

A S S E M B L É E   N A T I O N A L E

1 7 <sup>e</sup>   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**

- Table ronde, ouverte à la presse, réunissant des représentants de la Fédération hospitalière de France (FHF), de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap), et de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)..... 2
- Présences en réunion..... 25

Mercredi  
24 septembre 2025  
Séance de 9 heures 30

Compte rendu n° 16

SESSION 2024-2025

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



*La séance est ouverte à neuf heures trente.*

*La commission entend lors d'une table ronde :*

- *Mme Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération hospitalière de France (FHF), M. Marc Bourquin, conseiller stratégie et responsable de l'articulation et de la coordination parcours, proximité, autonomie et territoire, et M. Sébastien Bisac, pédopsychiatre au groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences ;*
- *M. Charles Guépratte, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) et M. Jérôme Antonini, directeur général de la Fondation Santé des étudiants de France ;*
- *M. Hervé de Trogoff, administrateur de la Fédération de l'hospitalisation privée-Psy (FHP-Psy) et directeur du groupe de travail stratégie, et Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la FHP.*

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Nous commençons nos travaux par une table ronde avec les représentants des fédérations d'établissements hospitaliers et médico-sociaux.

Je vous remercie de nous déclarer tout intérêt public ou privé de nature à influencer vos déclarations.

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.

*(Mme Zaynab Riet, M. Marc Bourquin, M. Sébastien Bisac, M. Charles Guépratte, M. Jérôme Antonini, M. Hervé de Trogoff et Mme Béatrice Noëllec prêtent successivement serment.)*

**Mme Zaynab Riet, déléguée générale de la Fédération hospitalière de France (FHF).** Je vous remercie de nous recevoir et de permettre à la Fédération hospitalière de France de contribuer à vos travaux. La santé mentale et le handicap constituent deux champs distincts, mais complémentaires, dans lesquels le service public hospitalier et médico-social joue un rôle incontournable et essentiel.

J'aborderai d'abord les enjeux en matière de santé mentale et de psychiatrie, puis le champ du handicap.

Les hôpitaux publics sont les premiers acteurs de la psychiatrie : ils prennent en charge plus de 80 % de la file active des adultes et 95 % de celle des enfants et adolescents. Ils assurent tous les types de soins, y compris les plus complexes – psychoses sévères ou soins sans consentement – et couvrent l'ensemble du territoire national. Ils assument la quasi-totalité de l'offre ambulatoire, laquelle représente – c'est relativement peu connu – 80 % de la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques, légères ou lourdes. Ce suivi en ambulatoire permet de maintenir l'inclusion du patient dans son environnement et d'assurer son insertion professionnelle. Cette organisation, mise en place dès les années 1960 et qui

constituait les prémices de la territorialisation dans le domaine de la santé, doit être poursuivie, car elle est cohérente et a fait ses preuves.

Comme le montre le rapport Dubré-Chirat-Rousseau, les services d'urgence sont devenus, faute d'accès aux soins, de capacités d'accueil en aval et de coordination, le principal point d'entrée en psychiatrie, en lieu et place des CMP (centres médico-psychologiques) qui rencontrent de grandes difficultés et dont les listes d'attente sont bien trop longues.

Par ailleurs, les inégalités territoriales sont criantes en matière de démographie médicale. La densité de psychiatres varie de 1 à 59 selon les territoires – comparez par exemple, pour ceux installés en libéral, la situation à Paris intra-muros et de l'autre côté du périphérique.

Ces inégalités ont des répercussions sur l'hôpital public : au cours de notre récente enquête auprès des établissements, 40 % d'entre eux ont fait état de vacances de postes, lesquelles résultent non seulement du problème de densité, mais aussi d'un déficit d'attractivité de la discipline médicale, qui est régulièrement la dernière ou l'avant-dernière choisie par les étudiants à leur sortie de formation. Ce déficit s'explique aussi par un sous-financement structurel du secteur par rapport aux besoins croissants et à ses missions spécifiques. À cet égard, la situation de la pédopsychiatrie est très préoccupante, malgré des besoins de santé publique majeurs : le nombre de pédopsychiatres, tous secteurs confondus, a chuté d'un tiers entre 2012 et 2022 d'après la Cour des comptes, et les capacités d'accueil des mineurs sont très limitées, tant aux urgences que dans les CMP.

La santé mentale et la prise en compte des parcours des patients atteints de pathologies psychiatriques constituent donc une vraie urgence de santé publique, nationale et sociétale. La maladie mentale et les troubles psychiques touchent, en effet, près d'un cinquième de la population, soit 13 millions de Français. La situation des jeunes est particulièrement critique puisque, d'après Santé publique France, les épisodes dépressifs ont connu une hausse de plus de 9 points chez les 18-24 ans entre 2017 et 2021.

Selon un baromètre réalisé en 2025 par la FHF, une personne sur deux souffrant de troubles psychiatriques rencontre des difficultés d'accès aux soins, en raison des délais d'attente pour obtenir un rendez-vous – c'est le cas de 47 % des répondants –, quand ce n'est pas en raison de l'impossibilité même de trouver un professionnel – pour 39 % d'entre eux. On retrouve ces difficultés, qui sont sources de souffrance, dans le secteur public aussi bien que libéral. S'ajoute à cela une stigmatisation persistante de la psychiatrie, que 80 % des Français jugent encore taboue – bien que la santé mentale ait été déclarée grande cause nationale cette année.

La FHF a formulé plusieurs propositions structurantes pour répondre à l'urgence et bâtir la psychiatrie de demain.

Pour commencer, il faut définir une stratégie nationale interministérielle, à échéance de dix ans, afin de donner une vision cohérente et d'en finir avec la succession de plans – la psychiatrie est le secteur où il y en a le plus.

Ensuite, il faut soutenir le modèle de la territorialisation, effective et organisée, que représente la sectorisation : c'est le seul levier qui permette de garantir la continuité des soins, la proximité et l'équité d'accès aux soins.

Il faut soutenir les CMP, qui doivent être la première porte d'entrée des patients, et les désengorger.

Il faut aussi aider les établissements à poursuivre la prise en charge des patients les plus lourds et à continuer de développer de nouvelles pratiques, telles que les soins intensifs à domicile ou la réhabilitation psycho-sociale.

Enfin, un plan d'attractivité des métiers est nécessaire ; il passe par la valorisation des formations, la revalorisation de certaines prises en charge et l'amélioration de l'image de la spécialité auprès des étudiants tant en médecine qu'en santé – les futurs infirmiers notamment.

Nous devons également mener une action ciblée vers la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; là encore, il convient de structurer l'offre, de la rendre visible, de répondre au désarroi des familles, de développer les soins précoces dès la périnatalité et de renforcer les liens de l'éducation nationale avec l'aide sociale à l'enfance.

Enfin, il faut prévoir un financement à la hauteur des besoins et soutenir un plan d'investissement en faveur de la psychiatrie publique, dont le financement a toujours augmenté moins vite que l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie).

En ce qui concerne le champ du handicap, j'évoquerai deux aspects : la place des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) publics et leurs difficultés ; le cadre légal, qui est ambitieux, mais inégalement appliqué.

Les ESMS représentent 53 000 places et jouent un rôle essentiel dans le maillage territorial. Néanmoins, leur situation financière s'est dégradée au cours des dernières années. En 2024, six établissements sur dix étaient déficitaires et 12 % connaissaient des difficultés de trésorerie alors que leurs charges sont en hausse. Cette situation s'explique par les inégalités de traitement structurel auxquelles ils sont confrontés. En effet, les établissements relevant de la fonction publique hospitalière ne bénéficient pas des allègements sociaux et fiscaux accordés à d'autres, notamment associatifs. En outre, la hausse programmée des cotisations retraite employeur des ESMS, de plus de 13 points d'ici à 2028, risque de creuser l'écart et de rendre leur situation financière insoutenable. Enfin, l'exclusion de certains professionnels – des filières techniques et administratives notamment – de la revalorisation salariale prévue dans le cadre du Ségur de la santé rend ces métiers peu attractifs et entraîne une fuite – pourtant, ces établissements, qui sont souvent de petites structures, ont aussi besoin de gestionnaires de paie et de techniciens.

Quant au cadre légal, la loi de 2005 a fixé des principes clairs : accessibilité, compensation du handicap, droit à la scolarisation et à l'emploi. Ces ambitions sont légitimes, mais déployées de manière trop lente, inégale et souvent incomplète. Dans la réalité, l'accompagnement médico-social est sous tension ; on observe un manque de places et de modalités de prise en charge, auquel tente de répondre le plan « 50 000 solutions », sans certitude d'y parvenir ; une évolution des profils des personnes accompagnées, liée notamment au vieillissement, qui rend les situations plus complexes et soulève des interrogations sur notre organisation ; une pénurie de médecins généralistes, de pédopsychiatres, de psychiatres, de professionnels éducatifs et paramédicaux dans le secteur médico-social.

