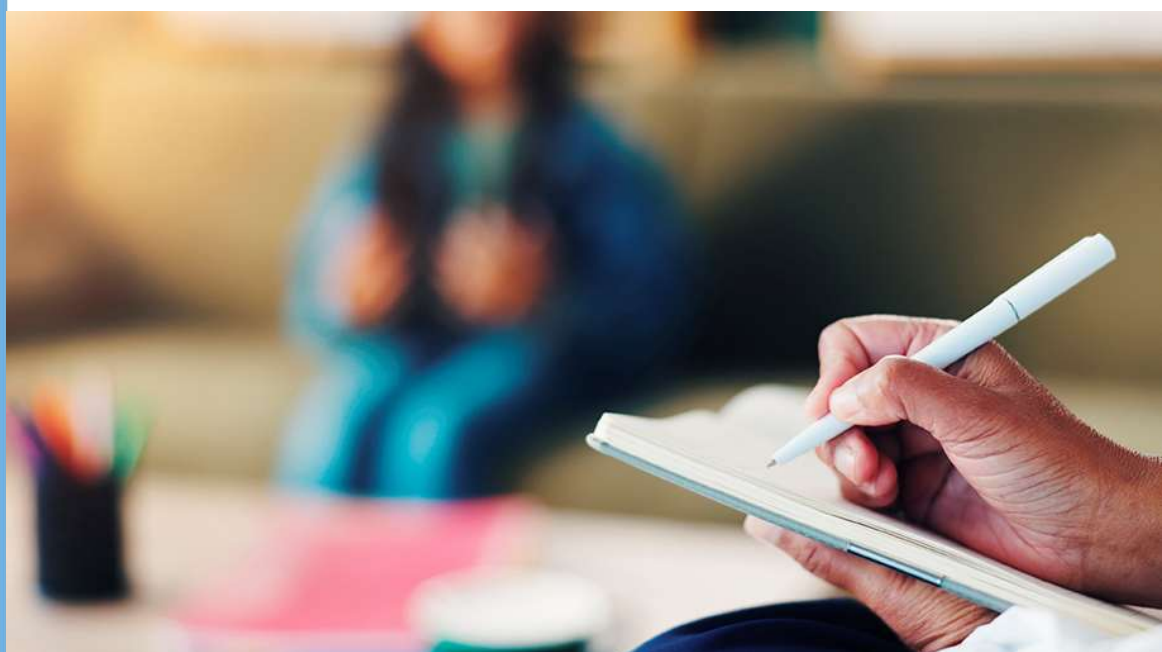


**Défaillances des politiques publiques
de prise en charge de la santé mentale et du handicap
et coûts de ces défaillances pour la société**



Mme Nicole Dubré-Chirat

Présidente (Maine-et-Loire, EPR)

M. Sébastien Saint-Pasteur

Rapporteur (Gironde, SOC)

Les travaux de la commission d'enquête

La commission d'enquête sur les défaillances des politiques publiques de prise en charge de la santé mentale et du handicap et sur les coûts de ces défaillances pour la société a été créée **à l'initiative du groupe Socialistes** dans le cadre du « droit de tirage », mécanisme prévu par le Règlement de l'Assemblée nationale afin de garantir à chaque groupe d'opposition ou minoritaire la possibilité d'obtenir la création d'une commission d'enquête une fois par session.

Par nature distincts, **la santé mentale et le handicap ont en commun de subir une très forte augmentation des besoins de la population en même temps qu'une dégradation des conditions de prise en charge**. Les parcours des personnes concernées se heurtent à des obstacles de même nature : **les délais, les inégalités territoriales et la complexité des démarches**. Les travaux de la commission ont confirmé la validité de cette approche.

La commission a été conçue comme un outil de compréhension et d'action. Elle a cherché à comprendre pourquoi tant d'efforts, tant de moyens financiers, produisent encore des effets insuffisants.

En 10 semaines, la commission a organisé **47 auditions et tables rondes, lors desquelles 112 personnes ont été entendues sous serment**. Les membres de la commission d'enquête ont en outre effectué une **vingtaine de visites de terrain**, dans des IME, des CMP et des centres hospitaliers. La présidente et le rapporteur se sont également rendus en Belgique pour y étudier le système d'inclusion scolaire.

