



Mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques



Rapporteuses

Mme Nicole Dubré-Chirat

(EPR, Maine-et-Loire)

Mme Sandrine Rousseau

(EcoS, Paris)



Les travaux de la mission d'information

La mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques achève ses travaux alors que la santé mentale vient d'être déclarée « grande cause nationale » pour 2025. **Ces travaux ont été engagés il y a près d'un an, à la suite d'alertes reçues de la part des acteurs de la psychiatrie.** Perturbés par la dissolution de l'Assemblée nationale, ils ont heureusement pu être relancés par la commission des affaires sociales dès sa première réunion sous la nouvelle législature.

Les rapporteuses ont eu à cœur de conduire une grande diversité d'auditions et de déplacements sur le terrain, de façon à recueillir les préoccupations, les attentes et les besoins du secteur. **La mission a ainsi rencontré plus de 360 professionnels de santé, patients, aidants, responsables institutionnels, associatifs ou syndicaux au cours des trente-six auditions et dix déplacements organisés en France entre le mois de janvier et le mois de septembre 2024.**

Une évidence s'est très vite imposée : alors que les problématiques liées à la santé mentale et à la psychiatrie sont plus pressantes que jamais et constituent un enjeu majeur de santé publique, **la psychiatrie connaît en France une crise profonde.** La prise en charge des urgences psychiatriques illustre les défaillances et les dysfonctionnements systémiques de l'organisation des soins psychiatriques en France.

L'un des principaux apports de la mission d'information réside certainement dans **la documentation et l'analyse de l'évolution de la santé mentale de la population, en particulier depuis la crise sanitaire et chez les jeunes – la dégradation étant particulièrement alarmante chez les jeunes filles –, et sa traduction dans les venues aux urgences et en centre de crise.** Les travaux de la mission d'information ont ainsi permis d'établir que l'activité de psychiatrie d'urgence est en forte croissance ; plus encore que celle des urgences générales pour d'autres motifs.

La mission a pu mettre en lumière des **problématiques multiples**, parmi lesquelles le manque de coordination entre les différents acteurs et une orientation dans un parcours de soins qui relève d'une véritable gageure pour de nombreux patients, tant l'organisation des soins est peu lisible et fragmentée. À ces difficultés s'ajoutent les inégalités d'accès aux soins ; l'exposition des professionnels à une violence institutionnelle, contre les professionnels, les patients et parfois des derniers envers les premiers. La fréquence des situations de violence et le recours croissant à la contention sont des phénomènes amplifiés par le manque de moyens humains et matériels adaptés aux besoins de la prise en charge. **Les établissements publics sont particulièrement touchés et subissent une triple peine : obligation d'assurer le service public, moindres rémunérations, conditions de travail dégradées.**

Le rapport souligne **l'urgence d'une mobilisation collective de grande ampleur** pour répondre à une crise de santé publique susceptible de toucher chaque année des millions de nos concitoyens et qui affecte de manière singulière les plus jeunes d'entre nous depuis la crise sanitaire. Il appelle à multiplier les efforts et formule des **propositions précises et concrètes**, presque intégralement partagées par les rapporteuses. Ce faisant, la mission espère poser les **jalons d'une politique ambitieuse, humaine et adaptée aux besoins psychiatriques et de santé mentale d'une société en pleine mutation.**



Chiffres clés

- Chez les 18-24 ans, la prévalence des épisodes dépressifs est passée de 11,7 % à 20,8 % entre 2017 et 2021, + 77 % en quatre ans
- Les hospitalisations liées aux gestes auto-infligés (tentatives de suicide et auto-agressions) chez les femmes âgées de 10 à 19 ans ont progressé de 133 % depuis 2020 et de 570 % depuis 2007
- En 2023, 936 000 jeunes de 12 à 25 ans ont bénéficié du remboursement d'au moins un psychotrope: 144 000 patients de plus qu'en 2019, soit une augmentation de 18 %
- La santé mentale représente aujourd'hui le 1^{er} poste de dépenses pour l'assurance maladie, largement devant les cancers, soit 26,2 milliards d'euros ou 14 % des dépenses

Si la notion d'urgence ne fait pas consensus en psychiatrie, l'urgence devient le point d'entrée dans le parcours de soins

Une notion floue et des pratiques hétérogènes

La notion d'urgence psychiatrique, recouvrant des situations variées allant de la crise émotionnelle aiguë à la décompensation de troubles psychiques graves, reste mal définie et sujette à débat, tout comme l'articulation entre santé mentale et psychiatrie. **La prise en charge des urgences psychiatriques se fait non pas dans des services dédiés mais dans le cadre global de l'organisation des soins psychiatriques**, reposant depuis 1960 sur un principe de sectorisation. Dans ce contexte, il n'existe pas de parcours type d'un patient, qui peut être pris en charge dans un centre médico-psychologique (CMP), un centre d'accueil de crise (CAC) ou encore – de plus en plus – dans les services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux. Selon les établissements et les régions, un même patient peut être orienté vers des services très différents, sans garantie d'une continuité des soins.

