions de vie sous le covid-19), qui n'est pas une enquête d'épidémiologie psychiatrique pure – il n'en existe pas –, nous savons qu'à peu près 3 % des Français ont pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, que cette proportion monte à 6 % ou 7 % chez les jeunes filles, et que la moitié de ces personnes n'ont pas eu recours à des soins. Or on peut penser qu'avoir eu des idées suicidaires au cours des douze derniers mois montre que l'on a besoin de soins ! Cela rejoint d'ailleurs ce qui ressort de la littérature internationale : le besoin de soins en santé mentale est insatisfait chez la moitié des personnes concernées.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Nous nous heurtons effectivement à un problème de définition des notions de handicap et de santé mentale – cette dernière couvre aussi bien la psychiatrie lourde que l'ensemble des troubles psychologiques connus –, de même qu'à un problème de manque de données – plus encore dans le domaine de la santé mentale que dans celui du handicap.

Je m'étonne cependant que vous évoquiez des chiffres relatifs aux hospitalisations alors que 80 % des actes médicaux en psychiatrie sont effectués en ambulatoire. Comment recensez-vous les gens dont le suivi se fait majoritairement ailleurs qu'à l'hôpital afin d'étudier plus finement ces troubles psychologiques de plus en plus importants – c'est en tout cas l'impression que nous avons, en l'absence de remontée de données au niveau national ?

Avons-nous les moyens de mesurer le handicap autrement que par ses conséquences ? En raison du manque de définition et de caractérisation des handicaps, nous n'appréhendons que des limitations ou des restrictions par rapport à une vie sociale normale. C'est ennuyeux, car cela ne permet pas de mesurer une évolution. Avons-nous affaire à des handicaps définitivement constitués ou plutôt à des handicaps apparaissant progressivement, avec une aggravation des symptômes au fur et à mesure que les personnes avancent en âge ?

Pourriez-vous enfin nous présenter, dans les deux domaines que nous étudions, une sorte de courbe d'évolution ? Vous avez expliqué que vous meniez une enquête tous les dix ou quinze ans. Constate-t-on une évolution significative de l'impact du handicap sur la vie sociale et professionnelle, des aspects financiers et de tout ce qui a trait aux aidants ?

M. Thomas Wanecq. S'agissant de la prise en compte des soins de ville en psychiatrie, nous avons accès à toutes les données du SNDS. Nous avons donc une idée des recours à des consultations remboursées par la sécurité sociale – chez un psychiatre, donc, ou chez un psychologue dans le cadre d'un dispositif relativement récent – et des consommations de médicaments psychotropes.

Si l'essentiel de la prise en charge de la santé mentale se fait en ville, il n'en est pas moins intéressant de regarder ce qui se passe à l'hôpital, car les affections les plus graves peuvent toujours entraîner une hospitalisation. Or c'est ce genre d'affections que nous avons le plus de mal à repérer. Un indicateur relatif au nombre de passages aux urgences liés à un motif psychiatrique ou au cours desquels un problème psychiatrique a été décelé apparaît donc tout à fait pertinent.

J'en reviens au sujet du handicap. Puisque nous réalisons des enquêtes tous les quinze ans et que celles-ci comportent des questions relativement précises sur la nature des limitations fonctionnelles – sensorielles, motrices, physiques – et des restrictions d'activité liées à la mobilité, nous disposons d'un certain nombre d'éléments et d'indicateurs qui nous permettent d'établir des comparaisons, y compris internationales, même si les points sont assez éloignés. S'agissant du reste à charge ou du reste à vivre, nous disposons également d'informations très complètes, car de nombreuses données financières nous remontent en matière d'aides sociales départementales et de ressources qui y sont consacrées. Ces informations font d'ailleurs l'objet de publications, qui abordent la question de l'effort financier des pouvoirs publics – la sécurité sociale, mais aussi et surtout les départements, qui jouent un rôle majeur dans ce domaine – et de la conséquence de ces politiques publiques sur le reste à vivre des patients, que ces derniers soient à domicile ou en hébergement.

M. Jean-Baptiste Hazo. Il est vrai qu'au sein d'un secteur de psychiatrie, 80 % des patients sont vus en ambulatoire. Or, pour des raisons historiques de confidentialité, ces patients ne peuvent être liés dans notre base de données, le SNDS. En effet, à une certaine époque, les dispensaires prenaient en charge des pathologies telles que les maladies vénériennes et l'on ne demandait pas l'identité des personnes consultant dans des centres médico-psychologiques (CMP). Je me souviens que, lorsque j'étais infirmier, les patients ne présentaient pas leur carte Vitale dans les CMP. Cela se fait maintenant de plus en plus, mais pas encore assez : en 2022, seuls 50 % à 60 % des patients des CMP pouvaient être « chaînés » dans le SNDS, ce qui permet de retrouver leurs autres consommations.

À cela s'est longtemps ajouté le continent noir des psychothérapies assurées par des psychologues, lesquels ne sont pas considérés, en France, comme des professionnels de santé. Le dispositif Mon soutien psy a permis de faire un peu évoluer les choses, mais il n'est pas

encore effectif partout ; il restera toujours un certain nombre de psychologues qui ne rentreront pas dans ce dispositif et pour lesquels nous n’aurons pas d’informations.