L'un des fils conducteurs du rapport est **la question du coût de l'inaction**. Ce thème traverse l'ensemble des analyses. Lorsque les troubles psychiques ne sont pas pris en charge suffisamment tôt, lorsqu'un enfant attend des mois un accompagnement à l'école ou une place en établissement, lorsqu'un adulte en situation de handicap renonce à un emploi faute d'être en mesure d'obtenir l'accompagnement ou les aides nécessaires, **les conséquences humaines pour lui et pour sa famille sont considérables**.

Les conséquences financières à moyen et long terme le sont également : retards de prise en charge, situations qui se complexifient, perte d'autonomie, déscolarisation ou décrochage professionnel, fragilisation des aidants, perte de recettes

fiscales et sociales aussi pour les finances publiques. L'absence de prévention, d'anticipation ou de continuité produit mécaniquement des dépenses plus lourdes, plus durables et plus difficiles à maîtriser.

C'est pourquoi **la prise en charge de la santé mentale comme du handicap doit être vue comme un investissement ou un « coût évité » plutôt que comme une dépense**, et investir plus tôt, accompagner plus efficacement et stabiliser les parcours sont des choix dont l'intérêt humain comme l'intérêt économique sont désormais clairement établis, peut-être davantage à l'étranger qu'en France. Or, **cette approche demeure encore insuffisamment intégrée à la décision publique** : elle suppose de raisonner en trajectoires de vie plutôt qu'en silos budgétaires et administratifs, d'apprécier les bénéfices cumulés de la prévention, de la continuité et de l'inclusion. Cela implique d'adopter une **logique différente, plus attentive au long terme et à l'efficacité globale de l'action publique et plus centrée sur le parcours à long terme de la personne**.

La commission a cherché à apporter une vision d'ensemble, suffisamment large pour éclairer les mécanismes communs et les interactions entre politiques publiques, mais sans se disperser. Son objectif est de **contribuer à un changement de perspective : passer d'un processus de décision fragmenté, contraint par l'urgence et guidé par les possibilités budgétaires et humaines immédiates, à une logique d'anticipation, de continuité et d'efficacité de l'action publique**. Il ne s'agit pas d'ajouter un cadre supplémentaire à ceux qui existent déjà, alors que l'organisation actuelle est déjà dense et parfois difficile à appréhender, mais de mieux tirer parti des ressources, des initiatives locales, des bonnes pratiques et des dynamiques de coopération qui se développent, souvent de manière inégale selon les territoires. Les pièces du puzzle sont bien souvent présentes mais sont insuffisamment imbriquées.

C'est dans cet esprit que la commission a conduit ses travaux, et c'est dans cet esprit que s'inscrit son rapport : **non pour dresser un constat supplémentaire, mais pour contribuer à un effort collectif dont l'objectif est, avant tout, d'améliorer la vie des personnes concernées et de leurs proches, au plus près des réalités de terrain – et par là, de l'ensemble de la société**.

Le rapport d'enquête

Si, dès le début de ses travaux, la commission d'enquête a opté pour une approche qui se voulait constructive, les conclusions du rapport n'en sont pas moins fermes. Elles posent le **diagnostic d'une situation critique**, et s'accompagnent de **propositions pragmatiques**, qui tiennent compte des contraintes politiques et budgétaires actuelles.

UNE PRISE EN CHARGE COÛTEUSE MAIS DÉFAILLANTE

En premier lieu, le rapporteur a souhaité insister sur le constat dramatique qu'il a pu faire s'agissant de **l'état de la santé mentale** du pays. En synthétisant un grand nombre de données, le rapport souligne la **forte progression des troubles psychiques, particulièrement chez les jeunes**. Quelques chiffres en résument l'ampleur : la consommation d'antidépresseurs chez les jeunes a bondi de 60 % entre 2019 et 2023, les hospitalisations pour gestes auto-infligés ont progressé de 46% par rapport à 2017 chez les jeunes femmes, et le taux de décès par suicide des jeunes de moins de 24 ans a bondi de 18% entre 2019 et 2022.