La dégradation préoccupante des indicateurs de santé mentale depuis 2020 entraîne une croissance de l'activité d'urgence

Une détérioration rapide de la santé mentale de la population peut être observée en France ces dernières années, particulièrement chez les jeunes. **Chez les 18-24 ans, la prévalence des épisodes dépressifs est passée de 11,7 % à 20,8 % entre 2017 et 2021**, soit une hausse de 77 % en quatre ans. Les jeunes femmes sont spécialement touchées : les hospitalisations liées aux gestes auto-infligés (tentatives de suicide et auto-agressions) chez les femmes âgées de 10 à 19 ans ont progressé de 133 % depuis 2020 et de 570 % depuis 2007. Dans le même temps, la consommation de médicaments psychotropes chez les adolescents et les jeunes adultes a augmenté de façon inquiétante : **en 2023, 936 000 jeunes de 12 à 25 ans ont bénéficié du remboursement d'au moins un psychotrope**. Cela correspond à 144 000 patients de plus qu'en 2019, soit une augmentation de 18 %, touchant elle aussi particulièrement les jeunes femmes.

La souffrance psychique se traduit dans une **hausse de l'activité d'urgence depuis fin 2020** : 566 000 passages aux urgences pour motif psychiatrique ont été recensés en 2023, soit une hausse de 21 % par rapport à 2019, la progression du taux du recours étant particulièrement notable pour les adolescents et les jeunes adultes.



Cette activité reste **majoritairement assurée par le secteur public et le secteur privé à but non lucratif** : ils assurent 88 % des prises en charge psychiatriques au sein des services d'accueil d'urgence (SAU), qui assurent 75 % de l'activité de psychiatrie d'urgence, et 80 % de l'activité au sein des centres d'accueil et de crise (CAC) qui assurent 25 % de l'activité de psychiatrie d'urgence.

La **prégnance croissante des enjeux d'addiction** s'illustre à la fois dans la prévalence des venues aux urgences pour motif psychiatrique associées à une consommation de stupéfiants, et dans l'augmentation des hospitalisations pour sevrage au sein des hôpitaux généraux. L'augmentation des séjours pour sevrage dans les hôpitaux généraux est plus rapide que l'augmentation totale des séjours pour motif psychiatrique et s'explique pour moitié par la forte dynamique d'hospitalisation des patients âgés de 40 à 59 ans.

Les services d'urgences deviennent par défaut le point d'entrée dans les soins psychiatriques et sont régulièrement saturés

Le « virage ambulatoire », qui a **réduit les capacités d'hospitalisation à temps complet de près de 7 000 places (6 741) en psychiatrie en quinze ans, réduit les capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie du pays**. Cette baisse résulte de tendances inverses dans le service public et le secteur privé. Au titre du service public, **les hôpitaux publics et privés à but non lucratif ont perdu près de 10 400 places de capacitaires depuis 2008** (près de 8 800 dans les hôpitaux publics et 1 600 dans les hôpitaux privés à but non lucratif), tandis que plus de 3 700 places étaient créées dans le secteur privé lucratif. Depuis 2008, seules 2000 places d'ambulatoire ont été créées. Le rythme de ces fermetures de lits s'est emballé dans le secteur public après la crise sanitaire, principalement en raison du manque de personnel. Dans le secteur privé lucratif, à l'inverse, la psychiatrie **connait quant à lui un essor relatif et gère 26 % des lits d'hospitalisation complète en 2023**, soit une hausse de huit points depuis 2008.

Les travaux de la Drees montrent, malgré un léger recul par rapport à 2021, que **la psychiatrie est la discipline la plus rentable du secteur privé lucratif**. Ainsi, les cliniques psychiatriques ont dégagé en 2022 un résultat net rapporté aux recettes de 8,7 % (après 9,1 % en 2021). La rentabilité y est en moyenne **trois fois supérieure à celle des cliniques spécialisées en médecine, chirurgie et obstétrique**. Le **contraste avec la situation des hôpitaux publics s'explique d'autant moins que ce sont les hôpitaux publics qui assurent à la fois l'activité de permanence des soins et la prise en charge des patients les plus sévères ainsi que les hospitalisations sous contrainte**.