Les enquêtes permettent toutefois de se faire une idée du niveau de recours aux soins en santé mentale. Nous avons ainsi posé la question dans le cadre de l’enquête EpiCov : de mémoire, en 2022, environ 12 % des personnes âgées de 15 ans et plus déclaraient avoir consulté un psychologue au cours des douze derniers mois – ce qui est beaucoup. Le psychologue est ainsi devenu le premier professionnel vers lequel se tournent les patients, avant même le généraliste, qui est pourtant longtemps resté le principal référent en matière de santé mentale.

Vous nous avez interrogés sur les aidants. Je ne suis pas un spécialiste de cette question, mais je sais, pour en avoir beaucoup discuté avec l’Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam), que des problèmes psychiatriques affectent toute une famille, tout un réseau social. Il est vrai que nos enquêtes abordent peu ce sujet. Aussi n’avons-nous pas d’éléments statistiques à vous apporter dans le champ de la santé mentale, mais puisque les questions de handicap et de santé mentale se chevauchent, les enquêtes menées dans le champ du handicap – y compris psychique – pourront vous intéresser.

S’agissant de la bonne mesure de la prévalence des problèmes psychiatriques dans la population, il faut souligner que les professionnels du secteur ont toujours du mal à se mettre d’accord sur des diagnostics. Cela explique notre difficulté à connaître le nombre de patients ou de personnes concernées par un problème donné. La nosographie est assez fragile en psychiatrie. Aussi assistons-nous à l’émergence d’une psychiatrie du retentissement, qui s’intéresse moins à l’étiquette posée sur le mal qu’à son impact sur la vie quotidienne du patient. Cela rejoint la notion de handicap psychique, entrée dans les mœurs médicales et médico-sociales.

J’ai répondu par écrit à votre question sur le coût de ces affections pour la société. Le nombre d’arrêts maladie liés à une affection psychiatrique est en augmentation constante – ce sont des chiffres que vous pouvez trouver facilement. Cette évolution traduit-elle une réalité épidémiologique ou plutôt une réalité du monde du travail ? La question se pose, mais je ne me risquerai pas à y apporter une réponse.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Avez-vous réalisé une enquête sur l’usage que les jeunes font des psychotropes, dont la consommation, pourtant assez lourde de conséquences, croît depuis peu de manière exponentielle ?

M. Jean-Baptiste Hazo. Parlez-vous des psychotropes prescrits ?

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Absolument.

M. Jean-Baptiste Hazo. On pourrait aussi parler des drogues, mais sur ce sujet, vous pourrez interroger l’Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), qui vous répondra mieux que moi.

Notre système rembourse assez bien les molécules prescrites aux patients. Nous pouvons en suivre la consommation dans le SNDS, un outil dans lequel nous avons confiance. Il est difficile de poser cette question dans une enquête, car l’homme de la rue ne sait pas exactement ce qu’est un psychotrope – on parle généralement de médicaments pour dormir ou

pour calmer les nerfs. Nous l'avons cependant posée dans le cadre d'EpiCov : de mémoire, il en est ressorti qu'environ 15 % de la population avait recours à ces substances et que la consommation avait plutôt tendance à augmenter avec l'âge. Toutefois, il est vrai que la prescription et la consommation de psychotropes ont très fortement augmenté au cours des dix dernières années, comme nous pouvons le constater dans le SNDS.

Mme Julie Labarthe. L'enquête évoquée par Thomas Wanecq, que nous avons menée en 2022 auprès de 22 600 personnes en logement ordinaire, nous a apporté des informations très fines sur la caractérisation du handicap et son origine, altération par altération. Ces données, plus précises que celles que contient « Le Handicap en chiffres », ont été mises en ligne sur le site internet de la Drees – nous vous donnerons les liens dans notre réponse écrite – et peuvent être croisées avec de nombreuses variables telles que l'âge, le sexe, la localisation, la catégorie socioprofessionnelle ou la situation familiale.

S'agissant de la prise en charge, l'enquête apporte aussi des informations sur les aides techniques ou aménagements dont bénéficient les personnes ; si ces dernières n'ont pas obtenu les aides dont elles ont besoin, il en est précisé la raison. Là encore, ces informations ont été enrichies de données administratives, de telle sorte que l'on peut savoir si telle personne dans telle situation bénéficie de telle prestation.

La Drees va publier des éléments sur la scolarisation des enfants handicapés et d'autres thématiques. Nous allons diffuser beaucoup de tableaux détaillés, mais il y aura sans doute des trous dans la raquette, car nous ne sommes nous-mêmes pas en mesure d'exploiter toutes les informations que nous avons recueillies dans le cadre de cette enquête. Il faudra donc que d'autres s'emparent de ces données très riches.