Face à cette dégradation massive, la réponse des pouvoirs publics apparaît insuffisante. Elle est d'abord minée par le manque de professionnels de santé et leur inégale répartition. Quand Paris compte 105 psychiatres pour 100 000 habitants, l'Oise n'en compte que 11,6. **Une corrélation significative entre densité en psychiatres et taux de suicide est établie dans le rapport d'enquête.**

Par ailleurs, de **fortes rigidités** grèvent les solutions de prise en charge, tant dans la nature des prises en charge que dans leur volume. Des formes d'accompagnement innovantes et prometteuses sont négligées, au profit d'un recours excessif à la médication et à l'hospitalisation.

Ainsi, **un effet de ciseau se dessine entre des besoins en forte progression, et une offre de prise en charge qui demeure stable en volume et n'évolue pas qualitativement.** Un report en aval massif sur les urgences psychiatriques s'opère donc.

En matière de handicap, le constat est de même ordre. La transition d'une logique de places à une logique de solutions offertes ne se matérialise pas, pour l'heure, par un choc d'offre

pourtant nécessaire. **Tout au long de la vie, les défaillances des accompagnements se succèdent**, de l'école à l'emploi, en passant par l'accès à la justice.

En particulier, s'agissant de **l'école inclusive**, la commission d'enquête a pu obtenir des données importantes de la direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) du ministère de l'éducation nationale. Elles mettent en évidence une insuffisance critique d'accompagnement, **50 000 enfants restant en attente d'un AESH à la rentrée scolaire 2025**. De très fortes disparités territoriales entre académies et entre départements structurent ce manque. Par exemple, 43,3 % des élèves des Bouches-du-Rhône ne bénéficient pas de l'accompagnement qui leur est notifié, quand ce chiffre tombe à moins de 1,5% en Dordogne. Par ailleurs, le taux effectif de couverture des besoins d'accompagnement pendant la pause méridienne est seulement de 43,4 %.

Dans leur ensemble, **ces défaillances entraînent des coûts très importants pour les finances publiques.** Les dépenses de santé relatives aux **troubles de la santé mentale sont en passe de devenir le premier pôle de dépenses de l'assurance maladie**, avec un coût de près de 28 milliards d'euros en 2023, quand la **prise en charge du handicap a représenté un effort de 64,5 milliards d'euros** en 2024. Ces coûts considérables pourraient pourtant être évités, si les causes premières des défaillances étaient correctement traitées.

L'ABSENCE DE STRATÉGIE DES POLITIQUES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE ET DU HANDICAP

Au-delà des stricts manques quantitatifs et qualitatifs, **deux défaillances structurelles** ont pu être identifiées.

La première réside dans **la complexité du système de prise en charge**. Si l'appréhension des troubles de la santé mentale et du handicap soulève des enjeux complexes par essence, certains dispositifs laissent songeur. Par exemple, il en va ainsi de l'interdiction d'accéder aux plateformes de coordination et d'orientation (PCO) lorsqu'une demande est déjà en cours auprès d'une MDPH, ou de l'obligation de renouvellement de droits dans le cas d'incapacités permanentes.

Génératrice de surcoûts et de difficultés supplémentaires pour les personnes et les familles, cette complexité fait peser des conséquences importantes sur les parcours. Des soins et des accompagnements sont interrompus faute de coordination, et des personnes renoncent à faire valoir leurs droits parce qu'elles ne savent pas à qui s'adresser. **De la fragmentation organisationnelle naît une fragmentation des vies.**

L'autre défaillance majeure constatée tient à **l'imparfaite connaissance des besoins de prise en charge**. Des données plus ou moins nombreuses existent en matière de santé mentale, mais **une évaluation complète, exhaustive et cohérente des besoins fait encore défaut. L'effectivité des différentes formes de prise en charge demeure elle-même mal évaluée**, ce qui crée d'importantes entraves à une allocation optimale des ressources disponibles. Dans un contexte de forte variation territoriale des besoins, l'absence de mesure exhaustive rend impossible la limitation des tensions dans les secteurs sous-dotés.