Chiffres clés

- **Près de 7 000 places (6 741) de prise en charge à temps complet en psychiatrie ont été supprimées en quinze ans (2008-2022), soit :**

10 400 places en moins dans les hôpitaux publics (- 8 800) et privés à but non lucratif (- 1 600)

+ 3 700 places dans le secteur privé lucratif, qui gère désormais 26 % des capacités

+ 2000 places d'ambulatoire de psychiatrie créées tous secteurs confondus

- **Avec une rentabilité proche de 9 %, les cliniques psychiatriques sont les établissements les plus rentables du secteur privé**



Chiffres clés

- Plus de 80 % des prises en charge en urgence psychiatrique assurées par le service public
- 75 % des prises en charge au sein des services d'urgence et 25 % au sein des centres d'accueil et de crise
- En 2023 : 566 000 passages aux urgences pour motif psychiatrique
- Entre 2019 et 2023: + 21 % de consultations, une croissance plus forte que celle de l'ensemble des passages aux urgences

La part croissante de patients se tournant vers les urgences ou les CAC laisse penser que la baisse globale des capacités d'hospitalisation se répercute sur ces structures. Bien plus, le manque de solution d'aval ou médico-sociales pour les patients stabilisés retarde les transferts, aggravant la saturation des SAU et des CAC et limitant la capacité des services à offrir une prise en charge rapide et adaptée, tout en augmentant le risque de ruptures dans le parcours de soins.

Cette pression est renforcée par une offre de soins psychiatriques insuffisante et trop complexe en amont, qui renforce la place des médecins généralistes, exclut des publics précaires et pose de forts enjeux d'accès aux soins, qu'ils soient géographiques, financiers ou encore liés à l'accessibilité des centres médico-psychologiques (CMP) – dont les délais de prise de rendez-vous s'allongent et se comptent généralement en mois. Dès lors, **la prise en charge est souvent tardive, dans un état de santé dégradé, faisant des urgences un point d'entrée incontournable dans le système de soins psychiatriques.**

La prison, marquée par la surreprésentation des troubles psychiatriques, devient un autre point d'entrée dans les soins

La prévalence des troubles chez les personnes détenues est nettement supérieure à celle observée dans la population générale et atteint des proportions critiques. Ainsi, **les deux tiers des hommes détenus en maison d'arrêt et les trois quarts des femmes sortant de détention présentent, à la sortie de prison, un trouble psychiatrique ou lié à une substance.** Bien plus, la prévalence des troubles est plus importante à la sortie qu'à l'entrée en détention.

Si les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont régis par des dispositifs spécifiques, comme les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) ou les neuf unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) créées depuis 2010, **ces dispositifs sont sous-dimensionnés.** La psychiatrie reste mal appréhendée par l'institution judiciaire, ce qui accroît la proportion de malades en détention. En l'état actuel, **l'existence d'une offre de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire et la dégradation des conditions de traitement dans le secteur public concourent à l'augmentation de la prévalence comme à la surreprésentation des troubles psychiatriques en milieu carcéral, faisant aujourd'hui des lieux de privation de liberté un autre point d'entrée dans les soins psychiatriques.**



Les dysfonctionnements constatés dans la prise en charge des urgences traduisent une crise profonde de la psychiatrie

Une prise en charge insatisfaisante et marquée par des conditions difficiles

La prise en charge des urgences psychiatriques est conditionnée par les moyens disponibles plus que par des standards de qualité clairement définis. Alors que tous les établissements ne disposent pas d'équipes pluridisciplinaires expérimentées et d'espaces adaptés, la prise en charge est marquée par de **fortes inégalités territoriales**, qui concernent également la place laissée aux proches ou encore le recours à certaines pratiques comme l'isolement et la contention. Ces inégalités sont d'autant plus fortes qu'en l'absence de norme établissant un standard de qualité des prises en charge, les procédures internes des établissements sont moins formalisées et plus hétérogènes que pour les soins somatiques. La mission d'information a ainsi mis en évidence un retard notable de la démarche qualité sécurité des soins en psychiatrie, dont témoigne le faible nombre d'indicateurs spécifiques dans le référentiel de certification ainsi qu'une corrélation entre de moindres résultats à la visite de certification et le fait qu'un établissement dispose d'une offre de soins psychiatriques.