Vous nous avez interrogés sur les évolutions constatées dans le domaine du handicap. C'est un sujet très important, qui nous intéresse. Tous les quatre ans, nous faisons un point sur les individus pris en charge dans des établissements et services pour personnes handicapées : nous pouvons donc observer l'évolution de leur profil, et nous demander par exemple si les personnes de plus de 50 ans sont plus nombreuses, ou encore si les déficiences prises en charge sont différentes. Dans la population générale, nous disposons de l'indicateur Gali : nous avons publié quelques séries un peu longues sur le site internet de la Drees – nous vous donnerons les références – mais n'avons pas noté d'évolution significative. En outre, nous réalisons tous les cinq ans des enquêtes relatives à la santé, qui comportent quelques informations sur le handicap. Pour analyser les choses plus finement, par exemple par type de limitation fonctionnelle, il convient d'attendre les grandes enquêtes que nous ne menons, du point de vue de l'extérieur, pas assez souvent.

Nous avons pour projet de publier quelque chose sur ce sujet. Ce n'est pas facile, car la connaissance et les besoins évoluent. Les questions changent – dans notre dernière enquête, nous avons beaucoup développé les sujets relatifs aux handicaps psychiques –, et nous ne repérons donc pas exactement les mêmes personnes, ce qui nécessite des travaux statistiques pour présenter les choses à méthodologie comparable. Cela nous prend un peu de temps !

Enfin, dans le cadre du dispositif d'enquêtes Autonomie, nous demandons à toutes les personnes interrogées, à domicile ou en établissement, qui les aide, ce qui nous permet d'interroger ensuite leurs aidants. Puisque nous menons également nos enquêtes dans des centres de santé mentale, nous pouvons aussi obtenir, dans certains cas, des informations sur ces aidants particuliers. Cependant, ce sont là des données que nous n'avons pas encore eu le temps d'exploiter.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Parvenez-vous à faire un recensement des personnes qui n'arrivent pas à obtenir une place en établissement, quel que soit leur âge ? Je pense également aux instituts médico-éducatifs (IME).

Mme Julie Labarthe. Dans le champ du handicap, nous ne faisons pas vraiment de recensement. Nous réalisons une estimation statistique à partir de nos enquêtes. Nous demandons aux personnes à domicile si leur situation résulte d'un choix, si elles auraient aimé être en établissement et pourquoi elles n'y sont pas. Nous posons les questions inverses aux personnes hébergées en établissement. Par ailleurs, nos enquêtes relatives aux établissements peuvent contenir des éléments sur les temps d'attente pour intégrer ces structures. Ainsi, dans le champ des personnes âgées, nous publierons prochainement une étude sur les délais avant d'entrer en Ehpad.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. L'enquête sur l'accès des personnes âgées aux Ehpad s'intéresse-t-elle également aux personnes en situation de handicap ou souffrant de troubles psychiques ?

Mme Julie Labarthe. Cette étude repose sur des données administratives – le temps d'attente – et concerne uniquement les Ehpad. En revanche, le dispositif d'enquêtes Autonomie – notion qui recouvre, en l'espèce, les problématiques des personnes âgées et des personnes handicapées – porte sur tous les types d'établissement.

M. Thomas Wanecq. Comme vous le savez, la distinction est administrative : à 60 ans, on bascule dans l'autonomie, à moins que l'on n'ait été reconnu auparavant comme handicapé. J'ajoute, à propos du lien entre santé mentale et handicap, que le handicap psychique est la première cause de handicap.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Cela pose le problème de la classification des handicaps par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Ma première question sera très brève : qui vous commande des études et décide des thèmes sur lesquels elles portent ?

M. Thomas Wanecq. Nos enquêtes s'inscrivent dans une programmation pluriannuelle. Certaines d'entre elles, comme « La statistique annuelle des établissements de santé », sont réalisées chaque année. D'autres sont menées périodiquement, à une fréquence variable – c'est le cas, par exemple, des enquêtes en matière de santé.

Enfin, nous réalisons de grandes enquêtes, qui demandent un travail considérable et coûtent très cher. L'enquête Autonomie, qui a porté, dans un premier temps, sur un échantillon de plusieurs centaines de milliers de personnes, se déroule sur quatre ans – 2021-2025 – et a demandé plusieurs années de préparation. Pour des raisons d'organisation et parce que nos crédits ne sont pas illimités, nous ne pouvons pas renouveler une enquête de ce type sitôt la précédente achevée. Ces grandes enquêtes s'inscrivant dans un cadre budgétaire fixé par l'organisation administrative de l'État, nous pratiquons l'optimisation sous contrainte en programmant celles qui nous permettent d'acquérir la meilleure connaissance possible des sujets sur lesquels nous devons informer le public et les chercheurs et en nous efforçant de maintenir une périodicité et une méthodologie à même de préserver le niveau des connaissances.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. À vrai dire, ma question était un peu vicieuse. Je m'explique. En 2024, le premier ministre a déclaré la santé mentale grande cause nationale en 2025. Dès lors, il aurait été logique qu'il mobilise les services de la Drees pour évaluer les dispositifs et établir un diagnostic fiable. Or vous avez dressé un constat de carence dans ce domaine.