Tant que nous ne sommes pas capables d'évaluer les besoins, nous pilotons à vue. Nous dépensons beaucoup, mais sans toujours savoir ce que chaque euro produit comme effet réel.

En outre, **cette carence d'information empêche l'indispensable évaluation des politiques publiques**. Quand des mesures sont prises dans l'objectif de répondre à certains de ces besoins, il est impossible de déterminer si ces mesures les satisfont effectivement, ou du moins dans quelle proportion et à quel coût.

LA MISE EN PLACE D'UNE VÉRITABLE POLITIQUE DE PRÉVENTION DOIT S'APPUYER SUR UNE LOGIQUE DE COÛTS ÉVITÉS

C'est pour cela que **ce rapport ne se contente pas de dire qu'il faut plus de moyens**. Il invite à raisonner d'une autre manière, en mobilisant la **notion de coûts évités**. **Le rapport invite à raisonner en termes d'économies potentielles à moyen ou long terme, et à privilégier l'investissement social en amont à la dépense de prise en charge en aval.**

Quand une mère quitte son emploi pour s'occuper d'un enfant dont les troubles n'ont pas été repérés suffisamment tôt, c'est un coût gigantesque pour elle, pour sa famille, mais aussi pour l'assurance maladie, l'assurance chômage et la retraite. Quand une personne en situation de handicap renonce à un emploi, faute d'un accompagnement adapté, quand un adolescent décroche durablement de l'école, faute d'un aménagement

raisonnable, ce sont des trajectoires de vie qui se referment et, à long terme, un alourdissement des dépenses publiques. Ce que nous ne faisons pas à temps, nous le payons plus cher et plus douloureusement plus tard.

Considérés à l'échelle de l'ensemble de la société, les coûts liés aux troubles de la santé mentale et au handicap sont extrêmement élevés. **S'agissant spécifiquement de la santé mentale, le rapport rappelle ainsi qu'ils ont été estimés à hauteur de 163 milliards d'euros, dont 78 % de coûts indirects « invisibles »**. Or, beaucoup de ces coûts peuvent être évités par une prise en charge précoce, adaptée et suivie.

En ce sens, **le rapport propose un nombre restreint de recommandations, structurées en quatre grands axes :**

- Premièrement, **le développement d'une culture de l'évaluation, de l'impact et des coûts évités ;**
- Deuxièmement, **le changement de perspective en matière d'inclusion scolaire**, en adoptant une approche plus pragmatique, effective et proche des familles ;
- Troisièmement, **l'investissement dans un accès renforcé à l'autonomie réelle tout au long de la vie ;**
- Quatrièmement, **le choix de la prévention en santé mentale et le renforcement de l'organisation de l'accompagnement des patients.**

Les bonnes prises en charge des troubles de la santé mentale et du handicap ne bénéficieraient pas de mesures d'ajustement ponctuelles. Elles exigent au contraire **une politique qui anticipe, qui accompagne, qui évalue ;** une politique qui cesse de réparer trop tard ce qui aurait pu être évité plus tôt, et qui considère **chaque euro utilement dépensé comme un investissement dans la stabilité et l'autonomie.**

En clarifiant l'organisation de la prise en charge et en privilégiant les perspectives de long terme, nous pouvons **réduire les ruptures, stabiliser les parcours, et redonner aux familles comme aux professionnels la visibilité qui leur manque tant**. C'est cette trajectoire que le rapport s'efforce de dessiner.

Les recommandations du rapporteur

Le rapport propose un nombre restreint de recommandations, structurées autour de quatre axes :

1. Adopter la culture de l'évaluation, de l'étude d'impact et des coûts évités

Mettre l'évaluation et la logique de coûts évités au cœur de l'action publique pour orienter rapidement les investissements là où ils sont les plus efficaces, notamment en prévention et accompagnement précoce.

Créer une Agence nationale de l'étude l'impact. Cette structure devrait mobiliser les ressources existantes de façon pluridisciplinaire (Irdes, inspections générales, Santé publique France, centres experts...) afin de proposer des méthodologies d'évaluation des politiques publiques ayant trait au handicap ou à la santé mentale. Le premier chantier doit porter sur la création d'une task force dédiée à une évaluation profonde et systémique de la question de la santé mentale à l'occasion de la prolongation de la grande cause nationale.