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap reste également un défi majeur ; ainsi, selon le baromètre d'Handifaction, plus d'une personne en situation de handicap sur quatre n'a pas pu accéder aux soins dont elle avait besoin. La FHF a formulé plusieurs

propositions pour relever ce défi. La désignation d'un référent handicap dans les établissements, par exemple, constitue une avancée essentielle, mais nous manquons de visibilité quant au déploiement de ce dispositif. Les consultations dédiées aux personnes en situation de handicap doivent également être développées, mais leur financement relève des mesures d'intérêt régional et est, à ce titre, aléatoire : difficile de savoir s'il sera maintenu d'une année sur l'autre. Il en est de même, d'ailleurs, des bilans de santé complets pris en charge par l'hôpital de jour.

Plus largement, il faut renforcer la prévention et l'accès aux soins non programmés des personnes en situation de handicap, accélérer le déploiement du projet Serafin-PH – services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées – pour transformer l'offre, valoriser le rôle des aidants et rendre effectif le congé de proche aidant.

Pour conclure, faute de recherches suffisantes en France dans le domaine médico-économique, nous ne sommes pas en mesure de répondre à votre question à ce sujet.

**M. Charles Guépratte, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap).** Notre fédération est très impliquée en matière de santé mentale dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Depuis la crise du covid, la demande en soins de psychiatrie et de santé mentale connaît une hausse très marquée, en particulier chez les jeunes et les publics précaires dont nous nous occupons – le secteur social étant très représenté au sein de notre fédération –, ce qui accentue la pression sur une spécialité déjà fragilisée. Les établissements doivent faire face à un manque de personnel disponible – entre 15 % et 20 % des postes de psychiatres sont vacants dans le secteur non lucratif, à comparer aux 40 % qui viennent d'être évoqués pour la Fédération hospitalière de France –, ce qui entraîne des fermetures de lits et de structures ambulatoires, malgré une demande en hausse constante.

À cette tension s'ajoutent des cloisonnements persistants entre les secteurs sanitaire et médico-social, entre la prise en charge des mineurs et celle des majeurs ou encore entre la médecine de ville et l'hôpital, qui limitent fortement la fluidité des parcours. Sans parler du handicap psychique, qui n'est pas suffisamment pris en compte, notamment dans la formation médicale, en particulier initiale.

Enfin, les iniquités de traitement entre les secteurs public et non lucratif accroissent les difficultés : les écarts de rémunération sont persistants et augmentent avec le temps.

Les tensions sont particulièrement vives pour certains publics. En pédopsychiatrie, le manque aigu de spécialistes se traduit par des files d'attente longues et croissantes qui compromettent le repérage précoce, pourtant décisif pour une bonne prise en charge. Chez les adultes, l'engorgement des urgences, les soins non programmés et la multiplication des hospitalisations non pertinentes témoignent d'un défaut d'orientation et d'un manque de solutions alternatives adaptées. Enfin, dans le secteur médico-social pour enfants, la saturation chronique des dispositifs au sein des IME (instituts médico-éducatifs) et des Sessad (services d'éducation spéciale et de soins à domicile), notamment, illustre l'incapacité structurelle à répondre aux besoins, ce qui génère des ruptures de parcours et une aggravation des troubles. Des unités d'hospitalisation de pédopsychiatrie ont fermé, ce qui est un non-sens à l'heure où il est indispensable de disposer, dans chaque territoire, de solutions de soins et d'accompagnement pour les enfants et les adolescents en situation de crise aiguë. Enfin, le cloisonnement entre les secteurs – sanitaire et médico-social – entraîne pour des personnes

suivies dans le secteur médico-social des passages récurrents par les urgences qui ne sont pas souhaitables.

Le handicap psychique est un motif majeur d'inactivité professionnelle en milieu ordinaire de travail. Les textes récents relatifs aux Esat (établissements et services d'aide par le travail) permettent de développer et de sécuriser le parcours renforcé en emploi pour les personnes qui travaillent et sont en situation de handicap psychique, ce qui est positif mais reste à développer. Beaucoup d'éléments doivent encore être confortés, notamment s'agissant du modèle économique des Esat.

Les inégalités territoriales sont particulièrement marquées. Certaines régions ne disposent d'aucune structure spécialisée pour les enfants ou les adolescents. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec un pédopsychiatre dépassent souvent six mois...

**M. Sébastien Bisac, pédopsychiatre au groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences.** C'est plutôt un an, maintenant !

**M. Charles Guépratte.** ...et la tension est généralisée à l'ensemble du territoire, y compris Paris intra-muros où, malgré une plus grande densité de structures spécialisées, les besoins excèdent largement les capacités. En Île-de-France, la situation est particulièrement critique dans le Val d'Oise, en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis, départements les moins bien dotés, ce qui accentue les inégalités d'accès aux soins et la pression sur des équipes déjà en sous-effectifs. Face à cette pression, les établissements de la Fehap, qui gèrent actuellement 100 secteurs sur les 1 055 existants en France, se retrouvent bien seuls.

Dans le secteur médico-social, il faut souligner l'amélioration de la qualité du service rendu par les MDPH (maisons départementales des personnes handicapées), confirmée par les résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des usagers. En revanche, les principaux motifs d'insatisfaction sont le délai de réponse et la complexité d'accès aux droits. Notre fédération considère qu'il faut davantage se tourner vers l'usager et l'effectivité de ses droits plutôt que de se concentrer sur la constitution de dossiers souvent complexes. Ces blocages sont ressentis différemment d'une région à l'autre, ce qui augmente l'iniquité de traitement en France.

**Mme Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles et de la veille sociétale de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP).** Nous sommes heureux de prolonger les échanges que nous avons eus avec vous dans le cadre de votre mission d'information sur les urgences psychiatriques.

Le terme « défaillances », utilisé dans le nom de votre commission d'enquête, est fort, mais il n'est pas exagéré. Même si le fait que la santé mentale ait été élevée au rang de grande cause nationale a eu le mérite de mettre un coup de projecteur sur le sujet, gageons que le « Je suis un malade mental » de Demorand a eu plus d'impact que beaucoup de campagnes de santé publique, sans apporter d'éléments tangibles de résolution des problèmes de la psychiatrie.

Avec 209 cliniques psychiatriques privées, 6 millions de journées d'hospitalisation, 20 000 lits et places, 1 100 psychiatres et 14 000 salariés, le secteur de la psychiatrie privée accueille, chaque année, 120 000 patients. Il réalise 30 % de l'activité hospitalière, tout en ne percevant que 10 % de l'enveloppe de financement sectoriel. L'hospitalisation privée couvre tous les diagnostics et l'ensemble des territoires, urbains et ruraux, et assure une complémentarité étroite avec l'hôpital public et la médecine de ville.

En 2023, une étude réalisée par la branche FHP-psychiatrie a confirmé la dégradation continue depuis l'automne 2020 des indicateurs de troubles mentaux, plus marqués chez les jeunes ; n'oublions pas non plus la dimension genrée du phénomène – le fossé entre femmes et hommes ne cesse de se creuser, pour deux raisons essentielles : une moindre tendance à consulter chez ces derniers et une minoration des symptômes, notamment dépressifs, des femmes.

Sur les 13 à 15 millions de Français concernés, un huitième seulement sont diagnostiqués, dont un quart nécessiteraient une hospitalisation. Rappelons que la santé mentale représente le deuxième motif d'arrêt maladie en France.

Les besoins sont donc en forte progression. Et si les pathologies qui sont au cœur de l'activité historique de la psychiatrie – schizophrénie, troubles de la personnalité – restent stables depuis plusieurs années, celles que l'on pourrait qualifier de réactionnelles à l'environnement – troubles de l'humeur, troubles dépressifs ou d'anxiété, troubles de l'alimentation ou addictions – sont en forte augmentation, même si elles présentent la particularité d'être réversibles, sous réserve d'être diagnostiquées de manière précoce. Une étude réalisée en 2023 pour anticiper les besoins en fonction des pathologies estimait le besoin, pour ces troubles dits réactionnels, à 3,3 millions de journées supplémentaires d'hospitalisation à l'horizon 2027, pour l'heure non financées. La priorité est donc l'accès aux soins rapide et des diagnostics précoces.

Plusieurs axes de travail ont été dégagés. Tout d'abord, le décroisement entre la ville et l'hôpital est essentiel. À cet égard, les cliniques privées, qui comptent un nombre important de praticiens libéraux, favorisent l'ouverture sur la ville. Nous prôtons également le développement des hôpitaux de jour, qui permettent une meilleure inclusion des patients dans la ville et le monde extérieur. Il faut aussi une approche holistique du patient plutôt que segmentée. Enfin, il faut investir davantage dans la prévention, notamment par le repérage précoce, la continuité des soins favorisant une plus grande autonomie des patients. Corrélée à l'innovation – numérique en santé et innovation organisationnelle, avec le développement de nouveaux métiers tels que les IPA (infirmiers en pratique avancée) –, la prévention, sur laquelle insistait un récent rapport de l'Igas (Inspection générale des affaires sociales), est essentielle en psychiatrie.

Enfin, nous appelons à une allocation des ressources fondée sur le service rendu au patient et sur les besoins à pourvoir, afin de combler le décalage très net entre ces derniers et l'offre existante.