M. Thomas Wanecq. La définition de nos grands types d'enquête se fonde toujours sur nos besoins statistiques. Il est vrai que nous avons identifié la santé mentale comme un domaine dans lequel les enquêtes manquent. Cela dit, toutes les enquêtes de la Drees portent sur un sujet prioritaire. Surtout, lancer une étude sur la santé mentale, ce n'est pas commander un sondage à un institut : à elle seule, sa préparation demanderait plusieurs années. Cela ne signifie pas que nous ne pouvons pas mener ce type d'étude : c'est une question d'arbitrage.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Force est de constater qu'en France, la culture de l'évaluation est insuffisante dans le domaine de la santé, et notre commission d'enquête ne manquera certainement pas de le souligner. Cette critique ne s'adresse pas à la Drees, qui accomplit un travail remarquable ; elle porte sur la question spécifique de la santé mentale déclarée grande cause nationale. Vous avez évoqué la question de l'accès aux soins des jeunes femmes qui commettent des tentatives de suicide. La causalité est, certes, toujours hasardeuse, mais l'on aurait pu renforcer un dispositif comme Sentinelle, pour prévenir la récurrence. Ma critique est d'ordre systémique.

M. Thomas Wanecq. J'entends ce que vous dites. Du reste, chacun est dans son rôle : il revient au Parlement de se prononcer sur la conduite des politiques publiques.

D'une part, il existe d'autres instruments que les services statistiques ministériels pour évaluer ces politiques. D'autre part, nous sommes à la fois protégés et contraints par un ensemble de règles, françaises et européennes, qui encadrent l'intervention du pouvoir exécutif dans la réalisation de notre travail statistique. De ce fait, il lui est difficile de nous demander de renoncer à telle enquête pour nous consacrer à la santé mentale, d'autant plus que notre travail s'inscrit dans une programmation pluriannuelle.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Ces rigidités sont dommageables. Une étude récente de l'institut Montaigne révèle, par exemple, qu'un jeune sur cinq estime que sa santé mentale est dégradée. Ces chiffres fixent des repères dans l'opinion alors qu'ils sont, sur le plan scientifique, moins solides que les travaux que vous pouvez réaliser. Encore une fois, sur les enjeux prioritaires, on pourrait aménager des marges de manœuvre qui permettraient de prendre en compte des problèmes émergents. Bien que l'on sache depuis de nombreuses années que la santé mentale se dégrade, on ne dispose pas d'analyses suffisantes sur le sujet : les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) font-elles l'objet d'études ? Quelle est la redevabilité du système libéral ? Dès lors que de l'argent public est en jeu, on est en droit de se demander si l'évaluation et le contrôle sont suffisants et que l'accent est mis sur les dispositifs les plus efficaces.

L'un des objets de notre commission d'enquête est en effet d'identifier les coûts évités. Il s'agit de renforcer les dispositifs qui présentent une plus-value à cet égard : logement inclusif, emplois accompagnés, diagnostic et prise en charge précoces des troubles du langage... Personne ne conteste la qualité du travail de la Drees. Mais la cohérence du fléchage avec les orientations politiques peut être mise en question.

M. Jean-Baptiste Hazo. Pour répondre à votre question initiale, Eurostat nous commande également des enquêtes. Je pense notamment à la grande enquête de santé, *European Health Interview Survey* (EHIS). La Drees a pris l'initiative d'y ajouter, pour ce qui concerne la France, des questions relatives à la santé mentale, mais nous n'avons pas toujours été suivis par nos partenaires européens, qui se sont, par exemple, montrés très réticents quant à l'introduction de questions ayant trait aux pensées suicidaires.

Mme Julie Labarthe. J'ajoute qu'en tant que service statistique du ministère de la santé, la Drees veille à ce que la problématique de la santé mentale soit abordée, lorsque c'est statistiquement pertinent, dans les enquêtes générales réalisées par le système statistique public – cette méthode présente, en outre, des avantages en matière de coûts. Ainsi, nous avons fait en sorte qu'une enquête réalisée en 2025 sur les sans domicile fixe comporte des questions relatives aux pensées suicidaires. Il en va de même pour la problématique du handicap, qui sera désormais intégrée dans le recensement de la population, de sorte que nous disposerons d'estimations localisées.

Mme Élise Leboucher (LFI-NFP). La Drees a tout de même publié, en juin 2025, une étude portant sur les conséquences de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies sur la santé mentale.

Ma première question porte sur le croisement des données. Avez-vous pu, par exemple, établir un lien entre, d'une part, le fait que le psychologue, et non plus le médecin généraliste, est le premier recours en santé mentale et, d'autre part, l'existence de déserts médicaux ? Sait-on si la baisse du nombre des hospitalisations est liée à la diminution du nombre de lits en psychiatrie et le recours aux psychotropes aux difficultés d'accès aux soins ? Vous avez évoqué une étude montrant que des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois n'ont pas eu recours aux soins. Connait-on les raisons de ce non-recours ?

Une autre étude porte sur les conditions de travail du personnel médico-social – je pense notamment aux aides médico-psychologiques (AMP) et aux AESH (accompagnants d'élèves en situation de handicap) – et les difficultés de recrutement qui en découlent. Quels constats dressez-vous dans ce domaine et quelles évolutions recommanderiez-vous ?