Prévoir et financer systématiquement des études d'impact sur les nouveaux dispositifs créés pour la prise en charge de la santé mentale et du handicap.

Mettre en place un tableau de bord national et décliné localement rassemblant les données issues des MDPH, de l'éducation nationale, de l'assurance maladie, des acteurs de l'emploi et de l'ensemble des opérateurs, avec des indicateurs homogènes sur les délais, les notifications, les listes d'attente, l'offre de soins et de services et les ruptures de parcours.

Mettre en place un système d'information unifié permettant de suivre les parcours individuels de prise en charge de la santé mentale et du handicap dans la durée, à l'image du dossier médical partagé, afin de mieux appréhender les différentes étapes de l'accompagnement et d'identifier les points de rupture potentiels. L'enjeu est aussi d'alléger les démarches administratives des personnes en situation de handicap.

2. Changer de perspective sur l'inclusion scolaire

en adoptant une approche plus pragmatique, effective et proche des familles

Introduire la notion d'aménagements raisonnables à l'école, sans intervention préalable de la MDPH, en fonction des prescriptions médicales et paramédicales. La question de l'adaptation ex ante des manuels pédagogiques et des enseignements à certains handicaps devrait permettre de lever de nombreux freins.

Reconnaître les AESH à travers la création d'un statut, le renforcement de leur formation et l'amplification de leurs missions autour des enjeux de coordination des parcours.

Ne pas attendre les diagnostics pour démarrer le suivi par un orthophoniste ou un ergothérapeute, pour rembourser les soins, pour mettre en place des aménagements raisonnables à l'école.

Augmenter les effectifs d'orthophonistes formés à l'université.

Renforcer le caractère exécutoire des plans d'accompagnement personnalisé (PAP) et supprimer la signature du médecin scolaire, en faisant confiance aux équipes éducatives, aux familles et au chef d'établissement. Prévoir des instances départementales de médiation entre l'école et les familles qui puissent être saisies en cas de difficulté dans l'application des PAP.

Établir une liste de handicaps pour lesquels le dossier MDPH ne se fait qu'une fois dans la vie afin d'ouvrir un socle d'accompagnement minimal, et éviter les démarches répétitives pour les handicaps stables en privilégiant des renouvellements allégés ou des droits de longue durée. La réversibilité de l'accompagnement devrait relever d'une initiative de l'éducation nationale, après accord des familles, afin d'inverser la charge de la preuve sur les évolutions. Les évolutions réglementaires permettant d'ouvrir des droits à vie doivent être évaluées et étendues dans l'intérêt des personnes concernées.

Établir des grandes « typologies » de besoins éducatifs afin de renforcer l'opérationnalité de l'inclusion scolaire et les aménagements pédagogiques. Si l'individualisation doit être la norme et la non-discrimination le principe absolu, le développement d'une méthodologie plus lisible et opérationnelle doit aider à définir des parcours d'inclusion optimisés, centrés sur l'intérêt de l'élève et une meilleure adaptation de l'environnement. De la même façon, penser l'inclusion de l'élève dans la classe, c'est aussi considérer la classe dans laquelle l'élève est inclus. Les effectifs doivent aussi être pris en considération et la question d'une modulation des effectifs en cas d'accueil d'enfant à besoins particuliers doit être étudiée finement. Le recul démographique actuelle offre cette opportunité.

Ouvrir l'école aux professionnels paramédicaux pour les séances régulières, dans le cadre d'un mouvement coordonné, amplifié et mesuré d'ouverture de l'école aux soins jusqu'aux salles de classe. La présence d'un orthophoniste ou d'un ergothérapeute au cœur même du lieu d'apprentissage, la classe, permettrait aussi de sensibiliser plus finement les enseignants.