Le passage par les services d'urgences, s'il peut permettre de répondre à une situation immédiate, est associé à une expérience des violences inhérentes au secteur psychiatrique et aux urgences, qui affectent les conditions de travail des soignants et de traitement pour les patients. **Si les signalements pour faits de violence sont en hausse constante en psychiatrie comme aux urgences, la psychiatrie se singularise par la part notable des violences physiques, qui représentent 44 % des violences et sont commises le plus souvent à l'encontre des soignants.**

En somme, **les contraintes de l'ensemble du secteur convergent vers les services d'urgences qui, initialement conçus pour répondre à des pathologies somatiques, ne sont pas toujours équipés pour gérer les crises psychiques.** Les services d'urgences ne sont par ailleurs ni conçus ni outillés pour prendre en charge les **patients en attente d'une hospitalisation en psychiatrie qui attendent plusieurs jours voire plusieurs semaines qu'un lit d'hospitalisation puisse les accueillir en aval de l'urgence.** Ainsi se banalise à tous les niveaux un **fonctionnement en mode dégradé** qui, en l'absence de permanence des soins mise en place en psychiatrie et d'une répartition équitable de la charge entre établissements, **pèse largement sur le secteur public.**



Chiffres clés

Le système de soins psychiatriques ne parvient plus à répondre aux besoins nouveaux de la population

• En 2022:

17 % hospitalisations en psychiatrie provenaient des urgences

46 % des venues aux urgences pour motif psychiatrique ont conduit à hospitalisation dans un service conventionnel de médecine, chirurgie obstétrique (MCO)

• Entre 2019 et 2023 : – 8 % de nouveaux patients pris en charge en psychiatrie secteur public et privé confondus

En parallèle, les tensions dans l'ensemble du secteur entraînent des pratiques délétères et favorisent les dépassements de tâches et les stratégies de contournement, comme le refus d'admission ou le recours abusif à des hospitalisations sous contrainte. **Ces conditions affectent l'attractivité de la psychiatrie et du secteur public tout comme la qualité du service et des soins rendus et sont propices à la survenue de drames**, comme ce fut le cas au centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse en février 2024.

Le recours croissant aux urgences nuit à la qualité du parcours de soins en psychiatrie

Pour de nombreux patients en attente de diagnostic ou n'ayant pas accès à un parcours de soins adapté, la prise en charge par les urgences tend à se substituer à un suivi psychiatrique. Bien plus, elle ne garantit pas l'entrée dans un parcours de soins, puisque les patients stabilisés en urgence sont souvent réorientés vers des centres médico-psychologiques (CMP) ou d'autres services eux-mêmes saturés. **Alors que le recours aux urgences pour motif psychiatrique augmente, la part des nouveaux patients pris en charge par le système de soins psychiatrique (public et privé confondus) s'érode tendanciellement : celle-ci ayant baissé de 8 % entre 2019 et 2023.** La capacité du système de soins psychiatriques à répondre aux nouveaux besoins de soins de la population se dégrade, engendrant ainsi dans un **système de soins saturé des phénomènes d'éviction**, comme il est possible de le constater s'agissant des patients âgés de 40 à 59 ans.

La dégradation de la qualité des parcours se traduit par ailleurs dans la **progression des soins sans consentement et des mesures restrictives et privatives de libertés**. Alors que le législateur fait du consentement aux soins une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique et a récemment précisé le cadre applicable à l'isolement et à la contention, les pratiques privatives de liberté sont en hausse tendancielle depuis 2012 et deviennent une variable d'ajustement d'organisations sous tension au détriment des droits fondamentaux des patients, comme des conditions de travail des professionnels.



La crise actuelle invite à reconsidérer l'évolution des moyens financiers et humains dévolus à la psychiatrie

Le mode de financement historique de la psychiatrie, marqué par des inégalités, a fait l'objet d'une réforme qui sera pleinement effective en 2026. Si celle-ci prévoit des dotations censées renforcer l'équité entre les différents territoires et établissements, elle suscite des appréhensions et ses effets devront être suivis avec attention. Quant à la croissance en apparence forte des dépenses remboursées de soins liés à des pathologies psychiatriques, elle est à relativiser et à mettre en lien avec celle du nombre de personnes atteintes d'une maladie psychiatrique : **la dépense moyenne de soins remboursés par malade corrigée de l'inflation a ainsi baissé de 6,1 % entre 2016 et 2022.**

