

Proposition 18 — Faire de la santé mentale une priorité

Synthèse éditoriale établie à partir de la page HTML fournie. Les montants et calendriers reproduisent les hypothèses présentées sur cette page.

Pourquoi agir ?

- Une souffrance fréquente, souvent sans soins : En 2024, 15,6 % des 18-79 ans ont vécu un épisode dépressif caractérisé ; 44 % des personnes concernées n'ont bénéficié d'aucune prise en charge. Attendre peut aggraver les symptômes, sans que chaque aggravation soit automatiquement imputable au délai.
- Les jeunes particulièrement exposés : Chez les 18-29 ans, 21,5 % ont connu un épisode dépressif caractérisé en 2024. L'absentéisme, le décrochage scolaire, l'isolement et les difficultés d'insertion peuvent alors peser sur les familles, les établissements et la société.
- Des délais incompatibles avec certains besoins : Selon un rapport de la HAS publié en 2024, 45 % des établissements de pédopsychiatrie déclaraient des délais d'accès aux soins ambulatoires allant de cinq mois à plus d'un an. Ces délais ne décrivent pas tous les territoires ni toutes les structures.
- Une crise qui mobilise plusieurs services : Entre juin et décembre 2024, le 3114 a reçu 215 093 appels. Ce sont des appels reçus, pas 215 093 patients distincts. Une réponse téléphonique ne remplace pas une consultation, un suivi ou une place d'hospitalisation quand ils sont nécessaires.
- Des coûts reportés ailleurs : Une prise en charge insuffisante peut entraîner urgences, hospitalisations, arrêts de travail, perte de revenus, décrochage et charge supplémentaire pour les proches. Ces externalités négatives touchent l'Assurance maladie, l'école, les employeurs et les aidants ; leur part évitable reste à mesurer.
- Un enjeu financier à bien qualifier : L'Assurance maladie recensait 27,8 Md€ de dépenses associées à la santé mentale en 2023. Ce total ne correspond ni au coût des seuls retards ni à une économie potentielle intégrale. Prévenir plus tôt vise d'abord la santé, avec des bénéfices collectifs possibles.

Ce que nous apprend l'Histoire

- 1960 : soigner au plus près : La sectorisation psychiatrique engage un changement majeur : accompagner les personnes sur un territoire, et pas seulement dans de grands établissements. La continuité entre consultation, crise, hospitalisation et retour à domicile devient un objectif central.
- Des droits mieux protégés : Les lois de 2002 sur les droits des malades et de 2011 sur les soins psychiatriques sans consentement renforcent les garanties. Elles rappellent qu'un parcours efficace doit respecter la personne et préserver sa capacité à décider.
- Des soins de ville encore inégalement accessibles : Le développement des consultations ambulatoires et de la psychologie répond à une demande réelle, mais ne compense pas automatiquement les manques de psychiatres, d'infirmiers et de structures publiques dans certains départements.
- 2021 : un numéro national : Le 3114 ouvre en octobre 2021, gratuitement et 24 h/24. Ses 215 093 appels reçus entre juin et décembre 2024 montrent une forte sollicitation, sans renseigner à eux seuls le nombre de personnes suivies durablement.
- 2024 : des besoins objectivés : Le Baromètre de Santé publique France estime à 21,5 % la proportion des 18-29 ans ayant connu un épisode dépressif caractérisé. La HAS relève parallèlement des délais de cinq mois à plus d'un an dans 45 % des établissements de pédopsychiatrie interrogés.
- La leçon historique : Créer un droit, un numéro ou un remboursement ne suffit pas si aucun professionnel n'est disponible ensuite. Une réforme durable doit relier prévention, personnel formé, rendez-vous accessibles, accompagnement social et évaluation des résultats, sans promettre d'économies immédiates.

Ce qui existe aujourd'hui

- Des structures multiples : Les centres médico-psychologiques (CMP), services hospitaliers, médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychologues et associations interviennent déjà. Mais l'orientation peut rester difficile lorsque les professionnels ne disposent pas de créneaux ou de relais.
- Une attente très variable : La HAS rapportait en 2024 que 53 % des établissements de psychiatrie adulte déclaraient des délais ambulatoires de un à quatre mois ; en pédopsychiatrie, 45 % évoquaient cinq mois à plus d'un an. Ce sont des déclarations d'établissements, non un délai national individuel.
- Des effectifs fragiles : En 2023, 63 des 547 postes ouverts aux épreuves nationales de classement en psychiatrie n'ont pas été pourvus. Fin 2024, le Cantal ne comptait aucun pédopsychiatre public, et le Gers, l'Indre et la Lozère un seul chacun.
- Des réponses nationales : Le 3114 offre une écoute et une orientation gratuites en permanence. Mon soutien psy permet jusqu'à douze séances annuelles chez un psychologue partenaire, selon les règles en vigueur. Ces dispositifs ne remplacent pas des soins spécialisés prolongés.
- Une facture répartie : L'Assurance maladie évaluait à 27,8 Md€ les dépenses associées à la santé mentale en 2023. Les absences au travail, la déscolarisation et le temps des proches ajoutent des conséquences économiques et sociales, mais leurs montants ne peuvent être additionnés sans vérifier les chevauchements.
- Une mesure à améliorer : Publier par territoire les délais réels, postes vacants, ruptures de suivi et admissions en urgence permettrait de cibler les moyens. Les données personnelles de santé doivent rester confidentielles, notamment vis-à-vis des employeurs.