Introduire une obligation pour les rectorats de documenter la scolarisation de chaque enfant, qu'elle soit en milieu ordinaire ou en institution spécialisée, en renseignant le nombre d'heures de scolarisation. La question des examens mérite également une attention soutenue tant elle concentre d'enjeux et de représentations dans le parcours éducatif d'un enfant et suscite des points de blocage potentiels. Ouvrir réellement le chantier de l'inclusion dans l'enseignement supérieur, en anticipant la montée en puissance inéluctable et souhaitable de l'inclusion des élèves en situation de handicap dans l'enseignement supérieur et la recherche, sans négliger en parallèle les problématiques grandissantes se posant dans l'enseignement professionnel.

3. Investir davantage dans l'accès à l'autonomie réelle

Développer l'emploi accompagné et soutenir plus activement les initiatives donnant lieu à un retour sur investissement positif comme les Café Joyeux ou Vivre et travailler autrement.

Autoriser le cumul AAH emploi sans plafond horaire pour favoriser l'emploi des personnes en situation de handicap. La modification de l'article D. 821-1-2 du code de la sécurité sociale est préconisée par de multiples rapports et semble faire l'objet d'un large consensus.

Consolider l'évaluation positive des entreprises adaptées par une évaluation scientifique indépendante afin de les développer plutôt que les mettre en péril.

Déployer massivement le logement inclusif dans une logique de transformation de l'offre et de reconfiguration de la modélisation économique de ces dispositifs

Reconnaître le rôle essentiel de certains professionnels tels que les ergothérapeutes ou les psychomotriciens dans l'accompagnement du handicap en assurant une accessibilité financière réelle et cohérente. Permettre des consultations de guidance parentale auprès des professionnels médico-sociaux (orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens).

Penser une refonte profonde des modalités de financement de la prestation de compensation du handicap (PCH) afin de ne pas les rendre insoutenables pour les conseils départementaux.

Garantir la **portabilité des droits des personnes en situation de handicap**, d'un milieu à un autre (école, collège, lycée, enseignement supérieur, emploi, logement...) et d'un dispositif à l'autre.

Déployer massivement les plateformes de services en travaillant les logiques de parcours pour que les besoins exprimés par les personnes handicapées deviennent un principe d'organisation de l'offre.

Respecter le caractère pluriannuel des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPMO) ainsi que leur fonction d'instrument de la réorganisation de l'offre.

4. Santé mentale : investir dans la prévention et organiser l'offre de soins en fonction des réalités territoriales

Organiser une gradation de l'offre de soins tenant compte des réalités territoriales pour garantir un accès aux soins réel.

Étudier scientifiquement les enjeux de l'accompagnement augmenté par le numérique et intégrer dans Pronote (et dans les autres interfaces entre l'école et les familles) une rubrique Santé mentale permettant d'accéder à une plateforme d'assistance et d'information de premier niveau à destination des jeunes et des familles.

Évaluer, coordonner et déployer les dispositifs d'appel tels que le 3114 ou Nightline pour tendre vers un service public de l'écoute en matière de santé mentale. Développer les dispositifs légers de suivi et de prévention comme Vigilans.

Consolider les équipes dans les CMP afin de les remettre au cœur de l'accompagnement territorialisé.

Inclure les psychologues cliniciens dans l'organisation des soins, en étendant le conventionnement.

Investir dans la prévention primaire, notamment à la maternité, à l'école et auprès des personnes âgées, à travers l'information et la communication et en diffusant les initiatives de la société civile

Réorganiser la médecine scolaire et la prévention à l'école en renforçant le rôle des infirmières scolaires et des psychologues scolaires

Agir pour le développement de la psychiatrie en adaptant les capacités de formation aux besoins réels, notamment pour la psychiatrie et la pédopsychiatrie, en réintroduisant un stage obligatoire en psychiatrie au cours des études de médecine générale, en formant des infirmiers en pratique avancée (IPA) et en renforçant le temps dédié à la psychiatrie et à la santé mentale dans la formation des infirmiers diplômés d'État. S'appuyer sur la pair-aidance pour accompagner les malades en lui accordant une réelle reconnaissance.

Sur le site de l'Assemblée nationale :

- **Rapport d'enquête** : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cesanmen/l17b2234_rapport-enquete
- **Page de la commission d'enquête** : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/organes/autres-commissions/commissions-enquete/ce-defaillances-prise-en-charge-sante-mentale-handicap>
- **Espace presse** : <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/espace-presse>