**M. Hervé de Trogoff, administrateur de la Fédération de l'hospitalisation privée-Psy (FHP-Psy) et directeur de son groupe de travail stratégie.** La réforme du financement de la psychiatrie, conçue avant la période du covid, est anachronique. Il faut distinguer la prise en charge selon qu'elle a lieu en ville ou à l'hôpital. Si la prévalence des pathologies traditionnellement prises en charge à l'hôpital – schizophrénie, troubles de la personnalité – est restée stable, les pathologies émergentes augmentent rapidement dans toutes les catégories de la population. Or la réforme engagée par le régulateur pour contrôler, sans doute à juste titre, le développement de la prise en charge vient percuter cette explosion des besoins depuis 2021, que nous évaluons, dans ce qui est probablement la seule étude existante à ce sujet, à 3 millions de journées supplémentaires d'hospitalisation à l'horizon 2027, comme cela vient d'être dit. Si l'hospitalisation privée devait prendre sa part pour faire face à cette hausse, elle devrait accroître sa productivité de 50 % en cinq ans – aucun acteur, dans aucun secteur économique, n'est

capable de le faire. On voit bien que les acteurs, quels qu'ils soient, sont dans l'impossibilité de répondre à l'explosion constatée des besoins.

Nous formulons plusieurs propositions pour les prochaines années, plutôt de court terme et assez simples.

Les ARS (agences régionales de santé) sont des partenaires, mais, en réalité, elles n'ont pas les moyens d'agir, là encore en raison de cette réforme. Depuis 2022, toutes les nouvelles autorisations dûment fondées, octroyées selon un droit très précis, ne sont pas financées. Un financement supplémentaire est donc nécessaire. Nous exploitons des établissements sans avoir les financements publics : cela met la psychiatrie en général dans une situation difficile. Nous estimons le besoin à 30 millions d'euros.

Il est nécessaire également de valoriser de nouvelles filières, comme celle des post-urgences, qui peut véritablement contribuer au désengorgement de l'activité hospitalière. Le besoin est estimé à 33 millions d'euros.

À moyen terme, la question des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques se posera également.

Si on se place du point de vue médico-économique, le coût indirect des troubles psychiatriques, deuxième cause d'arrêts maladie, est bien supérieur à leur coût direct : entre 100 et 170 milliards d'euros par an selon les évaluations de la Cnam (Caisse nationale de l'assurance maladie) et de plusieurs think tanks.

Ce raisonnement s'applique aussi à l'articulation entre secteurs. Les Ehpad sont dans une situation paradoxale : alors que la population de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques est de plus en plus élevée, les grilles d'évaluation médicale – le Pathos et le GIR (groupe iso-ressources) – ne prennent pas en compte ce type de critère. Le financement n'est donc pas du tout à la hauteur des besoins de soins. Cela crée de l'errance thérapeutique et représente un coût insoutenable pour les finances publiques.

Enfin, le nombre de lits fermés mériterait d'être objectivé – je ne sais pas si ce sujet est tabou. Ils peuvent être fermés pour des raisons tenant à la démographie médicale, qui concerne tous les secteurs. Quoi qu'il en soit, il est important de quantifier ce nombre, car il représente une enveloppe potentielle de réallocation permettant de faire face aux besoins actuels et futurs.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Je suis assez d'accord avec vous sur l'état des lieux en matière de santé mentale.

Consacrer la grande cause nationale 2025 à ce sujet favorise la déstigmatisation de la santé mentale grâce aux événements organisés dans ce cadre – France Inter y consacre une journée aujourd'hui ; hier, je me suis rendue à l'ouverture d'un festival sur la santé mentale. Cette évolution commence à infuser grâce aux campagnes qui sont faites dans les médias.

S'agissant du financement, dans le contexte budgétaire que l'on connaît, il est possible de faire mieux à moyens constants ou sans trop de dépenses supplémentaires. Ainsi, il pourrait être envisagé de dégrader non pas la qualité des soins mais la procédure de prise en charge afin de tenir compte des fermetures de lits, dont beaucoup sont dues à un manque de professionnels. Il s'agirait de travailler beaucoup plus en ambulatoire, ce qui est moins coûteux et plus pertinent car cela permet de recourir à différents professionnels.



Cela nécessite que l'on s'interroge, d'une part, sur ce que l'on peut faire dès maintenant en matière de prévention et de repérage de certaines populations cibles – les jeunes, les femmes, les personnes âgées, les étudiants, et aussi les agriculteurs, dont le taux de suicide est important – et, d'autre part, sur la stratégie à mener dans les cinq ou dix ans pour améliorer la situation.

Par ailleurs, j'aimerais revenir sur les délais de traitement des dossiers par les MDPH. Depuis l'enquête que nous avons menée avec Sophie Cluzel sur ce sujet, la situation s'était améliorée, puis elle s'est de nouveau dégradée, tant sur le nombre de dossiers traités que sur les délais. La procédure nécessite sans doute d'être simplifiée et harmonisée.

Enfin, comment envisagez-vous les possibilités de décroisement entre médical et médico-social ? Ces deux secteurs communiquent peu, notamment concernant l'inclusion scolaire.

**Mme Zaynab Riet.** La prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques doit être avant tout ambulatoire. Autrement, on en revient aux asiles et au XIX<sup>e</sup> siècle. Il est donc faux d'affirmer que l'on finance des lits fermés ou vides.

Concernant le secteur public, je tiens à corriger un point : il n'y a pas 40 % de postes vacants, mais 40 % des établissements ayant répondu à l'enquête qui déclarent avoir des postes vacants. Les unités qui rencontrent des difficultés de recrutement sont celles qui accueillent des malades difficiles, où il faut travailler la nuit et le week-end. Pour le reste, il faut absolument maintenir la prise en charge ambulatoire.

**M. Sébastien Bisac.** Je partage l'idée que la prise en charge ambulatoire est essentielle. Le rapport sur les urgences a montré qu'il existe des alternatives à l'hospitalisation – équipes mobiles, visites à domicile, etc. Cela étant, l'organisation des CMP ne permet pas de recourir à des équipes mobiles, car elles sont très coûteuses. Cela nécessiterait des financements dédiés. On ne parviendra pas à développer des alternatives à l'hospitalisation à moyens constants.

La déstigmatisation de la santé mentale, si elle est réelle, est encore insuffisante : il faut aller jusqu'au bout, en commençant par parler de pathologies psychiatriques plutôt que de santé mentale, terme que les associations de familles et de patients trouvent un peu réducteur.

Nous devons vraiment progresser dans le sens de l'inclusion à l'école et au travail. Beaucoup de familles se retrouvent sans solution, avec des enfants à la maison qui ne peuvent pas aller à l'école faute de moyens. La stigmatisation est importante à l'égard d'enfants qui pourraient aller à l'école plutôt que d'être envoyés en IME. Il est nécessaire de réfléchir à une véritable politique d'inclusion.

**M. Marc Bourquin, conseiller stratégie et responsable de l'articulation et de la coordination parcours, proximité, autonomie et territoire à la Fédération hospitalière de France.** En 2023, 1,8 million de dossiers ont été déposés auprès des MDPH ; c'est un nombre en très forte croissance ; cela dit, les délais de traitement restent beaucoup trop longs. L'une des raisons tient à la diversité des systèmes d'information. Un décret visant à les unifier vient d'être publié. Par ailleurs, la gouvernance des MDPH et le pilotage de leur développement par le niveau national sont un sujet important, même si elles restent des structures décentralisées rattachées au département.

Enfin, environ 20 % de l'offre handicap publique fonctionnent déjà sous forme de dispositifs inclusifs. Même si cela évolue dans le bon sens, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir.

**M. Sébastien Bisac.** Le cloisonnement entre le médico-social et le sanitaire rend le travail très difficile. Ainsi, les financements concernant les troubles du neurodéveloppement sont très importants dans le médico-social mais très faibles dans le sanitaire. Aucun travail conjoint n'existe et l'ARS elle-même est très cloisonnée sur cette question, les interlocuteurs pour le sanitaire et ceux pour le médico-social étant différents. De ce fait, on ne se rencontre jamais ; tout passe par les relations personnelles. Or le sanitaire et le médico-social sont complémentaires : il est tout à fait possible de travailler ensemble.

**M. Jérôme Antonini, directeur général de la Fondation Santé des étudiants de France.** La Fondation Santé des étudiants de France s'occupe de tous les publics scolaires de 12 à 25 ans, c'est-à-dire pas uniquement des étudiants. Ayant une présence nationale, nous avons une vision des difficultés des établissements en ville comme en zone isolée.

J'aimerais revenir au sujet du décroisonnement. La question des moyens est importante et je ne vous dirai pas qu'il n'existe pas de problème de financement de la psychiatrie ; mais ce n'est pas le seul. Notre système connaît aussi, en effet, de multiples cloisonnements : entre le sanitaire et le médico-social, entre la médecine de ville et l'hôpital, entre les enfants et les adultes. La transition entre l'enfance et l'âge adulte, quand un lycéen atteint 18 ans, est trop compliquée. Alors que les parents sont omniprésents avant la majorité de leur enfant, ils disparaissent dès que celui-ci a 18 ans. Cela n'a aucun sens dans l'accompagnement d'un jeune.