Si la France dispose d'une densité de psychiatres parmi les plus élevées d'Europe, cette démographie ne permet pas de répondre aux besoins et a connu d'importantes transformations. Aussi, l'apparente hausse significative (+ 21 %) des effectifs de psychiatres entre 2010 et 2023 est une hausse en trompe-l'œil, essentiellement liée au recours croissant à des retraités actifs (+ 345 %), et dans une moindre mesure à celle des intermittents ainsi qu'à celle des médecins à diplôme étranger (15,8 % des psychiatres en activité régulière en 2023 contre 9 % en 2010). Les retraités actifs ne représentaient que 3,7 % de l'effectif total en 2010, mais ils représentent 13,6 % de celui-ci en 2023. **Si un psychiatre sur sept est aujourd'hui retraité en poursuite d'activité, cela signifie probablement qu'une part proche ne prend pas de nouveaux patients et que ces psychiatres n'ont pas le même niveau d'activité que les actifs réguliers.**

S'ajoutent des disparités territoriales fortes et grandissantes, qui ne correspondent pas nécessairement à des écarts de densité de population. **Le renouvellement générationnel apparaît aujourd'hui comme un enjeu crucial**, compte tenu des nombreux départs en retraite de praticiens attendus jusqu'en 2030, et des aspirations des jeunes générations de psychiatres, qui se détournent du mode d'exercice libéral et aspirent à un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle.

Chiffres clés

- **+ 21 % de psychiatres en activité entre 2010 et 2023**
- **La croissance des effectifs correspond principalement à celle du nombre de retraités actifs (+345 %), dont la part est passée de 3,7 % à 13,6 % de l'effectif total entre 2010 et 2023**
- **Les retraités actifs (13,6 % des effectifs) et les intermittents (3,6 % des effectifs) ont un moindre niveau d'activité. Ils représentent + 17 % de l'effectif total soit 1 psychiatre sur 7**
- **Au 1^{er} janvier 2028, 19,3 % des actifs réguliers auront atteint l'âge de départ à la retraite**



Chiffres clés

- Selon la Cour des comptes :

- 34 % de pédopsychiatres entre 2010 et 2022

58 % des lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie ont été supprimés entre 1986 et 2013

Avec 1 000 praticiens en moins d'ici 2035, il faudrait au moins doubler le nombre d'étudiants formés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au cours des quinze prochaines années

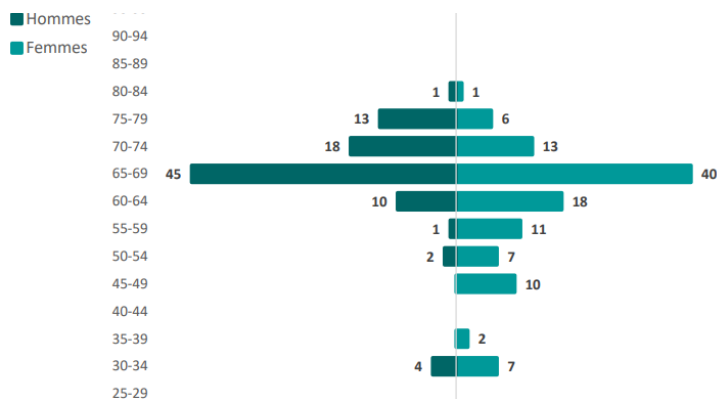
- En 2023, 123 enfants de moins de 15 ans s'étant présentés aux urgences du CHU de Nantes pour des idées suicidaires ou une tentative de suicide, n'ont pu être hospitalisés et ont dû retourner sans soins à leur domicile, alors même que la pédopsychiatre qui les avait évalués énonçait une indication formelle d'hospitalisation.

Conjuguant les difficultés de la psychiatrie et du secteur de l'enfance, la pédopsychiatrie s'effondre

La pédopsychiatrie, qui supporte à la fois les difficultés de la psychiatrie et celles qui sont propres au secteur de l'enfance, apparaît particulièrement sinistrée et caractérisée par une offre de soins cruellement insuffisante, particulièrement dans le contexte de l'explosion des troubles psychiques des jeunes. **La démographie des pédopsychiatres, dont le nombre a chuté de 34 % entre 2010 et 2022 et dont le renouvellement générationnel n'est pas assuré, est tout simplement alarmante.** Les capacités de prise en charge apparaissent structurellement lacunaires et même en diminution : **58 % des lits d'hospitalisation ont été supprimés entre 1986 et 2013**, tandis que certains départements demeurent dépourvus de capacité d'accueil à temps complet. Les CMP infanto-juvéniles sont saturés et la prévention demeure très défaillante, notamment dans le cadre scolaire, où la médecine est elle-même déficiente.