Vous utilisez différents modèles de simulation pour mesurer l'impact des réformes politiques sur le système de santé. Avez-vous pu évaluer les conséquences potentielles des propositions du précédent gouvernement, notamment l'impact d'une année blanche sur les prestations sociales et de la réforme du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les personnes en situation de handicap ?

Avez-vous participé à l'élaboration du plan Santé mentale et psychiatrie présenté au mois de juin par le gouvernement ? Si oui, quelles étaient vos recommandations ?

Quel est l'impact des discriminations subies par les personnes LGBTQI+ sur leur santé mentale ? Quelles mesures de prévention suggérez-vous dans ce domaine ?

Plusieurs acteurs ont mentionné les difficultés d'obtenir, notamment des MDPH, des données sur le handicap. À quels enjeux faites-vous face dans le cadre de la collecte des données ? Estimez-vous avoir une vision exhaustive de la situation du handicap en France ?

Enfin, votre administration a récemment publié une nouvelle base de données issues des remontées individuelles sur l'autonomie (RI-autonomie), qui vise à connaître les prestations sociales versées et leurs bénéficiaires. Permettra-t-elle de mieux comprendre le non-recours aux prestations, donc de mieux lutter contre ce phénomène, et de prévenir les ruptures de droits ?

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. J'ajouterai une question : le ministère de la santé vous a-t-il demandé des éléments d'information issus de vos enquêtes avant l'annonce du plan Santé mentale ?

M. Thomas Wanecq. Vos questions, passionnantes, vont au-delà de celles qui nous ont été transmises par écrit. Nos réponses seront donc prudentes et nous les compléterons, le cas échéant, par des éléments écrits.

Si la Drees a pour principe de croiser les informations, nous n'avons pas encore réalisé tous les croisements pertinents, en particulier celui que vous avez évoqué entre la consultation d'un psychologue en premier recours et les déserts médicaux – notion que nous appréhendons à l'aide d'indicateurs spécifiques concernant l'accès aux médecins généralistes.

S'agissant de l'impact qu'aurait une année blanche sur les personnes en situation de handicap, nous utilisons des modèles de microsimulation qui permettent, à partir de données d'enquête ou administratives, de mesurer les effets de certaines politiques publiques. Néanmoins, nous ne disposons pas toujours, dans un calendrier donné, de tous les éléments nécessaires à une évaluation *ex ante* de l'ensemble des politiques publiques. Lorsqu'on nous le demande, nous nous efforçons de réaliser ces évaluations, dans la mesure du possible. Encore faut-il que notre modèle représente un véritable apport au regard des études menées par un service ministériel non statistique tel que la direction générale de la cohésion sociale ou celle de la sécurité sociale. Nous ne sommes pas forcément les acteurs les plus pertinents pour réaliser ce type d'exercice.

S'agissant des conséquences de la précarité et des discriminations sur la santé mentale, nous nous efforçons, pour notre part, de mettre en regard le handicap ou la santé mentale et les caractéristiques de la population pour étudier la manière dont ils interagissent – j'ai évoqué, par exemple, le reste à vivre. De fait, il est plus simple pour nous d'effectuer des croisements avec des paramètres sur lesquels nous pouvons recueillir des données objectivables qui font l'objet de définitions consensuelles. Je comprends l'intérêt politique que peuvent présenter certaines informations, mais ce que nous pouvons étudier ne correspond pas forcément à la manière dont la problématique se pose d'un point de vue politique. Nous sommes guidés par une forme de pragmatisme : quelles sont les informations que nous pouvons mesurer par des données administratives ou par des données d'enquête et comment pouvons-nous les croiser ?

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Peut-on établir si les discriminations évoquées par Mme Leboucher renforcent la non-insertion des personnes en situation de handicap ou souffrant de troubles psychiques ?

M. Thomas Wanecq. Nous savons, par exemple, que le niveau de vie des personnes en situation de handicap est plus faible que celui de la population générale. Notre rôle est de présenter cette corrélation et les différentes hypothèses de causalité ; il ne nous appartient pas d'aller plus loin.

Mme Julie Labarthe. En ce qui concerne les personnels prenant en charge les personnes âgées ou handicapées, nous avons publié, en juin, des données détaillées sur les conditions de travail – risques psycho-sociaux, rythme de travail... – des professions sociales et sanitaires. Toutefois, l'échantillon n'était pas suffisamment important pour que nous puissions étudier chaque profession, notamment celle d'AMP. Par ailleurs, nous publions chaque année des statistiques sur les conditions d'emploi, notamment les salaires, et les parcours des personnels de ce secteur. Nous pourrions vous fournir des liens vers nos publications concernant les AMP et les aides à domicile. J'ajoute que nous publierons également prochainement des indicateurs de tension.