Dans le monde étudiant, ce ne sont pas les initiatives qui manquent : lignes d'écoute, pair-aidance, services de santé étudiants, Mon soutien psy. Tout cela est très utile et même précieux, mais tous ces dispositifs ne communiquent pas. Si on appelle une ligne d'écoute anonyme, on ne sait pas qui est l'étudiant qui appelle et la ligne d'écoute n'a pas les coordonnées permettant de l'orienter. La coordination de l'ensemble des acteurs et la construction des parcours des patients constituent donc un véritable enjeu. Chacun fait bien son boulot dans son coin, mais, collectivement, nous ne faisons pas du bon boulot, pour les jeunes en particulier.

La prévention et le repérage précoce sont également essentiels. Tous nos établissements offrent des soins et accueillent en leur sein une antenne de l'éducation nationale. Il y a une demande très forte de la santé scolaire pour que nous proposons des interventions visant non seulement des soins mais aussi le rétablissement d'un parcours de vie pour des gamins déscolarisés et claustrés chez eux – ils représentent 80 % de nos patients. Cela concerne certes la santé, mais aussi la construction d'une vie sociale, professionnelle et citoyenne de ce public à qui l'on n'a pas su apporter les bonnes réponses, alors qu'il se trouve à un âge critique, au moment de ses études secondaires et supérieures.

De nombreuses initiatives très intéressantes sont financées par les ARS dans le cadre du Fiop (fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie), mais nous ne parvenons pas à évaluer scientifiquement les bons dispositifs et à déployer ceux qui le méritent à l'échelle nationale. Il existe donc beaucoup d'initiatives très heureuses qui ne sont pas évaluées et ne peuvent servir de base à une politique nationale.

La Fondation Santé des étudiants de France en est une bonne illustration. Nous disposons de treize établissements en France, nous sommes présents dans six régions,

particulièrement en Île-de-France, et les pédopsychiatres trouvent que notre offre de soins est très utile. Pourquoi celle-ci est-elle très développée dans certaines régions et inexistante dans d'autres ? L'évaluation de nos politiques publiques devrait miser sur les dispositifs qui ont du sens et apportent une véritable réponse aux besoins.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** C'est tout à fait vrai. C'est d'ailleurs ce que j'évoquais lorsque je parlais de faire mieux à moyens constants : des dispositifs multiples et variés, très consommateurs de moyens, pourraient être mutualisés au bénéfice du patient.

**M. Hervé de Trogoff.** On ne peut que partager votre constat : les moyens ne sont pas nécessairement insuffisants. L'Ondam-psy augmente de manière plus volontariste que les autres composantes de l'Ondam. Il faut examiner sereinement la question de la réallocation des moyens entre les différents dispositifs.

Nous, acteurs privés, sommes très favorables au développement de l'ambulatoire et de l'HDJ (hôpital de jour), même si cela ne peut pas donner lieu à un grand mouvement de balancier. Malheureusement, l'épidémiologie fait que les prises en charge hospitalières sont persistantes et même en augmentation selon les catégories de diagnostic. Au-delà des mesures de court terme qui ont été évoquées, il me semble qu'il faut se poser la question de l'objectivation des besoins en santé et de leur traduction en réallocation des enveloppes.

**Mme Béatrice Noëllec.** La déstigmatisation est corrélée à l'enjeu majeur de l'attractivité des métiers en psychiatrie et en pédopsychiatrie. Le travail en profondeur qui doit être mené en la matière aura des impacts vertueux de ce point de vue. Il faut également diversifier les lieux de formation et faire en sorte que les professionnels puissent accomplir des stages aussi bien dans le public que dans le privé.

Les médias et les journalistes doivent eux aussi être formés, sur le modèle de ce qui a été fait concernant les violences faites aux femmes – on ne parle plus désormais de crime passionnel, cette terminologie étant totalement inappropriée pour traduire la réalité des violences. Il en va de même pour la psychiatrie : le moindre fait divers donne lieu à une très forte psychiatrisation des enjeux, qui contribue à la stigmatisation de la santé mentale.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Tout d'abord, je tiens à souligner le travail extraordinaire que vous accomplissez au plus près du terrain. Cela étant, les urgences psychiatriques sont dans un état de souffrance alarmant, parce que les hôpitaux sont saturés en dépit du développement de l'ambulatoire. Ce sujet de préoccupation majeur n'est pas forcément au cœur de notre commission d'enquête, mais doit nous alerter.

La notion de coûts évités vise à faire prendre conscience de l'impact des déficits de prise en charge et à essayer de flécher des moyens permettant d'éviter les hospitalisations et les coûts que ces troubles génèrent, estimés à 100 à 170 milliards. Nous avons, il est vrai, une absence de culture d'évaluation des politiques publiques. Le taux de sorties positives du dispositif d'emploi accompagné est évalué à 60 % à 70 %, contre 30 % à 40 % pour des accompagnements traditionnels. Pourtant, son développement plafonne et n'est pas à la hauteur des engagements. Il faut donc également analyser la défaillance de la promesse politique, souvent très verbeuse et qui ne se traduit pas en moyens opérationnels.

Le premier point que je souhaite aborder concerne l'approche catégorielle. On parle beaucoup de la dégradation de la santé mentale chez les jeunes, moins chez les personnes âgées, notamment les personnes handicapées vieillissantes. Il faudrait éviter d'attendre que tout

s'écroule pour réagir, car le mur démographique s'approche à grande vitesse. J'ai été très surpris d'entendre que la dimension psychique n'est pas prise en compte dans les GIR, alors qu'elle l'est désormais dans l'attribution de la PCH (prestation de compensation du handicap). Dans les Ehpad, c'est l'un des points les plus complexes et c'est dans ces cas que les délais d'attente sont les plus longs. J'aimerais que vous m'éclairiez sur ce volet.

Le deuxième point porte sur la place du patient et sur l'opposition pouvant exister entre parcours et entre dispositifs. L'hôpital de jour va théoriquement jusqu'à 12 ans, mais s'arrête parfois à 8 ou 9 ans au profit d'un dispositif complètement différent, provoquant des ruptures de prise en charge, avec parfois cinq à six ans d'attente avant d'intégrer un IME. Cela paraît totalement incohérent. Le mode de fonctionnement binaire des structures et leur absence de dialogue nuisent au suivi des prises en charge. Il conviendrait d'apaiser les parcours. C'est complexe : peut-être faut-il solliciter des moyens supplémentaires pour les IME ou bien instaurer des dispositifs plus innovants. Mais cela me heurte quand les familles me font le récit de ruptures de prise en charge et de la grande angoisse qui les saisit quand on leur annonce que l'hôpital de jour, c'est fini.

Il faut non seulement un choc de prévention, mais aussi un choc de diagnostic et un choc de prise en charge. Des progrès ont été faits en matière de diagnostic, mais il est plus compliqué de déboucher ensuite sur une prise en charge rapide. Des centres experts, pourquoi pas ? Cela peut se discuter. En tout cas, faute de prise en charge, la suite du parcours prend trop de temps. Je partage le point de vue de Mme la présidente sur le mode dégradé : former des professionnels pour répondre aux besoins ne se fera pas en un claquement de doigts, et à défaut d'avoir accès à un pédopsychiatre ou à un orthophoniste, il y a peut-être des choses à faire. La place des psychologues de santé et des IPA a donné lieu à des débats. Faut-il réinventer le modèle ? Certains le font.

Enfin, concernant le décroisement, je suis d'accord avec vous en ce qui concerne les lignes d'appel. Le 3114 n'est pas une ligne d'appel d'urgence, par exemple. Ne faudrait-il pas envisager une évolution, notamment par le partage des données ?

**M. Sébastien Bisac.** Aujourd'hui, le secteur infanto-juvénile doit savoir prendre en charge des nourrissons comme des adolescents. Or on ne peut pas offrir un parcours de soins en hôpital de jour de 2 à 18 ans. Chaque tranche d'âge a ses spécificités et, dans les territoires, les hôpitaux de jour font des choix : certains se spécialisent dans le suivi des adolescents, d'autres dans celui des plus jeunes. Dans mon secteur, par exemple, nous avons développé la prise en charge des 3 à 6 ans pour consacrer le maximum de moyens à la prévention et à la détection précoce afin de favoriser l'inclusion à l'école primaire – cette question ne se pose pas en maternelle. En mettant les moyens très tôt, on peut travailler de façon séquentielle et rendre l'inclusion possible à partir de l'âge de 6 ans.

Les délais pour entrer en IME sont extrêmement longs, de l'ordre de trois à quatre ans – même à Paris intra-muros. Les familles se retrouvent alors à domicile avec leurs enfants, sans soins – ou avec très peu de soins –, dans l'attente d'une place en IME – ce que l'on appelle les « cas complexes », et que l'on appelait auparavant les familles « sans solution ». Il faut plus de places en IME, car ces derniers souffrent d'un véritable embouteillage : ils gardent jusqu'à 22, 23 ou 24 ans des patients ayant des agréments qui vont jusqu'à 18 ou 19 ans, ce qui empêche de faire entrer des petits.

Nous avons trouvé des alternatives, par exemple à recourir à une équipe mobile pour faire monter en compétence les parents. Il s'agit de faire de la guidance parentale à domicile.