Dans ce contexte, la prise en charge des mineurs est souvent opérée dans des conditions inadaptées, par exemple en unité pour adultes. Bien pire, **la prise en charge est parfois impossible et entraîne des pertes de chances évidentes** : en 2023, 123 enfants de moins de 15 ans s'étant présentés aux urgences du CHU de Nantes pour des idées suicidaires ou une tentative de suicide, n'ont pu être hospitalisés et ont dû retourner sans soins à leur domicile, alors même que la pédopsychiatre qui les avait évalués énonçait une indication formelle d'hospitalisation. L'accès aux soins pédopsychiatriques est ainsi en péril et les populations les plus vulnérables sont laissées-pour-compte, à l'image des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) et des mineurs non accompagnés (MNA). **L'état des lieux est d'autant plus alarmant que les défaillances actuelles se traduiront mécaniquement par une augmentation des troubles psychiatriques, et donc des besoins de prise en charge, à l'âge adulte.**

PYRAMIDE DES ÂGES – PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales, situation au 1^{er} janvier 2024, p. 232.



Face à cette situation alarmante, pour mieux prévenir et prendre en charge les urgences, une action publique ambitieuse est impérative

Un nécessaire nouveau souffle des politiques publiques en matière de santé mentale et de psychiatrie

L'action des pouvoirs publics en matière de santé mentale et de psychiatrie, qui passe depuis 2018 principalement par une **feuille de route spécifique, produit des effets positifs** parmi lesquels le déploiement du dispositif Vigilans de maintien du contact avec l'auteur d'une tentative de suicide ou du numéro national de prévention du suicide (3114), la formation de près de 114 000 secouristes en santé mentale depuis 2019, la mise en place de 104 projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ou encore l'amélioration du dispositif Mon soutien psy, qui avait bénéficié à 381 000 patients en août 2024.

Cette feuille de route reste toutefois très méconnue et **ne permet pas de répondre de manière satisfaisante à l'ampleur des enjeux**. Selon les mots du délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, « un nouveau cycle plus ambitieux encore doit s'ouvrir ». **La psychiatrie et son organisation se situent aujourd'hui à un moment charnière et des choix politiques profonds doivent encore être opérés**, notamment pour trouver un équilibre entre les modèles de prise en charge basés sur l'hospitalisation systématique et ceux qui reposent davantage sur les soins ambulatoires, afin de **définir une stratégie claire à long terme**. Dans cette perspective, la désignation de la santé mentale comme **grande cause nationale de l'année 2025** se présente comme une opportunité, à la condition qu'elle inclue bien la psychiatrie et non la seule santé mentale, et qu'elle soit accompagnée d'une réelle ambition et de moyens substantiels.

Une offre de soins à restructurer et à soutenir pour mieux prévenir et prendre en charge les urgences psychiatriques

Dans ce contexte, **la mission formule, à travers cinq axes, des préconisations** visant à améliorer la prise en charge de l'urgence psychiatrique tout au long de la filière, c'est-à-dire d'agir sur l'offre de soins et sa structuration pendant, mais aussi en amont et en aval de l'urgence.

- **Renforcer l'offre de soins de premier niveau pour garantir une prise en charge précoce, graduée et homogène sur le territoire et pour prévenir les urgences psychiatriques.** Cet axe suppose de mieux outiller les médecins généralistes, qui sont souvent le premier recours face aux troubles psychiques, par

Une grande cause nationale qui ne pourra être un succès que si elle :

- Inclut explicitement la psychiatrie
- Fait l'objet d'un soutien politique au plus haut niveau
- Se traduit par un déploiement de politiques de grande ampleur et des changements en profondeur
- S'accompagne de moyens substantiels en faveur de la santé mentale et de la psychiatrie
- Inclut des dimensions telles que la recherche et la périnatalité



des formations et par des outils d'aide à la prise en charge, ainsi que de renforcer les moyens humains et financiers des CMP afin qu'ils puissent assurer des soins ambulatoires de proximité et la coordination des parcours de soins. Il appelle par ailleurs à simplifier l'organisation territoriale des soins psychiatriques et à se donner les moyens de mieux prendre en charge les troubles addictifs et d'accompagner durablement les personnes les plus vulnérables, notamment en généralisant les équipes mobiles et en impliquant davantage les acteurs de proximité.