Un système d'information nous permet de disposer de données agrégées, MDPH par MDPH, publiées par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). La Drees aurait souhaité avoir également accès à des données individuelles mais le choix a été fait, pour des raisons liées à la protection des données, de crypter très tôt les données identifiantes. Les différents acteurs sont conscients de cette difficulté. Nous nous assurons d'ailleurs que les nouveaux systèmes d'information répondent aux besoins statistiques.

S'agissant des remontées d'informations sur le handicap provenant notamment des conseils départementaux, nous publions chaque année des données agrégées sur le nombre des bénéficiaires de prestations – PCH (prestation de compensation du handicap), ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne) et aides à l'accueil –, leurs principales caractéristiques et les dépenses associées. Depuis une dizaine d'années environ, nous recueillons également des données individuelles concernant les bénéficiaires de ces prestations. Cette étude n'est pas réalisée tous les ans, faute d'effectifs suffisants, mais tous les quatre ou cinq ans. L'opération est difficile, mais elle nous a permis de publier des bases de données individuelles très intéressantes. Nous achevons la collecte des données RI-autonomie, qui croisent celles des départements et celles de la Cnaf (Caisse nationale des allocations familiales) et couvrent ainsi l'ensemble des prestations associées au handicap. Pour faire remonter des données individuelles des départements, un travail conjoint de l'État, des départements et de l'éditeur est nécessaire. Ce travail est en cours concernant la protection de l'enfance, grâce aux renforts que nous avons reçus pour étudier cette question. Il est certain que nous pouvons progresser en matière de remontée des données individuelles.

M. Jean-Baptiste Hazo. L'étude qui parviendrait à croiser les données d'offre de soins avec celles des besoins de soins, mesurés par des enquêtes, c'est le Graal ! La Drees a lancé, à la faveur de l'enquête européenne EHIS, une enquête Santé et territoire qui s'adresse à 200 000 Français, l'objectif étant d'obtenir 100 000 réponses, pour que les résultats soient représentatifs au niveau départemental. Toutefois, pour certains départements, nous ne recevrons que 200 ou 300 réponses, de sorte que l'étude risque d'être dépourvue de puissance statistique dans un domaine comme le renoncement aux soins de santé mentale, qui ne concerne que 3 % à 4 % de l'échantillon. Par ailleurs, nous avons invité, dans le cadre de l'ONS (Observatoire national du suicide), les ARS (agences régionales de santé) et les ORS (observatoires régionaux de la santé), qui peuvent avoir des données particulièrement pertinentes concernant les territoires, à nous faire part de leurs travaux. Nous espérons donc pouvoir réaliser de plus en plus de croisements. Nous disposons également de nombreuses données concernant l'offre de soins, la densité médicale et les pratiques de soins en psychiatrie au niveau territorial ; nous essayons, avec le bureau établissements de santé de la Drees, de les « faire parler », mais il n'est pas toujours évident de les croiser, notamment avec les besoins.

Quelles sont les raisons du non-recours aux soins ? On constate que l'expression de besoins de soins en santé mentale est plus forte dans les zones urbaines que dans les zones rurales – ce qui ne veut pas dire que ces besoins n'existent pas dans ces dernières – et qu'au sein des zones urbaines, elle est plus faible dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, pour des raisons que l'on a du mal à expliquer. On n'a jamais réussi à croiser ce non-recours avec la densité de l'offre. Mais il ne faut pas oublier qu'en matière de santé mentale, les motifs individuels priment : le sexe, le fait d'avoir vécu ou pas des victimations ou des discriminations sont des facteurs importants. La corrélation avec la biographie des individus est beaucoup plus forte que la corrélation avec le lieu de vie et l'offre de soins.

Quant au lien entre précarité et santé mentale, il est établi et très fort : tous nos indicateurs de santé mentale – à l'exception d'un seul, la consommation d'alcool excédant les normes de Santé publique France – révèlent que les plus pauvres sont les plus frappés. La causalité est double. D'une part, la précarité rend malade ; elle expose à des déterminants de la santé mentale, notamment des victimations. Plus on est pauvre, moins on peut se protéger et plus on habite dans un quartier difficile, de sorte qu'on est davantage exposé à des victimations qui vont dégrader notre santé mentale. Par ailleurs, les maladies mentales, notamment les plus sévères, apparaissent entre l'âge de 15 ans et celui de 25 ans : si vous êtes atteint de bipolarité ou de schizophrénie, vous avez peu de chance d'achever vos études de médecine ou d'architecture. La maladie rend pauvre et la pauvreté rend malade.

S'agissant de l'impact des discriminations sur la santé mentale, nous observons une corrélation importante entre le fait de subir des discriminations, des problèmes de santé mentale et, en particulier pour les personnes d'origine extraeuropéenne, un recours aux soins légèrement moindre. Comment prévenir ces discriminations ? Je ne sais pas si c'est à moi de répondre à cette question.