Ils voient ainsi leurs enfants progresser. Beaucoup d'études ont montré que c'était plus efficace que de développer des centres experts. L'idée n'est pas que les parents deviennent des éducateurs, mais qu'ils aient une meilleure connaissance des troubles de leur enfant pour mieux l'accompagner.

Nous cherchons également à sortir les familles – il s'agit souvent de mères seules – de leur isolement social, en créant un environnement qui leur permette de sortir ou d'aller faire les courses avec leur enfant. Cela rejoint d'ailleurs la question de la stigmatisation et du regard extérieur : quand l'enfant fait une crise à l'extérieur, c'est perçu non pas comme un trouble, par exemple du spectre autistique, mais comme un problème d'éducation.

**M. Marc Bourquin.** Les inégalités d'offre entre départements sont colossales ; elles vont d'un à cinq, voire plus, selon les types de handicap. Certes, le plan « 50 000 solutions » vise à les réduire, mais il n'existe toujours pas d'objectifs quantifiés, alors que cet aspect est très important.

Chacun sait que la population vieillit. Les personnes en situation de handicap aussi, et c'est une bonne nouvelle : cela signifie que leur espérance de vie se rapproche de celle du reste de la population. Toutefois, cela a un effet massif sur les structures. En effet, beaucoup de personnes vieillissent dans des MAS (maisons d'accueil spécialisées) ou des FAM (foyers d'accueil médicalisés), dont la population ressemble de plus en plus à celle des Ehpad. Il est donc nécessaire d'adapter les structures existantes et d'en créer de nouvelles pour faire face à la pression démographique et accueillir les personnes handicapées vieillissantes.

Concernant l'outil Pathos, cela fait dix ans que l'on attend sa rénovation pour y inclure les troubles psychiques et favoriser la prévention. C'est vraiment une question de décision publique. Certes, cela aura un coût – c'est sans doute une des raisons qui font que le dossier n'avance pas. Mais on ne peut pas refuser de rénover un outil au prétexte que cela révélerait des besoins qui ne sont pas couverts. Il faut avancer, afin que l'on dispose enfin d'un outil réadapté. En revanche, je suis réticent à l'idée d'utiliser un outil entièrement différent : cela prendrait encore dix ans.

La loi « bien vieillir » du 8 avril 2024 prévoit la généralisation du dépistage des fragilités et du handicap, renvoyant à un décret le contenu du cahier des charges. Nous attendons toujours que commencent les discussions visant à établir ce dernier, lequel doit indiquer quels sont les acteurs responsables de l'identification des fragilités des personnes âgées – ce ne sont pas forcément les mêmes dans tout le territoire.

Ensuite, il faudra réorganiser l'accompagnement des personnes après avoir identifié leurs troubles – j'emploie le terme d'accompagnement de préférence à celui de prise en charge, car il faut éviter la massification des recours à l'hospitalisation ou aux Ehpad, qui resteront nécessaires, mais que l'on peut sans doute éviter dans certains cas. Les expériences menées par le gérontopôle de Toulouse se développent dans d'autres territoires. À ce jour, quelques centaines de milliers de personnes sont dépistées avec les outils de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) – notamment le fameux Icope (soins intégrés pour personnes âgées) –, mais l'objectif est d'une quinzaine de millions de personnes : on est donc encore très loin du compte si l'on veut vraiment transformer le système ; il faut agir beaucoup plus vite.

**M. Hervé de Trogoff.** En ce qui concerne Pathos, je ne peux qu'être d'accord avec M. Bourquin. Trois catégories de personnes dont nous parlons aujourd'hui sont particulièrement concernées : les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques ; les

personnes handicapées vieillissantes, que nous accueillons dans nos établissements mais dont le forfait soins et dépendance n'est pas suffisant ; enfin, les personnes en court séjour – il y en a de plus en plus dans nos établissements et c'est un répit pour les aidants, mais il faut reconnaître que leur profil implique davantage de soins.

Ce chantier me paraît donc indispensable. Revoir la coupe Pathos représenterait certes un coût, mais ne pas le faire induit un report de charges vers des structures qui coûtent beaucoup plus cher à la collectivité. Si l'on réfléchit sur plusieurs années, ce serait plutôt un facteur d'économies.

**M. Jérôme Antonini.** S'agissant des métiers, nous souhaitons tous voir les inégalités de répartition des effectifs médicaux se réduire, mais cela va demander du temps. Il faut donc agir rapidement pour développer des métiers intermédiaires – IPA, psychologue clinicien... –, évidemment sous supervision médicale.

Les établissements de la Fehap développent des dispositifs de projection de l'expertise, sous forme de téléconsultation et de télé-expertise. Ce n'est pas de la sous-médecine, les patients se disent satisfaits. Dans un contexte de démographie médicale très défavorable, nous devons être pragmatiques ; c'est cela ou n'apporter aucune solution aux habitants de nombreux territoires.

**M. Sébastien Bisac.** Concrètement, nous devons être 300 ou 400 pédopsychiatres en France, avec une moyenne d'âge de 65 ans. À ce rythme, nous allons simplement disparaître – c'est déjà le cas dans de nombreux territoires. C'est une catastrophe. Il faut vraiment rendre ce métier plus attractif.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** L'explosion des pathologies réactionnelles à l'environnement – certains troubles, par exemple ceux du comportement alimentaire, connaissent des taux de croissance à trois chiffres depuis le covid – doit orienter l'action des pouvoirs publics : la santé mentale recouvre des réalités très diverses.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Faut-il créer des structures adaptées pour les personnes handicapées vieillissantes, ou bien adapter les structures existantes ?

Il y a un peu plus de pédopsychiatres en formation, mais en attendant que la situation s'améliore, comment assurer le parcours de soins sans dégrader la qualité de la prise en charge ?

**M. Sébastien Bisac.** La télémedecine fonctionne plutôt bien. Le soutien des équipes – psychologues, psychomotriciens, etc. – est une autre solution ; travailler en réseau, c'est le cœur de notre métier.

**Mme Zaynab Riet.** Ce qui est essentiel, c'est d'accéder aux soins puis d'éviter les ruptures de parcours. Il faut donc prendre garde à financer non pas des dispositifs, mais un parcours.

Les centres experts, c'est bien, mais outre qu'en pratique, ils captent les crédits – et les internes, parce qu'on n'y fait pas de gardes et qu'on y voit moins les patients –, on y expertise la situation d'un patient sans toujours consulter le psychiatre qui le suit et on y modifie son traitement, puis on le lâche dans la nature. Le parcours du patient s'en trouve déstabilisé.

Les dispositifs doivent être au service du parcours du patient ; ils ne doivent pas servir à capter des crédits.

**M. Charles Guépratte.** Nous défendons nous aussi cette vision : le patient transporte son financement avec lui, c'est son parcours qui détermine, sans heurt, le financement des structures. Aller dans ce sens impliquerait de changer complètement notre système. Mais ce serait une façon de garantir l'effectivité de l'aller vers comme des droits des personnes.

La Fehap est évidemment très sensible au sujet des PHV (personnes handicapées vieillissantes), puisque beaucoup de nos structures traitent les deux dimensions, handicap et âge. Il ne me semble pas indispensable de créer de nouvelles structures ; mais il faut agir sur l'organisation et la formation.

Le passage, à 60 ans et 1 jour, d'une MAS à un Ehpad est un véritable traumatisme. Les équipes des Ehpad ne sont absolument pas formées à l'accueil de personnes en situation de handicap. Le phénomène est d'ailleurs le même pour les personnes en situation de précarité sociale, dont l'âge clinique ou ressenti n'est pas du tout le même que l'âge biologique.

Dans nos structures, nous essayons de former des professionnels et d'identifier une offre spécifique pour les personnes handicapées vieillissantes, soit dans des structures 100 % PHV, soit au sein de structures hybrides, 15 % à 20 % des places d'un Ehpad classique leur étant réservées. L'idée est d'assurer une transition aussi fluide que possible entre des MAS et des Ehpad gérés par une même association. Cela fonctionne très bien, nous l'avons vu en Guyane et à La Réunion. Mais cela nécessite une formation particulière et un renforcement de l'encadrement – l'encadrement classique d'un Ehpad n'est pas suffisant pour prendre en charge massivement les PHV. Les structures qui leur sont entièrement dédiées reçoivent des financements spécifiques.

**M. Marc Bourquin.** Le modèle économique des Ehpad et celui des structures dédiées au handicap n'est pas du tout le même. Les tutelles voient d'un bon œil les passages – effectivement traumatisants – d'une MAS à un Ehpad tout simplement parce que le second coûte beaucoup moins cher. Il faut régler ce problème pour éviter que la décision d'orientation ne soit tributaire des canaux de financement.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** En tant qu'élus, cette situation me paraît inacceptable !

**M. Marc Bourquin.** C'est la réalité.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Je le sais bien, et vous avez raison de la souligner. Mais c'est quelque chose que personne ne peut comprendre – d'autant qu'on pourrait aussi bien se dire qu'une place en MAS coûte moins cher qu'un lit à l'hôpital... On ne peut pas mettre les ministères en concurrence de cette façon !

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** L'angle du financement est-il le bon ? Ne faut-il pas plutôt développer l'inclusion dans les Ehpad classiques ?