- **Structurer un parcours de prise en charge d'urgence qui soit clair et accessible.** Il s'agit de limiter les passages non pertinents aux urgences en augmentant l'offre de consultations non programmées (CAC, consultations en soins non programmés, etc.) ainsi que de formaliser un parcours de prise en charge des urgences psychiatriques commun à tous les territoires, clair et gradué impliquant la généralisation de la compétence psychiatrique à l'ensemble des services d'accès aux soins (SAS). Cet axe appelle également à améliorer les conditions de prise en charge par les services d'urgences et à limiter l'attente des patients par la création de lits dédiés au sein des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), ainsi qu'à systématiser le suivi post-urgences des patients tout en suivant cet indicateur dans le cadre de la démarche qualité.

- **Mobiliser davantage le secteur privé pour mieux prendre en charge les patients et pour une équité accrue entre établissements et professionnels de santé.** Cet axe nécessite, de la part du Gouvernement des agences régionales de santé (ARS), de mobiliser et d'adapter les dispositions réglementaires relatives à la permanence des soins des établissements de santé (PDSSES) et au nouveau régime des autorisations en psychiatrie. Il s'agit par ailleurs de garantir un quota de lits de service public en psychiatrie dans les établissements privés afin de fluidifier la filière d'aval des urgences et d'éviter une concentration excessive des prises en charge dans le secteur public.

- **Soutenir particulièrement la pédopsychiatrie et la santé mentale des jeunes.** À la suite des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant de 2024, dont la mission appelle à mettre en œuvre les recommandations, il s'agit de garantir une offre de soins pédopsychiatriques homogène et adaptée aux besoins sur tout le territoire, comprenant des possibilités d'évaluation en urgence ou en soins non programmés, mais aussi de mener un diagnostic approfondi et partagé sur l'usage croissant des psychotropes. Les moyens de la médecine scolaire doivent par ailleurs être renforcés, et les établissements scolaires associés au déploiement d'une politique de prévention et de repérage précoce des troubles psychiques, ce qui suppose de réinterroger les liens entre la médecine scolaire et le ministère de l'Éducation nationale. Des mesures renforcées et ciblées sont par ailleurs attendues pour mieux prendre en charge les enfants protégés, tandis que la psychiatrie périnatale doit quant à elle être soutenue dans le cadre de la grande cause nationale.



● **Améliorer la formation et l'attractivité des métiers psychiatriques.** L'offre de formation doit être rapidement et massivement renforcée face à la pénurie de professionnels constatée sur le terrain. Cela suppose une augmentation des effectifs de psychiatre et d'infirmiers en formation initiale et continue, le développement de passerelles ou encore la hausse du nombre d'infirmiers en pratique avancée. La filière doit par ailleurs être rendue plus attractive à travers une campagne de communication, des stages obligatoires ou encore la création d'un institut hospitalo-universitaire (IHU). Enfin, il s'agira de commanditer un audit sur les conditions de travail en psychiatrie et, dans le même temps, d'améliorer celles-ci par des rémunérations revalorisées, par des simplifications administratives ou encore par une meilleure appréhension des situations de violence et d'agressivité : que celle-ci soit dirigée vers tiers ou les patients eux-mêmes.

Les 21 recommandations de la mission

Recommandation n° 1 : Donner un nouveau souffle à la feuille de route santé mentale et psychiatrie permettant de répondre efficacement au triple enjeu de dégradation de la santé mentale des français et de hausse des besoins de soins psychiatriques, à la saturation du système de soins psychiatrique et à l'embolisation des services d'urgences dans un cadre budgétaire contraint.

Renforcer l'offre de soins de premier niveau pour garantir une prise en charge précoce, graduée et homogène sur le territoire et pour prévenir les urgences psychiatriques

Recommandation n° 2 : Mieux outiller les médecins généralistes, qui sont souvent le premier recours pour les troubles psychiques, par des formations et par des outils d'aide à la prise en charge de la souffrance psychique.

Recommandation n° 3 : Renforcer les moyens humains et financiers des centres médico-psychologiques (CMP), afin qu'ils puissent assurer des soins ambulatoires de proximité et la coordination des parcours de soins.

Recommandation n° 4 : Développer une offre spécifique au traitement des troubles psychiques associés à l'addiction, renforçant le lien entre les structures d'addictologie et les structures de soins psychiatriques.

Recommandation n° 5 : Simplifier l'organisation territoriale des soins psychiatriques de secteur et les dispositifs de coordination existants, en concentrant et en pérennisant les moyens sur les structures garantissant un accès effectif aux soins pour la population.

Recommandation n° 6 : Se donner les moyens d'accompagner durablement les personnes les plus vulnérables, notamment en généralisant les équipes mobiles et en impliquant davantage les acteurs de proximité.