Ce que nous proposons

- Une première réponse rapide : Viser une première évaluation sous quinze jours pour les demandes non urgentes, avec tri clinique et orientation vers un suivi adapté. C'est une cible à construire, pas une garantie disponible dès le lancement.
- Renforcer les équipes : Programmer environ 10 000 équivalents temps plein supplémentaires à terme : 4 000 psychologues, 3 000 infirmiers, 2 000 travailleurs sociaux et coordinateurs, 1 000 professionnels médicaux ou spécialisés. Les postes doivent être réellement pourvus.
- Agir plus tôt auprès des jeunes : Déployer des équipes mobiles en établissements scolaires, universités et lieux d'apprentissage ; faciliter le passage entre pédopsychiatrie et soins adultes, notamment lors des sorties de formation ou des changements de domicile.
- Prévenir les crises et les rechutes : Renforcer le 3114 et ses relais locaux ; organiser une réponse le jour même en urgence et un contact sous 48 à 72 heures après une sortie d'hospitalisation, selon les besoins cliniques.
- Réduire les coûts indirects : Suivre les absences scolaires, arrêts de travail, crises évitables, hospitalisations répétées et charges pour les aidants. Une amélioration de ces indicateurs constitue un bénéfice collectif, pas automatiquement une recette pour l'État.
- Responsabiliser sans stigmatiser : Étudier une contribution patronale uniquement après signal statistique, audit indépendant, constat de carences de prévention et délai de correction. Aucun diagnostic individuel ne serait transmis à l'employeur ; un taux d'arrêts élevé ne suffit jamais à prouver sa responsabilité.

Calendrier de mise en œuvre

- Année n : lancer et mesurer : Ouvrir 300 M€ de crédits supplémentaires ; établir une photographie territoriale des délais, effectifs, crises et ruptures de suivi. Concertation avec soignants, associations, employeurs et représentants du personnel ; étude juridique sur les données et la prévention au travail.
- Année n+1 : développer la proximité : Porter les crédits annuels supplémentaires à 650 M€ ; renforcer CMP, psychologues partenaires et équipes dédiées aux jeunes. Tester les indicateurs agrégés d'alerte sur les

risques psychosociaux, sans prélèvement ni communication de diagnostics.

- Année n+2 : étendre et vérifier : Atteindre 1 Md€ de crédits annuels supplémentaires ; développer les parcours spécialisés et mesurer les délais réels. Une contribution des employeurs ne pourra être proposée par la loi que si les données sont fiables et les garanties juridiques suffisantes.
- Année n+3 : prévenir les ruptures : Prévoir 1,3 Md€ de crédits annuels supplémentaires ; consolider équipes mobiles, suivi après crise et coordination avec l'école et l'emploi. Éventuelles premières contributions seulement après audit, procédure contradictoire et délai de correction.
- Année n+4 : atteindre la cible : Porter l'effort annuel supplémentaire à 1,5 Md€, dont 1,1 Md€ pour l'Assurance maladie et 400 M€ pour l'État. Évaluer indépendamment les délais, la santé des jeunes, les effectifs recrutés et les effets sociaux.
- Après n+4 : ajuster : Le cumul des cinq premières années est de 4,75 Md€ de crédits supplémentaires, hors double comptage. Reconduire ou adapter les mesures selon les résultats observés, sans considérer comme certaines des économies sanitaires ou fiscales hypothétiques.

Combien ça coûte ? Comment on finance ?

- Coût total programmé : Les crédits supplémentaires augmentent de 300 M€ en année n à 650 M€ en n+1, 1 Md€ en n+2, 1,3 Md€ en n+3 et 1,5 Md€ en n+4 : soit 4,75 Md€ cumulés sur cinq ans, et 1,5 Md€ par an à maturité.
- Répartition annuelle à maturité : 600 M€ pour CMP et psychiatrie territoriale ; 300 M€ pour psychologues et proximité ; 250 M€ pour les jeunes ; 150 M€ pour crises et sorties ; 120 M€ pour prévention et formation ; 80 M€ pour coordination et évaluation. Les recrutements sont inclus.
- Qui paie ? : Le scénario prévoit 1,1 Md€ par an de crédits supplémentaires de l'Assurance maladie et 400 M€ de l'État à maturité, à voter dans les lois financières. Les budgets existants ne doivent pas être comptés une seconde fois.
- Contribution des employeurs : option conditionnelle : Après audit contradictoire et manquements persistants, un barème indicatif de 0,10 % à 0,30 % de la masse salariale pourrait être étudié. Ce mécanisme n'existe pas encore ; il exige une loi, des garanties de confidentialité et une étude d'impact.
- Recette non garantie : À titre purement arithmétique, 150 Md€ d'assiette effectivement taxable à 0,20 % produiraient 300 M€ bruts par an. Ni cette assiette ni ce rendement ne sont constatés. Le budget de base retient donc zéro recette certaine.
- Le coût de ne rien faire : Les 27,8 Md€ de dépenses de santé mentale recensés pour 2023 ne sont pas une économie récupérable. Une prise en charge tardive peut aussi peser sur l'emploi, l'école et les proches ; les gains seront évalués séparément des économies budgétaires effectivement encaissées.