**M. David Magnier (RN).** J'ai moi-même pu constater le manque de pédopsychiatres au centre hospitalier isarien de Fitz-James, pourtant assez bien doté.

Les difficultés du système de santé sont en grande partie causées par une organisation défaillante où l'hôpital joue un rôle de variable d'ajustement. Le personnel politique est paresseux et trouve plus facile de flécher des millions, voire des milliards, vers l'hôpital, que d'essayer de résoudre les problèmes en amont de la chaîne. Les patients et le personnel pâtissent

de cette situation. En amont, il faudrait améliorer la prévention ; le vieillissement de la population entraîne une multiplication des maladies chroniques.

Que recommandez-vous, à court et à moyen terme, à part l'apport de moyens supplémentaires ?

Monsieur Guépratte, le site internet de la Fehap met en avant cinq priorités en matière de santé mentale. Vous demandez notamment « une coordination étroite entre les ministères, les acteurs locaux et les personnes concernées ». Quelles sont vos propositions sur ce point ? Les professionnels du secteur lancent l'alerte depuis de nombreuses années au sujet de la santé mentale. Dans le passé, quelles étaient vos relations avec les acteurs concernés ? Ce sujet était-il évoqué comme une priorité ? Sinon, quelles étaient les priorités ?

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** Éluée de la Sarthe, j'étais éducatrice spécialisée en pédopsychiatrie avant d'être élue, et j'ai constaté l'évolution désastreuse de ce secteur. Je pense en particulier aux plateformes de diagnostic où l'on demandait au service public de diagnostiquer avant d'orienter les patients vers le secteur libéral. C'est une aberration.

Plus de la moitié des lits de psychiatrie ont fermé en quarante ans, principalement dans le secteur public. En 2017, un rapport de l'Igas indiquait que la part du privé dans l'équipement en lits de psychiatrie avait plus que doublé, passant de 11 % du total en 1975 à un peu plus de 24 % en 2016. Près d'un tiers des structures de prise en charge sont aujourd'hui des cliniques privées à but lucratif.

Ainsi, le groupe Ramsay santé, dont le chiffre d'affaires était de 2,2 milliards d'euros en 2016 et qui gère trente cliniques psychiatriques en France, détient 17 % des parts de marché de l'hospitalisation privée générale ; c'est l'un des principaux acteurs de la psychiatrie privée, alors que ses objectifs n'ont pas grand-chose à voir avec ceux de la santé publique. L'autre gros acteur des cliniques psychiatriques privées, c'est le groupe Clinéa, filiale du groupe Orpéa lancée en 1999, qui possède trente-huit cliniques psychiatriques. Orpéa, un des leaders des maisons de retraite privées, appartient principalement à un fonds de pension canadien ; le PDG comme le directeur général délégué du groupe Orpéa ont été rémunérés plus de 1 million d'euros en 2017.

Dans le contexte des scandales qui ont touché les maisons de retraite mais aussi les crèches privées, comment garantir que les prises en charge psychiatriques dans le secteur privé dépendent des besoins des patients et des territoires, et non de la rentabilité des soins ? Comment un tel système pourrait-il ne pas produire un accès aux soins à deux vitesses – soins des troubles légers à modérés chez les personnes qui ont les moyens de se soigner dans le privé ; soins des troubles plus lourds, avec souvent des questions de consentement, et chez des personnes plus défavorisées, pour le public, que l'État, par ailleurs, abandonne ?

Quels sont vos objectifs de croissance en matière de cliniques psychiatriques notamment ?

Quelle est la part de l'aide publique dans vos investissements, qu'elle vienne du Fiop ou d'autres sources ?

Quelles sont vos relations avec la fondation FondaMental ?

**M. Hervé de Trogoff.** En creux, vous demandez si des structures privées sont à même de prendre des patients en charge. Les professionnels de santé qui travaillent dans nos cliniques,



qui travaillent souvent en libéral par ailleurs, ont évidemment à cœur de faire leur métier de la meilleure façon qui soit. Je ne sais pas comment répondre autrement.

Un tiers de nos établissements sont en déficit. Je ne travaille moi-même pour aucun des deux groupes que vous avez cités. Peut-être la réforme du financement a-t-elle été pensée pour réguler des pratiques de développement passées qui pouvaient être contestables. Ces questions ne me semblent pas se poser aujourd'hui, au contraire : nous sommes corsetés, il n'y a pas de politique de développement ; le message du régulateur, c'est plutôt qu'il n'est pas possible de développer des offres dans le futur.

Comme tous les acteurs, nous sommes ultrarégulés, nous devons obtenir des autorisations des ARS et nous sommes évalués par la Haute autorité de santé (HAS) sans point de comparaison avec nos collègues du public ou de l'associatif.

Nous essayons tous, je crois, de faire de notre mieux dans un secteur en difficulté.

**Mme Béatrice Noëllec.** En psychiatrie peut-être davantage qu'ailleurs, la complémentarité entre public et privé est un enjeu majeur. Les uns ne peuvent pas faire sans les autres.

Au-delà des différences d'appréciation entre fédérations, il y a un sujet qui nous rassemble : la demande d'un cap pluriannuel. Il existe aujourd'hui peu de lieux de débat démocratique sur des sujets pourtant fondamentaux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) est, les députés le déplorent souvent, plus un outil comptable qu'une véritable feuille de route qui comporterait des objectifs de santé publique. Nous pâtissons aussi d'un manque d'évaluation chronique. Tout le monde – les patients, les médecins, les professionnels paramédicaux, les fédérations, les industriels, les complémentaires – est mécontent parce que la logique est celle du rabet à court terme. Des mesures tombent sans aucune concertation préalable. Ce n'est pas possible, surtout sur le sujet qui est la première préoccupation des Français, avant la sécurité, le logement ou le pouvoir d'achat. On ne peut pas continuer comme cela.

Nous défendons tous ici l'idée d'une loi de programmation : on le fait pour la défense ou la justice, pourquoi pas pour la santé ? C'est peut-être quelque chose qui doit être pensé pour une nouvelle législature, mais nous plaignons en ce sens dès maintenant pour que ce débat s'ouvre.

N'opposons pas de façon caricaturale le public et le privé : nous avons chacun notre rôle. Il y a des territoires où les coopérations se passent remarquablement bien. Retenons que tous nos professionnels sont fortement engagés.

**M. Hervé de Trogoff.** En ce qui concerne les actions à court terme, nous en avons proposé plusieurs ; l'une fera, j'espère, consensus : c'est l'augmentation du forfait hospitalier, qui n'a pas été réévalué depuis 2018. Il est de 15 euros contre 20 en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins médicaux et de réadaptation (SMR). C'est une mesure simple qui ne coûterait rien à l'assurance maladie et qui donnerait un peu d'air à tout le secteur.

**M. Charles Guépratte.** S'agissant des priorités défendues par la Fehap en matière de santé mentale, le sujet est transversal – il touche non seulement le sanitaire et le médico-social, mais aussi l'éducation, le travail ou la sécurité – et concerne nombre de nos adhérents. En

parlant de santé mentale plutôt que de psychiatrie, on a déjà élargi le débat. Mais il y a encore deux révolutions à faire pour décloisonner l'approche.

D'abord dans les territoires, où il faut mieux coordonner l'aller vers et construire des dispositifs qui évitent les ruptures de parcours, les ruptures de financement, les affrontements de logiques entre sanitaire et médico-social. Il faudrait une vision par bassin de santé ou département, par exemple. On peut penser aux dispositifs d'accueil transculturel (DAT) ou aux communautés 360, mais citer tous les dispositifs qui existent donne le vertige.

Ensuite, au niveau national, une vision interministérielle du sujet est indispensable. Il existe un délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, mais nos adhérents se heurtent au quotidien à des sujets qui concernent l'éducation nationale ou le travail. Pour rendre effective l'inclusion en milieu ordinaire, il faut ferrailler avec des gens qui n'ont pas toujours une grande expérience de ces sujets. Ainsi, les IME hors les murs dépendent de la bonne volonté du proviseur, du recteur ou du DASEN.

Le fait que la santé mentale ait été déclarée grande cause nationale fait dépendre le sujet du premier ministre, ce qui permet cette vision interministérielle ; cela nous a donné beaucoup d'espoir, mais, en réalité, il ne s'est pas passé grand-chose. C'est également pour cela que nous avons publié ces priorités. L'idée est aussi qu'on parle du sujet de façon continue et pas seulement à l'occasion d'une année de grande cause nationale ou d'une commission d'enquête. De fait, il commence à en être question hors des milieux directement concernés ; c'est un progrès, espérons qu'il continue. Dans les milieux de l'éducation nationale et du travail, il y a encore de belles batailles à mener.

**Mme Zaynab Riet.** Avant la réforme du financement de la psychiatrie, entre 2008 et 2018, alors que l'Ondam a progressé de 22,9 %, les budgets des établissements publics financés sous dotation annuelle ont augmenté de 12,7 % là où ceux des établissements de santé qui n'étaient pas sous dotation, donc pas publics, ont progressé de 46,9 %. Il faut donc relativiser la notion de milliards injectés dans l'hôpital, monsieur le député.