Structurer un parcours de prise en charge d'urgence qui soit clair et accessible

Recommandation n° 7 : Limiter les passages non pertinents aux urgences en augmentant l'offre de consultations non programmées (centres d'accueil et de crise, plages de consultations en soins non programmés, etc.).

Recommandation n° 8 : Formaliser au niveau national un parcours de prise en charge des urgences psychiatriques, commun à tous les territoires, clair et gradué impliquant la généralisation de la compétence psychiatrique à l'ensemble des services d'accès aux soins (SAS).

Recommandation n° 9 : Améliorer les conditions de prise en charge par les services d'urgences : conditions d'accueil et de transport adaptées et contenantes, présence de personnels expérimentés et formés à la psychiatrie, meilleure prise en compte de la volonté du patient pour limiter le recours à la contention dans les urgences etc.

Recommandation n° 10 : Limiter la durée de séjour des patients en attente d'hospitalisation aux urgences en garantissant un accès suffisant à des lits d'hospitalisation psychiatrique en aval des urgences, y compris à travers la création de lits dédiés au sein des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD), en particulier pour les patients mineurs, pour lesquels il importe de renforcer les capacités d'accueil et de prise en charge de la crise suicidaire.

Recommandation n° 11 : Systématiser le suivi post-urgences des patients et suivre cet indicateur dans le cadre de la démarche qualité.

Mobiliser davantage le secteur privé pour mieux prendre en charge les patients et pour une équité accrue entre établissements et professionnels de santé

Recommandation n° 12 : Garantir un quota de lits de service public en psychiatrie dans les établissements privés afin de fluidifier la filière d'aval des urgences et d'éviter une concentration excessive des prises en charge dans le secteur public.

Recommandation n° 13 : Modifier les dispositions réglementaires relatives à la permanence des soins des établissements de santé (PDSES) et au nouveau régime des autorisations en psychiatrie, pour favoriser une participation plus équitable à la prise en charge des patients.

Soutenir particulièrement la pédopsychiatrie et la santé mentale des jeunes

Recommandation n° 14 : Mettre en œuvre les recommandations issues des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant de 2024.

Recommandation n° 15 : Renforcer sensiblement les moyens de la médecine scolaire et associer les établissements scolaires à une politique de prévention et de repérage précoce des troubles psychiques et réinterroger le rattachement de la médecine scolaire au ministère de l'Éducation nationale.

Recommandation n° 16 : Garantir une offre de soins pédopsychiatriques homogène et adaptée aux besoins sur tout le territoire, comprenant des possibilités d'évaluation en urgence ou en soins non programmés, et mener un diagnostic approfondi et partagé sur l'usage croissant des psychotropes.

Recommandation n° 17 : Développer et pérenniser les mesures ciblées sur les enfants protégés.

Recommandation n° 18 : Faire de la santé mentale et de la psychiatrie périnatales un axe de la grande cause nationale.

Améliorer la formation et l'attractivité des métiers de la psychiatrie

Recommandation n° 19 : Adapter rapidement l'offre de formation à la pénurie de professionnels constatée sur le terrain : qu'il s'agisse des psychiatres comme des autres professionnels de la santé mentale, par une augmentation des effectifs en formation initiale et continue, un développement de passerelles, la hausse du nombre d'infirmiers en pratique avancée et création de nouvelles mentions etc. Pour la rapporteure Sandrine Rousseau, cet objectif impose, concernant les infirmiers, d'expérimenter un accès dérogatoire aux instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

Recommandation n° 20 : Désigmatiser les métiers de la psychiatrie et renforcer leur attractivité au moyen d'une campagne de communication, de stages obligatoires et de la création d'un institut hospitalo-universitaire (IHU) en psychiatrie.

Recommandation n° 21 : Commanditer un audit sur les conditions de travail en psychiatrie et, dans le même temps, améliorer celles-ci par des rémunérations revalorisées, par des simplifications administratives ou encore par une meilleure appréhension des situations de violence et d'agressivité.

Sur le site de l'Assemblée nationale :

- **Page de la commission des Affaires sociales :** <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/commissions-permanentes/affaires-sociales> (la version définitive du rapport d'information sera mise en ligne dans la section Contrôle > Rapports d'information)
- **Portail vidéo de l'Assemblée nationale :** <https://videos.assemblee-nationale.fr/commissions.affaires-sociales-commission> (pour regarder à la vidéo de l'examen du rapport d'information par la commission, le 11 décembre 2024)
- **Espace presse :** <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/espace-presse>