Enfin, nous en saurons peut-être un peu plus sur le renoncement aux soins – de santé physique et mentale – grâce à l'enquête européenne, qui comporte des questions sur les raisons de ce renoncement : délais, coût, non-disponibilité des soignants. Par ailleurs, nous allons étudier les résultats d'une enquête sur la victimation menée avec le ministère de l'intérieur, dans laquelle nous avons interrogé les victimes d'atteintes aux biens et aux personnes de manière à évaluer leur niveau de santé physique et mentale. Nous disposerons donc d'éléments supplémentaires sur le lien assez fort entre précarité, victimation et santé.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. La loi de février 2005 dispose que la MDPH a un rôle d'observatoire. Or force est de constater que, vingt ans après, la collecte cohérente des données n'est toujours pas au point. C'est d'autant plus dommage que cette collecte ne nécessite pas de longues enquêtes puisqu'il s'agit de données de diagnostic qu'il est facile d'extraire des systèmes informatiques.

Je souhaiterais vous interroger à présent sur le travail interministériel. On peine à évaluer la réalité de la scolarisation des enfants en situation de handicap. Je souhaiterais donc savoir si vous avez, avec la direction générale de l'enseignement scolaire du ministère de l'éducation nationale, un dialogue qui permet de mesurer l'effectivité de la mise en œuvre des notifications des MDPH. On parle beaucoup des AESH, mais ce n'est pas le seul dispositif – je pense au matériel pédagogique adapté, aux orientations des Ulis (unités localisées pour l'inclusion scolaire)... C'est un exemple : la problématique du travail interministériel vaut aussi pour l'emploi, l'accès au logement, etc.

M. Thomas Wanecq. La dimension interministérielle est très importante. Nos interlocuteurs naturels sont les autres services statistiques ministériels : en l'espèce, la Deep (direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) du ministère de l'éducation nationale. Je signale, du reste, que nous avons publié, la semaine dernière, un document « Études et résultats » qui comporte des éléments sur le handicap entre 5 ans et 20 ans, notamment la scolarisation. Nous collaborons régulièrement avec le ministère de l'éducation nationale, précisément pour étudier l'ensemble des dispositifs d'aide à la scolarisation, dans et en dehors de l'école.

Mme Julie Labarthe. Depuis 2020, la Drees anime un groupe de producteurs de données sur le handicap afin que cette problématique soit bien prise en compte dans l'ensemble des productions de données. Ce groupe rassemble différents services statistiques ministériels – intérieur, éducation nationale, logement – et l'Insee, de sorte que le Gali et des indicateurs communs figurent désormais dans un nombre croissant d'enquêtes menées par ces ministères. Par ailleurs, début novembre, la Drees et la Deep publieront des données sur la prise en charge des enfants en situation de handicap. J'ajoute que les enquêtes Autonomie comportent des questions sur l'accompagnement.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. L'enquête sur la protection de l'enfance que vous avez évoquée intègre-t-elle le handicap et les troubles psychiques, sachant que la population visée est particulièrement concernée ?

Mme Julie Labarthe. Il s'agit d'une enquête Autonomie, centrée sur le handicap, sa prise en charge et la perte d'autonomie. Nous avons procédé de la manière suivante. Nous nous sommes rendus dans des établissements de la protection de l'enfance, où des enfants ont été tirés au sort. Nous avons fait une première estimation de leur situation vis-à-vis du handicap, puis nous leur avons soumis un questionnaire détaillé, en veillant à ce que ceux qui avaient des risques de handicap aient plus de chances d'être interrogés. Nous aurons ainsi une connaissance fine des handicaps de ces enfants et de leur prise en charge. Bien entendu, dans le cadre de nos enquêtes dans les établissements pour enfants handicapés, nous demandons quels sont ceux qui bénéficient d'une mesure de l'aide sociale à l'enfance (ASE). Nous pouvons ainsi comparer la manière dont ils sont pris en charge, car nous savons que l'accompagnement varie beaucoup selon les établissements.

J'ajoute que l'enquête que nous menons, tous les quatre ans, auprès des établissements de la protection de l'enfance comporte toujours une question sur le handicap.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Est-ce à dire que vous étudiez le lien entre les droits ouverts – concernant des AESH ou le dispositif Ulis, par exemple – et l'effectivité des moyens alloués par l'éducation nationale pour évaluer l'adéquation entre l'offre de services et les besoins exprimés ?

Les politiques ont souvent le travers de penser que l'emploi ou le logement sont, pour les personnes en situation de handicap, des problèmes prioritaires. Or lorsqu'on les interroge, elles évoquent souvent d'abord l'accès aux loisirs, à la culture ou au sport. Cet élément ressort-il de vos analyses statistiques ou vous concentrez-vous surtout sur le volet sanitaire ?

Mme Julie Labarthe. Notre enquête pourra comporter des éléments sur un éventuel manque d'AESH mais, s'agissant du suivi territorialisé que vous évoquez, nos collègues du service statistique du ministère de l'éducation nationale seraient plus à même de vous répondre.

Dans le cadre de nos enquêtes Autonomie, nous nous intéressons à l'ensemble des aspects de la vie sociale des personnes en situation de handicap – y compris leurs pratiques sportives, leur participation électorale ou la parentalité, par exemple –, conformément à la définition qui est donnée du handicap dans la loi de 2005. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ces enquêtes, qui comportent essentiellement des questions fermées, sont très longues.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. On a bien compris que des moyens supplémentaires accroîtraient vos possibilités d'intervention. À titre personnel, j'estime que nous avons une culture insuffisante de l'évaluation et de la statistique.