Cette commission d'enquête aborde un sujet majeur. Des propositions sont sur la table, en matière tant de gouvernance nationale et territoriale que d'organisation. La FHF a formulé des propositions concrètes, par exemple la création d'une délégation interministérielle – les maladies psychiatriques sont chroniques et suivent le patient tout au long de sa vie.

Enfin, j'appelle votre attention sur le fait que le directeur de la Cnam a décidé d'une nouvelle régulation de l'enveloppe financière dédiée aux orthophonistes. Ceux-ci, lorsqu'ils interviendront dans les CMP, devront être financés directement. Or on sait d'ores et déjà qu'il n'y aura pas de prise en charge à 100 %. On va donc aggraver le déficit des hôpitaux – vous l'avez compris, le seul opérateur régulable, c'est l'hôpital public.

**M. Sébastien Bisac.** Cette réforme pose un vrai problème. Il y a deux financements possibles. C'est l'hôpital qui finance la prise en charge orthophonique à condition que celle-ci soit liée au suivi au CMP. Sauf que souvent, le retard de langage qui motive l'adressage initial est le signe d'un trouble du spectre autistique ou du neurodéveloppement que nous diagnostiquons ensuite. Donc les familles ne viendront plus chez nous. Il y a déjà des orthophonistes qui refusent de prendre en charge nos patients, puisqu'il n'y a plus de remboursement. Et les hôpitaux n'ont pas d'enveloppe dédiée pour financer les prises en charge en orthophonie.

Par ailleurs, on parle beaucoup de prévention, et c'est en effet essentiel, mais elle n'est pas du tout valorisée dans notre activité. La semaine dernière, j'ai passé une après-midi à expliquer les troubles du neurodéveloppement et leur dépistage à des infirmières scolaires : c'est sur mon temps, c'est gratuit, mais ce n'est pas pris en compte.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Qui va s'occuper des formations qui vont être proposées aux référents des établissements scolaires ou des directions des services départementaux de l'éducation nationale ? C'est vous, n'est-ce pas ?

**M. Sébastien Bisac.** Non, pas toujours. Souvent, il est plutôt fait appel à des organismes de formation, qui ne sont pas connectés au territoire. Là aussi, c'est une vraie difficulté : nous aimerions que les formations soient pensées localement, avec des acteurs qui travaillent ensemble – comme cette formation d'infirmières scolaires, avec qui nous travaillons au quotidien ; mais c'était exceptionnel. Cela a été rendu possible par le PTSM – projet territorial de santé mentale. Il y a des endroits comme cela où l'on peut se rencontrer, réfléchir ensemble ; mais, dans ces PTSM, assez vite, les gens s'épuisent, parce qu'il n'y a pas de financement dédié.

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** Sur la part de l'aide publique dans les investissements, je n'ai pas eu de réponse – la présidente et le rapporteur ont peut-être reçu l'information par écrit ?

**M. Hervé de Trogoff.** Je n'ai pas les données précises, je m'en excuse. De mémoire, nous avons regardé cela il y a un an et demi et le Fiop représentait une part très minoritaire. Nous vous donnerons les éléments.

**M. Marc Bourquin.** Le questionnaire que vous nous avez adressé demandait des solutions précises : on peut citer, notamment, le financement des référents et la poursuite de la transformation de l'offre. Je signale également que quelques milliers d'agents publics sont toujours exclus du Ségur. Enfin, l'absence d'équilibre des prélèvements socio-fiscaux constitue une menace pour le secteur public en général, et pour les établissements médico-sociaux et psychiatriques en particulier.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** La ministre de l'éducation nationale a annoncé la création de référents en santé mentale dans les établissements scolaires et d'un conseiller technique en santé mentale au niveau départemental. Comment envisagez-vous leurs missions, leur formation et les besoins en matière de coordination ? À ce stade, nous n'en savons pas plus sur leur profil.

Je rappelle qu'à l'origine, le Ségur était réservé aux soignants en première ligne face aux malades du covid-19 ; cette première ligne n'ayant pas été très bien définie, le bénéfice en a été étendu par la suite aux soignants du privé et du secteur associatif – mais pas au personnel administratif –, pour un budget phénoménal. Ce raté dans la définition du périmètre a fait qu'il a coûté plus cher que prévu, mais c'était aussi un moyen d'améliorer les salaires des soignants.

**M. Sébastien Bisac.** Le Ségur a eu une répercussion sur les travailleurs sociaux. Nous avons désormais des difficultés à recruter des assistantes sociales à l'hôpital car celles-ci sont mieux rémunérées dans la fonction territoriale, alors qu'elles sont la clé de voûte de l'accès à l'autonomie.

**M. Marc Bourquin.** Concernant l'annonce de la ministre, les profils recrutés pourront être divers – assistantes sociales, psychologues, etc. –, l'important étant que ces personnes soient formées. J'ajoute que ces référents ne seront de plein exercice que si des financements dédiés leur permettent de dégager du temps pour le public et pour les professionnels en situation de handicap, qui représentent une proportion non négligeable dans les structures, ainsi que pour communiquer en interne sur ces sujets.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** La dégradation des urgences psychiatriques et l'explosion des troubles de la santé mentale chez les plus jeunes sont un sujet d'actualité, dans lequel la politique porte une part de responsabilité – j'ai visité samedi l'hôpital Charles-Perrens, où l'une des chefs de service m'a dit qu'elle n'avait jamais vu autant de monde aux urgences que lors de la censure de Michel Barnier ! La commission d'enquête sur TikTok a également beaucoup fait parler d'elle sur les réseaux sociaux. Les tentatives de suicide chez les jeunes filles ont progressé de manière significative et, selon une enquête de la Drees (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), seule la moitié de celles ont des pensées suicidaires fait ensuite appel à un professionnel de santé. Je ne sais pas si le problème tient au caractère incomplet de la déstigmatisation ou au manque de lisibilité des dispositifs. Quel regard portez-vous sur l'explosion de ces troubles ?

**M. Sébastien Bisac.** On assiste effectivement à une explosion des passages à l'acte, en particulier chez les jeunes filles. Les causes en sont multiples. Il est probable que les difficultés d'accès aux soins jouent un rôle, de même que la stigmatisation qui empêche de demander de l'aide. L'influence des réseaux sociaux sur l'image de soi des jeunes filles est un autre facteur extrêmement préoccupant. On peut y ajouter l'isolement et la déscolarisation des jeunes pendant le covid-19, qui a conduit à une nette augmentation des cas à la fin de la pandémie, ainsi que le harcèlement.

**Mme Zaynab Riet.** Il me semble nécessaire de légiférer pour encadrer la représentation de conduites dangereuses, voire suicidaires, sur les réseaux sociaux, et la diffusion de thèses complotistes en matière de santé et de sciences. À l'heure actuelle, nous sommes impuissants.

**M. Jérôme Antonini.** L'augmentation des besoins précède la crise du covid-19, mais celle-ci a joué un rôle d'accélérateur. Je peux témoigner que les gestes auto-infligés augmentent considérablement : les deux tiers des patients que nous accueillons dans nos structures de soins-études ont fait un passage à l'acte – tentative de suicide, scarifications. C'est particulièrement le cas chez les jeunes filles.

Le lien entre les écrans et la dégradation de la santé mentale relève-t-il de la corrélation ou de la causalité ? Le débat n'a pas encore permis de trancher. On peut concevoir que les adolescents se réfugient derrière les écrans quand ils ne vont pas bien. En tout état de cause, notre réponse doit s'attacher au raccrochage scolaire des jeunes afin de briser le cercle vicieux dans lequel l'apparition de troubles mène à l'isolement, puis à la déscolarisation, laquelle renforce l'isolement et aggrave les troubles. Le repérage précoce par les équipes de santé scolaire est important dans ces moments de défaillance. Nous devons également développer le champ de l'addictologie adolescente afin de répondre de manière adaptée aux problèmes liés à l'utilisation intensive des écrans, par exemple l'addiction aux jeux vidéo.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Paradoxalement, certaines réponses se trouvent derrière les écrans : nous recevrons prochainement Miel Abitbol, qui propose un dispositif numérique. C'est un espace où ces jeunes existent.

**M. Jérôme Antonini.** Je vous invite à vous abonner au compte TikTok que nous venons de lancer ! Pour toucher notre public, il faut effectivement être présent dans ces médias.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** On peut aussi citer le déficit de soutien à la parentalité. Nous devons aider les parents à encadrer l'accès de plus en plus précoce des jeunes aux écrans.

**M. Jérôme Antonini.** C'est effectivement un élément majeur qui est mal valorisé. L'efficacité des soins repose sur la capacité des équipes psychiatriques et pédopsychiatriques à s'adresser non seulement au patient, mais aussi à ses parents et à sa fratrie. Il faut développer cette dimension de thérapie familiale.

**Mme Béatrice Noëllec.** Certains pays sont bien plus avancés que nous dans le soutien à la parentalité. En raison de freins culturels – « charbonnier est maître chez soi » –, on a longtemps considéré que le soutien à la parentalité représentait une intrusion dans les pratiques éducatives des familles. La même réticence a été observée dans la lutte contre les violences faites aux enfants, qui sont un enjeu sociétal majeur.

Votre boutade au sujet du premier ministre révèle une anxiété profonde dans la jeunesse. L'instabilité politique et géopolitique jette un voile sur les perspectives personnelles d'avenir des jeunes ; de même, la préoccupation croissante pour le devenir de la planète se traduit parfois par une écoanxiété aiguë. En parallèle, la banalisation de la terminologie psychiatrique dans le vocabulaire courant empêche la pleine reconnaissance des maux que peut éprouver la jeunesse.

Le mal-être touche également les professionnels des établissements de santé publics et privés. C'est la ministre Agnès Firmin Le Bodo qui, la première, s'est emparée du sujet de leur santé mentale, lequel a été repris ensuite par Yannick Neuder. Nous avons travaillé avec eux et avec les fédérations à mieux concilier les équilibres de vie en proposant des actions concrètes pour soigner ceux qui nous soignent, notamment dans les services des urgences, où la charge mentale des professionnels est très lourde. Ces actions ont trouvé une déclinaison effective dans les établissements.

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** Quelles sont ces actions ? Je suis toujours en contact avec mes anciens collègues et ils me disent que l'établissement reste confronté à une importante fuite des professionnels, qui vont ailleurs ou se reconvertissent.

**Mme Béatrice Noëllec.** La question est étroitement corrélée aux enjeux d'attractivité. Ces actions sont diverses. On peut citer la lutte contre les irritants du quotidien, l'existence de certains établissements spécialisés dans la prise en charge des professionnels de santé en souffrance ou encore de multiples mesures d'écoute et de prise en considération de la parole des soignants et des professionnels des établissements de santé. Je vous enverrai la note que nous avons rédigée dans le cadre de nos travaux, elle contient des exemples concrets.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Il est souhaitable de soutenir les professionnels de santé, qui sont souvent mis en difficulté durant les prises en charge.

En matière de soutien à la parentalité, serait-il possible de fixer des orientations objectives au niveau national ? Ce champ rassemble divers interlocuteurs et nous n'en contrôlons ni le contenu, ni l'action, ni la coordination.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** Un guide de la guidance parentale a été publié dans le cadre de la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement, mais des blocages et des incohérences subsistent. Par exemple, les orthophonistes ne peuvent pas entreprendre des actions collectives pour faciliter la guidance parentale dans le cadre des conventionnements.

**M. Sébastien Bisac.** Le soutien à la parentalité regroupe des actions variées. Sur le volet de l'information et de la prévention, l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) a publié un livret pour aider les proches à détecter la souffrance psychique chez les adolescents et leur indiquer à qui s'adresser. On observe également que le soutien se structure de plus en plus autour des groupes de parents et de la psychoéducation, laquelle est recommandée au premier chef pour le TDAH. Il faut ouvrir plus de lieux dédiés aux parents au sein des services et créer de nouveaux métiers pour la pair-aidance familiale.

**M. Charles Guératte.** La Fehap est concernée de près par la santé mentale des professionnels de santé. C'est une branche où la sinistralité est catastrophique : 13 à 14 % d'absentéisme, dont la moitié est lié à l'épuisement professionnel. Nous avons attaqué le sujet de manière frontale en déployant une politique de prévention massive et en créant un organisme paritaire de prévention sur le modèle du BTP, qui a réussi à diviser par trois sa sinistralité, même si les risques y sont d'une autre nature.

Notre ambition est d'aller loin et fort en mobilisant le Fipu (fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle) créé par la réforme des retraites. Bien qu'il ne soit pas mobilisable pour le burn-out, il y est possible d'y faire appel pour les risques ergonomiques, notamment ceux liés au port de charges lourdes. Nous souhaitons diviser par deux la sinistralité afin de créer un environnement plus favorable et de renvoyer une image moins dégradée de la qualité de vie au travail pour restaurer notre attractivité, même si la situation semble plus délétère à l'extérieur qu'elle ne l'est dans la réalité. Cela ne se fera pas à coups de PowerPoint au niveau des fédérations à Paris : il faudra des dizaines, voire des centaines de millions d'euros dans les cinq prochaines années pour envoyer des préventeurs sur le terrain, dans des milliers de structures, pour auditionner des centaines de milliers des salariés. Ces travaux demanderont un cofinancement par les établissements.

**Mme Zaynab Riet.** Il y a tout de même des signes positifs. Depuis trois ans, la FHF recueille chaque année en septembre les résultats de deux études flash, dont l'une porte sur l'organisation de l'offre de soins pendant l'été et l'autre sur l'évolution des ressources humaines. La deuxième étude a mis en évidence des problèmes structurels en matière de permanence des soins : pour assurer la continuité des soins chaque jour de l'année, il convient de ne pas laisser les équipes seules dans les territoires, tant en amont qu'en aval. La première a montré que nous avions fermé moins de services cette année que l'an passé : 12 % des établissements ont déclaré avoir fermé des services en 2025, contre 18 % l'année dernière, alors que l'activité était stable ou en augmentation.

Sur le volet des ressources humaines, le Ségur était nécessaire. La FHF l'avait demandé en fixant deux priorités : la première était un juste rattrapage de la rémunération des professionnels de santé – rappelons le gel du point d'indice pendant plus d'une décennie – et la deuxième était la relance des investissements, sans lesquels il n'y a ni plateaux techniques, ni recherche, ce que tout le monde a compris lors du covid-19. Celui-ci a également mis en évidence le rôle essentiel de l'hôpital public. Nous en récoltons désormais le fruit : le taux d'absentéisme dans les hôpitaux publics a chuté et, quand on sait que ce taux comprend les

absences liées aux congés maternité et aux arrêts maladie liés à celle-ci, dans une fonction publique hospitalière féminisée à 79 %, c'est une vraie performance qui signale l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Il ne faut pas casser cette dynamique de reconnaissance des compétences humaines et des qualifications. Toute réduction de moyens dans le secteur sanitaire et médico-social se traduira inéluctablement par des effectifs en moins. Le premier poste budgétaire à l'hôpital, c'est le personnel. Il faut donc absolument une loi de programmation en santé. Cela veut dire non pas que nous dépenserons plus, mais que nous dépenserons mieux sur la base d'objectifs de santé publique pour obtenir des résultats tangibles dans les territoires.

**M. Sébastien Saint-Pasteur, rapporteur.** J'ai observé cette évolution dans plusieurs Ehpad de grande taille – le plus important compte 400 lits – de la région bordelaise : l'amélioration de la qualité de vie au travail et les investissements techniques pour diminuer le port de charges lourdes ont drastiquement réduit l'absentéisme et ont eu des effets positifs sur les coûts de fonctionnement.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Il y a eu une amélioration concernant les troubles physiques, mais on a observé une augmentation des troubles psychologiques.

**Mme Béatrice Noëllec.** Ce qui contribue à l'attractivité des professions de santé, c'est aussi l'existence de passerelles qui permettent une fluidité dans les carrières et ouvrent des perspectives. L'existence des infirmiers en pratique avancée et la possibilité pour les aides-soignants expérimentés de devenir infirmiers en deux ans au lieu de trois participent au bien-être des professionnels.

**Mme Élise Leboucher (LFI-NFP).** Le Ségur était nécessaire, mais, en tant que professionnelle de la psychiatrie, j'entends encore parler de perte de sens au travail et de l'insuffisance de la formation. Il n'existe plus de diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie ; il est vrai qu'une quatrième année d'études infirmières est en discussion et que des IPA se forment à cette discipline. Je pense que la formation au long cours inciterait les professionnels à rester en redonnant du sens à leur travail. Les échanges entre les équipes et les discussions avec les médecins sont précieux : pour avoir vécu la suppression du temps consacré à l'analyse de la pratique et à la réflexion entre les professionnels, je me réjouis de voir que ces moments d'échange reviennent progressivement dans les établissements. Mais il y a encore beaucoup de travail à faire.

**Mme Zaynab Riet.** L'hôpital public est l'employeur qui présente le meilleur taux de formation initiale et continue. Il ne faut surtout pas ralentir dans ce domaine. Nous n'avons pas tant d'ascenseurs sociaux que cela en France et ces promotions permettent de fidéliser les professionnels dans des métiers d'avenir, dans tout le territoire. Les plans d'économies de la décennie 2000-2010 visant à maîtriser la masse salariale se sont traduits par des remplacements, par du temps de concertation et des projets en moins. Nous avons enfin retrouvé ce cercle vertueux. Il faut le préserver.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Le tout n'est pas d'attirer les professionnels ; il faut ensuite les retenir. Cela implique qu'ils trouvent du sens à leur métier et puissent évoluer dans leur profession, et même en changer.

**M. Sébastien Bisac.** Je tiens à signaler que le périmètre du Fiop est trop large. Pour qu'une innovation soit financée à Paris, celle-ci doit concerner l'ensemble du territoire, ce qui

est très difficile car nous travaillons à des solutions sur mesure avec des équipes de proximité ; par conséquent, il est impossible d'obtenir des financements.

**Mme la présidente Nicole Dubré-Chirat.** Merci à tous. Nous sommes preneurs d'éventuelles informations complémentaires que vous pourriez souhaiter nous donner.

*La séance s'achève à onze heures trente.*



### **Membres présents ou excusés**

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

*Excusée.* – Mme Anne-Cécile Violland