Considérez-vous que l'on dispose d'éléments suffisants pour analyser la plus-value de la prévention en termes de coûts évités ? Les pays anglo-saxons, notamment le Canada, semblent avoir, davantage que le nôtre, axé leurs politiques sur la prévention.

Par ailleurs, on constate que la santé mentale, par exemple, devient une préoccupation majeure. Vos enquêtes révèlent-elles des signaux faibles qui devraient nous alerter sur d'autres enjeux touchant certains publics très spécifiques dans le champ de la santé mentale ou du handicap ? Observe-t-on un décrochage en matière d'accès au sport des personnes en situation de handicap, par exemple ?

M. Thomas Wanecq. Je me suis sans doute mal exprimé. J'ai voulu dire, non pas que nous avons des problèmes budgétaires, mais que nous travaillons dans un cadre qui nous impose de faire des choix et de définir des priorités. La Drees a, du reste, également pour rôle d'animer un écosystème afin de favoriser la recherche sur les sujets qui relèvent de son domaine. Outre celles que nous faisons nous-mêmes, il y a des enquêtes que nous faisons faire ou que nous encourageons d'autres à faire. Nous ne nous débarrassons donc pas d'une question au motif que la programmation de nos enquêtes est bouclée. Nous nous intéressons beaucoup à ces problématiques.

La question des coûts évités relève d'une approche médico-économique, qu'il nous arrive d'adopter mais que développent également d'autres institutions, notamment la Haute Autorité de santé et Santé publique France, dont c'est davantage le cœur de métier. C'est dans le dialogue avec les chercheurs et les institutions que nous parvenons à avoir des éléments de ce type. La prévention en est un excellent exemple. Sur l'argent qui y est consacré, le consensus est facile à obtenir. En revanche, sur les coûts évités et la définition de ce que l'on appelle le contrefactuel – c'est-à-dire la situation de référence, fondamentale en matière d'évaluation des politiques publiques –, les débats sont parfois très vifs.

Parmi les tendances que nous avons relevées, je mentionnerai à nouveau l'augmentation marquée de la prévalence des problématiques de santé mentale ; elle est très importante depuis le début de la décennie, mais on pouvait en observer les prémices au cours des années précédentes. La crise du covid n'a donc pas provoqué ce phénomène, mais elle semble avoir eu, en tout cas au niveau statistique, un effet multiplicateur. Surtout, on observe que les problèmes de santé mentale – qui affectent en particulier les jeunes, notamment les jeunes femmes, pour lesquelles le niveau de progression est très préoccupant – n'ont pas diminué à la fin de ladite crise. Cette tendance s'observe dans l'ensemble des pays occidentaux, mais cela ne signifie pas que nous ne pouvons rien faire. En termes quantitatifs, ce problème est celui qui apparaît comme le plus prégnant. Il convient de rappeler, par ailleurs, que le handicap et les problèmes de santé mentale sont plus fréquents dans les populations en situation de précarité ou de discrimination. Ces éléments méritent d'être rappelés car les liens que nous observons sur le plan statistique se renforcent, si bien que l'on peut, sans dramatiser, qualifier la situation de préoccupante, notamment pour les jeunes femmes.

M. Jean-Baptiste Hazo. Il est vrai que la santé mentale d'une minorité de jeunes femmes – la plupart vont bien – se dégrade.

Si l'état de santé mentale de la population reste à peu près stable et a montré une bonne résilience à la suite de la crise du covid – après une dégradation lors du déconfinement –, il convient de relever, parmi les signaux faibles que nous avons publiés mais qui peuvent passer inaperçus, l'importante augmentation des déclarations de pensées suicidaires entre 2020 et 2022. Du reste, le dernier rapport de l'ONS s'intitule : « Mortalité par suicide : la fin d'une baisse historique ? » Nous ne disposons pas encore des données qui nous permettraient de l'affirmer, mais il est possible que nous atteignons un plancher, peut-être lié à un effet de génération. On observe une légère hausse non seulement chez les jeunes filles – sachant que cette population est celle qui se suicide le moins –, mais aussi dans la catégorie qui se suicide le plus, à savoir celle des hommes âgés, notamment les plus de 85 ans. Voilà les signaux faibles auxquels il faudra peut-être être attentif dans les années à venir.

M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur. Observez-vous également une explosion du nombre des troubles du comportement alimentaire et des troubles anxieux ?

M. Jean-Baptiste Hazo. Pas dans la population générale, mais chez les femmes de moins de 30 ans, on observe très clairement un mal-être croissant qui s'exprime par des troubles du comportement alimentaire, une dépression ou de l'anxiété – ou les trois ensemble.

Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat. Merci beaucoup !

La séance s'achève à seize heures trente.

Membres présents ou excusés

Présents. – Mme Nicole Dubré-Chirat, Mme Élise Leboucher, M. Sébastien Saint-Pasteur

Excusé. – Mme Sylvie Bonnet